Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Tid: 2026-10-13 13.00

Plats: Regionens hus, Ängen

1	Upprop och val av protokollsjusterare	
2	Fastställande av dagordning	5
3	Presentation av ny hälso- och sjukvårdsdirektör Elin Fröding Saric	
4	Anmälan av delegationsbeslut	6 - 8
5	Övriga anmälningsärenden	9 - 18
6	Kurser och konferenser	19

Information

7	Läkemedel	20
8	Patientsäkerhet	21
9	Halvårsrapport 2026 Patientnämnden	22 - 46
10	Intern kontroll – Delårsrapport 2026 Nämnd för folkhälsa och sjukvård – verksamhetsområden	47 - 224
11	Budget och verksamhetsplan 2027 Nämnd för folkhälsa och sjukvård	225
12	Aktuell information	
13	Frågor	

Beslutsärenden för nämnden

14	Intern kontroll – Delårsrapport 2026 Nämnd för folkhälsa och sjukvård	226 - 264
15	Remiss: Ett första steg i genomförandet av en nationell digital infrastruktur på hälsodataområdet	265 - 453

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Tid: 2026-10-13 13.00

16	Remiss: Behovsstyrd vård (SOU 2026:38)	454 - 990
17	Utökad robotkirurgisk kapacitet i Region Jönköpings län	991 - 1053
18	Granskning av barn- och ungdomshälsan	1054 - 1105
19	Sammanträdesplan 2027 Nämnd för folkhälsa och sjukvård	1106 - 1113

Övrigt

20	Övriga frågor

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Tid: 2026-10-13 13.00

Kallade

Ledamöter
Thomas Gustafsson (S), ordförande
Martin Nedergaard-Hansen (VD), 1:a vice ordförande
Monica Samuelsson (KD), 2:a vice ordförande
Eva Eliasson (S)
Karsten Offenbartl (S)
Annki Stark (S)
Kerstin Hammar (M)
Lisbeth Andersson (M)
Carina Källman (M)
Camilla Lundgren (VD)
Peter Iveroth (KD)
Razvan Nichitelea (C)
Lenja Sharif (L)
Maria Högberg (SD)
Vibecke Hvidsten (SD)

Övriga
Berit Pettersson (V), adjungerad
Jane Ydman, regiondirektör
Elin Fröding Saric, hälso- och sjukvårdsdirektör
Viktoria Karlsson, nämndsekreterare
Anette Peterson, bitr. hälso- och sjukvårdsdirektör
Jonatan Vincent, chefscontroller
Maria Ekelund, överläkare
Eva-Lena Enell, chefläkare/tf sektionschef
Fatmir Zogaj, personalrepresentant Vårdförbundet
Ann-Christin Rydberg, personalrepresentant Kommunal
Jan-Olof Svärd, personalrepresentant Vision

För kännedom

Ersättare
Erik Wågman (S)
Cristina Nichta (S)
Hans Oscarsson (S)
Linda Danielsson (S)
Senada Sacic (M)
Anders Jarl (M)
Gun Lusth (M)
Frida Aronsson (VD)
Emma Hörberg Butler (VD)
Zeljka Axelsson (KD)
Lina Johannesson (C)
Peter Gran (L)
Leontina Aurell (SD)
Rebecca Lindgren (SD)

Regionråd
Rachel De Basso (S)
Tommie Ekered (M)
Per Eriksson (C)
Jimmy Ekström (L)
Stina Sinclair (KD)
Håkan Karlsson Nyborg (SD)
Mikael Ekvall (V)

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Tid: 2026-10-13 13.00

Region Jönköpings län

	NFS 2026-10-13	
	Plats: Regionens hus, Ängen	
Tid		**Föredragande/ansvarig**
13.00	Upprop och val av protokollsjusterare Fastställande av dagordning Anmälan av delegationsbeslut Övriga anmälningsärenden Kurser och konferenser	Thomas Gustafsson, ordförande Viktoria Karlsson, nämndsekreterare
13.05	Presentation av ny hälso- och sjukvårdsdirektör Elin Fröding Saric	Elin Fröding Saric, hälso- och sjukvårdsdirektör
13.10	Läkemedel	Maria Ekelund, överläkare
13.40	Patientsäkerhet	Eva-Lena Enell, chefläkare/tf sektionschef
14.10	Halvårsrapport 2026 Patientnämnden	
14.10	Intern kontroll – Delårsrapport 2026 Nämnd för folkhälsa och sjukvård – verksamhetsområden	
14.10	Budget och verksamhetsplan 2027 Nämnd för folkhälsa och sjukvård	Thomas Gustafsson, ordförande
14.15	Aktuell information	Elin Fröding Saric, hälso- och sjukvårdsdirektör
14.25	Frågor	Elin Fröding Saric, hälso- och sjukvårdsdirektör
14.30	**Paus**	
14.45	Intern kontroll – Delårsrapport 2026 Nämnd för folkhälsa och sjukvård	Jonatan Vincent, enhetschef Anette Peterson, bitr. hälso- och sjukvårdsdirektör
15.35	Remiss: Ett första steg i genomförandet av en nationell digital infrastruktur på hälsodataområdet	Elin Fröding Saric, hälso- och sjukvårdsdirektör
15.40	Remiss: Behovsstyrd vård (SOU 2026:38)	Elin Fröding Saric, hälso- och sjukvårdsdirektör
15.45	Utökad robotkirurgisk kapacitet i Region Jönköpings län	Elin Fröding Saric, hälso- och sjukvårdsdirektör
15.50	Granskning av barn- och ungdomshälsan	Elin Fröding Saric, hälso- och sjukvårdsdirektör
15.55	Sammanträdesplan 2027 Nämnd för folkhälsa och sjukvård	Thomas Gustafsson, ordförande Viktoria Karlsson, nämndsekreterare
16.00	Övriga frågor	

Delegeringsbeslut

Utskriftsdatum: 2026-10-06 **Utskriven av:** Viktoria Karlsson

Diarieenhet:	Region Jönköpings län
Beslutsfattare:	Alla
Riktning:	Alla
Kategori:	Alla
Beslutsinstans:	Nämnd för folkhälsa och sjukvård
Sammanträdesdatum:	2026-10-13
Sekretess:	Visas ej

Id Datum Ärendenummer	Beskrivning Avsändare/Mottagare Ärendemening	Paragraf Beslutsfattare Kategori Ansvarig
2026.14906 2026-08-25 RJL 2026/3358	Anmälan av personuppgiftsincident Integritetsskyddsmyndigheten Personuppgiftsincident	FS 4.5.4 §64/2026 Sofia Sund FS 4.5.4 Sofia Sund
2026.14911 2026-08-25 RJL 2026/3359	Anmälan av personuppgiftsincident Integritetsskyddsmyndigheten Personuppgiftsincident	FS 4.5.4 §65/2026 Sofia Sund FS 4.5.4 Sofia Sund
2026.15071 2026-08-27 RJL 2025/3595	Beslut taget i enlighet med vidaredelegation från regiondirektör gällande förordnande tf chefsöverläkare vid BUP 2026-10-03--14 Nämnden för Folkhälsa och sjukvård Delegationsbeslut förordnanden inom Psykiatri, rehabilitering och diagnostik 2026	FS 4.3.12 §17/2026 Micael Edblom FS 4.3.12 Pernilla Svensson
2026.15228 2026-08-31 RJL 2026/3460	Anmälan av personuppgiftsincident Integritetsskyddsmyndigheten Personuppgiftsincident	FS 4.5.4 §67/2026 Sofia Sund FS 4.5.4 Sofia Sund
2026.15254 2026-09-01 RJL 2026/3461	Anmälan av personuppgiftsincident Integritetsskyddsmyndigheten Personuppgiftsincident	FS 4.5.4 §66/2026 Sofia Sund FS 4.5.4 Sofia Sund
2026.15347 2026-09-01 RJL 2026/1882	YTTRANDE_ Remiss - förslag till ändrade föreskrifter om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister 4.1-22306/2026 Socialstyrelsen Remiss - förslag till ändrade föreskrifter om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister	FS 4.1.3 §8/2026 Mats Bojestig FS 4.1.3 Anette Peterson
2026.15506	Anmälan av personuppgiftsincident	FS 4.5.4 §69/2026

2026-09-04	Integritetsskyddsmyndigheten	Sofia Sund
RJL 2026/3527	Personuppgiftsincident	FS 4.5.4
		Sofia Sund
2026.15961	Anmälan av personuppgiftsincident	FS 4.5.4 §68/2026
2026-09-11	Juridik	Sofia Sund
RJL 2026/3610	Personuppgiftsincident	FS 4.5.4
		Sofia Sund
2026.16042	Anmälan av personuppgiftsincident	FS 4.5.4 §71/2026
2026-09-14	Integritetsskyddsmyndigheten	Sofia Sund
RJL 2026/3657	Personuppgiftsincident	FS 4.5.4
		Sofia Sund
2026.16371	Anmälan av personuppgiftsincident	FS 4.5.4 §72/2026
2026-09-18	Integritetsskyddsmyndigheten	Sofia Sund
RJL 2026/3735	Personuppgiftsincident	FS 4.5.4
		Sofia Sund
2026.16422	Beslut taget i enlighet med vidaredelegation från regiondirektör gällande förordnande tf chefsöverläkare vid psykiatriska kliniken Värnamo 2026-09-21--27	FS 4.3.12 §19/2026
2026-09-21	Nämnden för Folkhälsa och sjukvård	Micael Edblom
RJL 2025/3595	Delegationsbeslut förordnanden inom Psykiatri, rehabilitering och diagnostik 2026	FS 4.3.12
		Pernilla Svensson
2026.16425	Anmälan av personuppgiftsincident	FS 4.5.4 §73/2026
2026-09-18	Integritetsskyddsmyndigheten	Sofia Sund
RJL 2026/3736	Personuppgiftsincident	FS 4.5.4
		Sofia Sund
2026.16429	Anmälan av personuppgiftsincident	FS 4.5.4 §74/2026
2026-09-18	Integritetsskyddsmyndigheten	Sofia Sund
RJL 2026/3737	Personuppgiftsincident	FS 4.5.4
		Sofia Sund
2026.16442	yttrande över remiss : förslag till föreskrifter och allmänna råd om hälso- och sjukvårdens beredskap Dnr 4.1-22298.2026	FS 4.1.3 §6/2026
2026-09-21	Socialstyrelsen	Mats Bojestig
RJL 2026/2521	Remiss - förslag till föreskrifter och allmänna råd om hälso- och sjukvårdens beredskap	FS 4.1.3
		Evelina Örn
2026.16444	YTTRANDE_ förslag till föreskrifter om ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter (2017:74) om begränsningar av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel samt Läkemedelsverkets föreskrifter (2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel	FS 4.1.3 §7/2026
2026-09-21	Läkemedelsverket	Mats Bojestig
RJL 2026/3345	Remiss- förslag till föreskrifter om ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter (2017:74) om begränsningar av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel samt Läkemedelsverkets föreskrifter (2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel	FS 4.1.3
		Evelina Örn

2026.17063	Terminologiremiss - utlokalisering av patient och inlokalisering av patient, andra remissomgången	FS 4.1.3 §9/2026
2026-09-28	Socialstyrelsen	Mats Bojestig
RJL 2026/3702	Terminologiremiss: begrepp inom området vårdkapacitet	FS 4.1.3
		Evelina Örn
2026.17066	Anmälan av personuppgiftsincident	FS 4.5.4 §75/2026
2026-09-28	Integritetsskyddsmyndigheten	Sofia Sund
RJL 2026/3872	Personuppgiftsincident	FS 4.5.4
		Sofia Sund
2026.17339	Anmälan av personuppgiftsincident	FS 4.5.4 §76/2026
2026-10-01	Integritetsskyddsmyndigheten	Sofia Sund
RJL 2026/3892	Personuppgiftsincident	FS 4.5.4
		Sofia Sund
2026.17454	Anmälan av personuppgiftsincident	FS 4.5.4 §77/2026
2026-10-01	Integritetsskyddsmyndigheten	Sofia Sund
RJL 2026/3924	Personuppgiftsincident	FS 4.5.4
		Sofia Sund

Handlingar

Utskriftsdatum: 2026-09-30 **Utskriven av:** Monica Sandsvik Svensson

Diarieenhet: Region Jönköpings län
Datum: 2026-09-01 - 2026-09-30
Riktning: Alla
Status: Alla
Handlingstyp: REMISS
Notering:
Sekretess: Visas ej

Id / Datum / Ärendenummer	I/U/K	Beskrivning / Avsändare/Mottagare / Notering / Ärendemening	Ansvarig / Avdelning / Handlingstyp
2026.15396	I	Remiss- Identifiering av barn i behov av stöd för att utveckla sina färdigheter i svenska språket	Anette Peterson
2026-09-02		Socialdepartementet	Regionledningskontoret
RJL 2026/3506		Ds 2026:17 Svar senast 2027-01-04 Remiss- Identifiering av barn i behov av stöd för att utveckla sina färdigheter i svenska språket	REMISS
2026.15398	I	Remiss av SVESAM – utredningen för Sveriges sammanhållna utvecklings slutbetänkande Ett sammanhållet, robust och konkurrenskraftigt Sverige – framtidens politik för utveckling i landsbygder och regioner	Karin Hermansson
2026-09-02		Landsbygds- och infrastrukturdepartementet	Regionledningskontoret
RJL 2026/3507		SOU 2026:462 Svar senast 2027-02-26 Remiss av SVESAM – utredningen för Sveriges sammanhållna utvecklings slutbetänkande Ett sammanhållet, robust och konkurrenskraftigt Sverige – framtidens politik för utveckling i landsbygder och regioner	REMISS
2026.15613	I	Remiss- Slutredovisning av tilläggsuppdraget om stärkt samverkan mellan socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri i brottsförebyggande syfte. Ds 2026:18	Anette Peterson
2026-09-07		Socialdepartementet	Regionledningskontoret
RJL 2026/3553		Svar senast 2026-12-08 Dnr S2026/01742 Remiss- Slutredovisning av tilläggsuppdraget om stärkt samverkan mellan socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri i brottsförebyggande syfte. Ds 2026:18	REMISS
2026.15853	I	Informationsblad - Remiss om en termpost för termen högriskläkemedel	Anette Peterson
2026-09-09		Socialstyrelsen	Regionledningskontoret
RJL 2026/3612		Svar senast 2026-10-30	REMISS

		OBS remissen är endast digital, se länk i missiv Remiss- om en termpost för termen högriskläkemedel	
2026.15916	I	Remiss - Förslag till nya föreskrifter om långa fordonståg för Jönköpings län	Ulrika Rosander
2026-09-10		Trafikverket	Länstrafiken
RJL 2026/3618		TRV 2026/82714 Svar senast 2026-10-22 Remiss - Förslag till nya föreskrifter om långa fordonståg för Jönköpings län	REMISS
2026.16036	I	Remiss - Socialstyrelsens rapport Rättsliga anpassningar till EU:s humanmaterialförordning	Anette Peterson
2026-09-14		Socialdepartementet	Regionledningskontoret
RJL 2026/3656		Svar senast 2026-11-16 Dnr S2026/01631 Remiss - Socialstyrelsens rapport Rättsliga anpassningar till EU:s humanmaterialförordning	REMISS
2026.16044	I	Remiss- Bedömning och inkludering av patienter i akuta flöden utanför sjukhus	Evelina Örn
2026-09-15		Nationellt system för kunskapsstyrning Nationellt system för Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård	Regionledningskontoret
RJL 2026/3658		Svar senast 2026-11-13 Remiss- Bedömning och inkludering av patienter i akuta flöden utanför sjukhus	REMISS
2026.16054	I	Remiss- Nivåstrukturering av traumavård	Evelina Örn
2026-09-15		Nationellt system för kunskapsstyrning Nationellt system för Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård	Regionledningskontoret
RJL 2026/3661		Svar senast 2026-11-13 Remiss- Nivåstrukturering av traumavård	REMISS
2026.16059	I	Remiss- kliniskt kunskapsstöd: Bedömning och handläggning av sköra äldre vid akuta kirurgiska tillstånd i buken	Evelina Örn
2026-09-15		Nationellt system för kunskapsstyrning Nationellt system för Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård	Regionledningskontoret
RJL 2026/3663		Svar senast 2026-11-13 Remiss- kliniskt kunskapsstöd: Bedömning och handläggning av sköra äldre vid akuta kirurgiska tillstånd i buken	REMISS
2026.16069	I	Remiss- kliniskt kunskapsstöd: Stroke – intracerebralt hematom	Evelina Örn
2026-09-15		Nationellt system för kunskapsstyrning Nationellt system för Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård	Regionledningskontoret
RJL 2026/3664		Svar senast 2026-11-13 Remiss- kliniskt kunskapsstöd: Stroke – intracerebralt hematom	REMISS
2026.16073	I	Remiss: Ätstörningar	Evelina Örn
2026-09-15		Nationellt system för kunskapsstyrning Nationellt system för Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård	Regionledningskontoret
RJL 2026/3665		Svar senast 2026-11-13	REMISS

		Remiss: Ätstörningar	
2026.16077	I	Remiss – Nationellt vårdprogram och standardiserat vårdförlopp (SVF) för prostatacancer	Evelina Örn
2026-09-15		Nationellt system för kunskapsstyrning Nationellt system för Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård	Regionledningskontoret
RJL 2026/3666		Svar senast 2026-11-13	REMISS
		Remiss – Nationellt vårdprogram och standardiserat vårdförlopp (SVF) för prostatacancer	
2026.16079	I	Remiss – Nationellt vårdprogram för Kronisk lymfatisk leukemi (KML)	Evelina Örn
2026-09-15		Nationellt system för kunskapsstyrning Nationellt system för Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård	Regionledningskontoret
RJL 2026/3667		Svar senast 2026-11-13	REMISS
		Remiss – Nationellt vårdprogram för Kronisk lymfatisk leukemi (KML)	
2026.16081	I	Remiss – Standardiserat vårdförlopp (SVF) för allvarliga ospecifika symtom, AOS	Evelina Örn
2026-09-15		Nationellt system för kunskapsstyrning Nationellt system för Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård	Regionledningskontoret
RJL 2026/3668		Svar senast 2026-11-13	REMISS
		Remiss – Standardiserat vårdförlopp (SVF) för allvarliga ospecifika symtom, AOS	
2026.16084	I	Remissrunda – stöddokument Trombos och blödning	Evelina Örn
2026-09-15		Nationellt system för kunskapsstyrning Nationellt system för Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård	Regionledningskontoret
RJL 2026/3669		Svar senast 2026-11-13	REMISS
		Remiss – stöddokument Trombos och blödning	
2026.16089	I	Remiss – Mall för individuell uppföljningsplan i Min vårdplan	Evelina Örn
2026-09-15		Nationellt system för kunskapsstyrning Nationellt system för Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård	Regionledningskontoret
RJL 2026/3670		Svar senast 2026-11-13	REMISS
		Remiss – Mall för individuell uppföljningsplan i Min vårdplan	
2026.16143	I	Remiss - Socialstyrelsens föreskrifter HSLF-FS 2026 xx om belopp för vård av utskrivningsklara patienter för år 2027	Anette Peterson
2026-09-16		Socialstyrelsen, Rättsavdelningen	Regionledningskontoret
RJL 2026/3694		Svar senast, 2026-10-20. skickas till: socialstyrelsen@socialstyrelsen.se Dnr: 4.1-55326/2026	REMISS
		Remiss - avseende förslag till Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2026:xx) om belopp för vård av utskrivningsklara patienter för år 2027	
2026.16164	I	Remiss - Regelutveckling för cykeltrafik - omkörning av cykel och moped	Karin Hermansson
2026-09-16		Regeringskansliet	Regionledningskontoret
RJL 2026/3699		Dnr LI2026/01564	REMISS

		Svar senast 2026-12-16 Remiss - Regelutveckling för cykeltrafik omkörning av cykel och moped	
2026.16167	I	Terminologiremis - utlokalisering av patient och inlokalisering patient, andra remisomgången erminologiremiss - utlokalisering av patient och inlokalisering av patient, andra remissomgången	Anette Peterson
2026-09-16		Socialstyrelsen	Regionledningskontoret
RJL 2026/3702		Svar senast 2026-06-18 Terminologiremiss: begrepp inom området vårdkapacitet	REMISS
2026.16326	I	Remiss - Ändringar i föreskrifter (HSLF-FS 2016:51) om det allmänna vaccinationsprogrammet för barn	Anette Peterson
2026-09-17		Folkhälsomyndigheten	Regionledningskontoret
RJL 2026/3752		Ärendenr 02832-2026 Svar senast 2026-10-19 Remiss - Ändringar i föreskrifter (HSLF-FS 2016:51) om det allmänna vaccinationsprogrammet för barn	REMISS
2026.16481	I	Remiss - E.ONs Nätutvecklingsplan 2027-2036	Carlos Pettersson
2026-09-17		E.ON Energidistribution AB	Regionledningskontoret
RJL 2026/3754		Svar senast 2026-11-15 Remiss - E.ONs Nätutvecklingsplan 2027-2036	REMISS

Ärenden

Utskriftsdatum: 2026-09-30 **Utskriven av:** Monica Sandsvik Svensson

Diarieenhet: Region Jönköpings län

Sekretess: Visas ej

Makulerade: Visas ej

Beskrivning av sökning:

Ärendenummer Datum	Ärendemening Avsändare/Mottagare	Ansvarig Avdelning
2026/3517 2026-09-03	Patientärende, IVO Inspektionen för vård och omsorg	Camilla Holgersson Regionledningskontoret
2026/3520 2026-09-03	Patientärende, IVO Inspektionen för vård och omsorg	Camilla Holgersson Regionledningskontoret
2026/3757 2026-09-18	Patientärende, IVO Inspektionen för vård och omsorg	Camilla Holgersson Regionledningskontoret
2026/3797 2026-09-22	Underrättelse och begäran Inspektionen för vård och omsorg	Camilla Holgersson Regionledningskontoret

Enhetskod	Enhetsnamn	Ärendenummer	Årtal	Löpnummer	Ärendetyp	Datum	Ärendemening	Ansvarig	Processkod	Process	Diarieplankod	Diari
RJL	Region Jönköpings län	2026/3299	2026	3299	Normal Ärende	2026-08-19	Patientärende, IVO. Dnr 3.4.1-21951/2026-5	Camilla Holgersson				
RJL	Region Jönköpings län	2026/3285	2026	3285	Normal Ärende	2026-08-18	Patientärende, IVO	Camilla Holgersson				
RJL	Region Jönköpings län	2026/3055	2026	3055	Normal Ärende	2026-08-03	Patientärende	Camilla Holgersson				

Handlingar

Utskriftsdatum: 2026-09-01 **Utskriven av:** Anette Nero

Diarieenhet: Region Jönköpings län
Datum: 2026-08-01 - 2026-08-31
Riktning: Alla
Status: Alla
Handlingstyp: MOTION
Notering:
Sekretess: Visas ej

Id Datum Ärendenummer	I/U/K	Beskrivning Avsändare/Mottagare Notering Ärendemening	Ansvarig Avdelning Handlingstyp
2026.14583 2026-08-18 RJL 2026/3291	I	Motion - Färdtjänst med frihetskänsla Vänsterpartiet Motion - Färdtjänst med frihetskänsla	Linda Byman Regionledningskontoret MOTION

Handlingar

Utskriftsdatum: 2026-09-01 **Utskriven av:** Anette Nero

Diarieenhet: Region Jönköpings län
Datum: 2026-08-01 - 2026-08-31
Riktning: Alla
Status: Alla
Handlingstyp: REMISS
Notering:
Sekretess: Visas ej

Id Datum Ärendenummer	I/U/K	Beskrivning Avsändare/Mottagare Notering Ärendemening	Ansvarig Avdelning Handlingstyp
2026.13422 2026-08-04 RJL 2026/3078	I	Remiss - Samråd om ändringar av riktlinjerna för statligt regionalstöd (Regional Aid Guidelines, RAG) Klimat- och näringslivsdepartementet 2021/C 153/01 Remiss - Samråd om ändringar av riktlinjerna för statligt regionalstöd (Regional Aid Guidelines, RAG)	Karin Hermansson Regionledningskontoret REMISS
2026.14828 2026-08-21 RJL 2026/3345	I	Remiss- förslag till föreskrifter om ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter (2017:74) om begränsningar av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel samt Läkemedelsverkets föreskrifter (2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel Läkemedelsverket Svar senast 2026-09-18 Dnr 3.1.1-2026-051342. Remiss- förslag till föreskrifter om ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter (2017:74) om begränsningar av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel samt Läkemedelsverkets föreskrifter (2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel	Nathalie Bijelic Eriksson Regionledningskontoret REMISS
2026.14829 2026-08-21 RJL 2026/3345	I	Remiss- förslag till föreskrifter om ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter (2017:74) om begränsningar av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel samt Läkemedelsverkets föreskrifter (2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel Läkemedelsverket Svar senast 2026-09-18 Dnr 3.1.1-2026-051342. Remiss- förslag till föreskrifter om ändring i Läkemedelsverkets föreskrifter (2017:74) om begränsningar av förordnande och utlämnande av vissa läkemedel samt Läkemedelsverkets föreskrifter (2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel	Nathalie Bijelic Eriksson Regionledningskontoret REMISS

2026.14964	I	Remiss - ändrade villkor gällande BK4 i Trafikverkets föreskrifter om bärighetsklasser TRV 2026/92928	Karin Hermansson
2026-08-25		Trafikverket	Regionledningskontoret
RJL 2026/3375		Svar senast 2026-09-30 Dnr TRV 2026/92928 Remiss - ändrade villkor gällande BK4 i Trafikverkets föreskrifter om bärighetsklasser TRV 2026/92928	REMISS
2026.15049	I	Remiss - betänkandet En reform av den statliga barn- och ungdomsvården SOU 2026:52 Volym 1	Anette Peterson
2026-08-27		Socialdepartementet	Regionledningskontoret
RJL 2026/3415		S2026/01598 Svar senast 20261218 Remiss - betänkandet En reform av den statliga barn- och ungdomsvården SOU 2026:52	REMISS
2026.15050	I	Remiss - betänkandet En reform av den statliga barn- och ungdomsvården SOU 2026:52 Volym 2	Anette Peterson
2026-08-27		Socialdepartementet	Regionledningskontoret
RJL 2026/3415		S2026/01598 Svar senast 20261218 Remiss - betänkandet En reform av den statliga barn- och ungdomsvården SOU 2026:52	REMISS
2026.15051	I	Remiss - betänkandet En reform av den statliga barn- och ungdomsvården SOU 2026:52 Volym 3	Anette Peterson
2026-08-27		Socialdepartementet	Regionledningskontoret
RJL 2026/3415		S2026/01598 Svar senast 20261218 Remiss - betänkandet En reform av den statliga barn- och ungdomsvården SOU 2026:52	REMISS
2026.15169	I	2 Regionplan för Skåne 2045 samrådshandling	Nathalie Bijelic Eriksson
2026-08-31		Region Skåne	Regionledningskontoret
RJL 2026/3452		Svar senast 2027-01-31. Diarienummer 2026-POL000165 Remiss - Samråd om Regionplan för Skåne 2045	REMISS
2026.15170	I	1 Remiss -Beslutsförslag gällande samråd om Regionplan för Skåne 2045	Nathalie Bijelic Eriksson
2026-08-31		Region Skåne	Regionledningskontoret
RJL 2026/3452		Svar senast 2027-01-31. Diarienummer 2026-POL000165 Remiss - Samråd om Regionplan för Skåne 2045	REMISS

Handling	Dnr + rubrik/innehåll
Inkomna handlingar	
– Regeringsbeslut	
– Beslut från Inspektionen för vård och omsorg (IVO)	RJL 2024/3704 Patientärende RJL 2026/3253 Ansökan återflytt blodverksamhet Eksjö RJL 2026/2514 Patientärende, lex Maria RJL 2026/2513 Patientärende, lex Maria RJL 2026/2732 Patientärende, lex Maria RJL 2026/3051 Patientärende, lex Maria
– Beslut från Sveriges kommuner och regioner (SKR)	
– Skrivelser från invånare	
– Skrivelser från organisationer	
– Övrigt	RJL 2026/3911 Information om högkostnadsskyddsbelopp för vårdavgifter till regionerna och för läkemedel från och med den 1 januari 2027
Upprättade handlingar	
– Protokoll	Protokoll Nämnd för folkhälsa och sjukvård 2026-09-01 Protokoll Nämnd för folkhälsa och sjukvård – presidium 2026-09-29
– Svar på skrivelser från invånare	
– Svar på skrivelser från organisationer	
– Övrigt	

§ 114

Kurser och konferenser

Sammanfattning

Inga inbjudningar till kurser eller konferenser har inkommit.

---

§ 103

Läkemedel

Beslut

Presidiet beslutar att

- nämnden ska informeras om läkemedel vid nämndsammanträdet den 13 oktober 2026.

---

§ 102

Patientsäkerhet

Beslut

Presidiet beslutar att

- nämnden ska informeras om patientsäkerhet vid nämndsammanträdet den 13 oktober 2026.

Region Jönköpings län

HALVÅRSRAPPORT 2026

Patientnämnden

Enskilda synpunkter berättar inte hur vården fungerar i stort.

Men när flera patienter berättar om liknande erfarenheter kan mönster och risker bli synliga.

Deras berättelser ger oss möjlighet att lära, förbättra och skapa en säkrare vård.

Sammanfattning

Denna halvårsrapport redovisar en analys av de synpunkter och klagomål som inkommit till Patientnämnden i Region Jönköpings län under årets första sex månader. Rapporten ger en samlad bild av de erfarenheter som patienter och närstående har förmedlat och belyser mönster, trender och utvecklingsområden som framträder i ärendena. Syftet är att tidigt identifiera återkommande riskområden och ge en indikation på hur ärendebilden utvecklats under året. Genom att synliggöra patienters och närståendes erfarenheter utgör rapporten ett kunskapsunderlag för politiska beslutsfattare, vårdens ledning och verksamheter på olika nivåer. Den ska bidra till dialog, lärande och ett långsiktigt förbättringsarbete för en säker, jämlik och patientcentrerad hälso- och sjukvård.

Under första halvåret inkom 880 synpunkter till patientnämnden. De flesta synpunkterna rörde vård och behandling, följt av kommunikation samt vårdansvar och organisation. Antalet ärenden ökade framför allt inom primärvården och den medicinska vården, vilket kan tyda på både ett ökat vårdbehov och att fler patienter och närstående väljer att framföra sina erfarenheter.

Analysen visar att återkommande brister främst handlar om undersökning, medicinsk bedömning, uppföljning och kontinuitet. Många synpunkter beskriver vårdförlopp där ansvar och information inte följer patienten mellan olika verksamheter, vilket leder till otydlighet, fördröjd vård och ett ökat ansvar för patienten och de närstående. Särskilt i ärenden som rör äldre patienter och personer med omfattande vårdbehov har närstående en viktig roll genom att uppmärksamma förändringar i patientens tillstånd och driva kontakten med vården.

Flera av de mönster som framkommer i årets halvårsrapport känns igen från tidigare analyser, vilket visar att vissa utmaningar är återkommande och kräver långsiktiga, systemövergripande förbättringsinsatser. Verksamheternas svar visar samtidigt en vilja att ta tillvara patienters och närståendes erfarenheter i det lokala förbättringsarbetet. Patientnämndens samlade analys bidrar därmed till att synliggöra gemensamma utvecklingsområden och ge underlag för ett fortsatt lärande i hälso- och sjukvården.

Mats Holmstedt
Ordförande patientnämnden

Anna Stålkrantz
Sektionschef patientnämndens kansli

Innehållsförteckning

Patientnämnden ... 1
Inledning ... 3
Patientnämndens uppdrag ... 3
Hur synpunkter och klagomål hanteras ... 4
Etiska övervägande ... 4
Redovisning av inkomna synpunkter ... 5
Ålders- och könsfördelning ... 5
Delproblem ... 6
Verksamhetsområden ... 7
Primärvård ... 7
Kirurgisk vård ... 9
Medicinsk vård ... 11
Psykiatri, diagnostik och rehabilitering ... 14
Tandvården ... 16
Kommunal hälso- och sjukvård ... 18
Stödpersonsverksamheten ... 20
Uppföljning av verksamhetsplan- och kommunikationsplan ... 20
Diskussion och reflektion ... 21

Inledning

Region Jönköpings län har som mål att erbjuda en hälso- och sjukvård och tandvård med hög kvalitet, god patientsäkerhet och vård på lika villkor. Utgångspunkten för regionens arbete är att bidra till länets utveckling och till att Jönköpings län är den bästa platsen att växa upp, leva och åldras på. En god, säker och jämlik vård är en grundläggande förutsättning för att uppnå detta mål.

Regionens utvecklingsarbete utgår från ESTER-filosofin, där den vägledande frågan är *"Vad är bäst för Ester?"*. Ester symboliserar den person som behöver vård och omsorg och påminner om vikten av att utforma vården utifrån patientens behov, erfarenheter och delaktighet. Att lyssna till patienter och närstående är därför en viktig del i arbetet med att utveckla en personcentrerad, säker och kvalitativ vård.

Patienters och närståendes erfarenheter utgör en viktig kunskapskälla för vårdens utveckling. De ger en unik inblick i hur vården fungerar ur patientens perspektiv och kan synliggöra både styrkor och områden där kvalitet, patientsäkerhet och patientupplevelse kan förbättras. Även om de allra flesta patienter är nöjda med den vård de får, innehåller de synpunkter som framförs värdefulla erfarenheter som kan bidra till lärande, utveckling och förbättring.

För att tidigt identifiera återkommande mönster, trender och riskområden analyserar patientnämnden årligen de synpunkter och klagomål som inkommit under årets första sex månader i särskild halvårsrapport. Rapporten kompletterar den årliga verksamhetsrapporten och ger en aktuell lägesbild av de frågor som patienter och närstående lyfter. Genom att synliggöra utvecklingstendenser i ett tidigt skede skapas bättre förutsättningar att uppmärksamma områden som behöver analyseras vidare och, där det är möjligt, ligga till grund för tidiga förbättringsinsatser. På så sätt kan patienters och närståendes erfarenheter bidra till ett systematiskt lärande och en fortsatt utveckling av vårdens kvalitet och patientsäkerhet.

Patientnämndens uppdrag

Patientnämndens uppdrag är lagstadgat och regleras i *lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården* [1]. Patientnämnden är en fristående och opartisk instans. Region Jönköpings län och länets 13 kommuner har genom avtal inrättat en gemensam patientnämnd, där Region Jönköpings län är värdregion.

Nämndens huvudsakliga uppgift är att stödja patienter och närstående i att framföra synpunkter och klagomål samt bidra till att dessa besvaras av berörd vårdgivare. När ärendet

[1] Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372)

gäller ett barn ska patientnämnden särskilt beakta barnets bästa. Nämnden utreder inte vad som har hänt och tar inte ställning till vårdens agerande.

Nämnden omfattas av samma sekretessregler som gäller för personal inom hälso- och sjukvården. Alla kontakter med vårdgivare sker med patientens medgivande.

Hur synpunkter och klagomål hanteras

Patientnämndens kansli ansvarar för den operativa verksamheten. Kansliet stödjer patienter och närstående, handlägger inkomna ärenden samt sammanställer och analyserar synpunkter och klagomål som underlag för patientnämndens rapportering och analyser.

Synpunkter och klagomål kan lämnas av patienter och närstående via 1177.se, telefon, brev eller e-post. Samtliga ärenden diarieförs och registreras i patientnämndens ärendehanteringssystem Synergi. Personuppgifter behandlas i enlighet med dataskyddsförordningen (GDPR) [2] och gällande lagstiftning.

Alla synpunkter och klagomål som inkommer till patientnämnden kategoriseras enligt patientnämndens nationella handbok [3]. Ärendena registreras utifrån åtta nationellt fastställda huvudproblem, vilka bygger på de områden som regleras i *patientlagen*[4]. Varje huvudproblem delas därefter in i ett antal delproblem för att ge en mer detaljerad bild av vad synpunkterna avser och vilka problem patienter och närstående beskriver.

Underlaget sammanställs och analyseras löpande i rapporter med syfte att identifiera återkommande mönster, uppmärksamma riskområden och bidra med kunskap till vårdgivarnas kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Etiska övervägande

Alla ärenden som inkommer till patientnämnden omfattas av sekretess. Rapporten innehåller inga personuppgifter och resultaten redovisas huvudsakligen på gruppnivå. I de fall citat används har de avidentifierats så att enskilda personer inte kan identifieras. Syftet är att illustrera återkommande erfarenheter och ge en fördjupad förståelse av de mönster som framkommer i analysen, samtidigt som patienternas och de närståendes integritet värnas.

Begrepp: I rapporten benämns synpunkter och klagomål som synpunkter eller ärende. Närstående kan vara både inom familjen och en god vän.

---

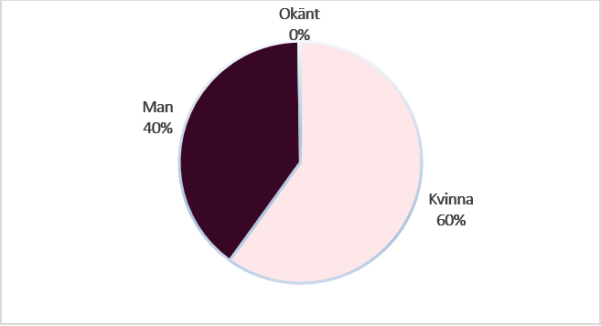
[2] Dataskyddsförordningen (The General Data Protection Regulation) GDPR

[3] Handbok för handläggning av klagomål och synpunkter för Patientnämndernas förvaltningar/kanslier i Sverige, 2019, reviderad februari 2024.
[4] Patientlagen (2014:821)

Redovisning av inkomna synpunkter

Under första halvåret 2026 tog patientnämnden emot 880 ärenden. Jämfört med motsvarande period 2025, då 713 ärenden inkom, motsvarar det en ökning med 167 ärenden (23 procent).

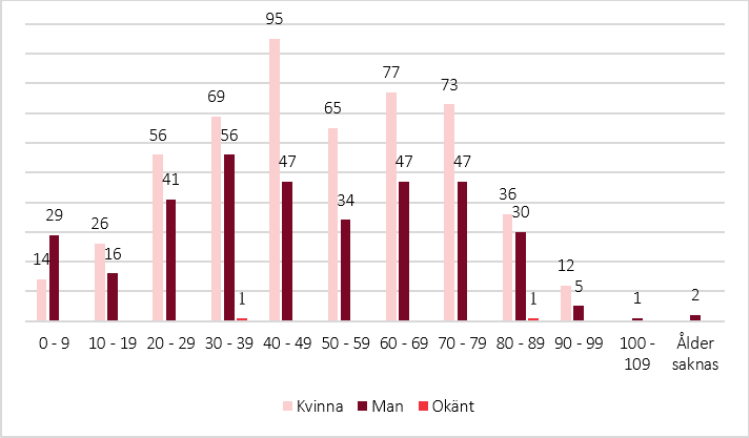
Synpunkterna berörde oftare kvinnor än män. Av de registrerade ärendena avsåg 523 kvinnor (60 procent) och 355 män (40 procent), medan kön var okänt i två ärenden.



Figur 1. Könsfördelning första halvåret 2026.

Ålders- och könsfördelning

Den största åldersgruppen bland de personer där ålder registrerats var 40–49 år, följt av 30–39 år. Bland kvinnor var 40–49 år den största åldersgruppen, medan flest män återfanns i åldersgruppen 30–39 år. Fördelningen visar att patientnämndens ärenden främst rör personer i yrkesverksam ålder och yngre äldre. Antalet synpunkter är däremot lägre i de äldsta åldersgrupperna. Det behöver inte innebära att dessa patienter upplever färre brister i vården, utan kan även spegla att de oftare är beroende av en närstående för att framföra synpunkter eller att kännedomen om patientnämndens uppdrag är lägre. Åldersfördelningen bör därför tolkas med viss försiktighet.

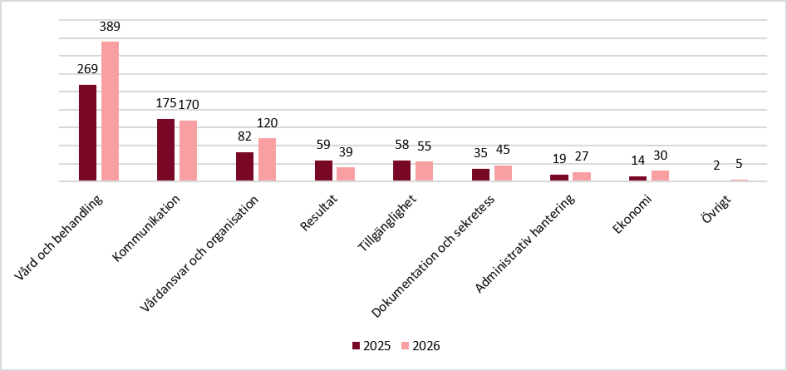


Figur 2. Ålders- och könsfördelning bland patienter som inkommit med synpunkter till patientnämnden under första halvåret 2026.

Huvudproblem	Kvinna	Man	Okänt	Totalt
Vård och behandling	223	165	1	389
Kommunikation	101	69		170
Vårdansvar och organisation	75	44	1	120
Tillgänglighet	29	26		55
Dokumentation och sekretess	26	19		45
Resultat	29	10		39
Ekonomi	18	12		30
Administrativ hantering	17	10		27
Övrigt	5			5
Totalt	**523**	**355**	**2**	**880**

Tabell 1. Fördelning av inkomna synpunkter efter huvudproblem och kön, första halvåret 2026.

Vård och behandling var det vanligaste huvudproblemet under första halvåret 2026 och omfattade 389 av 880 ärenden (44 procent). Därefter följde kommunikation (170 ärenden) och vårdansvar och organisation (120 ärenden). Tillsammans utgjorde dessa tre huvudproblem omkring tre fjärdedelar av samtliga inkomna ärenden. Inom samtliga huvudproblem berörde synpunkterna fler kvinnor än män, vilket följer den övergripande könsfördelningen bland de inkomna ärendena.



Figur 3. Inkomna synpunkter fördelade efter huvudproblem, jämförelse mellan första halvåret 2025 och 2026.

Jämfört med motsvarande period 2025 ökade det totala antalet inkomna ärenden med 167, vilket motsvarar 23 procent. Den största ökningen återfinns inom vård och behandling, där antalet ärenden ökade från 269 till 389. Även vårdansvar och organisation ökade, från 82 till 120 ärenden. Antalet ärenden inom kommunikation var däremot i stort sett oförändrat, medan huvudproblemen resultat och tillgänglighet minskade något jämfört med föregående år. En viss ökning kan även ses inom dokumentation och sekretess, administrativ hantering och ekonomi.

Delproblem

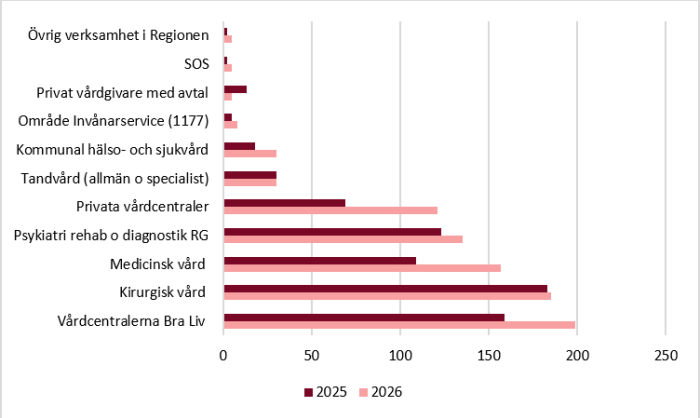
Undersökning/bedömning var det vanligaste delproblemet under första halvåret 2026 med 168 ärenden, följt av behandling (82 ärenden) och diagnos (67 ärenden). Även fast vårdkontakt/individuell plan, delaktighet och läkemedel tillhörde de vanligaste delproblemen. Jämfört med motsvarande period 2025 ökade framför allt antalet ärenden som rör behandling, fast vårdkontakt/individuell plan och läkemedel, medan undersökning/bedömning och diagnos också visade en tydlig ökning. Däremot minskade antalet ärenden som rör delaktighet och resultat jämfört med föregående år.

Delproblem	2026	2025
Undersökning/bedömning	168	131
Behandling	82	40
Diagnos	67	57
Fast vårdkontakt/individuell plan	65	33
Delaktig	64	91
Läkemedel	60	33
Information	56	40
Bemötande	44	44
Patientjournalen	40	31
Resultat	39	59

Tabell 2. De vanligaste delproblemen i inkomna synpunkter, första halvåret 2026 jämfört med 2025.

Verksamhetsområden

En jämförelse mot föregående år visar att två av de fyra största verksamhetsområdena har haft en tydlig ökning av antalet ärenden. Primärvården står för den största ökningen, från 228 till 320 ärenden, följt av medicinsk vård där antalet ärenden ökade från 109 till 158.



Figur 4. Antal inkomna synpunkter per verksamhetsområde, första halvåret 2025 och 2026.

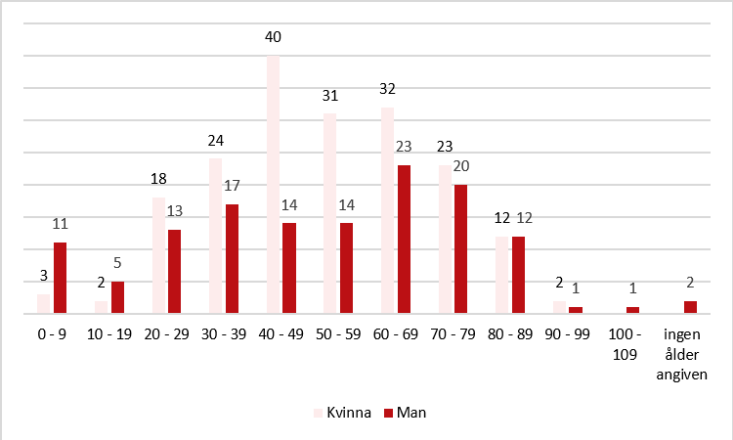
Primärvård

Primärvården är det verksamhetsområde som står för flest inkomna ärenden under perioden, med totalt 320 ärenden, vilket är en ökning från 228 ärenden föregående år. Av dessa avser 199 ärenden Bra Livs vårdcentraler (159 föregående år) och 121 ärenden privata vårdcentraler (69 föregående år). Ökningen ses således inom både offentlig och privat primärvård, men är betydligt mer uttalad bland de privata vårdcentralerna. För Bra Liv motsvarar ökningen cirka 25 procent, medan antalet ärenden som avser privata vårdcentraler har ökat med cirka 75 procent jämfört med föregående år. Skillnaden i utveckling är därför relevant att uppmärksamma och följa över tid.

Vårdcentral	Antal
Wetterhälsan	27
Eksjö VC Bra Liv	24
Nässjö VC Bra Liv	18
Tranås VC Bra Liv	16
Sävsjö VC Bra Liv	16
Apladalen vårdcentral Värnamo	14
Läkarhuset Öster VC Jönköping	11
Vetlanda VC Bra Liv	11
Vårdcentralen Aroma	10
Aneby vårdcentral	10

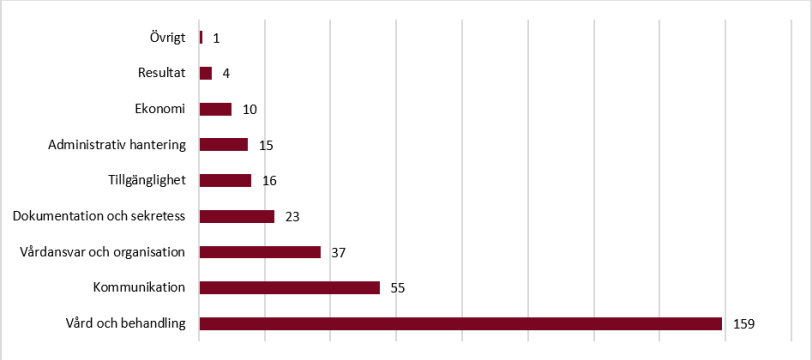
Tabell 3. Antal inkomna synpunkter per vårdcentral, de tio vårdcentraler med flest ärenden under första halvåret 2026.

Bland de vårdcentraler som har flest inkomna ärenden återfinns både Bra Livs vårdcentraler och privata vårdcentraler. Eftersom antalet ärenden inte har satts i relation till exempelvis antal listade patienter eller antal vårdkontakter kan uppgifterna inte användas för att jämföra verksamheternas kvalitet, men de visar var synpunkterna har varit mest frekventa under året.



Figur 5. Inkomna synpunkter inom primärvården fördelade efter ålder och kön, första halvåret 2026.

Åldersfördelningen visar att merparten av ärendena avser personer i arbetsför ålder och yngre pensionärer. Flest ärenden återfinns i åldersgrupperna 40–49 år och 60–69 år, tätt följda av 50–59 år, 70–79 år och 30–39 år. Från 70–79 års ålder minskar antalet ärenden tydligt, och relativt få ärenden avser personer under 20 år eller över 90 år.



Figur 6. Inkomna synpunkter inom primärvården fördelade efter huvudproblem, första halvåret 2026.

Den största ökningen av synpunkter återfinns inom området vård och behandling. Ärendena handlar i stor utsträckning om patienters upplevelser av att undersökning, utredning eller diagnostik inte varit tillräcklig eller att rätt diagnos ställts först efter upprepade vårdkontakter. Flera patienter beskriver att de sökt vård vid flera tillfällen innan ytterligare utredning, provtagning eller remittering genomförts. Synpunkterna rör bland annat fördröjd diagnostik av frakturer, infektioner, neurologiska tillstånd, hjärt- och kärlsjukdomar samt cancersjukdomar.

Utöver vård och behandling återkommer synpunkter som rör bemötande, kommunikation, kontinuitet och samordning. Patienterna beskriver bland annat att de inte känt sig lyssnade på eller delaktiga i vården, att de träffat flera olika läkare och att ansvaret för vården upplevts som otydligt. Några ärenden belyser också svårigheter i samverkan mellan primärvård och psykiatri, där patienter upplevt att de hänvisats mellan verksamheterna utan att någon tagit ett tydligt helhetsansvar.

> *"Jag har fastnat i ett cirkelresonemang mellan primärvård och psykiatri där ingen tar helhetsansvaret. Jag vill samarbeta, men jag behöver veta att det leder någonstans."*

Verksamheternas svar visar att många ärenden har utretts genom journalgranskning och dialog med berörd personal. I flera svar framkommer att det finns behov av förbättringar inom kommunikation, dokumentation, återkoppling och samordning. Samtidigt bedöms den medicinska handläggningen i många fall ha varit rimlig utifrån den information som fanns vid vårdtillfället, även om flera ärenden har lett till lärande och förbättringsåtgärder inom verksamheterna.

> *"Vi vill börja med att be om ursäkt för att du känner att du blivit bollad mellan olika enheter och att du inte fått det stöd och den tydlighet som du behövt i processen... Vårdcentralen är oftast den vårdenhet som håller i helheten kring dig som patient."*

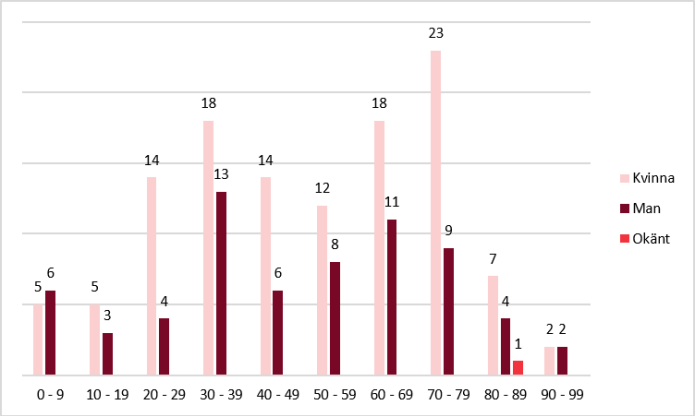
> *"Även när medicinska bedömningar är korrekta är det viktigt att patienten känner sig lyssnad på och respektfullt bemött."*

Kirurgisk vård

Under perioden inkom 185 ärenden inom kirurgisk vård, vilket är i nivå med föregående år (183). Ortopedkliniken står för det största antalet ärenden och har också den tydligaste ökningen jämfört med föregående år då de hade 56 ärende. Kirurgkliniken visar en mindre ökning, medan kvinnokliniken ligger kvar på samma nivå. Övriga verksamheter uppvisar endast mindre förändringar.

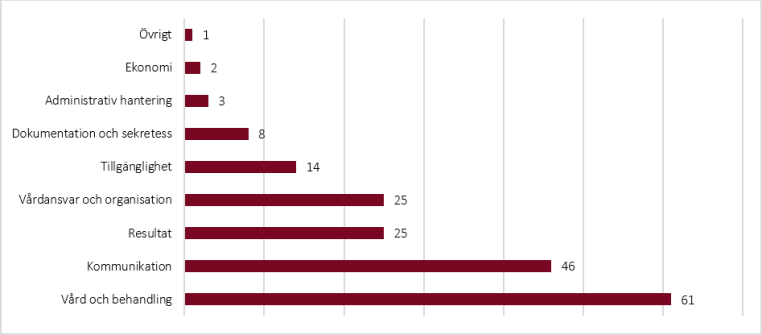
Kirurgisk vård	Antal
Ortopedklinikerna Jkp, Eks, Vmo	65
Kirurgkliniken RJL	42
Kvinnoklinikerna Jkp, Eks, Vmo	37
Ögonkliniken Jkp, Eks,Vmo	15
Urologkliniken RJL	7
Smärtkliniken RJL	6
Onkologkliniken Jkp	6
Öron- näs- och halsklin RJL	5
Op- IVA klinikerna Jkp, Eks, Vmo	2
Totalt	**185**

Tabell 4. Antal inkomna synpunkter per verksamhet inom kirurgisk vård, första halvåret 2026.



Figur 7. Inkomna synpunkter inom kirurgisk vård fördelade efter ålder och kön, första halvåret 2026.

Flest synpunkter återfinns bland patienter i åldrarna 30–39 år samt 60–79 år, där gruppen 70–79 år är störst. Fördelningen speglar sannolikt verksamheternas patientunderlag, där kvinnoklinikens verksamhet bidrar till fler ärenden bland yngre vuxna medan ortopedi och övriga kirurgiska specialiteter står för en större andel av ärendena bland äldre patienter. Kvinnor står för en större andel av ärendena i de flesta åldersgrupper.



Figur 8. Inkomna synpunkter inom kirurgisk vård fördelade efter huvudproblem, första halvåret 2026.

Patienternas synpunkter handlar framför allt om vård och behandling, kommunikation, resultat samt vårdansvar och organisation. Många beskriver upplevelser av komplikationer i samband med behandling eller operation, fördröjd diagnostik eller behandling samt brister i information och delaktighet under vårdförloppet. Flera patienter uttrycker också frustration över bristande samordning mellan olika verksamheter och en upplevelse av att själva behöva driva sin vård vidare när ansvarsfördelningen varit otydlig.

Ett tydligt mönster är att patienternas upplevelse av vården ofta påverkas av hela vårdprocessen, snarare än enbart av den medicinska behandlingen. Synpunkterna visar att bemötande, information, kontinuitet och uppföljning har stor betydelse för hur vården upplevs, särskilt när komplikationer uppstår eller vårdförloppen blir långvariga.

> *"Efter operationen har patienten omfattande ärr som orsakar stora och återkommande besvär … Besvären gör att patienten blir mycket begränsad och det påverkar patientens livskvalitet negativt."*

> *"Händelsen hade kunnat undvikas om man hade tagit patienten på allvar och inte blivit avfärdad med att det sitter i huvudet."*

Verksamheternas svar visar att synpunkterna genomgående tas på allvar och att de flesta ärenden följs upp genom journalgranskning, dialog med berörd personal och, i många fall, kontakt med patient eller närstående. I flera svar bedöms den medicinska handläggningen ha varit korrekt utifrån gällande riktlinjer, samtidigt som verksamheterna återkommande konstaterar att kommunikationen, informationen eller patientens delaktighet hade kunnat fungera bättre. Detta visar på en samsyn mellan patienternas upplevelser och verksamheternas egna förbättringsområden.

> *"Vi beklagar att patienten inte upplevde sig lyssnad på och ser att vi behöver bli tydligare i vår information och kommunikation."*

Mellan verksamheterna finns vissa skillnader. Ortopedkliniken utmärker sig genom många synpunkter som rör väntetider, komplikationer, uppföljning och kontinuitet. Verksamheten beskriver samtidigt ett omfattande förbättringsarbete med återkoppling till medarbetare, översyn av rutiner och utveckling av arbetssätt.

Förlossningsvården präglas i högre grad av synpunkter som rör bemötande, delaktighet och kommunikation i samband med graviditet, förlossning och BB-vård, där patienternas upplevelse av trygghet har stor betydelse.

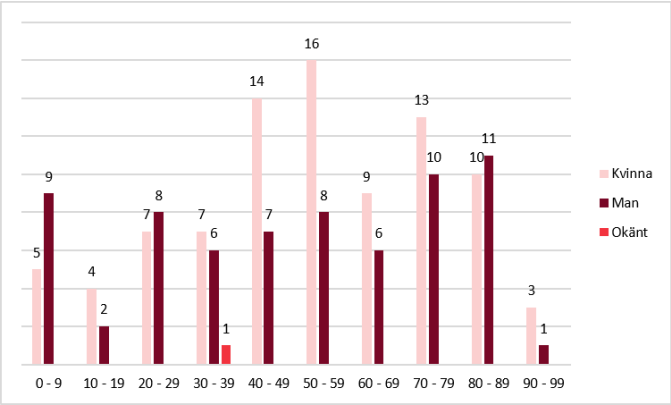
Kirurgkliniken kännetecknas av flera komplexa vårdförlopp där verksamheten ofta redovisar utförliga medicinska genomgångar, samtidigt som förbättringsbehov identifieras inom information, samordning och bemötande.

Medicinsk vård

Medicinsk vård omfattar totalt 157 inkomna synpunkter, en ökning från 109 ärenden föregående år. Den största ökningen ses inom medicin-, samt medicin- och geriatriska klinikerna där antalet synpunkter ökat från 51 till 90 ärenden. Även akutklinikerna har ökat något, från 15 till 24 ärenden, medan övriga verksamheter ligger på ungefär samma nivå som föregående år.

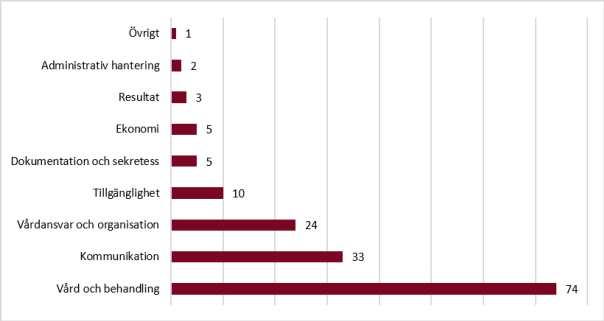
Medicinsk vård	Antal
Medicin-, samt medicin- och geriatriska klinikerna Jkp, Eks, Vmo	90
Akutklinikerna Jkp, Eks, Vmo	24
Barnkliniken Jkp	11
Hudkliniken Jkp	9
Geriatriska kliniken Jkp	7
Ambulanssjukvård gem	5
Barn- och ungdomshälsan RJL	5
Infektionskliniken Jkp	3
Barn- och ungdomsmed mott RJL	2
Barnhälsovården Jkp län	1
Totalt	**157**

Tabell 5. Antal inkomna synpunkter per verksamhet inom medicinsk vård, första halvåret 2026.



Figur 9. Inkomna synpunkter inom medicinsk vård fördelade efter ålder och kön, första halvåret 2026.

Synpunkterna avser framför allt patienter i de äldre åldersgrupperna, där flest ärenden återfinns mellan 50 och 89 år. Detta överensstämmer med innehållet i synpunkterna, där många ärenden rör patienter med komplexa vårdbehov, flera vårdkontakter och där det är ett stort engagemang från närstående. Det speglar också att medicinsk vård ofta omfattar patienter med långvariga eller sammansatta vårdbehov.



Figur 10. Inkomna synpunkter inom medicinsk vård fördelade efter huvudproblem, första halvåret 2026.

De vanligaste huvudproblemen är vård och behandling, följt av kommunikation samt vårdansvar och organisation. Analysen visar att huvudproblemen ofta hänger samman och beskriver komplexa vårdförlopp där flera verksamheter varit involverade, snarare än en enskild händelse eller kontakt med vården.

I många ärenden beskriver patienter att de sökt vård flera gånger innan rätt diagnos ställts eller behandling påbörjats. Flera handlar om allvarliga sjukdomstillstånd där symtomen successivt förvärrats innan rätt utredning genomförts. Synpunkterna visar att det inte alltid är

den första medicinska bedömningen som ifrågasätts, utan att förändringar i patientens tillstånd inte uppmärksammats när vårdkontakterna blivit fler.

> *"Jag sökte vård flera gånger men fick höra att det inte var något allvarligt. Först när jag blev betydligt sämre upptäcktes vad det egentligen var."*

När flera verksamheter är involverade blir också samordningen en återkommande utmaning. Patienter beskriver hur de hänvisats mellan vårdcentral, ambulans, akutmottagning och specialistvård utan att det varit tydligt vem som haft det övergripande ansvaret. Flera upplever att de själva, eller deras närstående, fått samordna kontakter och föra information mellan olika vårdgivare.

Bristande samordning blir särskilt tydlig när patienten övergår mellan olika delar av vården. Denna problematik blir särskilt tydlig i samband med utskrivning från slutenvården. Patienter och närstående beskriver att hemgång ibland skett trots kvarstående oro eller innan den fortsatta vården varit tillräckligt planerad. Synpunkterna handlar om bristande informationsöverföring, oklar läkemedelshantering och otydlig ansvarsfördelning mellan sjukhus, primärvård och kommun. I flera ärenden leder detta till återinläggning kort efter utskrivningen.

> *"Vi kände oss inte trygga när patienten skrevs ut. Kort därefter blev tillståndet betydligt sämre."*

Kommunikation är ett annat återkommande tema. Patienter och närstående beskriver inte bara bristande information utan också att de fått olika besked från olika verksamheter eller haft svårt att förstå vad nästa steg i vården är. När flera vårdgivare är involverade blir behovet av tydlig och samordnad information särskilt viktigt. Flera synpunkter visar att bristande kommunikation skapar osäkerhet och gör det svårt för patienter och närstående att känna sig delaktiga och trygga i vården.

En stor del av synpunkterna lämnas av närstående. Det gäller framför allt äldre patienter, personer med kognitiv svikt, barn och patienter med omfattande vårdbehov. Närstående beskriver hur de uppmärksammat försämringar, efterfrågat ytterligare undersökningar eller uttryckt oro inför en utskrivning. I flera ärenden upplever de att deras oro inte tagits på allvar, trots att den senare visat sig vara befogad. Flera ärende visar att närstående ofta har en central roll genom att uppmärksamma förändringar i patientens tillstånd och bidra med information som blir viktig för den fortsatta bedömningen.

> *"Vi försökte flera gånger förklara att mamma blivit sämre, men upplevde inte att någon lyssnade."*

Liknande synpunkter återkommer även i ärenden som rör barn och unga. Föräldrar beskriver oro över fördröjda diagnoser, bristande information och att deras beskrivning av barnets symtom inte alltid fått genomslag i den medicinska bedömningen. Även här blir

vårdnadshavarnas kunskap om barnets tillstånd en viktig del av underlaget för en säker och ändamålsenlig vård.

Under året har patientnämnden också uppmärksammat ett antal synpunkter som rör väntetider till pacemakerbehandling. Även om antalet ärenden är begränsat beskriver patienterna en oro över uppskjutna eller inställda ingrepp. I verksamheternas svar framgår att väntetiderna främst hänger samman med begränsad operationskapacitet och att arbete pågår för att förbättra tillgängligheten. Det är ett område som är angeläget att följa även fortsättningsvis. Överlag visar verksamheternas svar en öppenhet och en vilja att lära av de synpunkter som inkommit. I flera svar bekräftas patienternas upplevelser samtidigt som verksamheterna beskriver konkreta förbättringsåtgärder, bland annat utvecklade rutiner för utskrivning, förbättrad informationsöverföring, utbildningsinsatser och förändrade arbetssätt.

> *"Ärendet har diskuterats i verksamheten och lett till att våra rutiner har setts över för att minska risken för att liknande händelser ska inträffa igen."*

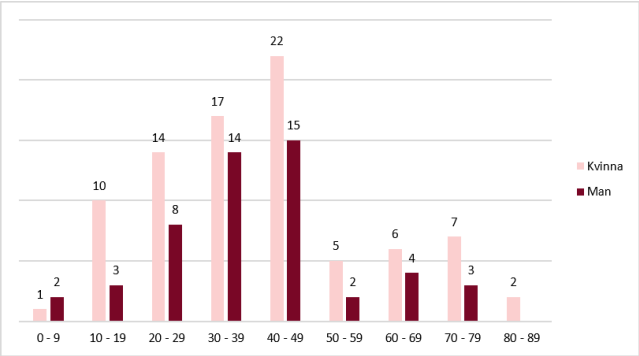
I många ärenden återkommer samma utmaningar. De allvarligaste synpunkterna handlar sällan om ett enskilt misstag, utan om att patientens vård sträcker sig över flera verksamheter där ansvar, information och uppföljning inte alltid hänger ihop. Verksamheternas svar visar samtidigt en vilja att lära av patienternas och de närståendes erfarenheter. För att synpunkterna ska leda till en långsiktig förbättring behöver lärandet delas mellan verksamheter, så att erfarenheter från enskilda ärenden bidrar till en mer sammanhållen och säker vård för framtida patienter.

Psykiatri, diagnostik och rehabilitering

Under första halvåret 2026 inkom 135 synpunkter inom verksamhetsområde psykiatri, rehabilitering och diagnostik, jämfört med 123 under motsvarande period 2025. Ökningen återfinns framför allt inom de psykiatriska klinikerna i Jönköping, Eksjö och Värnamo, där antalet ärenden ökat från 84 till 100. Även barn- och ungdomspsykiatrin har ökat, från 6 till 11 ärenden. För övriga verksamheter är förändringarna i antalet ärende små. Sammantaget innebär detta att den övergripande ökningen inom verksamhetsområdet huvudsakligen förklaras av fler synpunkter riktade mot den psykiatriska vården.

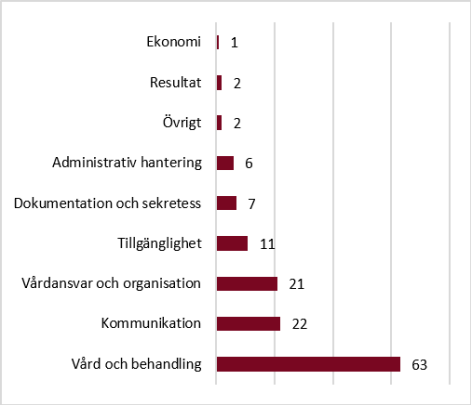
Psykiatri, rehabilitering och diagnostik	Antal
Psykiatriska klinikerna Jkp, Eks, Vmo	100
Barn- och ungdomspsyk klin RJL	11
Röntgenkliniken RJL	11
Rehab medicinska klin RJL	4
Rehabiliteringscentrum RJL	3
Laboratoriemedicin	3
Habiliteringscentrum Jkp	3
Totalt	**135**

Tabell 6. Antal inkomna synpunkter per verksamhet inom psykiatri, rehabilitering och diagnostik, första halvåret 2026.



Figur 11. Inkomna synpunkter inom psykiatri, rehabilitering och diagnostik fördelade efter ålder och kön, första halvåret 2026.

Åldersfördelningen visar att synpunkterna främst rör patienter i yrkesverksam ålder. Flest ärenden finns i åldersgruppen 40–49 år, följt av 30–39 år och 20–29 år. Tillsammans står patienter mellan 20 och 49 år för en tydlig majoritet av ärendena. Kvinnor är fler än män i de flesta åldersgrupperna, men både kvinnor och män är väl representerade i grupperna med flest synpunkter. Antalet ärenden minskar markant från 50 års ålder och är lågt bland barn och de allra äldsta.



Figur 12. Inkomna synpunkter inom psykiatri, rehabilitering och diagnostik fördelade efter huvudproblem, första halvåret 2026.

Synpunkterna domineras av vård och behandling, följt av kommunikation samt vårdansvar och organisation. Ett genomgående tema är patienter och närstående som beskriver långa och komplexa vårdprocesser där kontinuitet, samordning och tydligt ansvar upplevs brista. Många beskriver att de själva behöver bevaka remisser, efterfråga beslut och följa upp planerade insatser för att vårdprocessen ska gå framåt. Särskilt framträdande är synpunkter kring neuropsykiatriska utredningar och ADHD-behandling, där patienter beskriver långa väntetider, otydligt ansvar för fortsatt behandling och upplevelsen av att hänvisas mellan primärvård och specialistpsykiatri utan att någon verksamhet tar ett samlat ansvar.

> *"Vården har dokumenterat de funktioner som är nedsatta hos mig, men har samtidigt skapat en vårdprocess där jag måste kompensera för vårdens brister med just dessa funktioner."*

Barn- och ungdomspsykiatrin följer samma mönster. Synpunkterna handlar främst om utdragna utredningsprocesser, väntetider till neuropsykiatriska utredningar och läkemedelsbehandling samt oro för att barnets samlade behov inte uppmärksammas. Flera vårdnadshavare beskriver också svårigheter i övergången mellan barn- och vuxenpsykiatrin, där ansvarsfördelningen upplevs bli otydlig. Inom rehabilitering och diagnostik handlar synpunkterna främst om samordning, information, vårdövergångar och diagnostiska processer, medan röntgenärenden framför allt rör missade fynd, fördröjd diagnostik och kommunikation kring undersökningsresultat.

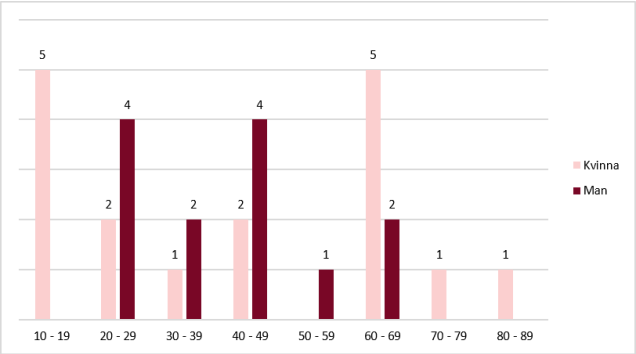
Verksamheternas svar visar att synpunkterna i stor utsträckning har följts upp genom journalgranskningar och dialog med berörd personal. Svaren innehåller ofta utförliga medicinska motiveringar och verksamheterna bedömer i många fall att handläggningen varit förenlig med gällande riktlinjer och medicinsk praxis. Samtidigt identifieras förbättringsområden inom kommunikation, dokumentation, återkoppling och administrativa rutiner. Flera verksamheter beskriver att rutiner har förtydligats, medarbetare informerats eller att händelserna används i det lokala förbättringsarbetet. Däremot är det mindre tydligt hur återkommande mönster omsätts i mer långsiktiga organisatoriska förbättringar.

En särskilt viktig iakttagelse gäller den förändrade ansvarsfördelningen för patienter med ADHD och annan neuropsykiatrisk problematik. I verksamheternas svar hänvisas återkommande till förändrade nationella riktlinjer och vård- och insatsprogram, där specialistpsykiatrins uppdrag förändrats och fler patienter bedöms kunna få sina insatser inom primärvården. Samtidigt visar både patienternas synpunkter och verksamheternas svar att denna förändring inte fullt ut har fått genomslag i vårdkedjan. Patienterna beskriver att de hänvisas till primärvården, medan primärvården i flera fall upplevs sakna mandat eller förutsättningar att ta över behandlingen. Konsekvensen blir att patienter och närstående upplever att de hamnar mellan två vårdnivåer där ansvaret för den fortsatta vården blir otydligt.

> *"Det känns orimligt att genomgå hela utredningen utan att det finns någon plan för fortsatt uppföljning eller behandling."*
>
> *"Vi vill tacka för era synpunkter som tydligt belyser de svårigheter som kan uppstå i gränslandet mellan primärvård och specialistvård, där riktlinjer förändrats."*

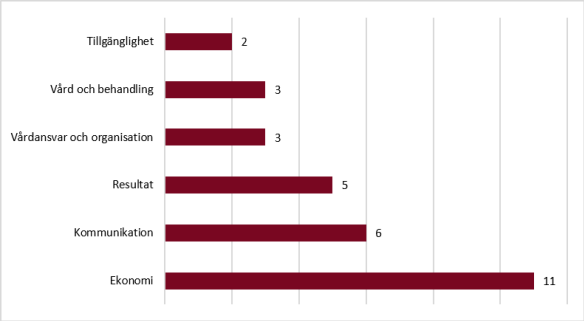
Tandvården

Den regionfinansierade tandvården omfattade 30 inkomna synpunkter under första halvåret 2026. Merparten av synpunkterna avsåg allmäntandvården (22 ärenden), medan åtta rörde specialisttandvården.



Figur 13. Inkomna synpunkter inom den regionfinansierade tandvården fördelade efter ålder och kön, första halvåret 2026.

Den största åldersgruppen bland patienter med inkomna synpunkter är 60–69 år, följd av åldersgrupperna 20–29 och 40–49 år. Kvinnor står för en något större andel av de inkomna synpunkterna än män.



Figur 14. Inkomna synpunkter inom den regionfinansierade tandvården fördelade efter huvudproblem, första halvåret 2026.

Till skillnad från övriga verksamhetsområden dominerar synpunkter som rör ekonomi, där patienter beskriver framför allt oklarheter kring patientavgifter, kostnadsförslag och ekonomiska konsekvenser av behandlingar. Flera upplever att de inte fått tillräcklig information om kostnader innan behandlingen påbörjades eller att slutkostnaden blivit högre än förväntat. Även frågor om kommunikation och behandlingsresultat återkommer i flera ärenden.

Flera ärenden belyser vikten av tydlig information inför beslut om behandling. I synpunkterna framkommer att patienter inte alltid upplevt sig ha fått tillräcklig information om behandlingsalternativ, kostnader eller konsekvenser för att kunna fatta ett välgrundat beslut.

> *"...inte fått tillräcklig eller tydlig information om tandbryggan och dess konsekvenser, vilket gjorde att hen inte kunde fatta ett välgrundat beslut."*

Liksom föregående år förekommer även några ärenden som rör den sänkta åldersgränsen för avgiftsfri tandvård och tandreglering. Synpunkterna handlar främst om hur regelverket kommunicerats och de ekonomiska konsekvenser som uppstått när behandlingsbehov identifierats innan regeländringen men behandlingen påverkats av de nya bestämmelserna.

Verksamheternas svar innehåller ofta utförliga förklaringar av de odontologiska bedömningarna och de regelverk som styr tandvården. I de ärenden där brister identifieras redovisas även åtgärder och förbättringsinsatser som syftar till att minska risken för att liknande händelser ska inträffa igen.

> *"...jag kan se att det brustit i diagnostiken och kommunikationen med dig... jag har påbörjat en intern utredning på kliniken för att se vad vi kan göra annorlunda framöver."*

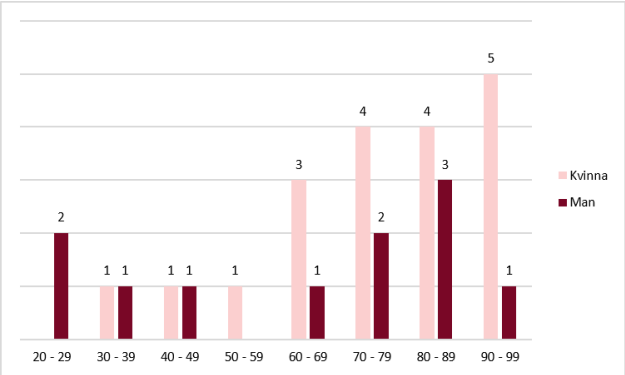
Sammantaget visar ärendena att patienternas upplevelser inom tandvården i stor utsträckning påverkas av tydlig information och delaktighet kring behandling och kostnader. Även när den odontologiska behandlingen bedöms vara korrekt kan brister i information och kommunikationen leda till osäkerhet och missnöje. Det visar att patientens upplevelse påverkas av både den kliniska behandlingen och hur vårdens beslut och regelverk förklaras och kommuniceras.

Kommunal hälso- och sjukvård

Totalt inkom 30 ärenden som rörde kommunal vård och samverkan. Flest synpunkter avsåg Jönköpings kommun, följt av Nässjö och Vetlanda kommun. Fördelningen speglar sannolikt i viss utsträckning kommunernas storlek och invånarantal.

Kommunal vård och samverkan	Antal
Jönköpings kommun	9
Nässjö kommun	5
Vetlanda kommun	4
Sävsjö kommun	3
Värnamo kommun	2
Tranås kommun	2
Gislaved kommun	2
Eksjö kommun	1
Habo kommun	1
Gnosjö kommun	1
Totalt	**30**

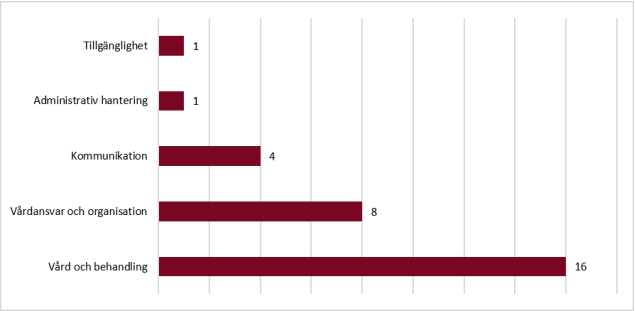
Tabell 7. Antal inkomna synpunkter per kommun inom kommunal hälso- och sjukvård, första halvåret 2026.



Figur 15. Inkomna synpunkter inom kommunal hälso- och sjukvård fördelade efter ålder och kön, första halvåret 2026.

De flesta ärendena rör äldre patienter. Tyngdpunkten finns i åldersgrupperna 70–79 år, 80–89 år och 90–99 år, där den största gruppen är patienter mellan 80 och 89 år. Kvinnor dominerar i

de äldre åldersgrupperna, vilket sannolikt speglar befolkningssammansättningen där kvinnor lever längre än män. Synpunkter från yngre patienter förekommer, men är betydligt färre och avser ofta personer med omfattande funktionsnedsättning eller långvariga vårdbehov.



Figur 16. Inkomna synpunkter inom kommunal hälso- och sjukvård fördelade efter huvudproblem, första halvåret 2026.

Ärendena inom kommunal vård speglar en patientgrupp med omfattande och ofta långvariga vård- och omsorgsbehov, där flera vårdgivare och verksamheter behöver samverka för att vården ska fungera. Synpunkterna handlar därför sällan om en enskild händelse utan beskriver hur vården fungerar över tid. En återkommande iakttagelse är att närstående har en central roll genom att uppmärksamma förändringar i patientens tillstånd, föra patientens talan och driva kontakten med olika verksamheter när patienten själv inte har möjlighet att göra det.

Det dominerande huvudproblemet är vård och behandling, där synpunkterna främst handlar om undersökning och bedömning, omvårdnad, behandling och läkemedelshantering. Flera ärenden beskriver hur förändringar i patientens tillstånd inte uppmärksammas i tid eller hur vårdinsatser inte anpassas efter patientens behov. Närstående återkommer ofta till att de upplevt att de själva behövt reagera när patientens tillstånd försämrats.

> *"Vi som närstående tycker det är anmärkningsvärt att de inte självklart ser ett falltrauma på en så gammal, svag och dement person som akut."*

Det näst vanligaste huvudproblemet är vårdansvar och organisation, där synpunkterna framför allt handlar om samordning, vårdövergångar och individuell planering. Flera patienter och närstående beskriver att ansvaret upplevs splittrat mellan kommun, primärvård och sjukhus och att ingen har ett tydligt helhetsansvar.

> *"Patienten upplever att ingen tar ansvar, att hen själv måste vara sin egen vårdsamordnare."*

Även kommunikation är ett återkommande huvudproblem. Synpunkterna handlar om bristande information, utebliven delaktighet och otydlig återkoppling, särskilt i samband med utskrivningar, vårdplanering och palliativ vård. Gemensamt för många ärenden är att flera mindre brister tillsammans skapar otrygghet och ökat lidande, snarare än att ett enskilt misstag är orsaken.

Verksamheternas svar präglas i hög grad av hänvisningar till gällande regelverk, riktlinjer och kriterier för kommunala insatser. Svaren beskriver tydligt de organisatoriska förutsättningarna

för besluten, medan patienter och närstående i större utsträckning beskriver hur besluten påverkar vardagen och tryggheten.

> *"Du har fått en bedömning från kommunen gällande hemsjukvård och du uppfyller inte kriterierna för att få hemsjukvård. Detta har kommunicerats med dig ett flertal gånger."*

Samtidigt återkommer flera verksamheter till betydelsen av samverkan och ett gemensamt ansvar för patientens vård.

> *"Det är av vikt att samtliga samverkanspartners kommunicerar aktuella och välgrundade bedömningar av individens status eftersom detta ligger till grund för hur den enskildes behov kan mötas upp och att rätt insats kan ges."*

Sammantaget visar ärendena att de största utmaningarna inom kommunal vård inte främst handlar om enskilda medicinska bedömningar, utan om att skapa kontinuitet, samordning och trygghet för patienter med omfattande vård- och omsorgsbehov. Materialet visar också den utmaning som uppstår när ett regelstyrt uppdrag ska förenas med individuella behov och ett personcentrerat förhållningssätt.

Stödpersonsverksamheten

Under första halvåret har vi gjort totalt fem förordnanden, tre LRV och två LPT. Vi har fått in stödpersonsuppdrag från alla våra tre sjukhus i Region Jönköpings län. Vi har gjort totalt fyra entledigande, varav tre LRV och ett LPT. Just nu har vi 19 stödpersoner och 28 uppdrag i gång.

Under året har patientnämnden tagit fram en informationsbroschyr gällande stödpersonsverksamhet, detta för det ska finnas tillgänglig skriftlig information för patienter, närstående och verksamhet.

Uppföljning av verksamhetsplan- och kommunikationsplan

I varje halvår- och årsrapport ska patientnämnden följa upp sin verksamhetsplan och kommunikationsplan som är beslutad i nämnden. Patientnämndens övergripande mål med kommunikation är att öka kännedom om verksamheten genom kontinuerliga och långsiktiga insatser. Patientnämnden jobbar kontinuerligt med kommunikationen utåt genom bland annat information på 1177.se, medborgarinformation från Region Jönköping och föreläsningar om patientnämnden. Detta görs både internt inom regionens verksamheter och externt utåt medborgare samt länets 13 kommuner. Första halvåret i år har det genomförts 22 sådana uppdrag.

Ett utvecklingsprojekt pågår med fokus på förändrade arbetssätt och införande av ett nytt telefonväxelsystem. Syftet är att öka tillgängligheten, skapa bättre arbetsflöden och bidra till ökad nöjdhet hos invånarna. Under första halvåret uppgick tillgängligheten för inkommande telefonsamtal till 84 procent.

Diskussion och reflektion

Patienters och närståendes erfarenheter är en viktig kunskapskälla i hälso- och sjukvårdens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Genom patientnämndens analyser synliggörs inte bara enskilda händelser utan även återkommande mönster som kan ge vårdgivarna ett underlag för förbättring. Halvårsrapporten ger en bild av vilka frågor som präglat det första halvåret och kan samtidigt ge en indikation på vilka områden som behöver särskild uppmärksamhet under resten av året.

Liksom tidigare år dominerar synpunkter som rör vård och behandling samt kommunikation. Det som framträder tydligare i årets halvårsrapport är att patienternas berättelser ofta beskriver ett helt vårdförlopp där flera verksamheter är involverade. Brister i samordning, kontinuitet och uppföljning kan då påverka både patientupplevelsen och patientsäkerheten. De mest allvarliga konsekvenserna uppstår inte alltid genom en enskild händelse, utan när flera mindre brister samverkar över tid.

Denna bild ligger i linje med Socialstyrelsens nationella handlingsplan *Agera för säker vård 2025–2030*[5], som betonar att patientsäkerhet behöver förstås utifrån vårdens processer och system snarare än enskilda händelser. På samma sätt utgår Region Jönköpings läns ESTER-filosofi från patientens hela vårdresa. Patientberättelser från årets första halvår visar hur viktig denna utgångspunkt är. När vården organiseras utifrån verksamheternas gränser riskerar patienten eller närstående att själva få ta ansvar för samordningen.

En återkommande iakttagelse är att patienter och närstående upplever ett otydligt ansvar för den fortsatta vården - vem ansvarar för uppföljning, återkoppling och nästa steg i vårdprocessen. Detta blir särskilt tydligt när flera vårdgivare är involverade och kan för patienten innebära både ökad oro och en risk för att viktiga medicinska åtgärder fördröjs. Detta är inte en ny iakttagelse. I patientnämndens tidigare analys *Samordning, samverkan och samarbete – en förutsättning för en säker vårdkedja*[6] beskrev patienter och närstående samma upplevelse av att behöva vara sin egen koordinator, att hamna "mellan stolarna" och att inte veta vem som hade helhetsansvaret för vården. Att dessa erfarenheter återkommer även i årets halvårsrapport visar att samordning och kontinuitet fortsatt är viktiga utvecklingsområden.

Kommunikation är fortfarande ett av de mest framträdande förbättringsområdena. Patienterna beskriver vikten av att bli lyssnade på, få begriplig information och vara delaktiga i beslut som rör den egna vården. Samtidigt visar verksamheternas svar ofta att information har lämnats, vilket väcker frågan om hur informationen förmedlas och säkerställs så att patienten verkligen förstått den. Detta ligger i linje med patientlagens[7] intentioner om individuellt

[5] Socialstyrelsen. *Agera för säker vård – Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2025–2030.* Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
[6] https://www.rjl.se/Demokrati/handlingar-och-protokoll/Patientnamnden/rapporter/ *Samordning, samverkan och samarbete – en förutsättning för en säker vårdkedja*
[7] Patientlagen (2014:821), 3 kap. 1 § och 5 kap. 1 §

anpassad information och patientens möjlighet till delaktighet. Tydlig och korrekt dokumentation är samtidigt en viktig förutsättning för att information ska följa patienten och bidra till en säker och sammanhållen vårdprocess.

Närstående har en central roll i många av de synpunkter som framförs. Särskilt inom kommunal hälso- och sjukvård, medicinsk vård och psykiatri beskriver de hur de uppmärksammar förändringar, samordnar kontakter och driver vårdprocessen framåt. Deras engagemang är en viktig resurs, men patientberättelserna visar också att ansvaret ibland blir större än vad som är rimligt.

En positiv iakttagelse är att verksamheterna i många svar beskriver förbättringsåtgärder utifrån patienternas synpunkter. Samtidigt återkommer liknande problem inom flera verksamhetsområden. Det bekräftar en bild från patientnämndens tidigare analys, *Lär vi av patienternas synpunkter – och leder det till långsiktig förändring?*[8], där lärandet ofta skedde lokalt och där det var svårt att bedöma hur åtgärder följdes upp och bidrog till långsiktig förändring.

När samma typer av synpunkter återkommer över tid finns därför anledning att inte enbart se till den enskilda händelsen, utan också till vad de samlade erfarenheterna säger om vårdens processer och system. Patientnämndens analyser kan här bidra till att synliggöra återkommande mönster och ge underlag för lärande och förbättring på en mer övergripande nivå. Detta ligger också i linje med Region Jönköpings läns *Kvalitet som strategi*, där förbättringsarbete ska bedrivas systematiskt, följas upp och spridas inom organisationen.

Den kanske viktigaste frågan framåt är därför inte enbart vilka förbättringsåtgärder som genomförs, utan hur regionen följer upp att dessa leder till en bättre och säkrare vård för patienterna. Att genomföra en åtgärd är ett första steg, men ett systematiskt förbättringsarbete kräver också att effekten följs upp. Först när patienternas erfarenheter visar att återkommande problem minskar kan man med större säkerhet säga att vården har blivit bättre.

Från analys till fortsatt dialog
Flera av de riskområden som framkommer i årets halvårsrapport har uppmärksammats även i tidigare analyser. Det gäller särskilt samordning och kontinuitet, tydligt vårdansvar, kommunikation samt uppföljning genom patientens vårdprocess.
Att samma mönster återkommer visar behovet av att inte enbart uppmärksamma enskilda händelser, utan också följa hur återkommande erfarenheter tas om hand på en övergripande nivå.
Patientnämnden ser därför behov av fortsatt dialog kring:

- hur återkommande riskområden i patienternas berättelser tas om hand på systemnivå,
- hur lärande och förbättringar sprids mellan verksamheter,
- hur genomförda åtgärder följs upp utifrån om de faktiskt minskar risken för att patienter möter samma problem igen.

Patientnämnden avser att följa utvecklingen av dessa områden i kommande analyser och rapporter.

[8] https://www.rjl.se/Demokrati/handlingar-och-protokoll/Patientnamnden/rapporter/ *Lär vi av patienternas synpunkter – och leder det till långsiktig förändring?*

För ett bra liv i en attraktiv region

§ 104

Intern kontroll – Delårsrapport 2026 Nämnd för folkhälsa och sjukvård – verksamhetsområden

Diarienummer: RJL 2026/21

Beslut

Presidiet beslutar att

- nämnden ska informeras om Intern kontroll – Delårsrapport 2026 Nämnd för folkhälsa och sjukvård – verksamhetsområden vid nämndsammanträdet den 13 oktober 2026.

Beslutsunderlag

- Delårsrapport 2026 Folktandvården
- Delårsrapport 2026 Kirurgisk vård
- Delårsrapport 2026 Medicinsk vård
- Delårsrapport 2026 Psykiatri, rehab o diagnostik
- Delårsrapport 2026 Vårdcentralerna Bra Liv

Region Jönköpings län

Delårsrapport
Tertial 2 2026

Folkhälsa och sjukvård (regionledning)

Dnr RJL 2026/21
Mats Bojestig, Hälso- och sjukvårdsdirektör
Folkhälsa och sjukvård (regionledning)
Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län, www.rjl.se

Innehållsförteckning

Inledning **4**

Medborgare och kund **5**

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på 5

Process och produktion **10**

Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare 10

Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet 11

Inledning

Avdelningen för Folkhälsa och sjukvård på Regionledningskontoret består av 6 sektioner och en stab med uppdrag att stödja arbetet inom folkhälsa och sjukvård. Staben har uppdrag bland annat inom planen för framtidens hälso- och sjukvård, kunskapsstyrningen, läkemedel, patienträttigheter och avgifter. Övriga sektioner är Primärvård och rehabilitering, Chefläkare och patientsäkerhet, Smittskydd och vårdhygien, Folkhälsa, E-hälsa och Bedömning tandvård. Arbete har pågått med att sammanföra sektionerna för Primärvård och rehabilitering och Bedömning tandvård till en gemensam sektion. Under hösten kommer även Futurum att bli en sektion inom Folkhälsa och sjukvård. Avdelningen har idag omkring 110 medarbetare, vilket kommer öka med runt 30 personer när Futurum tillkommer.

Avdelningen arbetar utifrån planen för hur vi tillsammans möter framtidens behov av hälso- och sjukvård. Planen tar sikte på utveckling av sjukvård och hälsa fram till 2030 inklusive förflyttningen mot nära vård. Arbetet fortsätter med samverkan mellan Region Jönköpings län och 13 kommuner bl a genom Hälsocenter (ett i varje kommun), elevhälsocentraler, familjecentraler. Antalet hälsoguider har utökats och i slutet av tertial 2 finns 250 hälsoguider i länet, som tillsammans representerar 46 språk.

Ingångar i vården del 2 har innan sommaren slutrapporterats. Standardutbud för digital vård finns framtagen. Beslut om att 1177 är huvudinriktningen för digital ingång. Arbetet med införandet fortsätter under hösten. Öppettiderna för vårdcentralerna föreslås vara oförändrade, men den gemensamma Närakuten föreslås stänga kl 21.00. Kärnuppdraget för 1177 på telefon respektive vårdcentralerna ska tydliggöras.

Test med Invånarteam har startat på en pilotvårdcentral, Eksjö. Under hösten startar ytterligare två vårdcentraler Nässjö och Norrahammar. Inför start av invånarteam genomförs utbildning för alla på vårdcentralen i *Core Concept.* En modell som bygger på långsiktiga relationer och teambaserad vård.

Digitala kallelser i Cosmic - etapp 2 har genomförts, vilket har inneburit att digitala kallelser införts i ett antal modellverksamheter och i breddpilot. Under hösten påbörjas breddinförandet och beräknas pågång under 1,5 till 2 år.

Arbetet med uppstarter av länsgemensamma programområden (LPO) fortsätter och under hösten genomförs tre dagar med LPO-forum då grupperna träffar sjukvårdens ledningsgrupp.

Planering inför höstens vaccinationer pågår. Bland annat har kampanj- och informationsmaterial och innehåll till invånartidningen tagits fram. Förberedelser pågår även inför införandet av vattkoppsvaccin i barnvaccinationsprogrammet från 2027. Intresset för TBE -vaccin har fortsatt vara stort och hitintills i år (tom 260827) har givits 12 669 doser vaccin till barn 3-18 år.

Inom läkemedelsområdet pågår ett antal aktiviteter och förbättringsarbeten. Antibiotikaförskrivningen fortsätter att minska, kvalitetsmått inom primärvård och slutenvård fortsätter vara bra i nationella jämförelser och tandvårdens recept minskar. Under våren har kommunens sjuksköterskor fått tillgång till Cosmics läkemedelslista, vilket har fallit väl ut.

Medborgare och kund

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på

Framgångsfaktorer: Nöjda kunder och intressenter

Uppdrag: Dokumenterad överenskommelse ska finnas mellan patient och vårdgivare.

Aktiviteter	Analys
Stödja, utveckla och följa tillämpningen av dokumenterad överenskommelse	Qulturum har genomfört uppföljningsmöten efter genomförda lärlabb samt återkopplat till operativ ledningsgrupp. Arbetet med dokumenterad överenskommelse visar en fortsatt positiv utveckling. Flera verksamheter har gått från att främst följa upp antal registrerade överenskommelser till att även fokusera på innehåll, kvalitet och patientnytta. Arbetssätten varierar mellan verksamheter. Dokumenterad överenskommelse integreras i allt högre grad i befintliga strukturer, exempelvis ledningsgruppsmöten och lokala utbildningsinsatser. En kvarstående utmaning är att tydliggöra skillnaden mellan vårdens interna planering och patientens dokumenterade överenskommelse. Planering pågår för ett lärlabb riktat till länets vårdcentraler den 11 november. Även lärcirkel och fortsatt stöd planeras inom piloten för invånarteam. Dialog har även initierats kring stödbehov för patienter med behov av samverkan och samordning.

Uppdrag: Öka patientens kunskap om sin sjukdom.

Aktiviteter	Analys
Utveckling och införande av patientens kunskapsstöd	Arbetet pågår enligt Sydöstra sjukvårdsregionens modell (SÖSR-modellen) Trappsteg 1 Gemensam digital servicenivå: Standardutbud för digital vård beslutades av sjukvårdens ledningsgrupp den 11 juni. Realisering för vårdcentralerna planeras till oktober. Under september planeras systematik för införande och uppföljning mot den specialiserade vården. Sjukvårdens ledningsgrupp har även beslutat att 1177 ska vara regionens digitala huvudingång för invånare till information och kontakt med vården. Digital patientinformation: Implementering av basnivå på kontaktsidor pågår. Handledning för basnivån har tagits fram. Patientinformation kopplad till digitala kallelser har digitaliserats i breddpilotens verksamheter. Digitala kallelser i Cosmic: Digitala kallelser i Cosmic har införts i breddpilotens samtliga verksamheter. Införandeplan för breddinförande digitala kallelser (2026-2028) har tagits fram och förankrats. Trappsteg 2 Öka patientens kunskap om sin sjukdom Hälsofrämjande koncept – Arbete fortsätter med att följa upp och redovisa statistik över besök inom respektive koncept. En invånarenkät har tagits fram och planeras att börja användas

Aktiviteter	Analys
	i mitten av september. Syftet är att undersöka invånarens kännedom om de hälsofrämjande erbjudanden som finns samt identifiera vad som efterfrågas men saknas. Workshop har genomförts tillsammans med patientföreningar med fokus på hur föreningarna kan stödja sina medlemmar i att använda 1177 och ta del av de digitala tjänster som erbjuds. Dialog pågår med sjukhusbiblioteket och deras roll att stödja kring 1177.
Utveckling och spridning av fler mötesplatser och hälsocaféer likt hjärtats hus i länet	Beslut har fattats att Region Jönköpings län tar samlat ansvar för de hälsofrämjande insatserna. Det innebär: 1) Samordning och styrning för alla koncept, där uppdraget har gått till Sektion Folkhälsa och Qulturum. 2) Intern finansiering och kompetensförsörjning. 3) Möjliggör systematisk uppföljning, lärande och utveckling. Just nu prövas gemensam mall för insamling av statistik över deltagande. Förberedelse pågår av invånarenkät för utskick i september. Enkäten ska undersöka invånarnas kännedom och behov av nytt stöd.

Uppdrag: Uppföljning av omställningen till nära vård

Aktiviteter	Analys
Stödja, leda och följa upp verksamhetsplaner och förflyttning mot nära vård	Arbetet har fortsatt i den operativa ledningsgruppen. Planering av flera gemensamma aktiviteter, uppföljning av pågående projekt och arbeten. Stöd till olika initiativ, projekt och pågående aktiviteter. Bereder till sjukvårdens ledningsgrupp. Möte varje vecka.

Framgångsfaktorer: God tillgänglighet

Uppdrag: Under 2025 genomförs en utredning kring 1177 på telefon

Aktiviteter	Analys
Stödja arbetet med att ta fram förslag på åtgärder för att förbättra tillgängligheten på telefon	Arbete pågår inom Verksamhetsstöd och service. Översyn av bemanningen har gjorts under år 2025. Projektet Veckoslutsarbete har gett gott resultat, vilket resulterat i att helgschema har permanentats. 1177 på telefon ingår också som en del i arbetet med Vårdens ingångar del 2 som genomfördes under våren. En pilot kring flöde av att hantera samtal kvällstid mellan 1177 på telefon och närakuterna planeras

Uppdrag: Utveckling av ingångarna till vården utifrån utredning och arbete som påbörjats under 2025.

Aktiviteter	Analys
Starta upp ett projekt kring ingångar i vården, med tre delprojekt.	Uppdraget slutrapporterades till sjukvårdens ledningsgrupp 11 juni. Standardutbud för digital vård finns framtagen. Beslut om att 1177 är huvudinriktningen för digital ingång. Arbetet med införandet fortsätter under hösten. Arbetsgruppen förd delprojekt om öppettider på vårdcentralerna är klar. Sammanfattningsvis föreslås oförändrade öppettider 8-17. Det finns goda möjligheter att ha frivilligt extra öppet och Vårdval betalar ersättning för

Aktiviteter	Analys
	detta. Ytterligare föreslås en stängning av gemensamma Närakuten redan 21,00 alla dagar. De enstaka patienter som behöver tas omhand efter 21,00 hanteras på akutmottagningen. Kärnuppdraget för 1177 på telefon respektive vårdcentralerna ska tydliggöras.

Uppdrag: Erbjuda fast vårdkontakt och enkla kontaktvägar in till vårdcentralerna för patienter med stora vårdbehov.

Aktiviteter	Analys
Utveckla läkarstödet till de särskilda boendena och den kommunala hemsjukvården	Arbetet med nytt avtal tillsammans med länets kommuner är i slutfasen. Ambitionen är fortsatt utveckling av medicinsk samverkan och läkaruppdrag mellan Region Jönköpings län och kommunerna. Gemensam kompetensutveckling i form av Faktadagar SÄBO för läkare och sjuksköterskor som arbetar i särskilt boende genomförs varje höst.

Uppdrag: Arbeta aktivt med att uppnå bemanningsmålet inom primärvården.

Aktiviteter	Analys
Testa invånarteam	Test påbörjad på en pilotvårdcentral, Eksjö. Inom kort startar ytterligare två vårdcentraler Nässjö och Norrahammar. Diskussion pågår hur och när man ska breddinföra Invånarteam. Vid breddinförande måste frågan om IT lösning för sortering av invånare vara klar. Inför start av invånarteam genomförs utbildning för alla på vårdcentralen i *Core Concept.* En modell som bygger på långsiktiga relationer och teambaserad vård.

Framgångsfaktorer: God och jämlik hälsa

Uppdrag: Förbättra folkhälsan hos länets invånare.

Aktiviteter	Analys
Arbetet med ”Bästa platsen” för att förbättra folkhälsan hos länets invånare fortsätter	Arbetet fortsätter med samverkan mellan Region Jönköpings län och 13 kommuner bl a genom Hälsocenter (ett i varje kommun), elevhälsocentraler, familjecentraler. Lärandeseminarium inom Bästa platsen är pausade tillfälligt till förmån för arbetet med chefsnivån i Förstärkt lokal samverkan. Planering av ev Inspirationsdag i vinter är under uppstart.

Uppdrag: Arbeta för en mer jämlik hälsa hos utrikesfödda invånare.

Aktiviteter	Analys
Stärka hälsolitteracitet, egenmakt och främja integration genom hälsokommunikatörernas insatser och spridningen av hälsoguider till hela länet.	Arbetet inom Folkhälsa har under tertial 2 fortsatt att fokusera på utrikes födda invånare med mål att stärka hälsolitteracitet, kunskap om sjukvårdssystemet, egenmakt, hälsa och integration. Hälsokommunikatörerna har erbjudit hälsofrämjande insatser i samtliga länets kommuner och regionala verksamheter. Teamet har fått en ny utvecklingskoordinator och en omorganiserad samordning,

Aktiviteter	Analys
	vilket har medfört färre personalutbildningar och verksamhetsstöd i interkulturell hälsokommunikation. Inom interkulturellt föräldraskapsstöd har Folkhälsa genomfört samspelsgrupper och riktade insatser på flera språk i Gislaved, Vaggeryd och Jönköping, med totalt 32 föräldrar, huvudsakligen utvärderade med enkät. Hälsoskolan och hälsokommunikation om levnadsvanor, screening och vaccin har omfattat 11 fullständiga och 2 delvisa hälsoskolor i flera kommuner, med 336 deltagare, utvärderade med kunskapsquiz. Programmen More to Life och Smärtskola har genomförts i mindre omfattning, med sammanlagt 26 deltagare och begränsad utvärdering. Folkhälsa har vidareutvecklat arbetet med hälsoguider. I slutet av tertial 2 finns 250 hälsoguider i länet, varav 104 plusguider, som tillsammans representerar 46 språk. Under perioden har 20 nya hälsoguider och 12 nya plusguider utbildats genom 21 utbildningstillfällen, i nära samverkan mellan kommuner och regionens professioner. Plusguider har anlitats arvoderat i flera lokala aktiviteter. Utvärderingar och rapportering har omarbetats, vilket medfört fördröjd statistik för tertial 2. Folkhälsa har också fortsatt omfattande samverkan med kommunala och regionala aktörer, samtidigt som Kommunal utvecklings engagemang avslutas vid tertialets slut.

Uppdrag: Förbättra barn och ungas hälsa.

Aktiviteter	Analys
Stödja kommuner i tidiga samordnade insatser för att främja psykisk hälsa, fysisk aktivitet och fullfölja studier	Arbetet med ”Bästa platsen att växa upp på – barn och unga!” har efter nystarten den 1 september 2025 bedrivits i ett år, med en delrapport till styrgruppen den 1 juli. Tyngdpunkten har legat på projektmålet att stärka samsyn och kunskap mellan aktörer, med fokus på ökad förståelse för varandras uppdrag och roller. Under året har också arbetet fokuserat på omvärldsbevakning, identifiering av relevanta nätverk och relationsbyggande med centrala aktörer. Goda erfarenheter av tidiga samordnade insatser i Jönköpings län, under olika lokala benämningar som Elevhälsocentral, Hälsocenter familj, TSI och Bästa platsen, utgör grund för det fortsatta arbetet. Arenan Bästa platsen används för gemensamt lärande och erfarenhetsutbyte. Kartläggningen efter kommun- och verksamhetsbesök visar både ett redan omfattande arbete och etablerade samverkansformer, men också behov av tydligare och mer integrerade lokala strukturer. Behovet finns av att stärka den operativa samverkan, hantera samtidiga förändringsprocesser samt utveckla samordnade hälsofrämjande insatser och föräldraskapsstöd.

Uppdrag: Främja äldres hälsa.

Aktiviteter	Analys
Insatser för att främja fysisk aktivitet och motverka stillasittande hos seniorer	Fyra tillfällen "Tri-in-a-box" (åtta deltagare) är genomförda under perioden. Samverkan med lokala föreningar har inte startats. På grund av olika omständigheter har projektet avvecklats.

Uppdrag: Arbeta målinriktat med att skapa trygg och säker vård och omsorg.

Aktiviteter	Analys
Arbeta för en trygg och säker vård och omsorg.	Utvecklingen med förstärkt lokal samverkan fortsätter i hela länet. Dashboard används på allt fler lokala möten för att resultat på läns- och kommunnivå. Arbetet innefattar att förstärka både på chefsnivå och i den nära samverkan mellan kommunal hälso- och sjukvård och vårdcentral kring gemensamma patienter. Stödinsatser, lokala besök med analysstöd pågår.

Process och produktion

Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare

Framgångsfaktorer: Utveckling av arbetssätt och digitala tjänster

Uppdrag: Öka användningen av digitala tjänster och system för vård, hälsa och prevention.

Aktiviteter	Analys
Genomföra utbildnings- och inspirationstillfällen samt verksamhetsnära stöd	Ny struktur för samordnare och superanvändare har etablerats, vilket ger förbättrad och mer systematisk kontakt mellan den verksamhetsnära förvaltningen av Cosmic och dess användare. Utbildningar/informationsmöten sker kontinuerligt.
Slutföra upphandling och teckna avtal, samt påbörja införandet av egenmonitorering.	Upphandlingsarbetet fortsätter. Rekrytering av resurser för att driva arbetet vidare har genomförts.
Undersöka och testa möjligheten för AI assisterade tjänster	Flera arbeten pågår: AI assisterad Vårdnavigator - förstudie har startats. AI assisterad översättningstjänst tillgänglig när du behöver den. Beredningsunderlag och beslutsunderlag har påbörjats för AI-assisterad journaldokumentation. Pilot för att lära sig och utveckla lämpliga arbetssätt diskuteras.
Genomföra prioriterade projekt som bidrar till en enklare vardag för invånare och medarbetare genom digitala lösningar.	Uppgradering till Cosmic 5.0 har genomförts. Införande av Micro och kemi har införts i COR, nytt beställningsfönster i BOS. Digitala kallelser Cosmic - etapp 2 har genomförts, vilket har inneburit att digitala kallelser införts i ett antal modellverksamheter och i breddpilot. Ny uthoppslösning från Cosmic till Paratus och ROS har genomförts för bebehållen funktionalitet i samband med att tidigare lösningar slutade att fungera.

Uppdrag: Webbplatsen 1177.se utvecklas till att bli en viktig digital ingång till vården och samlingsplats för nödvändig information om hälsa, vård och tandvård.

Aktiviteter	Analys
Öka nyttjandet av tjänster via 1177.se	Förstudie pågår för att ge förslag på hur Vårdvalshanteraren skulle kunna hantera fast läkarkontakt primärvård och publicera på 1177 journalen och NPÖ. Det pågår också arbete tillsammans emd KGC och Cambio för förbättrad hantering av fasta vårdkontakter över lag i Cosmic och publicering till Nationella Tjänsteplattformen. Utredning påbörjad kring tjänstekontraktet GetCarePlans som publicerar vårdplaner. Under pågående analys arbetar Cambio med nya sätt att presentera vårdplaner och det senaste beslut vi har hört är att de planerar att dela upp de gamla och nya vårdplanerna i olika vyer med skilda arbetsätt. Det råder fortfarande oklarhet i om tjänstekontraktet GetCarePlans kommer kunna användas när vårdplanerna görs om eller om det endast gäller befintliga vårdplaner. Dos-brev AVK från AK Net publicerar nu på 1177 journalen och NPÖ.

Aktiviteter	Analys
	Implementering av standardutbud för digital vård realiseras för primärvården genom projektet som genomför plattformsbyte bakom tjänsten 1177direkt. Allt planeras att driftsättas 14 oktober. Under tertial 3 sker en planering för hur man arbetar med att realisera standardutbud i övriga delar av vården.

Uppdrag: Förbättra dialogen mellan sjukhusens specialistvård och primärvården genom sömlös vård och övergångar.

Aktiviteter	Analys
Analysera och utveckla användandet av konsultstödet från sjukhusens specialistvård till primärvården genom sömlösa övergångar	Arbetet med "Sömlös vård" fortsätter. Arbete pågår kontinuerligt med att säkerställa att doctor on demand på telefon finns tillgänglig. Alla avvikelser där det inte upplevs ha fungerat följs upp.

Uppdrag: Fasa ut mindre värdeskapande arbetssätt och aktiviteter.

Aktiviteter	Analys
Identifiera och fasa ut arbetssätt som inte längre bedöms värdeskapande.	Bedömning tandvård har problem med att hitta lösning för digitalisering av arbetsuppgifter som är manuella och därmed har ett onödigt lågt värde. Utredning kring egenutveckling alt avtal med Region Stockholm om Symfoni pågår. Pilottestning av ny modell av patientsäkerhetsrond planeras. Arbete fortskrider med revidering av arbetsrutiner för SDM, planen är att realisera tankarna under oktober. Arbetar internt med hur AI-stöd (Chat-GPT) kan effektivisera och stödja varje medarbetare i sina arbetsuppgifter. Inom ehälsa har en enkät genomförts som visar på potential att spara arbetstid varje vecka. Det finns en utsedd arbetsgrupp som arbetar vidare med stöd för varje medarbetare. Inväntar Regiongemensamma utbildningar.
Genomföra förbättringsuppdraget, "förenkla chefers administration"	Förbättringsområden identifierade och arbete pågår. Exempelvis är en egenkontroll för patientsäkerhet utvecklats för att höja kvalitet men också för att underlätta för chefer att arbete med område, samt effektivisera framtagandet av en patientsäkerhetsberättelse.

Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet

Framgångsfaktorer: Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande

Uppdrag: Stödja invånare att främja hälsosamma levnadsvanor.

Aktiviteter	Analys
Fortsatt arbete i länsgemensamt programområde (LPO) Levnadsvanor, som en del av utvecklingen av Nationellt system för kunskapsstöd.	Arbetsgruppen (ordförande, controller, processtöd och administrativt stöd) har regelbundna digitala arbetsmöten för att samordna och driva arbetet framåt. Samverkan mellan LPO levnadsvanor och LPO cancersjukdomar pågår genom att abstract har blivit godkänt för presentation av poster vid den International Conference on Cancer Prevention i oktober. Nästa steg i samarbetet är att en planering är påbörjad för någon orm av lärlabb för att konkretisera den generiska modellen för levnadsvanor och

Aktiviteter	Analys
	dokumentation. Detta kan ge ett resultat att vi tillsammans stärker stödet till patienter att förändra levnadsvanor för bättre behandling, återhämtning och livskvalitet. Fakta dokumenten för levnadsvanor (alkohol, mat, fysisk aktivitet och tobak) är uppdaterade och publicerade. Fakta dokument Sexuell hälsa har reviderats och är under process för att publiceras. Uppdateringen av dokumenten ska leda till att beslutsstöden i det grundläggande medicinska arbetet - att utreda, behandla och följa upp patienter - överensstämmer med nationella kunskapsstödet. Vilket i sin tur ska underlätta för vårdpersonal i det kliniska vardagsarbetet.
Regional ledning för utveckling av Hälsocenter i Jönköpings län	Förstudie - insamling av data är genomförd. Alla lokala styrgrupper är intervjuade. Data analyseras och preliminärt resultat är presenterat för referensgruppen. Referensgruppen har haft workshop utifrån preliminära resultat. Förstudien är inte längre ett uppdrag från strategigrupp psykiatri och missbruk utan ägs av sektion folkhälsa. Forskning - fortgår med viss försening på grund av personalbortfall. Hälsocoachernas nätverk - två stycken call in har genomförts med tema KAA (kommunens aktivitetsansvar och Recovery college. Övrigt - Hälsocenter har presenterats på HPH konferens i Malmö

Uppdrag: Stödja kommunernas rehabiliteringspersonal med specialistkompetens och följa upp hela rehabiliteringsprocessen.

Aktiviteter	Analys
Följa upp tillämpning av rehabiliteringsplan	Uppföljning av rehabplan har gjorts kvartal 2. Ersättning har utbetalts för 24 rehabplaner. Det planeras ny utbildning av ACT rehabplaner i januari 2026.
Ett arbetssätt inom området smärta med eller utan psykisk ohälsa tas fram	ACT-utbildningar genomförda 27/4 och 3/6. Positiv utvärdering. Planeras nu om regionen kan överta utbildningen och genomföra i egen regi. Möte om det bokat 17/9. Planeras också möte med Bra Livs kompetensutvecklingsgrupp om hur man där kan planera för ACT-utbildningar. Ytterligare ACT-utbildningar bokade till 1/12 samt 13/1.

Uppdrag: Samordna och utveckla arbetet kring suicidprevention i länet.

Aktiviteter	Analys
Fortsatt arbete utifrån den länsgemensamma handlingsplanen för suicidpreventionsarbetet	Planeringsarbete inför suicidpreventiva veckan samt MHFA-utbildning för chefer 31 aug samt 3 september genomförd.

Uppdrag: Arbeta för en hög vaccinationstäckning bland äldre.

Aktiviteter	Analys
Vaccination mot influensa och covid-19 till rekommenderade grupper	Under sommaren har en del förberedande arbete gjorts inför höstens vaccinationsinsats. Bland annat har kampanj- och informationsmaterial och innehåll till invånartidningen tagits fram i samarbete med Kommunikationsavdelningen.

Uppdrag: Stödja arbetet med att vaccinera mot TBE.

Aktiviteter	Analys
Stödja och följa upp vaccination mot TBE	Intresset för TBE -vaccin har fortsatt vara stort och hitintills i år (tom 260827) har givits 12669 doser vaccin till barn 3-18 år. Merparten av doser har givits av upphandlade privata vaccinatörer, ffa Vaccin direkt och Vaccinhuset. Detta är fler doser än vad vi prognostiserade och kan bero på fortsatt uppmärksamhet kring TBE i media.

Uppdrag: I samverkan i sydöstra sjukvårdsregionen införs successivt vaccinationer enligt folkhälsomyndighetens rekommendationer.

Aktiviteter	Analys
Arbeta i ny regional samverkansgrupp vaccinationer som startas upp i samverkan med Region Östergötland och Region Kalmar	Kostnadsfri vaccination mot HPV för alla upp till 26 år har under våren börjat erbjudas i alla regioner i SÖSR. Införandet har gjorts med vissa lokala anpassningar, men de huvudsakliga arbetssätten och kommunikationen har samordnats mellan regionerna. Det är ännu för tidigt att utvärdera täckningsgraden, men som förväntat har detta visat sig vara en grupp som är svår att nå. Uppsökande verksamhet, som att erbjuda vaccin i skolorna, verkar vara det som fungerar bäst. Förberedelser pågår inför införandet av vattkoppsvaccin i barnvaccinationsprogrammet från 2027. Vi för en nära dialog med barnhälsovården och elevhälsan, som kommer att vara huvudsakliga utförare. Under hösten kommer bla utbildningar till vaccinerande personal att erbjudas.

Uppdrag: Vaccinera män upp till 26 år mot HPV

Aktiviteter	Analys
Erbjuda vaccinationer för alla upp till 26 år	Kostnadsfri vaccination mot HPV för alla upp till 26 år har under våren börjat erbjudas i alla regioner i SÖSR.

Framgångsfaktorer: Säker verksamhet

Uppdrag: Arbeta med rätt antibiotikaförskrivning och att minska vårdrelaterade infektioner.

Aktiviteter	Analys
Stöd för rationell antibiotikaanvändning	Stödet till verksamheterna pågår som planerat, vårdcentralsbesöken pågår med nytt innehåll där bland annat sjuksköterskor också bjuds in. Inom sjukhusvård har nätverksträffar med kliniker genomförts. Antibiotikaförskrivningen fortsätter att minska, kvalitetsmått inom primärvård och slutenvård fortsätter vara bra i nationella jämförelser och tandvårdens recept minskar. Initiativet att arbeta emot onödig antibiotikaallergi-registreringar i Cosmic fortgår.
Stöd för verksamheternas arbete mot vårdrelaterade infektioner	Utifrån regionens handlingsplan mot vårdrelaterade infektioner (VRI) har arbete fortsatt under året för att utveckla verktyg och stöd till verksamheterna för att de bättre ska kunna registrera VRI och följa sin VRI-förekomst samt ett arbete för att förebygga vårdrelaterad pneumoni som är den vanligast förekommande VRI:n i vården.

Aktiviteter	Analys
	För arbetet med *vårdhygienisk egenkontroll för klinikledning* sker en bredare implementering under 2026. Genom de olika vårdhygieniska egenkontroller som redan finns på plats (som riktar sig till andra delar av organisationen; ledning för respektive VO, vårdavdelning, mottagning och primärvård samt olika delar av kommunal vård och omsorg) har olika brister i verksamheternas VRI-arbete kunnat identifieras och åtgärdas kontinuerligt.

Uppdrag: Fortsatt utveckling av Region Jönköpings läns patientsäkerhetsarbete och integrering av Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård.

Aktiviteter	Analys
Utveckling av Cosmic Insight för att följa patientsäkerhetsfrågor	Insight är breddinfört och används i stor omfattning. Inspirationsmöten för chefer med tema patientsäkerhet och Cosmic Insight är inplanerade i november.

Uppdrag: Agera för en säker läkemedelsanvändning.

Aktiviteter	Analys
Arbeta med att säkra vårdövergångar gällande läkemedelsbehandling	Samtliga kommuner inom länet fick i maj läsbehörighet till Cosmics läkemedelslista. Arbetet kring rutin för kommunens avstämning kring läkemedelslistan har stött på visst motstånd ute i kommunerna och tester har inte kommit igång än. Webb-utbildningen till kommunens sjuksköterskor har funnits ute över sommaren, men är enligt uppföljning inte så använd än. Därför behöver vi fundera vidare kring fortsatt kunskapsstöd till kommunen.
Arbeta med att minska potentiellt olämpliga läkemedel	Mättavlan för polyfarmaci i Diver har förbättrats efter önskemål, visar nu även fördelning utifrån kön samt vem som förskrivit. Övergripande sjunker för opioider, bensodiazeoiner, loppdiuretika men ligger på samma nivå för paracetamol och PPI. Fortsatt arbete kring stöden för utsättning av läkemedel, men är inte klart för publicering. Studentprojekt kring polyfarmaci VT2026 visar på avvikande hög förskrivning av folsyra/B12 i jämförelsen med Region Kalmar län. Detta är lyft till Fakta Äldres hälsa. Datauttag för studien kring polyfarmaci är nu godkänt, med förhoppning om uttag och analys under hösten.
Arbeta med goda förutsättningar för att ordinera och hantera högriskläkemedel.	Stödet Intravenös läkemedelsbehandling i kommunal hälso- och sjukvård inom Jönköpings län publicerades i maj. Arbetet med att tillsammans med opererande enheter identifiera patienter som söker akutsjukvård på grund av återkommande blödningar och som står på antikoagulantia har fortsatt, tex genom att titta på patienter med återkommande näsblödning. Journalia AVK har utgått och är nu ersatt av Journalia AKnet från och med 31 augusti som doseringssystem för warfarin. Upphandlingen kring läkemedelspumpar och läkemedelsprotokoll fortsätter. En utbildning för personal som ska få en delegering av läkemedelshantering håller på att tas fram i samverkan med

Aktiviteter	Analys
	Qulturum och chefsjuksköterska, klar under september.

Framgångsfaktorer: Ändamålsenliga, resurseffektiva och hållbara processer

Uppdrag: Vidareutveckla kunskapsstyrning och införandet av nationella kunskapsstöd för god och jämlik vård

Aktiviteter	Analys
Fortsätta utveckling och införande av Länsgemensamma programområden - LPOer	Uppstart av samtliga Länsgemensamma programområden kommer ske under november. Ledningsdialoger sker genom LPO-forum och genomförs under hösten, vid tre tillfällen. Utvecklingsarbete pågår enligt handlingsplan inom områden: uppföljning och analys, lärande och utveckling samt tillgängliggörande av kunskapsstöd.

Uppdrag: Erbjuda avancerad läkemedelsbehandling nära patienten.

Aktiviteter	Analys
Verka för en säker och jämlik specialiserad läkemedelsbehandling nära patienten.	Arbetet med att ta fram ett förslag till hantering av kortvarig syrgasbehandling i primärvård fortsätter. Det är logistik samt ansvar kring oxygenkoncentratorer som behöver utredas vidare.

Uppdrag: Tillhandahålla en rationell och hållbar läkemedelsförsörjning.

Aktiviteter	Analys
Arbeta med kritiska bristsituationer av läkemedel i öppen och sluten vård	Arbetet med rest- och bristsituationer av läkemedel bedrivs tillsammans med Vårdfarmaci och fortgår på samma sätt som tidigare. Fokus under T2 har varit på framför allt onkologiska läkemedel, men även andra läkemedelsgrupper såsom antibiotika och insulin.
Verka för att förenkla läkemedelsrelaterade arbetsmoment inom slutenvården	Inventerings- och analysverktyget som möjliggör journalföring av narkotiska läkemedel digitalt är i drift och används på enheter som haft digital narkotikajournal sedan tidigare. Ytterligare en vårdenhet (Ortopediska vårdenheten Ryhov) är nu ansluten till arbetssättet. Process för att ansluta fler vårdenheter är framtagen och fler medarbetare inom Vårdfarmaci utbildas kontinuerligt i att använda verktyget. Vidareutveckling av verktyget sker kontinuerligt tillsammans med IT-centrum. Arbete med läkemedelsautomater till gemensamma läkemedelsrum pågår tillsammans med Vårdfarmaci.

Uppdrag: Arbeta för en jämlik och kostnadseffektiv läkemedelsbehandling.

Aktiviteter	Analys
Genomföra läkemedelsdialoger med verksamheterna med fokus på kvalitet samt kostnadseffektivitet.	Läkemedelsdialoger har genomförts med åtta verksamheter varav två vårdcentraler. Vi har beslutat fortsätta erbjuda dialoger med tre vårdcentraler per termin.
Följa och utveckla arbetet med upphandling och ordnat införande inom Sydöstra sjukvårdsregionen	Det strategiska arbetet kring upphandlingar pågår och fokuserar på att definiera aktiviteterna i verksamhetsplanen. Runt 15 dialoger med leverantörer har genomförts för att

Aktiviteter	Analys
	kartlägga olika behov kring avtalens utformning.
Arbeta med behandlingsrekommendationer och uppföljning kring läkemedel	Arbete med behandlingsrekommendationer i samverkan med FAKTA/LPO pågår enligt årshjul. Planering pågår för nätverksträffar för astma/KOL-sjuksköterskor på vårdcentraler och medicinmottagningar som ska äga rum i oktober. Planering pågår också hos Vårdfarmaci för höstens digitala träff med sjuksköterskor på vårdcentral.

Uppdrag: Skapa förutsättningar för patientdelaktighet i läkemedelsbehandling.

Aktiviteter	Analys
Arbeta för att förbättra överenskommelsen mellan vård och patient kring fortsatt läkemedelsbehandling.	Vårdriktlinjen kring dokumentation av läkemedel har uppdaterats tillsammans med chefläkare. Sökord Läkemedelsgenomgång har justerats tillsammans med Sektion eHälsa.
Arbeta för att öka patientdelaktighet under vård inneliggande vård genom tex självadministrering	Arbete med självadministrering har fortsatt i liten skala på flera enheter. Vi har dock inte lyckats breddinföra arbetssättet och letar nya verktyg för att kunna öka antalet patienter som på ett tryggt sätt kan få självmedicinera sina ordinarie läkemedel under vårdtiden. Sedan en längre tid tillbaka finns samarbete mellan infektionskliniken, vårdfarmaci samt läkemedelsstrateg gällande OPAT, Outpatient parenteral antimicrobial therapy, vilket möjliggör att patienter kan behandlas med intravenös antibiotika i hemmiljö.

Region Jönköpings län

Delårsrapport
Tertial 2 2026

Folktandvården

Dnr RJL 2026/21
Henrik Jansson, tandvårdsdirektör
Folktandvården
Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län, www.rjl.se

Innehållsförteckning

Inledning **4**

Medborgare och kund **7**

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på 7

Process och produktion **17**

Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare 17

Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet 18

Lärande och förnyelse **22**

Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya 22

Medarbetare **25**

Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser 25

Ekonomi **30**

Strategiska mål: God och hållbar hushållning 30

Inledning

Folktandvårdens allmäntandvård är lokaliserad med 26 kliniker i länets samtliga kommuner. Specialisttandvården bedrivs på olika orter i länet med tyngdpunkt i Jönköping, där samtliga nio specialiteter har verksamhet. I Nässjö bedrivs ortodonti (tandreglering). I Värnamo bedrivs ortodonti, orofacial medicin (tidigare benämnt sjukhustandvård) samt pedodonti (specialistbarntandvård). Vid Höglandssjukhuset utförs även narkosbehandling av barn, samt orofacial medicin.

Allmäntandvård

Samtliga allmäntandvårdskliniker har under perioden haft öppet och kunnat erbjuda både revisionstandvård och akuttandvård, med undantag för kliniken i Bodafors. Klinikens patienter har fått vård vid folktandvårdskliniker i Nässjö och Sävsjö.

Tillgängligheten i allmäntandvården har hittills under året minskat är nu 10 procent från regionens mål. 6 av 26 kliniker klarar tillgänglighetsmålet för vuxna revisionspatienter per augusti och ca 1 000 patienter i kö har kallats till första besök. Antalet listade patienter i allmäntandvården är i princip oförändrat jämfört med årsskiftet och endast 158 patienter väntar på att få en första tid. Tillgängligheten har under perioden påverkats negativt till följd av ökad personalomsättning och ökad föräldraledighet och vård av barn. Folktandvården har under året haft kapacitet att ta emot de patienter som sökt vård inom ramen för tandvårdsreformen Särskild tandvårdsersättning (tiotandvård).

Folktandvården har under perioden nått tillgänglighetsmålet för patienter som är berättigade till nödvändig tandvård. Målet för munhälsobedömningar som utförs av det centrala uppsökande teamet nås inte fullt ut under perioden till följd av tillfällig vakans.

Bemanningen i allmäntandvården är generellt god. Dock syns en större rörlighet än önskvärt samt en ökad frånvaro för föräldraledighet och vård av barn. Inom överskådlig tid ses även en större omfattning av pensionsavgångar för tandsköterskor, vilket är en utmaning då det råder svårigheter att rekrytera inom denna personalgrupp. Arbete pågår med en insats för att kompetensväxla barnskötare till tandsköterska med ambition att starta under 2027.

Samverkan mellan allmän- och specialisttandvård har under året utvecklats i syfte att erbjuda nära vård och möjlighet till kompetensutbyte. De första fyra nischtandläkarna i käkkirurgi och endodonti är nu verksamma på sina hemmakliniker, vilket fungerar väl. Vid odontologiskt centrum i Nässjö samlokaliseras allmän- och specialisttandvårdens resurser för att kunna erbjuda nära specialisttandvård för invånare i den östra länsdelen. Även i Värnamo utförs viss specialisttandvård.

Specialisttandvård

Samtliga specialisttandvårdskliniker har under perioden haft god patientgenomströmning. Tillgängligheten till specialisttandvården når inte målet och förbättringsarbeten pågår, bland annat genom översyn av remisshantering. Tillgängligheten skiljer sig mellan olika specialiteter. En anledning till sämre tillgänglighet inom vissa specialiteter förklaras av vakanser och ökat remissinflöde, samtidigt som fler patienter kvarstår i vård över längre tid.

Avdelningarna för protetik och parodontologi har under perioden haft en ökad tillströmning av patienter som sökt vård inom ramen för tandvårdsreformen Särskild tandvårdsersättning (tiotandvård). För att möta vårdbehovet har flera övertandläkare rekryterats.

Under året har tre ST-tandläkare examinerats vid Odontologiska Institutionen, varav har påbörjat sin tjänstgöring i Folktandvården. Med 23 pågående specialisttjänstgöringar inom samtliga nio specialiteter uppfylls målet väl. Folktandvården har fem pågående doktorander, samt flera pågående forskningssamarbeten med olika lärosäten.

Specialisttandvården har under året letts av tandvårdsdirektör i avvaktan på rekrytering av ny tandvårdschef som tillsätts 1 november 2026.

Övergripande verksamhet

I syfte att stödja verksamhetsutveckling samt stärka arbetet med kunskapsutveckling och innovation har Folktandvården under hösten 2025 inrättat en ny enhet som är under uppbyggnad. I uppdraget ingår bland annat utveckling av digitala processer och arbetssätt, utvecklad forskningsmiljö samt att

stärka patientsäkerhetsarbetet.

Region Jönköpings län sedan tidigare tecknat option för möjlighet att byta journalsystem som Folktandvården Stockholm AB och Folktandvården i Västra Götaland upphandlat. Förstudie kring förutsättningar för ett eventuellt byte av journalsystem pågår.

Ett strategiskt arbete med översyn av tandvårdens digitala tjänstebehov pågår sedan årsskiftet. Ett exempel är förbättringsarbete kring fullt ut digitaliserad process i samband med digital avtryckstagning.

Dialog förs med Hälsohögskolan om den fortsatta inriktningen för Centrum för odontologi och oral hälsa.

Medarbetare och hållbarhet

Personalomsättningen har under perioden ökat till 8,2 procent, vilket är en ökning från samma period föregående år med 6,9 procent. Under angiven period har Folktandvården avvecklat vårt tandtekniska laboratorium (som enbart arbetat inom området ortodonti), vilket påverkar utfallet då anställningar upphört i samband med avvecklingen.

Även om tendensen är negativ har Folktandvården för närvarande förhållandevis goda möjligheter att nyrekrytera odontologisk kompetens, framför allt inom allmäntandvården.

Kompetensförsörjnings- och utvecklingsaktiviteter styr mot målet att minska personalomsättningen för samtliga yrkesgrupper i Folktandvården. Den totala sjukfrånvaron ligger på en fortsatt stabil nivå och närmar sig regionens målvärde.

Under året har ett flertal hållbarhetsaktiviteter genomförts i verksamheten, exempelvis att främja användning av återvinningsbart förbrukningsmaterial samt att minska mängden engångsprodukter. Arbete pågår med att ta fram resultat för berörda mätetal.

Ekonomiskt utfall

Folktandvårdens finansiering består till hälften av regionala skattemedel, resterande intäkter kommer från från vuxna patienter samt den statliga tandvårdsförsäkringen. Folktandvårdens verksamhet är till stora delar konkurrensutsatt gentemot privata aktörer. Krav på konkurrensneutralitet förutsätter att prissättningen baseras på Folktandvårdens självkostnad och att Folktandvården finansierar satsningar själva för den konkurrenssatta delen av verksamheten. För att finansiera pris- och löneökningar har Folktandvårdens priser under 2026 höjts med i genomsnitt 6,3 procent. Mervärdesskatt ingår i Folktandvårdens självkostnad av konkurrensskäl.

Folktandvården redovisar för perioden ett positivt resultat om 19,2 miljoner kronor. Allmäntandvårdens resultat för 2025 uppgår till 10,7 miljoner kronor, medan specialisttandvårdens resultat under samma period uppgår till 8,5 miljoner kronor.

Trots att Folktandvården har en ekonomi i balans finns en underhålls- och ombyggnationsskuld i våra lokaler som framöver kommer leda till ökade kostnader vad gäller såväl ökad hyra som ombyggnationskostnader. Folktandvården satsar också mer resurser på utveckling av IT och journalsystem för att digitalisera tandvården. Kommande år startas utbildning för att kompetensutveckla barnskötare till tandsköterskor. Sammantagen kostnadsökning kan snabbt komma upp årlig kostnader om 10-15 miljoner kronor som inte återfinns i 2026 års kostnadsnivå.

Måluppfyllelse ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

	2026-08-31	Andel	2025-08-31	Andel
Antal mätetal som är uppfyllda	4	36,4%	7	58,3%
Antal mätetal som är delvis uppfyllda	6	54,5%	3	25,0%
Antal mätetal som inte är uppfyllda	1	9,1%	2	16,7%

	2026-08-31	Andel	2025-08-31	Andel
Antal mätetal som mäts	11	100,0%	12	100,0%

90,9 procent av mätetal som är beslutade av fullmäktige och respektive nämnd är helt eller delvis uppfyllda. Mer konkret uppfylls mätetalen avseende andel berättigade till nödvändig tandvård som fått den utförd, andel heltidsanställda, ekonomi i balans samt en positiv helårsprognos.

Delvis uppfylls mätetalen avseende täckningsgrad för munhälsobedömningar, andel revisionspatienter i tid, tillgänglighet till specialisttandvård, sjukfrånvaro, antal årsarbetare och andel chefer med färre än 35 medarbetare.

Målet som inte uppfylls är personalomsättningen i procent.

Utöver politiskt beslutade mätetal följer Folktandvården även nedanstående egna mätetal:

• Andel kostnadsförslag på granskade journalanteckningar (ej uppfyllt)

• Öka antalet åtgärdskoder som handlar om information och instruktion till patient (uppfyllt)

• Allmäntandvård: Möjlighet att ta emot nya patienter, mäts genom minskning av kö med målet ingen kö (delvis uppfyllt)

• Uppföljning av andel av revisionspatienterna som har frisktandvårdsavtal (delvis uppfyllt)

• Andel frisktandvårdspatienter av nya patienter som lämnar barn- och ungdomstandvården (ej uppfyllt)

• Andel patienter där behandlare tagit ställning till om patient är aktuell för frisktandvård eller ej (ej uppfyllt)

• Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (uppfyllt)

• Signering av journalanteckningar inom 3 veckor från besöksdatum (delvis uppfyllt)

• Öka användningen av tjänsteresor via JLT applikationen (ej uppfyllt)

• Genomsnittlig väntetid i antal dagar från remiss till första besök (mätning ej påbörjad)

• Ledtid i antal dagar från första besök tills patienten är färdigbehandlad (mätning ej påbörjad)

Utfall Folktandvårdens egna mätetal:
• Antal mätetal som är uppfyllda: 2 (18 procent)
• Antal mätetal som är delvis uppfyllda: 3 (27 procent)
• Antal mätetal som inte är uppfyllda: 4 (36 procent)
Antal mätetal som inte kunnat mätas: 2 (19 procent)
• Antal mätetal som mäts: 11 (100 procent)

Medborgare och kund

Samtliga allmäntandvårdskliniker har under året haft öppet och kunnat erbjuda både revisionstandvård och akuttandvård, med undantag för kliniken i Bodafors. Klinikens patienter har fått vård vid folktandvårdskliniker i Nässjö och Sävsjö. Tillgängligheten i allmäntandvården har under året sjunkit något beroende på personalomsättning samt omfattande andel föräldralediga medarbetare. Vid årets slut förväntas tillgängligheten återigen ligga på målvärdet. Under året har arbetet med att minska kö till första tid fortsatt, det är nu endast 158 personer som inte fått tid för undersökning. Under första halvåret har allmäntandvården börjat erbjuda vuxna revisionspatienter möjlighet att boka sin egen tid via 1177 e-tjänster.

Allmäntandvården har för närvarande en något lägre tillgänglighet för patienter som är berättigade till nödvändig tandvård. Det centrala teamet för den uppsökande verksamheten har påverkats av personalomsättning och är nu under uppbyggnad. Förväntan är att vid årsskiftet nå det uppsatta målet. Bemanningen i allmäntandvården är generellt god med en ung tandläkarkår som behöver mycket stöd under de första två åren. Behovet av handledning är mer omfattande än vad som krävts av tidigare årskullar, till följd av att lärosätenas kliniska krav har sänkts. Glädjande är att vi ser tandsköterskor som söker sig tillbaka efter några år i privat verksamhet.

Tandvårdsreformen särskild tandvårdsersättning (tiotandvård) har inte påverkat verksamheten i förväntad omfattning och den förväntade tillströmningen av patienter har uteblivit.

Samverkan mellan allmän- och specialisttandvård har under året utvecklats i syfte att erbjuda nära vård och möjlighet till kompetensutbyte. De första fyra nischtandläkarna i käkkirurgi och endodonti är nu verksamma på sina hemmakliniker, vilket fungerar väl. Vid odontologiskt centrum i Nässjö samlokaliseras allmän- och specialisttandvårdens resurser för att kunna erbjuda nära specialisttandvård för invånare i den östra länsdelen. Även i Värnamo utförs viss specialisttandvård.

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på

Framgångsfaktorer: Nöjda kunder och intressenter

Uppdrag: Dokumenterad överenskommelse ska finnas mellan patient och vårdgivare.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Andel kostnadsförslag på granskade journalanteckningar	90 %	70,2 %	Uppföljning av andelen patienter som har fått ett kostnadsförslag har påbörjats. I nuläget saknas dock ett systematiskt och enhetligt arbetssätt för journalgranskning, vilket innebär att resultaten inte kan jämföras på ett tillförlitligt sätt mellan kliniker. Hittills har endast vissa kliniker rapporterat resultat från journalgranskningar som genomförts i syfte att undersöka hur stor andel av patienterna som har fått ett kostnadsförslag. För att möjliggöra en mer systematisk uppföljning behöver en gemensam metod tas fram, exempelvis genom journalgranskning av ett fastställt antal patienter per behandlare och mätperiod. Att patienten får ett kostnadsförslag är viktigt för att skapa tydlighet och förutsägbarhet kring behandlingskostnaden. Det ger patienten bättre förutsättningar att ta ställning till föreslagen behandling och minskar risken för oväntade kostnader.

Aktiviteter	Analys
Förtydligande av överenskommelser i dagateckningar i patientjournaler	Arbetet med att tydliggöra överenskommelser i patientjournalen har fortsatt under perioden. Flera centrala journalmallar har tagits fram för att underlätta för

Aktiviteter	Analys
	medarbetarna och bidra till en mer enhetlig dokumentation. Mallarna ska stödja behandlaren i att dokumentera relevant information, överenskommelser med patienten och samtycke till behandling. Frågan följs fortsatt upp genom journalgranskningar och lyfts i relevanta dialogforum i verksamheten.

Uppdrag: Öka patientens kunskap om sin sjukdom.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Öka antalet åtgärdskoder som handlar om information och instruktion till patient	101 %	109 %	Folktandvården önskar gå från en reparativ till en mer profylaktisk vård, för att på så sätt uppnå en bättre munhälsa för länets invånare. Det uppnås genom att information och instruktion ges till patienten, vilket syns som en åtgärd i journalsystemet. Målet att öka antalet åtgärder jämfört med föregående år har uppnåtts.

Framgångsfaktorer: God tillgänglighet

Uppdrag: Förbättra tillgängligheten till vården och tandvården utifrån systemmätetal och mål för verksamheterna.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Täckningsgrad för den uppsökande verksamheten (munhälsobedömningar)	70 %	64 %	Av de personer som har "Intyg om nödvändig tandvård" och som önskat få en munhälsobedömning utförd (4029 personer) har 64 procent (2579 personer) fått det, målet är därmed endast delvis uppfyllt. Den något lägre täckningsgraden beror på personalomsättning i det centrala teamet. Tid avsätts framgent för att uppnå målet till årsskiftet.
Nämnd Andel berättigade till nödvändig tandvård som fått den utförd	53 %	53 %	Av 6428 berättigade personer har 3415 fått nödvändig tandvård utförd (53 procent). Behandlingarna utförs av både privat- och Folktandvård varför mätetalet inte specifikt mäter Folktandvårdens måluppfyllnad. Folktandvården har god tillgänglighet att ta emot alla patienter. Folktandvården har i dagsläget inte tillgång till information om vilka invånare som är berättigade till nödvändig tandvård, eller vilka av de berättigade patienterna som har tackat nej till vård, vilket inte återspeglas i mätetalet.
Nämnd Allmäntandvård: Andel revisionspatienter i tid till undersökning och behandling	90 %	80 %	Utfallet för augusti 2026 ligger på 80 procent. Satsning gör just nu att erbjuda patienter som står på kö tid hos Folktandvården. Därav kan vi se en nedgång under sommarhalvåret på de kallelser som finns bland ordinarie revisionspatienter. Andelen föräldralediga medarbetare just nu är högre än genomsnittet.
VO Allmäntandvård: Möjlighet att ta emot nya patienter, mäts genom minskning av kö	0 st.	215 st.	Antalet patienter i kö minskar stadigt och har de senaste två åren minskat med ca 7 000. Målsättningen är att kalla alla patienter i kö innan årets slut. För närvarande står 215 patienter i kö, varav 165 saknar bokad tid.
Tillgänglighet specialisttandvård	80 %	64 %	Under första halvåret har alla kliniker implementerat ett enhetligt prioriteringssystem för remisser. En förändring mot tidigare är att det införts tre prioriteringsnivåer, där den

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
inom 60 dagar efter remiss			lägsta prioriteringen avser patienter som ur medicinsk synvinkel inte behöver komma inom 60 dagar. Dessa har tidigare inte ingått i tillgänglighetsmätningen vilket är en viktig orsak till det förändrade resultatet. I samband med införandet av prioriteringssystemet ses även remisshanteringen över för att säkerställa att endast de som står i kö till första tid räknas in. Även särredovisning av revisionspatienter, patientvald väntan och medicinskt vald väntan kommer framledes att exkluderas, vilket historiskt inte återspeglats i tillgänglighetsmätningen. Till följd av pågående kvalitetssäkring av siffrorna kan några större slutsatser av siffrorna inte dras i nuläget. Specialisttandvården har i nationell jämförelse en god bemanning men har i nuläget några kliniker med vakanser. Inom orofacial medicin är en övertandläkartjänst vakant, samtidigt som inflödet av remisser för äldre patienter ökar och en större andel patienter vårdas över längre tid. En meriteringstjänst har tillsats vilket förväntas leda till förbättrad tillgänglighet under året. Bettfysiologi har under våren tappat en övertandläkare, vilket påverkat tillgängligheten negativt. Käkkirurgin har tidigare haft en uppåtgående trend trots omsättning på övertandläkare och ST-tandläkare, men under sommaren har köerna ökat.

Aktiviteter	Analys
Säkerställa korrekt mätning och målvärde i dialog med Bedömningsenheten för mätetalet "Andel berättigade till nödvändig tandvård som fått den utförd"	Folktandvården har initierat en dialog med bedömningsenheten i början av 2026. Dialogen pausades för att återupptas i tertial 2 när ny chef för bedömningsenheten tillsatts. Bedömningsenheten och IT-centrum arbetar för att ta fram ett nytt system för att hantera det regionala tandvårdsstödet. Målsättningen är ett bättre stöd för att säkerställa korrekt mätning och stödja verksamheten i att få kännedom om samtliga som har intyg samt vilka som tackat nej till tandvård.

Framgångsfaktorer: God och jämlik hälsa

Uppdrag: Förbättra folkhälsan hos länets invånare.

Aktiviteter	Analys
Folktandvården ska arbeta för att öka kännedomen om att munnen är en del av kroppen och att Folktandvården alltid utgår utifrån den odontologiska risken	Tillsammans med Hälsohögskolan vid Jönköping University pågår ett kontinuerligt arbete med att bygga en stark odontologisk miljö. En del av detta arbetet är att arrangera en återkommande mötesplattform för att diskutera aktuella forsknings-, utvecklings- och framtidsfrågor i tandvården. Plattformen kallas 4M – En Mötesplats för Människa, Munhälsa och Möjligheter. 4M arrangerades senast 25-26 september 2025. Nu pågår arbete i två arbetsgrupper för att planera för nästa konferens, vilket är planerat till 11-12/2 2027. Vidare är frågan om att öka kännedom om munnen som en del av kroppen en fråga som lyfts i alla möten med interna och externa parter. Under 2026 kommer arbetet att förstärkas genom ett tydligt uppdrag att förädla nuvarande handlingsplan för arbetet framåt.

Uppdrag: Arbeta för en mer jämlik hälsa hos utrikesfödda invånare.

Aktiviteter	Analys
Skapa en medvetenhet om socioekonomins och/eller kulturell påverkan på patientsäkerhet och kliniska resultat, samt åtgärda där det finns behov.	Arbetet är påbörjat men har ännu inte genomförts systematiskt i verksamheten. Under perioden har samtliga chefer deltagit i en utbildning i samhällsodontologi, där en reflektionsövning om normer, värderingar och förutfattade meningar ingick. Bedömningen är att det finns en god medvetenhet i verksamheten om risken för ojämlik vård till följd av socioekonomiska och kulturella faktorer. På flera kliniker görs redan anpassningar utifrån patientgruppernas behov, exempelvis genom fler akuttider där en större andel patienter söker tandvård först när de har besvär. Nästa steg är att mer systematiskt identifiera behov och möjliga åtgärder för att stärka en jämlik och patientsäker vård.

Uppdrag: Förbättra barn och ungas hälsa.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Andel approximalt kariesfria 19-åringar	70 %	–	Resultatet ligger stabilt sedan några år tillbaka. Folktandvården ligger i övre halvan vid nationell jämförelse. Dock skiljer det sig mycket på individuell kliniknivå, där utsatta områden har en betydligt lägre kariesfrihet. Utökade satsningar på preventiv vård i framförallt utsatta områden krävs för att bibehålla och förbättra en god munhälsa i regionen.

Aktiviteter	Analys
I samband med digitala 2-årsmöten ska Folktandvården informera för Barnhälsovårdens räkning	Folktandvården har hållit i ett seminarium om munhälsa för barnhälsovårdens sköterskor och kommer hålla ett till under hösten. Två representanter från Folktandvården kommer delta i en utbildning om kost och matintroduktion som barnhälsovården håller i under hösten, för att utvärdera om det är någonting som Folktandvården bör delta i.

Uppdrag: Förbättra tandvården för patienter med särskilda behov.

Aktiviteter	Analys
Utökat fokus på att utbilda vårdpersonal på särskilda boenden för att förbättra omhändertagandet av äldres munhälsa och utveckla förståelsen för att munnen är en del av kroppen	Äldretandvårdssamordnaren har under året kontinuerligt varit ute hos kommunerna och informerat aktörer inom äldreomsorgen kring äldres munhälsa och vikten av att utföra och upprätthålla en god munhygien. Arbete pågår för att munnen ska ses som en del av kroppen i hela sjukvården. Ny samverkan har även startat med fokus på patienternas behov vad gäller nödvändig tandvård
Folktandvården ska ta fram en handlingsplan för insatser för förbättrad munhälsa hos patienter med särskilda behov.	Påbörjad planering för en eventuell folkhälsoklinik med fokus på munhälsa i syfte att förenkla den externa verksamhet som redan genomförs vid särskilda boenden och skolor, men också för att bredda verksamheten mot fler målgrupper.

Uppdrag: Riktade insatser genomförs inom områden där kariesförekomsten ökar i förskola, fritidshem och skola.

Aktiviteter	Analys
Översyn av det preventiva arbetet inom Folktandvården (kollektiva satsningar) utifrån risk och socioekonomi	Teamen är ute i skolor regelbundet och fungerar väl. Då det uppstått en vakans samt har det varit svårt att hinna med alla skolor i framförallt Jönköpings kommun. Rekrytering av medarbetare pågår. Samtliga skolor får en enkät att svara på efter besök för att se om de är nöjda eller önskar någonting annat från oss. Majoriteten är mycket nöjda och tycker att vi pratar om rätt saker.

Uppdrag: Klinikkontrakt (Test, under uppbyggnad)

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Nämnd Allmäntandvård: Andel revisionspatienter i tid till undersökning och behandling	90 %	80 %	Utfallet för augusti 2026 ligger på 80 procent. Satsning gör just nu att erbjuda patienter som står på kö tid hos Folktandvården. Därav kan vi se en nedgång under sommarhalvåret på de kallelser som finns bland ordinarie revisionspatienter. Andelen föräldralediga medarbetare just nu är högre än genomsnittet.
Tillgänglighet specialisttandvård inom 60 dagar efter remiss	80 %	64 %	Under första halvåret har alla kliniker implementerat ett enhetligt prioriteringssystem för remisser. En förändring mot tidigare är att det införts tre prioriteringsnivåer, där den lägsta prioriteringen avser patienter som ur medicinsk synvinkel inte behöver komma inom 60 dagar. Dessa har tidigare inte ingått i tillgänglighetsmätningen vilket är en viktig orsak till det förändrade resultatet. I samband med införandet av prioriteringssystemet ses även remisshanteringen över för att säkerställa att endast de som står i kö till första tid räknas in. Även särredovisning av revisionspatienter, patientvald väntan och medicinskt vald väntan kommer framledes att exkluderas, vilket historiskt inte återspeglats i tillgänglighetsmätningen. Till följd av pågående kvalitetssäkring av siffrorna kan några större slutsatser av siffrorna inte dras i nuläget. Specialisttandvården har i nationell jämförelse en god bemanning men har i nuläget några kliniker med vakanser. Inom orofacial medicin är en övertandläkartjänst vakant, samtidigt som inflödet av remisser för äldre patienter ökar och en större andel patienter vårdas över längre tid. En meriteringstjänst har tillsats vilket förväntas leda till förbättrad tillgänglighet under året. Bettfysiologi har under våren tappat en övertandläkare, vilket påverkat tillgängligheten negativt. Käkkirurgin har tidigare haft en uppåtgående trend trots omsättning på övertandläkare och ST-tandläkare, men under sommaren har köerna ökat.
VO Andel frisktandvårdspatienter av nya patienter som lämnar barn- och ungdomstandvården	30 %	18,6 %	En ökning från tidigare tertial men många patienter tackar inte ja förrän i slutet av året.
VO Signering av journalanteckningar	100 %	99,7 %	Andelen journalanteckningar som signeras inom 14 dagar ligger fortsatt på en hög och stabil nivå, 99,7 procent, jämfört med målvärdet 100 procent.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
inom 14 dagar från besöksdatum			Målsättningen är att journalanteckningar ska signeras så snart som möjligt, helst samma dag. Inom specialisttandvården kan viss fördröjning uppstå när anteckningar dikteras och därefter skrivs av vårdadministratör. Klinikchef eller tandläkare i odontologisk ledningsfunktion följer regelbundet upp mängden osignerad vård per behandlare i journalsystemet. Vid behov följs detta upp i dialog med berörd medarbetare.
VO Genomsnittlig väntetid i antal dagar från remiss till första besök (målvärde tas fram senare)		–	Folktandvården ser under året över remisshantering och kvalitetssäkring av denna. Det pågår också ett arbete att skapa färdiga diverrapporter för tillgänglighet och därefter ta fram detta mätetal. I nuläget saknas "datumdimensionen" för att följa när en remiss ändrar status varför vi inte kan ta fram data för detta i nuläget.
Personalhälsa - Sjukfrånvaro %	5,5 %	5,9 % ◆	Under perioden uppgår Folktandvårdens sjukfrånvaro till 5,9 procent vilket är en svag ökning jämfört med samma period 2025 då sjukfrånvaron uppgick till 5,7 procent. Sett över tid är tendensen densamma över året och närmar sig målvärdet på 5,5 procent. Folktandvården arbetar fortsatt med att minska sjukfrånvaron och öka frisknärvaron. Det sker genom att arbeta förebyggande med det systematiska arbetsmiljöarbetet, fånga tidiga signaler på ohälsa, arbeta aktivt med arbetslivsinriktad rehabilitering samt skapa goda förutsättningar för återgång i arbete.
Ekonomi i balans	0 tkr	19 159 tkr ●	**Resultatanalys** Folktandvården redovisar positivt resultat om 19,2 miljoner kronor per aug vilket är bättre än prognosen inför året. Jämfört med föregående år är resultatet 18,6 miljoner kronor bättre. Den korta förklaringen till det goda resultatet är att Folktandvården med 25 färre faktiska årsarbetare ändå ökat intäkter jämfört med motsvarande period föregående år. Allmäntandvårdens ackumulerade resultat uppgår till plus 10,7 miljoner kronor och specialisttandvården plus 8,5 miljoner kronor. Inför 2025 sänktes åldern för avgiftsfri tandvård vilket bidrar till att Folktandvården numer har högre andel vuxna patienter vilket bidrar positivt till resultatet. Inför 2026 infördes tandvårdsreformen Särskild tandvårdsersättning (tiotandvård) vilket bidrar till att fler äldre vill genomföra mer behandling per besök då behandlingen genom reformen är subventionerad för patienten. **Intäkter** Intäkterna för är totalt 3,4 miljoner kronor lägre än budget efter augusti månad och 18,2 miljoner kronor högre än föregående år. När det gäller enbart intäkter från patientavgifter uppgår de till budgeterad nivå trots färre medarbetare än budgeterat. Budgeterad timintäkt uppnås med råge i allmäntandvården samtidigt som andelen klinisk tid ökat jämfört med föregående år, vilket indikerar att verksamheten i år lyckas bättre med att fylla behandlingsstolarna med patienter och har en bättre balans i bemanning jämfört med behovet. Införandet av särskild tandvårdsersättning har lett till att mer behandling utförts på äldre patienter per besök, när patientkostnaden efter reformen i hög grad är subventionerad. Allmäntandvården har också återgått till en

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			mer normal tidsåtgång för barn jämfört med föregående år, vilket motsvarar ca 5 miljoner kronor i resultateffekt. Specialisttandvårdens patientintäkter är i paritet med budget. Detta trots några vakanta tjänster, vilket framförallt beror på en högre andel klinisk tid än föregående år, i kombination med högre timintäkt än budgeterat. Fortsatt har specialisttandvården inte återgått till samma andel klinisk tid som innan coronapandemin. Övriga intäkter är 0,6 miljoner lägre än budget, med framförallt mindre ersättning för underskottsklinikerna än budgeterat. **Personalkostnader** Personalkostnaderna är 16,9 miljoner kronor lägre än budget efter augusti månad. Folktandvården är 25 färre faktiska årsarbetare än motsvarande period föregående år vilket delvis hänger ihop med allmäntandvårdens anpassning till patientunderlaget men också en ökad personalomsättning under årets första 8 månader. Folktandvården är 6 färre anställda jämfört med för ett år sedan samtidigt som tillfällig frånvaro för föräldraledighet och VAB är motsvarande 16 faktiska årsarbetare högre än föregående år. Folktandvården har 0,7 färre tandläkare, 8,8 färre tandhygienister, medan tandsköterskor med flera har minskat med 14,7 årsarbetare. En del av minskningen beror på att tandtekniska labbet las ner 1 juni vilket minskar personalstyrkan med 5 anställda. Specialisttandvården har i nuläget vakanta övertandläkartjänster inom orofacial medicin, radiologi och käkkirurgi, där tillsättning pågår. Innan tillsättning av tjänster görs i verksamheten analys av personalbehovet på kortare och längre sikt för Folktandvården. En del av avvikelsen mot budget beror också på vakanta tjänster på ledningsnivå för exempelvis verksamhetsutvecklare, HR och utbildningssamordnare som tillsatts i närtid samt vakant tandvårdschef för specialisttandvården. Under höstens första månader rekryteras det 11 fler än avgångar vilket gör att vi kommer komma mer i balans vad gäller bemanning under hösten. **Kostnader för köpt verksamhet** Kostnaderna för köpt verksamhet omfattar tjänster och material som är direkt kopplade till kliniskt utförd tandvård, såsom tandteknik, tandvårdsmaterial och implantat. Dessa kostnader är till största delen rörliga och varierar med antalet behandlade patienter samt behandlingens komplexitet. Per augusti månad är kostnaderna 8 miljoner kronor högre än budget. 4 miljoner kronor avser periodisering utav utbetald ersättning från regionen. Övriga avvikelsen beror främst på 3,6 miljoner kronor i ökade kostnader för tandvårdsmaterial, tandteknik och implantat i verksamheten både jämfört med budget och ökning mot föregående år vilket hänger ihop med de ökade patientintäkterna och införandet av tandvårdsreformen, där fler äldre vill utföra mer behandling per besök. **Övriga kostnader** Folktandvårdens övriga kostnader är till stora delar fasta (hyror, avskrivningar, IT med mera) och därmed svåra att påverka i det korta perspektivet. Utfallet avseende övriga kostnader för 2026 är lägre än

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			budget och 2 miljoner kronor lägre jämfört med föregående år. Största avvikelserna mot budget är följande: • 3,4 miljoner lägre kostnader avseende ombyggnationer än planerat under inledningen av 2026. Dock förväntas ökade kostnader resterande del av året och därmed kommer hela budgeten att utnyttjas. • 1,3 mnkr högre kostnad än budget för inköp av servicekit för dental utrustning, på grund av att kostnaden inte följer periodiserad budget • Kostnaden för kost, logi och resor är 0,8 miljoner kronor lägre än budgeterat och 0,5 mnkr lägre än föregående år.
Antal publikationer	>15 st.	–	Arbete pågår för att stärka forskningen i Folktandvården, men det strategiska arbetet har till viss del pausats i samband med UKÄ:s besked om att inte tillstyrka en tandläkarutbildning. Arbetet förnyas och återupptas med ambitionen att utveckla samarbetet inom Centrum för odontologi och oral hälsa, samtidigt som planering inför nästa forskningskonferens 4M har påbörjats.

Aktiviteter	Analys
Inventera möjligheterna till digital diktering	AI för stöd i journalföring kommer att testas vid Mullsjö Folktandvård under oktober månad.
Folktandvården ska arbeta med schemaläggning och arbetstidsmodeller för att korta ledtider och öka resursutnyttjandet med befintliga flöden inom specialisttandvården	Arbete har påbörjats för Folktandvårdens verksamheter i Rosenlunds vårdcentrum för ökat resursutnyttjande av rum, exempelvis när ST-tandläkare är på kurs eller har administration. Genom överlapp av operationstider kan bakasssisterande tandläkare frigöras. Ett arbete pågår att nå samsyn kring gemensamma tidboksaktiviteter i journalsystemet, vilket också kan omfatta behov av tekniska lösningar i journalsystemet. Under maj månad har möten med Heroma-experter genomförts för att se om funktionalitet för schemaläggning i Heroma kan nyttjas på bättre sätt. En uppföljning av lokalutnyttjandet har reviderats för att fokusera på när patienttiden bokas in på dagarna vilket synliggjort ledig kapacitet på eftermiddagarna. Det administrativa våningsplanet för specialisttandvården i Rosenlundshuset har setts över för att se till att det finns flexibla och behovsbaserade arbetsplatser så att inte den administrativa platsen är en begränsande faktor. Analys pågår om fler intraorala scannrar kan bidra till att förbättra flöden. Arbetet har dock inte kommit igång fullt ut - en ny specialisttandvårdschef börjar 1 november och förhoppningen är att detta arbete tar mer fart därefter.
Folktandvården ska aktivt och agilt arbeta med fokus på medarbetarskap som framgångsfaktor för friskare arbetsplatser	Folktandvården jobbar agilt med medarbetarskap genom fokus på dialog, delaktighet och lärande genom att skapa forum för möten mellan medarbetare och ledning. Detta görs genom bland annat genom en tydlig start i anställningen via introduktionsdag för nyanställda. Vi introduktionsdagen läggs ett tydligt fokus vid medarbetarskap genom delaktighet, inflytande och att stärka kommunikation och återkoppling. Utöver detta fortsätter Folktandvården bjuda in verksamhetens medarbetare till dialogfrukostar med ledning och stabsfunktioner i syfte att skapa dialog kring

Aktiviteter	Analys
	verksamhetsfrågor och stärka samspel mellan ledning och medarbetare. Under resterande delen av året planeras två dialogfrukostar som leds av HR-enheten och enheten för innovation och kunskapsutveckling.
Folktandvården ska fokusera på särskilt stöd till kliniker med avvikande korttidsfrånvaro med fokus på tidiga insatser	Under det andra tertialet har Folktandvården utvärderat och fastställt den nya samverkansstrukturen, efter att arbetssättet har tydliggjort och effektiviserat mötena. I samverkan följer vi löpande sjukfrånvaron på relevant organisatorisk nivå i närvaro av huvudskyddsombud och fackliga företrädare. Sjukfrånvaron är stabil och tämligen låg inom såväl kort- som långtidssjukfrånvaro. Verksamhetsområdets HR-enhet arbetar kontinuerligt med att ge stöd till både chefer och medarbetare genom förebyggande och rehabiliterande insatser. Några riktade insatser utöver det löpande stödet har ännu inte initierats, men planeras att genomföras senare under året, bland annat genom Arbetsmiljöenhetens SMAK-enkät.
Handlingsplan för ekonomi i balans	Folktandvårdens ekonomi är i balans per tertial 2 och prognosticerat positivt resultat för helåret. Folktandvården har dock ett eftersatt renoveringsbehov av lokaler och investering i utrustning samt IT vilket kommer innebära högre kostnader framöver, varför arbete behöver fortgå med att långsiktigt ha en ekonomi i balans och där Folktandvården arbetar med flera åtgärder: • "Ett Folktandvården" för patienten där hela Folktandvården har fokus på att ta emot nya patienter även om enskilda kliniker kan ha sämre tillgänglighet. Inga nya patienter sätts på kölista. • Fokusera än mer på att erbjuda Frisktandvård till patienterna, med sikte på prevention och planerbar vård. • Förflytta kapacitet dit den behövs genom ökad rörlighet bland medarbetare samt erbjuda patienter att komma på närliggande kliniker. • Marknadsföringsinsatser - fokus på att ta emot nya patienter samt påbörja en varumärkesundersökning under 2026 • Folktandvården har öppnat för tidbokning via 1177 på samtliga allmäntandvårdskliniker för både befintliga och nya patienter. Arbete pågår för att utöka tillgängliga tider och flera yrkesgrupper. • Arbete med att utveckla "Digital tandvård" vilket kommer digitalisera behandlingsflöden och möjliggöra digitala konsultationer mellan behandlare och även med patient. • Under 2025 togs det fram en utvärderingsmodell för att på lång sikt utvärdera etablerings- och utbud inom allmäntandvården med fokus på vilka förutsättningar det finns att attrahera nya kunder i olika kommuner och hur verksamheten ska dimensioneras utifrån behovet på lång sikt både vad gäller lokal- och personalbehov jämfört med patientunderlaget. Under 2026 implementeras denna på kliniknivå vilket kommer leda till olika aktiviteter på kliniknivå på kort och lång sikt för att utforma verksamheten utifrån det långsiktiga behovet.

Aktiviteter	Analys
	• Arbeta med effekthemtagning av exempelvis digitala scanners som investerats i under 2024. • Uppföljning av kostnadssidan via verktyget spendanalys för att identifiera och åtgärda inköp utanför avtal, samt vid behov teckna nya avtal alternativt uppmana till inköp via befintliga avtal. • Folktandvården har tillsatt verksamhetsutvecklare för att få utväxling i utvecklings- och förbättringsarbete i verksamheten. • Omställning av förskolepersonal till tandsköterska för att säkerställa kompetensförsörjning av tandsköterskor • Kliniker som ej har en budget i balans tar fram ekonomisk handlingsplan.
Folktandvården ska under året arbeta för att öka andel avtal och avtalade produkter i Marknadsplatsen, Raindance.	Folktandvården har initierat ett arbete där samtliga avtal Folktandvården köper ifrån har sammanställts för att se vilka avtalade produkter ligger redan inne för beställning via Marknadsplatsen redan idag. Under året analyseras köp som sker utanför Marknadsplatsen för att identifiera varför det sker och hur vi kan åtgärda detta. Dels genom att lägga till fler avtalade produkter i Marknadsplatsen, men också genom att identifiera köp utanför Marknadsplatsen där produkterna antingen redan finns i Marknadsplatsen, saknas avtal för eller att verksamheten inte beställer den avtalade produkten. Ny avtalsskrivning behöver dock synkas med övriga upphandlingar och befintliga avtal varför inte allt ger en direkt effekt här och nu.
Folktandvården ska med hjälp av Spendanalysverktyget arbeta för att öka avtalstroheten	Folktandvården har börjat använda spendanalysverktyget och tagit hjälp av Inköp och PRD. En analys av sjukvårdsspecifika implantat har gett att ytterligare 1,5 miljon kronor köptes från upphandlad leverantör, men där de specifika implantaten saknades i befintliga upphandlingar. Inköp hjälper Folktandvården att lägga till dessa befintligt avtal. Rörande dentala förbrukningsartiklar har ett möte hållits med Inköp där analysen gjorts att i takt med att upphandlingen av filar färdigställts har vi upphandlat de artiklar som är rimliga att upphandla. Det finns en mängd artiklar av mindre värde som inte är rimligt att upphandla. Upphandling för hand- och vinkelstycken har också färdigställts vilket ökar avtalstroheten. Under resterande del av året ska en totalanalys av vår inköp göras för att identifiera inköp utanför avtal och analysera varför det sker, behövs ny upphandling eller informationsinsats om att använda befintliga upphandlingar.

Process och produktion

Verksamheten har påverkats av ökad personalomsättning och frånvaro för föräldraledighet och vård av barn under året. Utifrån "Ett Folktandvården" sker ett utökat samarbete kring att dela resurser mellan kliniker och på några kliniker har extra vårdinsatser genomförts under året. Fyra nischtandläkare i käkkirurgi och endodonti är nu verksamma på sina hemmakliniker, där de utför mer avancerad vård för att minska andelen enkla remisser till specialisttandvården.

Folktandvården har under året fortsatt att utveckla det systematiska patientsäkerhetsarbetet genom vår cheftandläkare och teamet runt denna.

Folktandvården har fortsatt arbetet med fokus på att minska antibiotikaanvändning med hjälp av Stramas koncept "Antibiotikasmart" i verksamheten.

Verksamhetsstatistik

	Utfall 2025-08	Utfall 2026-08	Förändring % 2026-2025
Barn och ungdomstandvård, antal patienter som har haft minst ett besök	48 304	46 354	-8,3 %
Allmäntandvård vuxna, antal patienter som har haft minst ett besök	64 558	62 202	-3,6 %
Specialisttandvård, antal patienter som har haft minst ett besök	17 024	16 107	-5,4 %
Tandvård för patienter med rätt till tandvårdsstöd	5 354	6 428	20 %
Antal patienter, munhälsobedömning	2 994	2 579	-13,9 %
Antal patienter, nödvändig tandvård	2 071	1 817	-12,3 %

Allmäntandvård:
Antalet behandlade patienter är lägre än under 2025. Minskat antal behandlade barn beror på minskade barnkullar. Den totala minskningen av antal besök hänger ihop med att Folktandvården haft en högre personalomsättning i år samtidigt som vi tidigare år haft en överkapacitet för att ta ikapp köer. Den uppsökande verksamheten har haft personalomsättning i teamet vilket lett till en tillfällig minskning. Trots att antalet patienter med rätt till nödvändig tandvård som fått den utförd ökat med 20 procent nås målvärdet för mätetalet.

Specialisttandvård:
Antal behandlade patienter har minskat jämfört med samma period 2025 men ligger högre än tidigare, vilket är positivt. En del av minskningen beror på sänkt ålder för fri barntandvård. I övrigt finns vakanta tjänster, framför allt på avdelningen för klinisk bettfysiologi, avdelningen för orofacial medicin och inom den käkkirurgiska verksamheten. Samtidigt har avdelningen för protetik och avdelningen för parodontologi ökat sin bemanning parallellt med att de fått ett ökat inflöde av patienter inom den särskilda tandvårdsersättningen.

Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare

Framgångsfaktorer: Utveckling av arbetssätt och digitala tjänster

Uppdrag: Öka användningen av digitala tjänster och system för vård, hälsa och prevention.

Aktiviteter	Analys
Folktandvården ska ta fram en strategi för hur vi ska arbeta med digitala tjänster kring E-	Ett övergripande strategiarbete pågår inom ramen för Strategi 2030. Folktandvården deltar i regionens gemensamma forum Strategi gemensamma e-hälsotjänster.

Aktiviteter	Analys
hälsa och hur vi ska prioritera dessa i samverkan med ITC och sektion E-hälsa	Folktandvården deltar i prioriteringsforum med övriga verksamhetsområden samt ITC.
Ta fram mätetal som stödjer Folktandvårdens strategi för digitala tjänster kring E-hälsa.	Arbete med mätetal har ännu inte påbörjats.

Uppdrag: Fasa ut mindre värdeskapande arbetssätt och aktiviteter.

Aktiviteter	Analys
Folktandvården ska på alla nivåer i hela verksamheten arbeta aktivt och kontinuerligt med verksamhetsutveckling och förbättringsarbeten	Två verksamhetsutvecklare har rekryterats till ledningsstabens enhet innovation och kunskapsutveckling. Flera förbättringsarbeten och initiativ har startats upp i samverkan med verksamheten under tertialet, t ex värdeskapande användning av synergi, folkhälsa tandvård och reception.

Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet

Framgångsfaktorer: Säker verksamhet

Uppdrag: Arbeta med rätt antibiotikaförskrivning och att minska vårdrelaterade infektioner.

Aktiviteter	Analys
Folktandvården ska implementera Strama's koncept "Antibiotikasmart" och genomföra insats på klinik. Målsättning under året att skapa ett mätetal för att följa förskrivningen av antibiotika och minska denna.	Arbetet inom arbetsgruppen Strama tandvård fortgår. Arbetsgruppen träffas regelbundet och arbetar aktivt med frågor som rör antibiotikaförskrivning och implementeringen av Stramas koncept Antibiotikasmart inom Folktandvården. Nästa steg är att, utifrån tidigare journalgranskningar och identifierade behov, planera och genomföra utbildningsinsatser för verksamheten. Arbetet med att utveckla ett relevant mätetal för att kunna följa antibiotikaförskrivningen och dess utveckling över tid fortsätter parallellt.

Uppdrag: Fortsatt utveckling av Region Jönköpings läns patientsäkerhetsarbete och integrering av Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
SJLG Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK)	100 %	89 %	Följsamheten till basala hygienrutiner och klädregler är fortsatt stabil, men ligger fortfarande under målvärdet på 100 procent.Efter sommaren avslutade båda medarbetarna med hygienteamet sina uppdrag. Nya hygiensamordnare har nu rekryterats och kommer inledningsvis att sätta sig in i hygienarbetet inom Folktandvården. Därefter blir fokus att planera aktiviteter som stärker följsamheten, lyfter hygienfrågorna i verksamheten och ger stöd till klinikerna i det fortsatta förbättringsarbetet.
VO Signering av journalanteckningar	100 %	99,7 %	Andelen journalanteckningar som signeras inom 14 dagar ligger fortsatt på en hög och stabil nivå, 99,7 procent, jämfört med målvärdet 100 procent. Målsättningen är att journalanteckningar ska signeras så

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
inom 14 dagar från besöksdatum			snart som möjligt, helst samma dag. Inom specialisttandvården kan viss fördröjning uppstå när anteckningar dikteras och därefter skrivs av vårdadministratör. Klinikchef eller tandläkare i odontologisk ledningsfunktion följer regelbundet upp mängden osignerad vård per behandlare i journalsystemet. Vid behov följs detta upp i dialog med berörd medarbetare.

Aktiviteter	Analys
Inventera möjligheterna till digital diktering	AI för stöd i journalföring kommer att testas vid Mullsjö Folktandvård under oktober månad.
Fortsatt implementering av patientsäkerhetsarbete	Arbetet med att utveckla och implementera patientsäkerhetsarbetet har fortsatt under perioden. Fokus har bland annat varit på följande: • Projektet "Värdeskapande process Synergi" pågår. Förbättringsområden har kartlagts och justeringar i arbetsflödet håller på att implementeras för att underlätta för chefer att fokusera på orsaksutredning och åtgärder vid avvikelser. • Synergisamordnarna får en tydligare nyckelroll genom att bland annat kategorisera ärenden, fördela dem till rätt enhet och stödja klinikerna i riskbedömning. En workshop för kalibrering av arbetssätt och riskbedömning har genomförts. • En översyn av Folktandvårdens enheter i Synergi har genomförts och Folktandvårdens manual för Synergi har uppdaterats. • Patientsäkerhetsarbetet har förstärkts genom ett team bestående av cheftandläkare, verksamhetsutvecklare och tandläkare med särskilt patientsäkerhetsuppdrag. Genom att fler kompetenser arbetar tillsammans ökar möjligheten att stödja verksamheten, kvalitetssäkra analyser och gemensamt diskutera bedömningar och åtgärder. • Händelseanalyser genomförs mer systematiskt. Vid avvikelser av allvarligare karaktär stödjer patientsäkerhetsteamet verksamheten med analys och genomför vid behov intervjuer med involverade medarbetare. • Nästa steg är att utveckla arbetssätt för att bättre analysera avvikelser, kund- och patientsynpunkter samt förbättringsförslag, både på verksamhetsnivå och övergripande nivå, för att öka lärandet och spridningen av lärdomar. • Erfarenhetsutbyte kring patientsäkerhetsrelaterade avvikelser fortsätter vid OLF-möten, med syfte att sprida lärdomar och stärka lärandet i organisationen. • Regelbundna möten om patientsäkerhet har införts tillsammans med Folktandvårdens ledning. Det ger ledningen en kontinuerlig inblick i patientsäkerhetsarbetet och möjlighet att gemensamt prioritera och följa upp aktuella frågor och åtgärder. • Egenkontrollen inom vårdhygien för chefer har

Aktiviteter	Analys
	testats på en pilotklinik. Piloten behöver utvärderas under hösten som underlag för fortsatt införande.
Implementera regelbundna journalgranskningar för att säkerställa god och säker vård	Arbetet med att implementera regelbundna journalgranskningar har fortsatt under perioden. För att skapa bättre förutsättningar för ett systematiskt arbetssätt har en gemensam mall för journalgranskning tagits fram. Mallen ska underlätta för klinikcheferna att genomföra och dokumentera journalgranskningar på ett mer strukturerat och enhetligt sätt och därmed bidra till uppföljningen av vårdens kvalitet och patientsäkerhet. Nästa steg är att följa hur mallen används och i vilken utsträckning regelbundna journalgranskningar blir en etablerad del av klinikernas uppföljningsarbete.

Framgångsfaktorer: Ändamålsenliga, resurseffektiva och hållbara processer

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Öka användningen av tjänsteresor via JLT applikationen	101 %	67 %	Folktandvården har inte ökat sina tjänsteresor via JLT jämfört med föregående år. En allt större andel av utbildningarna inom Folktandvården genomförs digitalt även inom kompetenssamarbetet inom sydöstra sjukvårdsregionen, vilken kan vara en anledning till att användningen av tjänsteresor via JLT inte ökar. Samtliga kliniker har informerats om och har tillgång till att boka tjänsteresor via JLT. När kostnaden för Bussbiljett inkluderas ökar resorna jämfört med föregående år, vilket visar att användningen av kollektivtrafiken ökar.

Aktiviteter	Analys
Folktandvården ska arbeta för öka andelen resfria möten och utbildningar	Flera av utbildningarna i utbildningsprogrammet FOKUS är digitala.

Uppdrag: Utveckla cirkulära materialflöden och minska mängden avfall.

Aktiviteter	Analys
Folktandvården ska se över sina arbetssätt med syfte att minska material- och resursförbrukning.	Regelbundet utvärderas arbetssätten inom Folktandvården för att se om det är möjligt att minska förbrukningen av material och andra resurser. Ett exempel är att bara ta fram det material som man vet kommer att användas till behandlingen. För att försöka minska förbrukningen av handskar har arbetssätten sätts över så att man vid varje behandling minskar antal handskar som går åt. Löpande diskussioner på APT om hur man kan minska förbrukningen av engångsartiklar.

Uppdrag: Vidareutveckla kunskapsstyrning och införandet av nationella kunskapsstöd för god och jämlik vård

Aktiviteter	Analys
Vidareutveckla arbetet inom Folktandvårdens kunskapscentrum sydöstra (FOKUS) samt införande av de nationella riktlinjerna	Kursbeskrivningar för Kurskatalog 2027 har sammanställts och kommer att publiceras inom kommande veckor.

Lärande och förnyelse

Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya

Framgångsfaktorer: Förbättringskunskap

Uppdrag: Kortare ledtider från kontakt till utförd vårdåtgärd.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Genomsnittlig väntetid i antal dagar från remiss till första besök (målvärde tas fram senare)		–	Folktandvården ser under året över remisshantering och kvalitetssäkring av denna. Det pågår också ett arbete att skapa färdiga diverrapporter för tillgänglighet och därefter ta fram detta mätetal. I nuläget saknas "datumdimensionen" för att följa när en remiss ändrar status varför vi inte kan ta fram data för detta i nuläget.
VO Ledtid i antal dagar från första besök tills patienten är färdigbehandlad (målvärde tas fram senare)		–	Folktandvården ser under året över remisshantering och kvalitetssäkring av denna. Det pågår också ett arbete att skapa färdiga diverrapporter för tillgänglighet och därefter ta fram detta mätetal. I nuläget saknas "datumdimensionen" för att följa när en remiss ändrar status varför vi inte kan ta fram data för detta i nuläget.

Aktiviteter	Analys
Folktandvården ska arbeta med schemaläggning och arbetstidsmodeller för att korta ledtider och öka resursutnyttjandet med befintliga flöden inom specialisttandvården	Arbete har påbörjats för Folktandvårdens verksamheter i Rosenlunds vårdcentrum för ökat resursutnyttjande av rum, exempelvis när ST-tandläkare är på kurs eller har administration. Genom överlapp av operationstider kan bakasssisterande tandläkare frigöras. Ett arbete pågår att nå samsyn kring gemensamma tidboksaktiviteter i journalsystemet, vilket också kan omfatta behov av tekniska lösningar i journalsystemet. Under maj månad har möten med Heroma-experter genomförts för att se om funktionalitet för schemaläggning i Heroma kan nyttjas på bättre sätt. En uppföljning av lokalutnyttjandet har reviderats för att fokusera på när patienttiden bokas in på dagarna vilket synliggjort ledig kapacitet på eftermiddagarna. Det administrativa våningsplanet för specialisttandvården i Rosenlundshuset har setts över för att se till att det finns flexibla och behovsbaserade arbetsplatser så att inte den administrativa platsen är en begränsande faktor. Analys pågår om fler intraorala scannrar kan bidra till att förbättra flöden. Arbetet har dock inte kommit igång fullt ut - en ny specialisttandvårdschef börjar 1 november och förhoppningen är att detta arbete tar mer fart därefter.

Framgångsfaktorer: Professionell kunskap

Uppdrag: Säkerställa kunskap och kompetens hos nyanställda i syfte att utföra god och patientsäker tandvård av hög kvalité

Aktiviteter	Analys
Utveckla och implementera utvecklingsprogram för respektive tandvårdsyrke	Ettåriga utvecklingsprogram för yrkesgruppernat tandsköterska, tandhygienist och tandläkare har tagits fram och genomförts en omgång. Bemanning inom handledarorganisation och utbildningsstöd har under våren varit reducerad, vilket har medfört att utveckling av ett föreslaget andra år inte har kunnat påbörjas. Bemanning kommer att stärkas med huvudhandledare och utbildningssamordnare under hösten.

Framgångsfaktorer: Forskning

Uppdrag: Fler disputerade medarbetare

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Antal forskarutbildade medarbetare	>6	–	Folktandvården har sju doktorander varav två disputerar under 2026.
Antal publikationer	>15 st.	–	Arbete pågår för att stärka forskningen i Folktandvården, men det strategiska arbetet har till viss del pausats i samband med UKÄ:s besked om att inte tillstyrka en tandläkarutbildning. Arbetet förnyas och återupptas med ambitionen att utveckla samarbetet inom Centrum för odontologi och oral hälsa, samtidigt som planering inför nästa forskningskonferens 4M har påbörjats.

Aktiviteter	Analys
Folktandvården tar fram en strategi för forskning	En överenskommelse mellan Futurum och Folktandvården har slutits under det gångna tertialet. Syftet med överenskommelsen är att: • stärka och långsiktigt utveckla den odontologiska forskningen i regionen • säkerställa återväxt av forskarkompetens • möjliggöra etablering av hållbara forskargrupper • stärka kopplingen mellan klinik, utbildning och forskning • etablera forskarnätverk med universitet och övriga regioner **Strategiska insatsområden** **1. Kompetensförsörjning avancerad nivå** För att möjliggöra forskarutbildning, särskilt för tandhygienister, krävs att fler medarbetare genomgår utbildning på magister- eller masternivå. **2. Forskarutbildning (doktorander)** En kontinuerlig rekrytering av doktorander och en god kvalitet på forskarutbildningsprojekt är avgörande för en hållbar forskningsmiljö. **3. Postdoktoral meritering**

Aktiviteter	Analys
	För att behålla och vidareutveckla forskarkompetens ska särskilda insatser riktas mot nydisputerade. **4. Meriteringsspår mot docentur (pilotinsats)** En riktad satsning genomförs för särskilt motiverade forskare med potential att etablera egna forskningslinjer. **5. Strategisk rekrytering av seniora forskare** För att stärka forskningsmiljön ska regionen aktivt attrahera seniora forskare.
Strategi från student till docent	Lovande disputerade forskare erbjuds möjlighet att utveckla och etablera ett forskningsprojekt med målet att knyta en doktorand till projektet samt en senior forskare externt. Genom ett samarbete mellan Futurum och Folktandvården kan fler medarbetare få stöd för att påbörja forskarutbildning.

Medarbetare

Folktandvården strävar efter att vara en attraktiv arbetsgivare i linje med Region Jönköpings läns övergripande strategiska mål för medarbetarperspektivet. Vissa nya projekt och aktiviteter har initierats i Folktandvården under 2026 i syfte att säkerställa en långsiktigt god och hållbar arbetsplats för såväl chefer som medarbetare i organisationen. Översyn och förtydligande av chefsstuktur och förutsättningar för hållbart ledarskap är en viktig del för att uppnå en god arbetsmiljö för såväl medarbetare som chefer. Likaså är en systematisk och kvalitativ uppföljning av orsaker till att medarbetare lämnar Folktandvården en central grundplåt för det fortsatta arbetet med att stärka attraktiviteten som arbetsgivare.

Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser

Framgångsfaktorer: Rätt kompetens och bemanning

Uppdrag: Strategisk kompetensplanering.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Faktiska årsarbetare	555	546	Folktandvårdens verksamhet finansieras till stor del genom patientintäkter. Varje tandläkare, tandhygienist och tandsköterska som anställs leder därmed till en ökad tillgänglighet och förbättrad ekonomi. Resultatet blir det omvända när antalet medarbetare minskar. Behovet av att rekrytera fler tandläkare och tandsköterskor till framför allt allmäntandvården är i stort sett konstant. Folktandvården arbetar aktivt med olika insatser för att attrahera, behålla och utveckla medarbetarna i konkurrens med privata aktörer. Generellt råder det brist på tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor i hela riket. Folktandvården under året haft ett minskat inflöde av patienter. Inom allmäntandvården har man givet läget omfördelat resurser mellan kliniker i länet, där ersättningsrekrytering inte per automatik görs. Antalet årsarbetare i augusti 2026 uppgår till 542 vilket är lägre än målvärdet. Folktandvården når inte upp till målvärdet, men samtidigt anställs ett trettiotal medarbetare under kommande period fram till november. Ackumulerat utfall för augusti jämfört med samma period föregående år fördelat per yrkesgrupp: Tandläkare: - 0,7 Tandhygienist: - 8,8 Tandsköterska m.fl. - 14,7 Tandtekniker 1,6 Övriga: - 2,7 Summa: - 25,3
Personalomsättning (andel externa avgångar exkl pension) under de senaste 12 månaderna	5 %	8,2 %	Personalomsättningen under andra tertialet uppgår till 8,2 procent, vilket är en tydlig ökning från samma period föregående år på 6,9 procent. Under angiven period har Folktandvården avvecklat ortodontilaboratorium, vilket påverkar utfallet under perioden då anställningar i specialisttandvården upphört i samband med avvecklingen. Även om tendensen är negativ är har Folktandvården för närvarande förhållandevis goda möjligheter att nyrekrytera odontologisk kompetens, framför allt inom allmäntandvården. Merparten av de avgångar som skett

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			under perioden är inom specialisttandvård och ledningsstab där ersättningsrekryteringar har gjorts framför allt i ledningsstab men inte i samma utsträckning inom specialisttandvården, givet avveckling av ortodontilaboratorium samt att inflödet av specialistkompetens är mer begränsat . Objektiva exitintervjuer, som ett komplement till chefernas rutinmässiga avgångssamtal, med samtliga medarbetare som lämnar Folktandvården, har initierats under 2026 och kommer fortsättningsvis att genomföras för att få en fördjupad bild av orsaker och möjliggöra strategiska satsningar framåt för att säkerställa att Folktandvården kan behålla rätt kompetens över tid.

Aktiviteter	Analys
Utveckla gemensam strategi för kompetensplanering och involvera tandvårdchefer och klinikledning för strategisk långsiktig bemanningsplanering	Huvudfokus under tertial 2 har varit framtida försörjning av tandsköterskor, som dels beror på kommande pensionsavgångar i kombination med lågt inflöde av utbildade tandsköterskor. Plan för ett komplement till yrkeshögskolornas tandsköterskeutbildning, ett så kallat "snabbspår tandsköterska" har under tertialet tagits vidare enligt plan. Medel har beviljats från Omställningsfonden för att, i samverkan med länets kommuner, möjliggöra omställning för personal inom barnomsorg till tandvård. Planen innebär att möjliggöra för barnskötare, eller andra professioner inom barnomsorg, att under 12 månader utbildas till tandsköterska i Folktandvården. Under utbildningstiden är planen att kandidater erbjuds anställning som tandvårdsbiträde för att efter genomgången utbildning arbeta som tandsköterska. Under tertial 3 är planen att genomföra rekryterings- och urvalsprocess med målbilden att kunna anställa en grupp tandvårdsbiträden senast vid årsskiftet. Utbildningsstart är preliminärt planerad till första kvartalet 2027.
Systematiskt och kvalitativt följa upp medarbetare inom samtliga yrkeskategorier som väljer att lämna Folktandvården på eget initiativ	Den systematiska uppföljningen av medarbetare som lämnat Folktandvården har pågått enligt plan under tertial 2. Intervjuer har erbjudits samtliga medarbetare som slutat under perioden januari-augusti. Drygt 65 procent av medarbetarna har tackat jag till att genomföra intervjuerna. En första återrapportering gjordes till HR i juni 2026. Två huvudsakliga mönster kan utläsas av resultatet: En grupp lämnar för utveckling, specialistkarriär, familj eller pension. Den andra gruppen lämnar på grund av organisatoriska faktorer eller ledarskaps- och arbetsmiljörelaterade faktorer. Båda grupperna beskriver ofta hög trivsel med yrket, patienterna och kollegorna. Skillnaden är att den ena gruppen lämnar för att utvecklas vidare eller av privata skäl, medan den andra gruppen lämnar på grund av upplevda brister i organisation, ledarskap, kommunikation och möjligheten att påverka sin arbetssituation. Lön och villkor visar sig inte vara en framstående orsak till att medarbetare väljer att lämna Folktandvården. Planen är att fortsätta med aktiviteten under året för att på så sätt få en fördjupad bild av medarbetares val att lämna Folktandvården. Underlagen från intervjuerna utgör fortsatt en viktig grundplåt för att säkerställa det strategiska HR-arbetet för Folktandvården och möte morgondagens krav som en attraktiv arbetsgivare.

Aktiviteter	Analys

Framgångsfaktorer: En god arbetsmiljö och hälsa

Uppdrag: Ett systematiskt arbetsmiljöarbete med utgångspunkt i friskfaktorerna.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Andel heltidsanställda	91 %	98 %	Folktandvården följer riktlinjen heltid som norm och har heltidsanställning som utgångspunkt vid nyanställning. Om särskilda omständigheter anges beviljas partiell tjänstledighet. I dessa fall gör ansvarig chef bedömning utifrån verksamhetens och medarbetarens behov. Resultatet på 98 procent heltidsanställda har varit relativt stabilt över tid, vilket indikerar hög följsamhet till riktlinjen i förhållande till målvärdet.
Personalhälsa - Sjukfrånvaro %	5,5 %	5,9 %	Under perioden uppgår Folktandvårdens sjukfrånvaro till 5,9 procent vilket är en svag ökning jämfört med samma period 2025 då sjukfrånvaron uppgick till 5,7 procent. Sett över tid är tendensen densamma över året och närmar sig målvärdet på 5,5 procent. Folktandvården arbetar fortsatt med att minska sjukfrånvaron och öka frisknärvaron. Det sker genom att arbeta förebyggande med det systematiska arbetsmiljöarbetet, fånga tidiga signaler på ohälsa, arbeta aktivt med arbetslivsinriktad rehabilitering samt skapa goda förutsättningar för återgång i arbete.

Aktiviteter	Analys
Ta fram mätetal för att följa upp partiell tjänstledighet och andel deltidsanställda efter anställningens ingående	Under tertial 2 har andel tjänstledigheter utan lagstöd minskat något framför allt på grund av det arbete som påbörjats avseende kartläggning och bedömning av bisyssla. Behov av kunskapshöjande insatser avseende tillämpning och efterlevnad vad gäller beviljande av tjänstledighet finns fortsatt i verksamheten. Denna aktivitet är fortsatt sammankopplad med översynen av förutsättningar för chefs- och ledarskapet i Folktandvården. Under hösten planeras uppföljning av den informationsinsats som gjorts avseende partiell tjänstledighet i form av fördjupad dialog/workshop i befintliga forum för Folktandvårdens chefer. Den partiella tjänstledigheten står till viss del för behovet av avlastning från den kliniska vardagen, vilket aktualiserar vikten av en god organisatorisk och social arbetsmiljö. Genom projektet snabbspår tandsköterska har arbetsgivaren förhoppningar om att kunna minska den partiella tjänstledigheten ytterligare genom att erbjuda medarbetare andra deltidsuppdrag. Uppdragen kommer omfatta handledning och/eller teoretiska kursmoment i kombination med klinisk tjänstgöring, i syfte att öka engagemang, minska upplevs belastning från den kliniska vardagen och därmed möjliggöra högre sysselsättningsgrader.
Folktandvården ska aktivt och agilt arbeta med fokus på medarbetarskap som framgångsfaktor för friskare arbetsplatser	Folktandvården jobbar agilt med medarbetarskap genom fokus på dialog, delaktighet och lärande genom att skapa forum för möten mellan medarbetare och ledning. Detta görs genom bland annat genom en tydlig start i anställningen via introduktionsdag för nyanställda. Vi introduktionsdagen läggs ett tydligt fokus vid medarbetarskap genom

Aktiviteter	Analys
	delaktighet, inflytande och att stärka kommunikation och återkoppling. Utöver detta fortsätter Folktandvården bjuda in verksamhetens medarbetare till dialogfrukostar med ledning och stabsfunktioner i syfte att skapa dialog kring verksamhetsfrågor och stärka samspel mellan ledning och medarbetare. Under resterande delen av året planeras två dialogfrukostar som leds av HR-enheten och enheten för innovation och kunskapsutveckling.
Folktandvården ska fokusera på särskilt stöd till kliniker med avvikande korttidsfrånvaro med fokus på tidiga insatser	Under det andra tertialet har Folktandvården utvärderat och fastställt den nya samverkansstrukturen, efter att arbetssättet har tydliggjort och effektiviserat mötena. I samverkan följer vi löpande sjukfrånvaron på relevant organisatorisk nivå i närvaro av huvudskyddsombud och fackliga företrädare. Sjukfrånvaron är stabil och tämligen låg inom såväl kort- som långtidssjukfrånvaro. Verksamhetsområdets HR-enhet arbetar kontinuerligt med att ge stöd till både chefer och medarbetare genom förebyggande och rehabiliterande insatser. Några riktade insatser utöver det löpande stödet har ännu inte initierats, men planeras att genomföras senare under året, bland annat genom Arbetsmiljöenhetens SMAK-enkät.

Framgångsfaktorer: Främjar kreativitet och delaktighet

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Andel chefer med färre än 35 medarbetare	100 %	82 %	Folktandvården har under 2026 inlett ett arbete för att se över chefernas förutsättningar för ett hållbart och kvalitativt chefskap. En del i arbetet är en översyn av antal medarbetare/ chef inom såväl allmäntandvård som specialisttandvård. Folktandvården är fortfarande inte i linje med målvärdet och översyn av tänkbara organisatoriska förändringar pågår som en egen aktivitet i verksamhetsplanen för 2026. Målbilden är att en ny chefsstruktur ska förankras i verksamheten under tertial 3 och träda i kraft tidigast vid årsskiftet 2026-2027 där antal medarbetare per chef ligger inom rimligt kontrollspann för att säkerställa hållbart och kvalitativt chefskap.

Aktiviteter	Analys
Folktandvården ska se över och lägga en plan för att förtydliga verksamhetens chefsstruktur, mandat och förutsättningar för ett kvalitativt chefs- och ledarskap	Som länets största arbets- och vårdgivare inom tandvård och oral hälsa har Folktandvården ett långtgående ansvar för att skapa hållbara organisatoriska förutsättningar för sina chefer, då det är en viktig grund för att lyckas med såväl folkhälsouppdraget som med arbetsgivaransvaret. Folktandvården saknar en uttalad och tydlig chefs- och ledningsstruktur med likvärdiga förutsättningar för ett hållbart chefs- och ledarskap. Arbetet förväntas pågå under 2026 med målbild att vid årsskiftet 2026-2027 kunna sjösätta en hållbar chefsorganisation med en tydlig nomenklatur för chefer och rätt förutsättningar att främja delaktighet och leva upp till det strategiska målet att vara Sveriges bästa offentliga arbetsgivare. Utvärdering av pilotprojekt med tillsättning av enhetschefer i allmäntandvården gjorts enligt plan. Resultatet är övervägande positivt från såväl chefer som medarbetare. I huvudsak är den positiva utfallet kopplat till ett mer

Aktiviteter	Analys
	närvarande chefskap, mindre kontrollspann och ökad tillgänglighet till närmsta chef för medarbetarna. Enkät till chefer i allmäntandvård och specialisttandvård avseende uppfattningar kring sin roll, hur tid fördelas mellan olika arbetsuppgifter samt vilka förutsättningar cheferna själva uppfattar att de har för sitt uppdrag har genomförts enligt plan och ligger till grund för det fortsatta arbetet med översynen. Resultatet ger en övergripande bild av ojämn storlek på personalgrupper, varierande fördelning mellan klinisk tid och tid för chefsuppdrag och administration. Vidare visar resultatet oklarheter i ansvar, befogenheter och nomenklatur i verksamheten. Under tertial 3 är planen att ta fram ett förslag på ny nomenklatur och struktur med utgångspunkt från det som framkommit i utvärdering, enkät och dialog med chefer i verksamheten. Planen är fortsatt att i första hand få struktur och ny nomenklatur på plats senast januari 2027. Arbetet planeras därefter fortsätta med fokus på chefernas förutsättningar, mandat och ansvar för ett kvalitativ och hållbart chefs- och ledarskap i Folktandvården.

Ekonomi

Strategiska mål: God och hållbar hushållning

Framgångsfaktorer: Kostnadseffektiv verksamhet

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Ekonomi i balans	0 tkr	19 159 tkr	**Resultatanalys** Folktandvården redovisar positivt resultat om 19,2 miljoner kronor per aug vilket är bättre än prognosen inför året. Jämfört med föregående år är resultatet 18,6 miljoner kronor bättre. Den korta förklaringen till det goda resultatet är att Folktandvården med 25 färre faktiska årsarbetare ändå ökat intäkter jämfört med motsvarande period föregående år. Allmäntandvårdens ackumulerade resultat uppgår till plus 10,7 miljoner kronor och specialisttandvården plus 8,5 miljoner kronor. Inför 2025 sänktes åldern för avgiftsfri tandvård vilket bidrar till att Folktandvården numer har högre andel vuxna patienter vilket bidrar positivt till resultatet. Inför 2026 infördes tandvårdsreformen Särskild tandvårdsersättning (tiotandvård) vilket bidrar till att fler äldre vill genomföra mer behandling per besök då behandlingen genom reformen är subventionerad för patienten. **Intäkter** Intäkterna för är totalt 3,4 miljoner kronor lägre än budget efter augusti månad och 18,2 miljoner kronor högre än föregående år. När det gäller enbart intäkter från patientavgifter uppgår de till budgeterad nivå trots färre medarbetare än budgeterat. Budgeterad timintäkt uppnås med råge i allmäntandvården samtidigt som andelen klinisk tid ökat jämfört med föregående år, vilket indikerar att verksamheten i år lyckas bättre med att fylla behandlingsstolarna med patienter och har en bättre balans i bemanning jämfört med behovet. Införandet av särskild tandvårdsersättning har lett till att mer behandling utförts på äldre patienter per besök, när patientkostnaden efter reformen i hög grad är subventionerad. Allmäntandvården har också återgått till en mer normal tidsåtgång för barn jämfört med föregående år, vilket motsvarar ca 5 miljoner kronor i resultateffekt. Specialisttandvårdens patientintäkter är i paritet med budget. Detta trots några vakanta tjänster, vilket framförallt beror på en högre andel klinisk tid än föregående år, i kombination med högre timintäkt än budgeterat. Fortsatt har specialisttandvården inte återgått till samma andel klinisk tid som innan coronapandemin. Övriga intäkter är 0,6 miljoner lägre än budget, med framförallt mindre ersättning för underskottsklinikerna än budgeterat. **Personalkostnader** Personalkostnaderna är 16,9 miljoner kronor lägre än budget efter augusti månad. Folktandvården är 25 färre faktiska årsarbetare än motsvarande period föregående år vilket delvis hänger ihop med allmäntandvårdens anpassning till patientunderlaget men också en ökad personalomsättning under årets första 8 månader. Folktandvården är 6 färre anställda jämfört med för ett år

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			sedan samtidigt som tillfällig frånvaro för föräldraledighet och VAB är motsvarande 16 faktiska årsarbetare högre än föregående år. Folktandvården har 0,7 färre tandläkare, 8,8 färre tandhygienister, medan tandsköterskor med flera har minskat med 14,7 årsarbetare. En del av minskningen beror på att tandtekniska labbet las ner 1 juni vilket minskar personalstyrkan med 5 anställda. Specialisttandvården har i nuläget vakanta övertandläkartjänster inom orofacial medicin, radiologi och käkkirurgi, där tillsättning pågår. Innan tillsättning av tjänster görs i verksamheten analys av personalbehovet på kortare och längre sikt för Folktandvården. En del av avvikelsen mot budget beror också på vakanta tjänster på ledningsnivå för exempelvis verksamhetsutvecklare, HR och utbildningssamordnare som tillsatts i närtid samt vakant tandvårdschef för specialisttandvården. Under höstens första månader rekryteras det 11 fler än avgångar vilket gör att vi kommer komma mer i balans vad gäller bemanning under hösten. **Kostnader för köpt verksamhet** Kostnaderna för köpt verksamhet omfattar tjänster och material som är direkt kopplade till kliniskt utförd tandvård, såsom tandteknik, tandvårdsmaterial och implantat. Dessa kostnader är till största delen rörliga och varierar med antalet behandlade patienter samt behandlingens komplexitet. Per augusti månad är kostnaderna 8 miljoner kronor högre än budget. 4 miljoner kronor avser periodisering utav utbetald ersättning från regionen. Övriga avvikelsen beror främst på 3,6 miljoner kronor i ökade kostnader för tandvårdsmaterial, tandteknik och implantat i verksamheten både jämfört med budget och ökning mot föregående år vilket hänger ihop med de ökade patientintäkterna och införandet av tandvårdsreformen, där fler äldre vill utföra mer behandling per besök. **Övriga kostnader** Folktandvårdens övriga kostnader är till stora delar fasta (hyror, avskrivningar, IT med mera) och därmed svåra att påverka i det korta perspektivet. Utfallet avseende övriga kostnader för 2026 är lägre än budget och 2 miljoner kronor lägre jämfört med föregående år. Största avvikelserna mot budget är följande: • 3,4 miljoner lägre kostnader avseende ombyggnationer än planerat under inledningen av 2026. Dock förväntas ökade kostnader resterande del av året och därmed kommer hela budgeten att utnyttjas. • 1,3 mnkr högre kostnad än budget för inköp av servicekit för dental utrustning, på grund av att kostnaden inte följer periodiserad budget • Kostnaden för kost, logi och resor är 0,8 miljoner kronor lägre än budgeterat och 0,5 mnkr lägre än föregående år.
Prognos	0 tkr	25 000 tkr	För helåret 2026 prognostiserar verksamheten ett resultat om plus 25 miljoner kronor och därmed en ekonomi i balans. Både allmän- och specialisttanvård förväntas avsluta året med ett positivt resultat.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			Trots att Folktandvården har en ekonomi i balans finns uteblivna, planerade ombyggnationer och fastighetsrenoveringar som bidrar positivt till resultatet på kort sikt. Därmed finns en underhålls- och ombyggnationsskuld som framöver kommer leda till ökade kostnader vad gäller såväl hyra som ombyggnationskostnad. Folktandvården satsar också mer resurser på utveckling av IT och journalsystem för att digitalisera tandvården och ska kommande år starta utbildning för att ställa om bland annat förskolepersonal till tandsköterskor vilket sammantaget snabbt kan komma upp i en årlig kostnad om 10 miljoner kronor som inte återfinns i 2026 års kostnadsnivå.

Aktiviteter	Analys
Handlingsplan för ekonomi i balans	Folktandvårdens ekonomi är i balans per tertial 2 och prognosticerat positivt resultat för helåret. Folktandvården har dock ett eftersatt renoveringsbehov av lokaler och investering i utrustning samt IT vilket kommer innebära högre kostnader framöver, varför arbete behöver fortgå med att långsiktigt ha en ekonomi i balans och där Folktandvården arbetar med flera åtgärder: • "Ett Folktandvården" för patienten där hela Folktandvården har fokus på att ta emot nya patienter även om enskilda kliniker kan ha sämre tillgänglighet. Inga nya patienter sätts på kölista. • Fokusera än mer på att erbjuda Frisktandvård till patienterna, med sikte på prevention och planerbar vård. • Förflytta kapacitet dit den behövs genom ökad rörlighet bland medarbetare samt erbjuda patienter att komma på närliggande kliniker. • Marknadsföringsinsatser - fokus på att ta emot nya patienter samt påbörja en varumärkesundersökning under 2026 • Folktandvården har öppnat för tidbokning via 1177 på samtliga allmäntandvårdskliniker för både befintliga och nya patienter. Arbete pågår för att utöka tillgängliga tider och flera yrkesgrupper. • Arbete med att utveckla "Digital tandvård" vilket kommer digitalisera behandlingsflöden och möjliggöra digitala konsultationer mellan behandlare och även med patient. • Under 2025 togs det fram en utvärderingsmodell för att på lång sikt utvärdera etablerings- och utbud inom allmäntandvården med fokus på vilka förutsättningar det finns att attrahera nya kunder i olika kommuner och hur verksamheten ska dimensioneras utifrån behovet på lång sikt både vad gäller lokal- och personalbehov jämfört med patientunderlaget. Under 2026 implementeras denna på kliniknivå vilket kommer leda till olika aktiviteter på kliniknivå på kort och lång sikt för att utforma verksamheten utifrån det långsiktiga behovet. • Arbeta med effekthemtagning av exempelvis digitala scanners som investerats i under 2024.

Aktiviteter	Analys
	• Uppföljning av kostnadssidan via verktyget spendanalys för att identifiera och åtgärda inköp utanför avtal, samt vid behov teckna nya avtal alternativt uppmana till inköp via befintliga avtal. • Folktandvården har tillsatt verksamhetsutvecklare för att få utväxling i utvecklings- och förbättringsarbete i verksamheten. • Omställning av förskolepersonal till tandsköterska för att säkerställa kompetensförsörjning av tandsköterskor • Kliniker som ej har en budget i balans tar fram ekonomisk handlingsplan.
Folktandvården ska under året arbeta för att öka andel avtal och avtalade produkter i Marknadsplatsen, Raindance.	Folktandvården har initierat ett arbete där samtliga avtal Folktandvården köper ifrån har sammanställts för att se vilka avtalade produkter ligger redan inne för beställning via Marknadsplatsen redan idag. Under året analyseras köp som sker utanför Marknadsplatsen för att identifiera varför det sker och hur vi kan åtgärda detta. Dels genom att lägga till fler avtalade produkter i Marknadsplatsen, men också genom att identifiera köp utanför Marknadsplatsen där produkterna antingen redan finns i Marknadsplatsen, saknas avtal för eller att verksamheten inte beställer den avtalade produkten. Ny avtalsskrivning behöver dock synkas med övriga upphandlingar och befintliga avtal varför inte allt ger en direkt effekt här och nu.
Folktandvården ska med hjälp av Spendanalysverktyget arbeta för att öka avtalstroheten	Folktandvården har börjat använda spendanalysverktyget och tagit hjälp av Inköp och PRD. En analys av sjukvårdsspecifika implantat har gett att ytterligare 1,5 miljon kronor köptes från upphandlad leverantör, men där de specifika implantaten saknades i befintliga upphandlingar. Inköp hjälper Folktandvården att lägga till dessa befintligt avtal. Rörande dentala förbrukningsartiklar har ett möte hållits med Inköp där analysen gjorts att i takt med att upphandlingen av filar färdigställts har vi upphandlat de artiklar som är rimliga att upphandla. Det finns en mängd artiklar av mindre värde som inte är rimligt att upphandla. Upphandling för hand- och vinkelstycken har också färdigställts vilket ökar avtalstroheten. Under resterande del av året ska en totalanalys av vår inköp göras för att identifiera inköp utanför avtal och analysera varför det sker, behövs ny upphandling eller informationsinsats om att använda befintliga upphandlingar.

Region Jönköpings län

Delårsrapport
Tertial 2 2026

Kirurgisk vård

Dnr 2026/21
Martin Takac, sjukvårdsdirektör
Kirurgisk vård
Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län, www.rjl.se

Innehållsförteckning

Inledning **4**

Medborgare och kund **6**

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på 6

Process och produktion **14**

Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare 14

Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet 15

Lärande och förnyelse **24**

Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya 24

Medarbetare **26**

Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser 26

Ekonomi **30**

Strategiska mål: God och hållbar hushållning 30

Inledning

Kirurgisk vård består av 17 kliniker inom specialiteterna kirurgi, kvinnohälsa och kvinnosjukvård, onkologi, operations- och intensivvård, ortopedi, smärtbehandling, urologi, ögonsjukvård samt öron-, näs- och halssjukvård. Verksamhet bedrivs på länets tre akutsjukhus samt på familjecentraler och ungdomsmottagningar. Verksamhetsområdet har ett brett uppdrag som omfattar såväl akut som planerad vård och där högspecialiserad vård kombineras med en successiv förflyttning av vård närmare invånaren.

Under 2026 har arbetet fortsatt med att utveckla en mer sammanhållen kirurgisk vård där länets samlade resurser används utifrån invånarnas behov. Kapacitets- och produktionsstyrning, KPS, processorienterad verksamhetsutveckling och Kloka kliniska val är centrala delar i arbetet för att förbättra tillgänglighet, kvalitet och resursutnyttjande. Utvecklingen av KPS omfattar nu även slutenvården, med fokus på bättre planering och uppföljning av bland annat vårdplatsbehov. Parallellt fortsätter förflyttningen från heldygnsvård till dagtidsvård och polikliniska lösningar. Flera verksamheter har utvecklat arbetssätt där patienter kan komma direkt hemifrån till operation eller där ingrepp kan flyttas från operationsavdelning till mottagning.

Tillgängligheten är fortsatt ett av verksamhetsområdets största fokusområden. Nationella jämförelser visar att Region Jönköpings län har en tillgänglighet som hör till de bästa i landet. Operationsverksamheten gick in i sommaren med ett sämre utgångsläge än föregående år. Bemanningsutmaningar på operationsavdelningarna vid samtliga tre sjukhus bidrog till att vårens produktion inte nådde planerad nivå och att operationskön ökade redan före semesterperioden. Trots periodvis högre produktion under sommaren än föregående år ökade den samlade väntande operationsvolymen. Utvecklingen inom mottagningsverksamheten är mer positiv, men skillnader mellan verksamheter kvarstår. Fortsatt fokus behöver därför ligga på att omsätta produktionsplaneringen i faktisk produktion och att bättre nyttja kapaciteten inom och mellan verksamheter och sjukhus.

Utvecklingen mot en mer jämlik och nära vård fortsätter. Onkologkliniken öppnade i januari en behandlingsenhet i Eksjö och arbete pågår med att ytterligare utveckla möjligheterna till avancerad läkemedelsbehandling nära patienten. Inom cancervården fortsätter samtidigt arbetet med ledtider inom standardiserade vårdförlopp, där bland annat koloskopi- och robotkapacitet utgör systemgemensamma utmaningar.

Kompetensförsörjningen är fortsatt avgörande för verksamhetsområdets förmåga att klara uppdraget på länets tre akutsjukhus. Arbetet med kompetensanalyser, årsarbetartak och minskat beroende av bemanningsföretag fortsätter. Utvecklingen av antalet årsarbetare har bromsats in och riktade insatser har inom vissa verksamheter förbättrat bemanningsläget och minskat behovet av hyrpersonal. Samtidigt kvarstår kompetensbrist inom delar av verksamheten. Arbete fortsätter med stort fokus på arbetsmiljö och hälsa. Sjukfrånvaron har minskat, både jämfört med tertial 1 2026 och jämfört med tertial 2 2025. Dialog förs med chefer som har fler än 35 underställda medarbetare. Cheferna följer övertid och sjukfrånvaro på sina respektive enheter och HR-funktionen stöttar upp i samtal och analys vid behov. Under våren erbjöds cheferna workshops på temat arbetslivsinriktad rehabilitering och under hösten kommer cheferna erbjudas call-in på temat arbetsanpassning.

Arbetet för en ekonomi i balans bedrivs på samtliga organisatoriska nivåer och är nära kopplat till arbetet med kapacitets- och produktionsstyrning. Åtgärder genomförs för att minska kostnader för bland annat bemanningsföretag, övertid, personal, läkemedel, material samt laboratorie- och röntgenundersökningar. Minskade kostnader för bemanningsföretag har hittills haft störst effekt. Även om utvecklingen av antalet faktiska årsarbetare har bromsats in, behövs ytterligare anpassningar och ett fortsatt systematiskt arbete med produktivitet, kostnadsmedvetenhet och Kloka kliniska val för att långsiktigt nå ekonomi i balans.

Antalet anställda var sista augusti 2 689 vilket är 24 fler än motsvarande period 2025. Mätt som förändring i antal årsarbetare är ökningen något fler, 33.9 årsarbetare där en stor del förklaras av minska frånvaro vilket mättekniskt ger fler årsarbetare.

När det gäller vårdproduktionen ses främst en ökning inom operationsverksamheten där operationer i öppenvård ökar med 5,5% och i sluten vård med 2,5%. Besök till läkare eller annan personalkategori

är relativt oförändrat. Antalet vårdtillfällen och vårdagar ökar vilket kan vara en följd av fler operationer.

Kirurgisk vård beräknas ha en omslutning på 3,5 miljarder kronor 2026. Kirurgisk vård har inte en ekonomi i balans och avvikelsen till och med augusti är ett underskott på 105 miljoner kronor som beräknas öka till 140 miljoner för helåret. Det innebär att ytterligare åtgärder är nödvändiga.

Måluppfyllelse ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

	2026-08-31	Andel	2025-08-31	Andel
Antal mätetal som är uppfyllda	5	26%	5	26%
Antal mätetal som är delvis uppfyllda	8	42%	8	42%
Antal mätetal som inte är uppfyllda	6	32%	6	32%
Antal mätetal som mäts	19	100%	19	100%

För 68% av mätetalen är målet uppnått eller delvis uppnått. Det är samma nivå som de senaste åren. Måluppfyllelse nås inte när det gäller ekonomin, utlokaliserade, andel utredda inom max ledtid SVF förloppen, återbesök inom måldatum samt andel chefer med färre än 35 medarbetare.

Medborgare och kund

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på

Framgångsfaktorer: Nöjda kunder och intressenter

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Patienttillfredsställelse - andel nöjda patienter	90 %	–	Patienternas helhetsupplevelse för slutenvården förbättrats med två procentenheter till 88 procent positiva svar (Region Jönköpings län 86, Sverige 85). För öppenvården är utvecklingen också positiv med några procentenheter till resultatet 90 procent positiva svar för helhetsupplevelsen (Region Jönköpings län 90, Sverige 89).

Aktiviteter	Analys
Handlingsplan utifrån resultat i nationell patientenkät (NPE)	Inget nytt resultat för specialicerad vård. Nästa resultat 2027.
Förbättra patient- och närståendeinflytande	Verksamheterna arbetar aktivt med patient- och närståendedelaktighet genom patientråd, enkäter, QR-koder, personlig återkoppling och tydligare patientinformation. Flera kliniker följer systematiskt upp patienternas upplevelser och behandlingseffekter och använder resultaten i förbättringsarbetet. ÖNH visar särskilt god effekt av enklare återkopplingsvägar, där svarsfrekvensen ökat mer än sex gånger och 96–97,5 % av patienterna uppger en positiv upplevelse av vården.

Uppdrag: Dokumenterad överenskommelse ska finnas mellan patient och vårdgivare.

Aktiviteter	Analys
Utveckling av kvalitet och innehåll i överenskommelser och planer.	Verksamheterna inom Kirurgisk vård har efter lärlabb rörande dokumenterad överenskommelse under våren givits kunskap och förslag på hur man kan arbeta med kvalitetsparametrar kopplat till överenskommelser och planer. Ännu har ingen systematisk uppföljning av detta arbete gjorts på verksamhetsområdesnivå.
Fortsätta arbetet med samordning av dokumenterade överenskommelser med fokus på vissa sjukdomsgrupper/komplexa behov	Verksamheterna har fortsatt utveckla arbetssätten för att upprätta dokumenterade överenskommelser och planer. Flera verksamheter har under våren även deltagit vid webbinarier under ledning av Qulturum, som syftat till att stödja arbetet med dokumenterad överenskommelse i linje med regionens strategi. Fokus har bl a legat på att beskriva hur man hittar och använder egna resultat, hur Cosmic Insight kan stödja arbetet, hur man kan följa upp innehåll och kvalitet samt hur man kan arbeta för att inkludera patientens erfarenheter och förmågor.

Framgångsfaktorer: God tillgänglighet

Uppdrag: Förbättra tillgängligheten till vården och tandvården utifrån systemmätetal och mål för verksamheterna.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Starttid operation (mål 08:30)	80 %	24,5 %	Andelen elektiva operationer som startade senast kl. 08.30 var 24,5 procent i augusti 2026. Det är en mindre förbättring jämfört med juni, då utfallet var 22,1 procent, och juli, då det var 21,9 procent. Jämfört med augusti 2025, då utfallet var 35,2 procent, är resultatet däremot 10,7 procentenheter lägre. Utfallet ligger fortsatt långt från målet på 80 procent och varierar mellan verksamheter och sjukhus. Resultatet för augusti behöver tolkas med försiktighet, eftersom full operationsverksamhet återupptogs vid olika tidpunkter på de tre sjukhusen, mellan vecka 33 och 35. Mätningen tar inte heller hänsyn till operationslistor med en planerad senare starttid, exempelvis kl. 09.00, när personalen har andra arbetsuppgifter före operationsstart. Sådana upplägg förekommer olika ofta på sjukhusen och påverkar resultatet. Arbetet fortsätter med att se över det preoperativa flödet och identifiera åtgärder som skapar bättre förutsättningar för att operationerna ska kunna starta i tid.
Faktisk väntetid till första besök inom 60 dagar i specialiserad vård nationell rapportering.	80 %	70 %	I augusti nådde Kirurgisk vård 62 procent för faktisk väntetid till ett första besök inom 60 dagar. Det är en försämring jämfört med maj–juli, då resultatet låg relativt stabilt på 72–74 procent: 73 procent i maj, 74 procent i juni och 72 procent i juli. Jämfört med augusti 2025, då resultatet var 55 procent, är utfallet däremot 7 procentenheter högre. Flera kliniker började bygga kö redan under veckorna 17–19, både till nybesök och återbesök. Det berodde bland annat på vårens röda dagar och på att färre besök genomfördes än planerat. Inför sommaren var därför antalet väntande högre än föregående år och en negativ köutveckling befarades. Under den första delen av sommaren planade köutvecklingen glädjande nog ut. Flera kliniker kunde fortsätta genomföra nybesök trots semesterperioden och därmed bromsa den förväntade köökningen. Resultatet för augusti visar dock att tillgängligheten har försämrats efter sommaren, även om utfallet är bättre än under samma månad 2025. Tillgänglighet och bemanning är fortsatt gemensamma utmaningar. Bemanningssituationen på vissa kliniker innebär en risk för en fortsatt försämrad tillgänglighet under hösten och behöver därför följas noggrant.
Faktisk väntetid till operation/åtgärd inom 60 dagar i specialiserad vård nationell rapportering	80 %	73 %	I augusti nådde Kirurgisk vård 57 procent för faktisk väntetid till operation eller åtgärd inom 60 dagar. Utfallet behöver ses mot bakgrund av sommarens lägre operationskapacitet och varierande förutsättningar mellan klinikerna. Under semesterperioden genomfördes färre planerade operationer, samtidigt som akuta och högt prioriterade patienter utgjorde en större andel av de genomförda operationerna. Det höga resultatet i juli speglade därför inte hela utvecklingen av operationskön.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			Antalet patienter som väntat längre än 60 dagar har ökat, liksom den sammanlagda väntande operationstiden. Vid mätningen vecka 36 hade kön av patienter som väntat för länge ökat med motsvarande 230 operationstimmar jämfört med samma tidpunkt 2025. Tillgängligheten behöver därför följas noggrant när verksamheterna återgår till ordinarie operationskapacitet efter sommaren.
Genomförda återbesök inom medicinskt måldatum	90 %	73 %	I augusti genomfördes 71 procent av återbesöken inom medicinskt måldatum. Det är en minskning jämfört med juli, då resultatet var 78 procent. Utfallet är samtidigt något bättre än i augusti 2025, då motsvarande andel var 69 procent. Resultatet varierar mellan verksamheterna. Vissa har en stabilt hög måluppfyllelse, medan andra har större utmaningar. I flera fall genomförs återbesöken endast kort efter det medicinska måldatumet, vilket påverkar resultatet negativt trots att den faktiska förseningen är begränsad. Bemanning, kapacitet och tillgång till rätt kompetens påverkar fortsatt möjligheten att genomföra återbesöken i tid. Förbättringsarbetet fortsätter genom bland annat kvalitetssäkring av väntelistor, anpassning av mottagningsupplägg, översyn av uppföljningsintervall och användning av alternativa kontaktvägar. Sammantaget har resultatet försämrats sedan juli, men ligger fortfarande något högre än vid samma tidpunkt föregående år.
Nämnd Fått hjälp och lämnat akutmottagningen inom 4 timmar	90 %	77 %	Utfall på 77% målet är 90%. Några kliniker inom Kirurgisk vård når 90%. Värnamo har bäst utfall i länet. De kliniker som har svårt att nå målet har pågående arbete med måluppfyllnad. Varierande orsaker i de fall målet ej uppnås.

Aktiviteter	Analys
(KPS) Utveckling av Kapacitets- och produktionsstyrning	Utvecklingen inom kapacitets- och produktionsstyrning (KPS) har fortsatt under våren, med insatser i flera verksamheter för att förbättra tillgänglighet och resursutnyttjande. Inom endoskopiverksamheten ses en fortsatt förbättring jämfört med föregående år. Köerna har minskat över tid, även om en viss ökning noterats under de senaste veckorna. Jämfört med motsvarande period föregående år är utgångsläget inför sommaren mer gynnsamt, vilket tyder på att vidtagna åtgärder haft effekt. Flera kliniker har under perioden arbetat aktivt med KPS. Samverkan mellan verksamheter och orter fortsätter att vara en viktig del i att hantera kapacitetsutmaningar och möjliggöra ett bättre utnyttjande av regionens samlade resurser. Samtidigt finns utmaningar kopplade till detta arbetssätt. Det är inte alltid enkelt att förflytta personal mellan sjukhusen, vilket kan påverka flexibiliteten i resursanvändningen. Även ur ett patientperspektiv finns variationer – även om många patienter är positiva till att få vård vid annan ort för att korta väntetider, finns det också patienter som föredrar att vänta för att bli opererade på det sjukhus som ligger närmast hemmet. Arbetet med att tillämpa schemaklockan fortgår och utgör en viktig planeringsförutsättning för att skapa struktur och framförhållning i verksamheten. Samtidigt kvarstår behovet

Aktiviteter	Analys
	av att stärka planeringen på olika nivåer i organisationen. Det handlar både om långsiktig kapacitetsplanering och mer kortsiktig, operativ styrning, där utgångspunkten är patientens behov. Uppföljning av KPS-arbetet sker löpande genom nyckeltal, regelbundna dialoger och gemensam analys. Detta möjliggör identifiering av avvikelser och förbättringsområden, även om arbetet fortsatt behöver utvecklas för att bli mer enhetligt och systematiskt. Sammanfattningsvis fortsätter utvecklingen i samma riktning som tidigare, med ett strukturerat arbete för att förbättra tillgänglighet och resursutnyttjande. Inför sommaren ses en något förbättrad situation, särskilt inom endoskopiverksamheten, även om fortsatt fokus krävs för att bibehålla och vidareutveckla positiva resultat.

Uppdrag: Förbättra tillgängligheten till audionommottagningen.

Aktiviteter	Analys
Säkerställ att det finns aktiviteter i verksamheten som leder till att tillgänglighetsmålen nås	Under våren har audionommottagningen i länet arbetat aktivt med KPS, med stöd från staben. Flera förbättringsarbeten har både genomförts och påbörjats. Arbetet inleddes med det första metodmötet i november 2025. Audionommottagningen har nu genomfört samtliga metodmöten inom KPS, varav det sista ägde rum i augusti 2026. I januari 2027 genomförs en uppföljning tillsammans med audionommottagningen.

Uppdrag: Under mandatperioden ska Region Jönköpings län säkra akutvårdkedjan för att patienter ska få ett snabbare och säkrare omhändertagande i hela länet.

Aktiviteter	Analys
Arbeta med att förbättra akutvårdkedjan	Akutvårdskedjan präglas av dygnet-runt-omhändertagande och samordning mellan flera kliniker. Kvinnokliniken Jkp och Kvinnokliniken Vmo tar akuta obstetriska patienter på förlossningen dygnet runt och akuta gynekologiska patienter dagtid via mottagning, med jourtidshantering via akutmottagning respektive gynavdelning. Kvinnokliniken Jkp beskriver långa väntetider jourtid och driver förbättringsarbete för akutflödet, medan Kvinnokliniken Vmo rapporterar oftast korta väntetider och fokuserar på balans mellan akuta och planerade mottagningstider. Ortopedkliniken Jkp, Ortopedkliniken Eks, Operations- och intensivvårdskliniken Jkp, Operations- och intensivvårdskliniken Eks samt Öron-, näs- och halskliniken RJL deltar aktivt i akutflödesprocessen och arbetsgrupper, med flera kliniker som anger implementerad eller använd plan för hög aktivitet och upplevt välfungerande flöden.

Uppdrag: Tillse att det finns vårdplatser efter behov på de tre akutsjukhusen.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Nämnd Disponibla vårdplatser		243 ▬	Antalet disponibla vårdplatser anpassas utifrån behov och möjlig bemanning. Viss variation mellan månader men i stort samma som föregående år.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Nämnd Beläggning	<85 %	82 %	Fortsatt stor variation mellan enheter. Kirurgkliniken har haft hög beläggning under sommaren och utmaningar på alla orter. Även ortopedklinikerna i Värnamo och Eksjö har haft hög beläggning och en hel del inlokaliserade från andra verksamheter.
Nämnd Utlokaliserade		1,6 %	Under 2 procent utlokaliserade patienter under perioden vilket får anses rimligt i förhållande till variation av beläggningsgrad.
Nämnd Överbeläggningar	0 %	1,3 %	Högt beläggningstryck under föregående period vilket visas i överbeläggning på motsvarande 2,7%. Inga tydliga orsaker identifierade förutom ett ökat tryck inom kirurgi och i viss mån andra specialiteter. Utmaningar med bemanningssituationen under sommarperioden och begränsningar i antal disponibla vårdplatser finns också som en del i förklaringen. Under augusti har överbeläggningarna återgått till mer normala nivåer på mellan 1-1,5%.
Nämnd Återinläggningar inom 30 dagar vårddygn	15 %	13 %	Målet uppnås nu och stabilt över tid. De flesta kliniker inom Kirurgisk vård når målet. På onkologkliniken återinläggs 32 procent inom 30 dagar, men förklaras av en stor andel individer i palliativ fas med stort omvårdnadsbehov.
Nämnd Utskrivningsklara	<2	2,2 %	Kirurgisk vårds ackumulerade värde av antal utskrivningsklara dagar är vid tertial 2, 2064 dagar vilket är ungefär i nivå med tidigare.

Aktiviteter	Analys
Utveckla möjligheterna att förflytta specialiserad vård från heldygnsvård till dagtidsvård/poliklinisering	Arbetet med att förflytta vård från heldygnsvård till dagtidsvård och polikliniska lösningar har fortsatt under 2026 och är en central del i närvårdomställningen inom Kirurgisk vård. Målet är att korta vårdtider, frigöra resurser och öka patienternas delaktighet samtidigt som patientsäkerheten bibehålls. Framgångsfaktorer är systematisk planering, tät uppföljning av resultat och patientsäkerhet, samt nära samarbete mellan kliniker och med kommunerna. Begränsningar finns fortsatt kopplat till patienters samsjuklighet och behov av inneliggande övervakning, men också operationsplanering där det behöver Flera verksamheter beskriver tydliga framsteg i förflyttningen från inneliggande vård till poliklinisk vård. Arbete med att möjliggöra för alla operationsavdelningar att kunna hantera preoperativa patienter direkt från hemmet pågår också. Förflyttning från dagkirurgi på operationsavdelning till mottagningsoperation används när förutsättningar för säker vård finns. Tex erbjuder Kvinnokliniken Jönköping vissa operationer under självsedering på mottagningen, vilket frigör kapacitet för fler polikliniska ingrepp på dagkirurgen. Även ortopedkliniken i Jönköping arbetar med förflyttning från OPC till ortopedmottagning. Hinder för förflyttning kan vara ändamålsenliga lokaler och utbildning av kringpersonal.
Arbeta med att ha vårdplatser på rätt ställe.	Samtliga verksamheter med slutenvård inom Kirurgisk vård arbetar kontinuerligt med att dimensionera för rätt antal disponibla vårdplatser.

Aktiviteter	Analys
	På övergripande nivå pågår utveckling av ett verktyg till stöd för att förstå behovet av vårdplatser samt dimensionera dessa pågår, prototyp finns framtagen och används inför sommarplaneringen. Utmaningen ligger i att balansera det totala behovet av vårdplatser på sjukhuset i relation till behovet för den egna specialiteten.

Uppdrag: (KPS) Uppföljning av klinikens produktion

Aktiviteter	Analys
Tillgänglighetsansvarig följer verksamheternas produktionsplan och tillgänglighet löpande.	Tillgänglighets ansvarig följer löpande verksamheternas produktionsplaner och tillgänglighet. Uppföljningen för tertial 2 visar olika utveckling inom operations- respektive mottagningsverksamheten. Operationsverksamheten gick in i sommaren med ett sämre utgångsläge än föregående år. Under stora delar av våren hade operationsavdelningarna på samtliga sjukhus bemanningsutmaningar. Det var en bidragande orsak till att produktionen under våren 2026 blev lägre än normalt och inte nådde den planerade nivån. Som en följd ökade operationskön redan före semesterperioden, vilket bidrog till det mer ansträngda utgångsläget inför sommaren. Under enskilda sommarveckor var produktionen högre än föregående år. Vecka 30 genomfördes exempelvis cirka 261 elektiva operations timmar 2026, jämfört med drygt 150 timmar samma vecka 2025. Trots detta var produktionen sammantaget inte tillräcklig för att möta behovet. Vecka 32 uppgick den väntande tiden för patienter som väntat för länge till cirka 1 690 operations timmar, jämfört med cirka 1 380 timmar samma vecka 2025. Det motsvarar en ökning med omkring 310 timmar och visar att operationskön växte mer under sommaren 2026 än under motsvarande period föregående år. Verksamheten återgick successivt till full produktion omkring vecka 34–35. För mottagningsverksamheten, inklusive nybesök och återbesök, är utvecklingen mer positiv. Kön började öka senare under sommaren och utvecklades inte lika brant som under 2025. Vecka 32 uppgick den väntande tiden för patienter som väntat för länge till cirka 5 680 timmar 2026. Motsvarande siffra 2025 var cirka 6 753 timmar. Kön var därmed omkring 1 070 timmar lägre 2026. Flera verksamheter har kunnat genomföra fler nybesök än vanligt under sommaren. Det har medfört att fler patienter har fått beslut om operation och därmed tillkommit i operationskön. Tillsammans med den lägre operationskapaciteten under semesterperioden är detta en bidragande orsak till att operationskön har ökat markant under sommaren. Den positiva utvecklingen inom mottagningsverksamheten kan kopplas till att verksamheterna under sommaren genomförde fler besök än produktionsplanen. Under våren låg produktionen strax under planerad nivå, men avvikelsen var betydligt mindre än under 2025. Föregående år låg produktionen under plan redan från vecka 2 och fram till sommaren, vilket medförde att kön började öka omkring vecka 7–8. Sammantaget visar tertialet att operationsverksamheten

Aktiviteter	Analys
	fortsatt har ett ansträngt läge och ett upparbetat behov att hantera under hösten. Inom mottagningsverksamheten är utvecklingen mer positiv, med en lägre kö än föregående år. Resultaten visar samtidigt vikten av fortsatt systematisk uppföljning och aktiva åtgärder för att anpassa produktionen efter behovet. Verksamheterna arbetar för att hitta balans mellan mottagningsbesök och operation utifrån invånarnas behov.

Framgångsfaktorer: God och jämlik hälsa

Uppdrag: Arbeta för en mer jämlik hälsa hos utrikesfödda invånare.

Aktiviteter	Analys
Skapa en medvetenhet om socioekonomins och/eller kulturell påverkan på patientsäkerhet och kliniska resultat, samt åtgärda där det finns behov.	Verksamheterna har en hög medvetenhet om risker för ojämlik vård fram för allt för individer med psykisk ohälsa, kognitiva svårigheter, demens, barn samt personer med andra språk än svenska. Flera konkreta insatser pågår, framför allt inom kommunikation, språk och utbildning. Nästa utvecklingssteg är att gå från generell medvetenhet och utbildningsinsatser till mer systematiskt arbete där identifierade riskgrupper, genomförda åtgärder och effekter följs upp med data.

Uppdrag: Förbättra barn och ungas hälsa.

Aktiviteter	Analys
Förebyggande arbete inom ramen för ungdomsmottagningarnas uppdrag	Förebyggande arbete med ungdomars sexuella, reproduktiva och psykosociala hälsa bedrivs löpande i hela länet. Kvinnoklinikerna beskriver individinriktade insatser via telefon, online, besök och drop-in. Handlar om stödjande och delvis behandlande samtal av psykosocial personal och barnmorskor. Bedrivs ett utökat utåtriktat arbete mot skolor, med information till årskurs 8, gymnasiebesök, pop-up mottagningar och särskilda satsningar för att nå fler killar. Arbetas också med enkäter och undersökningar. Kvinnoklinikerna beskriver pågående översyn av organisation och uppdrag för ungdomsmottagningarna, med otydliga anvisningar, osäkerhet och trögt genomförande, samtidigt som det förebyggande arbetet fortsätter.

Uppdrag: Förebyggande insatser som stöd till nyblivna föräldrar.

Aktiviteter	Analys
Arbeta med förebyggande insatser som stöd till blivande och nya föräldrar.	Kvinnoklinikerna i länet bedriver ett brett föräldrastöd med både individuella insatser i mödrahälsovården. Det finns generella program som ”Här kommer storken” och riktade grupper på familjecentraler. Minskande antal gravida på mottagningar har lett till att föräldrastödsprogram erbjuds både först- och omföderskor. Utbildningar finns på flera språk. Region Jönköpings län har även förlossningsförberedende kurser, föda utan rädsla. Blivande föräldrarna kan välja att delta på plats, på familjecentralen alternativ gå en digital kurs som hålls gemensamt i länet.

Uppdrag: Säkerställa att verksamheter som är centraliserad inom Region Jönköpings län, når länets invånare jämlikt.

Aktiviteter	Analys
Säkra att utbud inom verksamhetsområdet når länets invånare jämlikt	Arbetet med att säkerställa en jämlik tillgång till vård för länets invånare fortsätter och är nära kopplat till regionens kapacitets- och produktionsstyrning (KPS). En viktig utgångspunkt är att regionen i allt högre grad ska fungera som ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem. Planering och styrning ska utgå från invånarnas samlade behov, snarare än från organisatoriska eller geografiska gränser mellan sjukhusen. En viktig del i det fortsatta utvecklingsarbetet är att patienter i högre grad ska erbjudas vård utifrån medicinskt behov och väntetid i stället för geografisk tillhörighet. Inriktningen är att den patient som har väntat längst i länet ska kunna prioriteras till nästa tillgängliga tid, oavsett vid vilket sjukhus vården ges. För att detta ska fungera i praktiken behöver formerna för samarbetet konkretiseras. Det krävs gemensamma arbetssätt, ökad transparens kring kapacitet och väntelistor samt tydliga strukturer för planering, prioritering och uppföljning. Samarbetet behöver fortsätta utvecklas både inom och mellan klinikerna, inklusive länsklinikerna. Sammantaget skapar ett konsekvent och systematiskt arbete med KPS förutsättningar för en mer jämlik vård, förbättrad tillgänglighet och ett mer hållbart nyttjande av regionens gemensamma resurser. Det fortsatta arbetet ska bidra till att länets invånare får vård efter behov och i rätt tid, oavsett var i länet de bor. Arbetet har fortsatt utifrån verksamheternas behov, men har under perioden inte utökats eller förändrats i någon större omfattning. Inom verksamhetsområdet används KPS för att planera, prioritera och fördela patienter utifrån den samlade kapaciteten i länet. Det skapar förutsättningar för att minska skillnaderna i väntetider och tillgång till vård mellan olika delar av regionen. Verksamheterna har kommit olika långt i arbetet. Inom vissa medicinska programgrupper (MPG) och länskliniker fungerar samverkan och den gemensamma planeringen redan väl. Inom andra delar av verksamheten behöver arbetssätten utvecklas ytterligare för att KPS ska tillämpas i enlighet med regionens inriktning. Arbetet är därför inte slutfört, utan behöver fortsätta och fördjupas.

Process och produktion

Verksamhetsstatistik

	Utfall 2025-08	Utfall 2026-08	Förändring % 2026-2025
Vårdtid dagar	45 765	46 367	1,3%
Vårdtillfällen	14 980	15 105	0,8%
Disponibla vårdplatser	244	243	-0,7%
Antal läkarbesök	134 595	134 676	0,1%
Antal besök annan personalkategori	149 734	150 203	0,1%
Andel digitala besök läkare, annan personalkategori	267	300	12,4%
Antal operationer öppenvård	7 521	7 923	5,5%
Antal operationer slutenvård	6 308	6 465	2,5%

Inom slutenvården ökar antalet operationer och även antalet vårdtillfällen och vårddagar ökar något. Inom öppenvården är antalet besök på ungefär samma nivå som vid samma period förra året. Däremot ökar antalet operationer i öppenvård med 5,5 procent.

Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare

Framgångsfaktorer: Utveckling av arbetssätt och digitala tjänster

Uppdrag: Öka användningen av digitala tjänster och system för vård, hälsa och prevention.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
SJLG Öka antal vårdinitierade ärenden 1177 jämfört med föregående år	30 %	33 %	Kirurgisk vård ligger strax över målet på 30% fortsatt. Allt fler verksamheter börjar identifiera sammanhang där digitala arbetsätt är att föredra.
Andel ombokningar som patienter gör via webtidbok	60 %	9 %	

Aktiviteter	Analys
Implementera Region Jönköpings läns utbud av e-tjänster utifrån verksamhetens behov	Digital hälsodeklaration är fullt implementerad och det sker fortsatt ökning i användandet av omvänd kallelse och meddelande via 1177 inkorg.

Uppdrag: Förbättra dialogen mellan sjukhusens specialistvård och primärvården genom sömlös vård och övergångar.

Aktiviteter	Analys
Utveckla och säkerställ stödet mellan specialiserad vården och vårdcentraler	Samarbetet mellan specialistvård och primärvård beskrivs överlag som välfungerande. Flera kliniker har etablerade kontaktvägar för snabb konsultation, exempelvis direkttelefon och ”Konsultera en läkarkollega”.

Aktiviteter	Analys
	FAKTA/LPO bidrar till gemensamma arbetssätt och tydligare patientflöden. Ett utvecklingsområde är övergången mellan specialistvård och primärvård, framför allt tydlig information till patienten om fortsatt vård, ansvar och kontaktvägar.

Uppdrag: Fasa ut mindre värdeskapande arbetssätt och aktiviteter.

Aktiviteter	Analys
Identifiera och ta bort icke värdeskapande aktiviteter som leder till kvalitetsbristkostnader	Kloka kliniska val utgör ett genomgående fokusområde inom Kirurgkliniken RJL, Operations- och intensivvårdskliniken Eks, Ortopedkliniken Eks samt Smärtkliniken RJL. Operations- och intensivvårdskliniken Eks och Ortopedkliniken Eks arbetar aktivt med att identifiera och fasa ut icke värdeskapande aktiviteter, med betoning på sådant som ”alltid gjorts” och dubbelarbete. Operations- och intensivvårdskliniken Eks har exempelvis ändrat rutin för röntgen av centrala infarter till att ske på sal, vilket sparar personalresurser, pengar och patienttid. Ortopedkliniken Eks lyfter djup protesinfektion som största kvalitetsbristkostnad och bedriver kontinuerligt arbete med journalgranskning och PRISS-rekommendationer. Smärtkliniken RJL befinner sig i ständig utveckling, inför nya behandlingsmöjligheter, avvecklar icke evidensbaserade behandlingar samt använder RAK och omförflyttar uppgifter från läkare till sjuksköterska. Kirurgiskt verksamhetsområde kan arbeta mer med att lyfta goda exempel vid tex ledningsgrupper och verksamhetsutvecklarmöten.

Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet

Framgångsfaktorer: Säker verksamhet

Uppdrag: Arbeta med rätt antibiotikaförskrivning och att minska vårdrelaterade infektioner.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Vårdrelaterade infektioner per 100 vårdtillfällen		4,05	Svag positiv utveckling över åren. Djupare analys har inte gjorts.

Aktiviteter	Analys
Arbeta för att minska antalet vårdrelaterade infektioner	Två huvudområden framträder. För styrning och struktur etablerar Kirurgkliniken RJL ett VRI-råd i Jönköping med alla professioner och enheter representerade, medan Kvinnokliniken Jkp har en handlingsplan och Kvinnokliniken Eks söker ny STRAMA-läkare och planerar omtag i den regionsgemensamma STRAMA KK-gruppen. Vårdhygienisk egenkontroll genomförs av Kvinnokliniken Eks, Kvinnokliniken Vmo och klinikledningar. För praktiskt förbättringsarbete genomför Kirurgkliniken RJL utbildningsinsatser på enhets- och teamnivå, med fokus på riskbedömning inför operation och ERAS-liknande

Aktiviteter	Analys
	arbetssätt för alla patienter. Kvinnokliniken Jkp, Eks och Vmo arbetar med hygienobservatörer, städrutiner, journalgranskning och analys av vanligaste VRI. Ortopedkliniken Eks fokuserar på antibiotikasmarta aktiviteter och minskade postoperativa höft- och knäplastikinfektioner, medan Ortopedkliniken Vmo inriktar sig på pneumoni och UVI med pågående utbildningsinsatser.
Verka för en rationell antibiotikaanvändning i enlighet konceptet för antibiotika smart klinik.	Antibiotikaarbetet präglas av strukturerad samverkan med infektionskliniken och tydlig styrning. Operations- och intensivvårdskliniken Eks arbetar antibiotikasmart med årligen uppdaterade mål, aktiv optimering av behandling utifrån odlingssvar samt utsedd Strama-ansvarig läkare. Ortopedkliniken Eks är sedan 2024 en antibiotikasmart klinik, och Ortopedkliniken Vmo säkerställer god planering av antibiotikaordinationer genom nära samarbete med infektionskliniken. Kvinnokliniken Jkp, Kvinnokliniken Eks, Kvinnokliniken Vmo samt Ortopedkliniken Eks beskriver fleråriga STRAMA-satsningar och pågående arbete som antibiotikasmart klinik. Kvinnokliniken Eks betonar digitala utbildningar, VRI-smart utbildning per yrkeskategori, antibiotikasmarta sjuksköterskor, egenkontroller i slutenvård och på familjecentraler, antibiotikarond med infektionskliniken samt redovisning av Infektionsverktygets resultat. Kvinnokliniken Jkp och Vmo lyfter journalgranskning av VRI; Jkp kompletterar med hygiengruppens informationsinsatser, egenkontroll i ledningsgrupp och bäckenbottengruppens arbete med suturering av bristningar. Kontaktvägar etablerade mellan vårdhygien, infektionskliniken och kirurgiskt verksamhetsområde för planering av fortsatt strategiskt arbete.

Uppdrag: Fortsatt utveckling av Region Jönköpings läns patientsäkerhetsarbete och integrering av Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Vårdprevention - upprättade vårdplaner	95 %	82 %	Pågående arbete via chefssjuksköterskorna i chefsläkarorganisationen för att ge stöd till verksamheten att identifiera riskområden samt genom planerad punktprevalensmätning inom specialistsjukvården.
SJLG Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK)	100 %	81 %	Följsamhet till basala hygienrutiner är ett gemensamt fokusområde. Variation finns mellan kliniker, men i stort sett samtliga visar förbättrade resultat jämfört med tertial 1. Med anledning av tidigare VRI utbrott är arbete med BHK fortsatt angeläget i VO.
VO Andel utskrivna läkaranteckningar inom 72 timmar mätt från händelsedatum	75 %	79,8 %	För kirurgisk vård är resultatet i augusti försämrat vilket gör att insatser behövs framöver. Utmaningen finns primärt på ögonkliniken i Jönköping Insatser pågår med förbättring av arbetssätt, rekrytering, köp av extern skrivhjälp, taligenkänning etc. för att skriva diktat i tid.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Andel signerade anteckningar inom 7 dagar mätt från dokumentationsdatum.	90 %	86,7 %	Ögonkliniken Jkp och Ögonmottagningen Vmo betonar fortsatt behov av regelbundna påminnelser till läkare, där Vmo ser viss förbättring. Ögonmottagningen Eks anger att läkaranteckningar signeras inom 7 dagar.
SJLG Upprättad vårdplan - Fall	95 %	81 %	Under augusti månad har det gjorts 59% riskbedömningar av inlagda patienter, exkl KK klinikerna där riskbedömningar görs i obstetrix på flertalet inlagda patienter vilket inte syns i Diverportalen. Av de riskbedömningar som är gjorda har 82% startat en GVP. Arbetssätt skiljer sig mellan enheter i länet där ortopedkliniken i Värnamo registrerar i cosmic på ett sådant sätt att andel GVP startad blir 0% vilket drar ner det totala resultatet. Fortsatt arbete pågår inom chefsjuksköterskeorganisationen för att underlätta arbetet med riskbedömningar och vårdplaner.
SJLG Upprättad vårdplan - Trycksår	95 %	79,2 %	Under augusti månad har det gjorts 57% riskbedömningar av trycksår hos inlagda patienter, exkl KK klinikerna. Riskbedömningar görs i obstetrix på flertalet inlagda patienter på kvinnoklinikerna, vilket inte syns i Diverportalen. Av de riskbedömningar som är gjorda har 87% startat en GVP vilket är en tydlig förbättring. Arbetssätt skiljer sig mellan enheter i länet där ortopedkliniken i Värnamo registrerar i cosmic på ett sådant sätt att andel GVP startad blir 0% vilket drar ner det totala resultatet. Fortsatt arbete pågår inom chefsjuksköterskeorganisationen för att underlätta arbetet med riskbedömning och vårdplaner.
SJLG Upprättad vårdplan - Munhälsa	95 %	83,9 %	Under augusti månad har det gjorts 50% riskbedömningar av munhälsa hos inlagda patienter, exkl KK klinikerna. Riskbedömningar görs i obstetrix på flertalet inlagda patienter på kvinnoklinikerna, vilket inte syns i Diverportalen. Av de riskbedömningar som är gjorda har 81% startat en GVP. Arbetssätt skiljer sig mellan enheter i länet där ortopedkliniken i Värnamo registrerar i cosmic på ett sådant sätt att andel GVP startad blir 0% vilket drar ner det totala resultatet. Fortsatt arbete pågår inom chefsjuksköterskeorganisationen för att underlätta arbetet med riskbedömning och vårdplaner.
SJLG Upprättad vårdplan - Undernäring	95 %	86,2 %	Under augusti månad har det gjorts 56% riskbedömningar för undernäring hos inlagda patienter, exkl KK klinikerna. Riskbedömningar görs i obstetrix på flertalet inlagda patienter på kvinnoklinikerna, vilket inte syns i Diverportalen. Av de riskbedömningar som är gjorda har 90% startat en GVP vilket är en tydlig förbättring. Arbetssätt skiljer sig mellan enheter i länet där ortopedkliniken i Värnamo registrerar i cosmic på ett sådant sätt att andel GVP startad blir 0% vilket drar ner det totala resultatet. Fortsatt arbete pågår inom chefsjuksköterskeorganisationen för att underlätta arbetet med riskbedömning och vårdplaner.

Uppdrag: Agera för en säker läkemedelsanvändning.

Aktiviteter	Analys
Arbeta med åtgärder för säker läkemedelsanvändning	Dialog mellan Läkemedelskommittén kring aktuella läkemedelsfrågor i verksamheten. Ekonomiska utmaningar

Aktiviteter	Analys
	inom läkemedelsområdet samt oönskad polyfarmaci, högriskläkemedel och hantering av läkemedel i vårdövergångar är frågor som är aktuella. Pågående arbete med handlingsplan för immunoterapi vid gynekologisk cancer.

Framgångsfaktorer: Ändamålsenliga, resurseffektiva och hållbara processer

Uppdrag: Utveckla cirkulära materialflöden och minska mängden avfall.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Matsvinn per patientportion - svinn från vårdavdelning	87,5 g/portion	69 %	Matavfall ökar under tertial 2 2026. Eventuell koppling till det nya sättet att hantera mat på enheterna.

Aktiviteter	Analys
Ta fram och genomföra aktiviteter för att minska matsvinnet	Sedan tidigare nytt måltidskoncept. Ortopedkliniken Eksjö arbetare med anpassning utifrån akut eller elektiv verksamhets för att minska matsvinn.
Främja övergång från engångs- till flergångs artiklar	Ett gemensamt fokus är övergången från engångs- till flergångsprodukter och ett brett miljötänk. Arbete med kloka kliniska val kopplas även till detta område. Behov av större diskdesinfektor finns då undersökningsinstrument byts från plast till flergångs.
Minska användning av kundanpassade set	Verksamheterna beskriver ett ständigt pågående arbete och att rutiner finns.
Minska användning av förbrukningsmaterial	Verksamheterna beskriver detta som ett fortsatt arbete. Man lyfter på APT och i andra forum. Man vill ha levande dialog på enheterna. Kloka kliniska val finns med även här.
Efterfråga och involvera kompetenser som stöd för arbete med hållbara materialval	Miljö- och hållbarhetsarbetet är väl etablerat med hög medvetenhet i verksamheterna. Fokus ligger främst på att minska engångsmaterial till förmån för flergångsalternativ, förbättra materialanvändning och lagerhantering samt stärka återvinning och avfallssortering. Samtidigt pågår ett mer strukturerat arbete med miljöfrågor genom miljöombud, utbildning och regelbunden uppföljning, även om vissa verksamheter fortfarande är i ett tidigt skede när det gäller konkreta processer.

Uppdrag: Vidareutveckla kunskapsstyrning och införandet av nationella kunskapsstöd för god och jämlik vård

Aktiviteter	Analys
Tillämpa riktlinjer för kunskapsstyrning	Samtliga LPO där kirurgisk vård har ett värdskap är uppstartade, men är mer eller mindre aktiva. Samarbete har etablerats med övergripande LPO organisationen för att tydligare sätta struktur, arbetssätt och mandat. Kunskapsstyrning och nationella strukturer är i en del verksmaheter dock etablerade och väl integrerade. Onkologkliniken Jkp har sedan mer än 10 år arbetat via RCC med vårdprogram, kvalitetsregister, standardiserade

Aktiviteter	Analys
	vårdförlopp, nationella regimbibliotek, ordnat införande av kostnadskrävande läkemedel samt nationell nivåstrukturering, och utvecklar nu IPÖ 2.0 till en generell patientöversikt för alla diagnoser. Operations- och intensivvårdskliniken Eks bevakar och implementerar relevanta riktlinjer i dialog med samarbetskliniker, deltar i RPO PIVOT, och har under året påbörjat LPO PIVOT samt etablerat två lokala arbetsgrupper; PIVOT har ännu inga vårdförlopp utan vägledningar. Smärtkliniken RJL lyfter NPO:s personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp långvarig smärta som genomtänkt, med betoning på tidig konsultation och evidensbaserad interventionell smärtbehandling.

Uppdrag: Utökning av intensivvården i länet.

Aktiviteter	Analys
Utöka med en intensivvårdsplats på Länssjukhus Ryhov samt genomföra personalförstärkning i intensivvården på Höglandssjukhuset och Värnamo sjukhus	Under hösten 2023 utökades intensivvården på Länssjukhuset Ryhov till 8 platser. Förstärkning har skett av bemanning av undersköterskor på intensivvården på Höglandssjukhuset och Värnamo sjukhus. Förstärkning av bemanning av sjuksköterskor sker primärt via utbildningsanställningar och fortgår fortsatt då rekryteringen till länsdelssjukhusen varit svår.

Uppdrag: Region Jönköpings län ska sammantaget bli en av de bästa i Sverige när det gäller standardiserade vårdförlopp för cancer.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Standardiserade vårdförlopp - andel inom max ledtid	80 %	42 %	Resultatet för Kirurgisk vård har inte förändrats. Uppföljning per process visar att flera processgrupper arbetar aktivt i processarbete men utmanas av strukturella flaskhalsar. Mest framträdande är bröstcancer-processen där bröstradiologibrist starkt påverkar resultaten. Tjock- och ändtarmscancer utmanas av låg resurstillgång inom koloskopi och robot. Även prostatacancer-processen påverkas av operationskapacitet och har behövt skicka patienter till andra regioner. För regionen som helhet så når Akut leukemi målet, och Melanom har fortsatt positiv trend (77,4%).
Standardiserade vårdförlopp - andel utredda patienter i SVF	70 %	94 %	Uppfyller på totalen målvärdet som är satt enligt det nationella beräkningsunderlaget. Variationer finns mellan förloppen. I statistikuttag från socialstyrelsen (jan-juni 2026) har RJL fem förlopp som inte når 70%. Fyra av dessa är förlopp med få antal förväntade patienter (mindre än 15 st/år) och enstaka variationer påverkar därmed resultatet i hög grad Ett förlopp är större, Melanom, och processledare i sydöstra har granskat resultat och beräkningsunderlag. Det nationellt resultatet för inklusion januari - juni 2026: 74% (källa: RCC).

Aktiviteter	Analys
Fortsatt arbete i verksamheter och processgrupper för cancer utifrån givna uppdrag och egna handlingsplaner	Uppdraget med halverat gap för ledtidsmåttet inom SVF har uppdaterats och förlängts även för 2026. De processer som nått sitt mål under 2025 har fått nytt inför 2026. Flera verksamheter och processer arbetar aktivt i frågan, men

Aktiviteter	Analys
	utmanas av områden som ligger utanför en enskild klinik eller process påverkansmöjligheter. Dessa har kartlagts via LPO Cancersjukdomar och har lyfts till aktuell linje/beslutsnivå. För Kirurgisk vård gäller det ffa koloskopiverksamhet och robotkapacitet. Processarbetet löper över alla VO, och kräver tydliga besluts- och kontaktvägar.

Uppdrag: Öka deltagandet i screeningprogram och catch up-vaccination mot HPV bland grupper som inte deltar.

Aktiviteter	Analys
Aktivt delta i arbetet för införande av organiserad prostatacancertestning	Fortsatt erbjudande till 50, 56 och 62-åringar. Etablering av kanslifunktion för sydöstra sjukvårdsregionen har skett.
Arbete med att utrota livmoderhalscancer	Kvinnor födda mellan 1994 och 1998 erbjuds självprov HPV och gratis vaccination. Samtliga kvinnor kommer kallas till kvinnohälsovårdens mottagningar och erbjuds vaccination och självprov HPV. Barnmorskor får utbildning och behörighet till "Mitt vaccin" och för att kunna ge HPV vaccinationer.

Uppdrag: Erbjuda avancerad läkemedelsbehandling nära patienten.

Aktiviteter	Analys
Arbete med att erbjuda möjlighet till avancerade läkemedelsbehandlingar på regionens tre sjukhus	Onkologkliniken Jkp startade behandlingsenhet i Eksjö den 14 januari. Arbetet med hemnära Zometa-behandling har lyfts inom LPO-organisationen. Administrerad av subkutant cancerläkemedel har lyfts till arbetsgruppen för Sjukhusvård i hemmet under våren 2026 och avvaktar återkoppling på möjligt nästa steg. Kvinnoklinken i Eksjö har under våren 2026 gjort förberedande arbete för att kunna ge immunologiska cancerbehandlingar lokalt, och har startat upp detta sommar 2026. Ett länsgemensamt arbete kring just immunologiska cancerläkemedel har inletts, tillsammans med läkemedelsstrateg.

Uppdrag: Utforma den palliativa vården så att alla länsinvånare har jämlik tillgång till palliativ vård dygnet runt.

Aktiviteter	Analys
Säkerställa att palliativa åtgärdsplatser finns på samtliga tre sjukhus	Palliativa åtgärdsplatser finns på alla tre sjukhus i Region Jönköpings län.

Uppdrag: För att uppnå en mer jämställd vård och jämlik hälsa genomförs en flerårig satsning för förbättrad förlossningsvård och stärkta insatser för kvinnors hälsa.

Aktiviteter	Analys
Fortsätta utveckla en sammanhållen, jämlik och personcentrerad vårdkedja från graviditet till förlossning och eftervård.	Kvinnoklinikerna har utvecklat en sammanhållen, jämlik och personcentrerad vårdkedja från graviditet till förlossning och eftervård. Förbättringsarbete bedrivs kontinuerligt inom huvudprocess och processgrupper för obstetrik med fokus på vårdkedjan för gravida. Inriktningen är fortsatt utveckling av samverkan, jämlikhet och kvalitet i vårdkedjan.

Aktiviteter	Analys
Säkra att personer utsatta för sexuellt våld och könsstympning får tillgång till en god vård baserad på bästa möjliga kunskap	Verksamheten har förstärkt arbetet kring patienter utsatta för sexuellt våld genom återkommande utbildningsinsatser och fördjupat samarbete med polis och kriminaltekniker. Personalen har fått föreläsningar och genomgångar om korrekt användning av spårsäkringskit, vikten av spårsäkring och hur dokumentation ska utföras på ett ändamålsenligt sätt. Rutinerna för dokumentation vid sexuellt våld har tydliggjorts, liksom strukturer för omhändertagande och uppföljning av utsatta patienter. Betoningen ligger på att alltid ställa frågan om våld, dokumentera både iakttagelser och nekanden.

Uppdrag: Arbeta för en jämlik och kostnadseffektiv läkemedelsbehandling.

Aktiviteter	Analys
Fortsatt arbete med läkemedelsdialoger tillsammans med läkemedelskommittén.	Läkemedelsdialoger genomförs enligt plan i berörda verksamheter inom Kirurgisk vård.

Uppdrag: Följa alla delar i överenskommelsen ”Riktlinjer för länskliniker”.

Aktiviteter	Analys
Fastställ ett upplägg som säkrar fast bemanning på lång sikt	
Säkra möjligheten till kompetensutveckling som kommer regionens invånare till gagn.	Kontinuerlig kompetensutveckling sker i alla yrkesgrupper. Att ta del av ny kunskap och kompetens är nödvändigt för vår patientsäkerhet och för att bibehålla hög kvalitet. Alla medarbetare ska ha en individuell kompetensutvecklingsplan och det finns inom verksamhetsområdet mycket pågående forskning såväl akademisk som industri-initierade kliniska prövningar. Kompetensutveckling sker även praktiskt och teoretiskt inom ramen för det kliniska processarbetet
Säkra möjligheten att upprätthålla aktiviteter för uppdraget på ett akutsjukhus.	Löpande arbete pågår med kompetensförsörjning och utbildningsinsatser för att klara uppdraget på samtliga tre orter. Samtliga specialiteter oavsett om det är MPG eller länsklinik arbetar utifrån perspektivet att säkra akutsjukhusets uppdrag på alla tre orter.
Säkerställa jämlik vård/resurser till den nära vården i hela länet.	Alla verksamheter arbetar för att erbjuda sitt vårdutbud jämlikt i länet. Detta innebär att utifrån var utbudet erbjuds så fördelas resurser efter behov. Bra exempel är kvinnohälsovården och onkologiska behandlingsenheter. Onkologkliniken Jkp har öppnat behandlingsenhet i Eksjö 2026, utöver Värnamo, och följer löpande att patienter från alla länsdelar får både strål- och läkemedelsbehandling, med jämn kommunal representation trots begränsade strålbehandlingslokaler. Smärtkliniken RJL säkerställer jämlik vård genom gemensam remissbedömning mellan tre enheter och en gemensam behandlingsalgoritm. Fortsatt arbete i MPG och LPO kommer att stödja processen. Länsgemensam väntelista som hos urolog- och ÖNH kliniken är ett arbetssätt som främjar jämlik vård.

Uppdrag: Åstadkomma bästa möjliga resultat till lägsta möjliga kostnad varje gång.

Aktiviteter	Analys
Aktiviteter för att åstadkomma bästa möjliga resultat till lägsta möjliga kostnad.	De flesta verksamheterna inom Kirurgisk vård arbetar med Kloka kliniska val (KKV) och RAK (rätt använd kompetens) för att eliminera waste och öka nyttan av använda resurser. Verksamheterna har kommit olika långt i att utveckla mätetal och aktiviteter i Stratsys kopplade till KKV. Goda exempel sprids genom ledningsgrupp, verksamhetsutvecklar- och verksamhetschefsnätverk.

Uppdrag: Arbeta med övergången från barn till vuxna i vården.

Aktiviteter	Analys
Arbeta för tryggt och säkert mottagande i övergången från barnverksamheter till specialistvård för vuxna.	Barn med vissa kroniska diagnoser har kontakt med verksamheter inom Kirurgisk vård redan under barndomen, till exempel kontakt med öron- näs- och halskliniken eller barnortopediskt regioncentrum i sydöstra sjukvårdsregionen som geografiskt är förlagt till Länssjukhuset Ryhov. Barn med andra diagnoser, till exempel cancer, har kontakt med barnkliniken under uppväxten och övergång till exempelvis onkologkliniken sker vid 18 års ålder. Etablerade arbetssätt för tryggt och säkert mottagande i övergången från barnverksamheter till specialistvård för vuxna finns etablerade i verksamheterna. Ingen riktad satsning/förbättringsarbete har gjorts i nuläget.

Uppdrag: Alla kliniker inom Kirurgisk vård ska säkerställa och utveckla processorienterat arbetssätt

Aktiviteter	Analys
(KPS) Utveckla KPS för slutenvård	Under 2026 har arbete med kapacitets- och produktionsstyrning (KPS) slutenvård fortsatt att utvecklas i linje med den inriktning som beskrevs i tertial 3 2025. Arbetet med att inkludera hela verksamheten har drivits vidare i nära samverkan med Qulturum, verksamhetsstrateger för medicinsk vård och Kirurgisk vård och bemanningskontrollers. Målet är att skapa en mer sammanhållen och ändamålsenlig process för planering och uppföljning. En central del i utvecklingsarbetet är att visualisera data på ett pedagogiskt och lättillgängligt sätt. Det skapar bättre förutsättningar för analys, uppföljning och en gemensam förståelse av verksamhetens kapacitets- och resursbehov. Under hösten fortsätter därför arbetet med att validera visualiseringen av data, med särskilt fokus på vårdplatser. Arbetsgruppen för KPS-uppföljning har kommit långt i arbetet. Nästa steg är att tillsammans med en utvald klinik testa hur modellen och visualiseringen fungerar i praktiken. Dialogen med chefssjuksköterskorna är en viktig del av detta arbete. Deras behov och perspektiv ska bidra till att säkerställa att de nyckeltal och data som tas fram är relevanta, användbara och ger stöd i verksamhetens planering. Syftet är att skapa bättre förutsättningar för planering av vårdplatser på strategisk, taktisk och operativ nivå. Det första praktiska testet planeras inför jul- och nyårsperioden. Genom att analysera historiska data om

Aktiviteter	Analys
	vårdplatsbehov och beläggning under tidigare jul- och nyårshelger ska verksamheten få ett bättre underlag för planeringen inför den kommande helgperioden. Arbetet fortsätter med målsättningen att skapa en integrerad och långsiktigt hållbar kapacitets- och produktionsstyrning för hela verksamheten.

Uppdrag: Varje klinik ska ha "eget" mätetal eller aktivitet för Hållbar utveckling

Aktiviteter	Analys
Följa upp att alla kliniker har egna aktiviteter inom Hållbar utveckling	De flesta kliniker har aktiviteter inom Hållbar utveckling. Det finns ett brett och ambitiöst arbete med fokus på minskad resursanvändning och ökad återvinning. Aktiviteterna berör områden såsom energi, materialanvändning, avfall, transporter och avfall. Måluppfyllelse är beroende av kultur och efterlevnad mer än tekniska lösningar.

Lärande och förnyelse

Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya

Framgångsfaktorer: Förbättringskunskap

Uppdrag: Kortare ledtider från kontakt till utförd vårdåtgärd.

Aktiviteter	Analys
Uppföljning och stöd till kliniker i kapacitets- och produktionsstyrning.	Samtliga tre operationsavdelningar planerar nu enligt schemaklockan och publicerar sina scheman med överenskommen framförhållning. Förståelsen för arbetssättet har ökat och flera verksamheter upplever att schemaklockan underlättar planeringen, vilket är en positiv utveckling. Inom mottagningsverksamheten kvarstår däremot utmaningar med att planera och lägga ut tider med motsvarande framförhållning. En orsak är osäkerhet kring medarbetarnas övriga uppdrag längre fram i tiden, vilket försvårar planeringen av mottagningstider 12 veckor eller mer i förväg. I dagens planeringsprocess fördelas läkarnas arbetstid ofta först till jourverksamhet, därefter till operation och slutligen till mottagningsverksamhet. När tillgången till läkare är begränsad innebär denna prioriteringsordning att det framför allt är mottagningstiderna som inte kan planeras eller genomföras i avsedd omfattning. Det påverkar verksamhetens möjlighet att genomföra den beslutade vårdproduktionen. Flera verksamheter efterfrågar fortsatt uppföljning på samtliga organisatoriska nivåer. Uppföljningen behöver utgå från beslutad produktionsplan och visa hur den faktiska produktionen motsvarar planeringen. Där produktionen inte når planerad nivå är brist på läkare som kan genomföra planerade besök en återkommande orsak. Det fortsatta arbetet behöver därför inriktas på att stärka mottagningsplaneringen, följa avvikelser och skapa bättre förutsättningar för att beslutad produktion kan genomföras.
Arbeta med informationsdriven verksamhetsutveckling	Regiongemensamt arbetas det med flera olika initiativ. Förutom att skapa förutsättningar för beslut om en AI-kompetensgrupp och implementering av visualiseringsstöd för akutprocessen pågår även ett arbete med att ta fram beslutsunderlag gällande datalager och de kompetenser som krävs för att tillgängliggöra data. Dashboard möjliggör en verksamhetsnära och engagerad uppföljning i realtid för chefer och medarbetare som stöd för utveckling och förbättring. Verksamheterna använder i olika utsträckning Cosmic Insight för att följa sin verksamhet och identifiera risker, brister och utvecklingsbehov kopplat till sina patientflöden. Pågående arbete med att identifiera och stödja verksamheter som har behov att utveckla datadrivet arbete.

Uppdrag: Alla kliniker inom Kirurgisk vård har ett väl utvecklat arbetssätt kring processorienterad verksamhetsutveckling.

Aktiviteter	Analys
Fortsatt satsning på kompetens- och rollutveckling inom förbättringskunskap och processorienterad verksamhetsutveckling.	Nätverk för utveckling inom Kirurgisk vård är etablerat. Det utgör en plattform för gemensamt lärande. Vissa verksamheter har haft möjlighet att prioritera deltagande och deras representanter har också tagit vara på möjligheten att stötta och lära av varandra även utanför de formella nätverksträffarna. Andra verksamheter har inte haft stadigvarande representation i nätverket. Samarbetet med övriga verksamhetsområden och Qulturum kring kompetens- och rollutveckling inom förbättringskunskap och processorienterad verksamhetsutveckling har fortsatt att fördjupas. I och med utmärkelsen svensk kvalitet har verksamheterna fått information om utbildningsmoduler om förbättringskunskap via SIQ webbplats. Aktivt arbete pågår med att etablera mer tydligt processorienterat arbetssätt i verksamheten pågår.

Framgångsfaktorer: Forskning

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Antal forskarutbildade medarbetare		–	Inom verksamhetsområdet finns 39 disputerade och 21 doktorander.
Antal publikationer		–	Antalet publikationer Kirurgisk vård 2025 är 55 vilket är 7 mer än 2024.

Medarbetare

Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser

Framgångsfaktorer: Rätt kompetens och bemanning

Uppdrag: Strategisk kompetensplanering.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Faktiska årsarbetare		2 260	Kirurgisk vård har ökat med 28 faktiska årsarbetare (FÅA) jämfört med 2025. Verksamhetsområdet har 6 fler årsarbetare och frånvaron har minskat med 22 FÅA varav föräldraledighet/VAB står för 13 FÅA och sjukfrånvaro för 20 FÅA. Annan frånvaro med och utan lön har ökat med 11 FÅA Ett mål över antal faktiska årsarbetare/årsarbetartak har tagits fram per klinik. Utfall mot mål följs upp varje månad.
Kostnad för bemanningsföretag (hyrkostnad som andel av egna personalkostnader)	2 %	1 %	Kostnaden för hyrbemanning som andel av egna personalkostnader är 1,0 procent sammanvägt för perioden jan-aug. Under juli och augusti har dock utfallet varit högre och legat på 1,4 och 1,6 procent. Kirurgisk vård har satt ett tuffare mål att andelen ska vara högst 1,0 procent och det målet uppnås. Kostnaderna är 10,7 miljoner kronor för 2026 i år jämfört med 11,9 miljoner kronor förra året. Kostnader för köp av bemanningsläkare är 4,2 miljoner kronor jämfört med 9,4 miljoner kronor 2025. Läkare köps främst inom kvinnokliniken Eksjö, ögonklinikerna och kirurgkliniken. Tidigare köp av Op/Iva klinikerna har upphört och tidigare köp av kvinnoklinikerna har minskat kraftigt. Kostnader för köp av sjuksköterska är 6,4 miljoner kronor jämfört med 2,5 miljoner kronor 2025. Sjuksköterskor/barnmorskor köps av kvinnokliniken och OP/IVA-kliniken på Höglandssjukhuset.
Personalomsättning (andel externa avgångar exkl pension) under de senaste 12 månaderna	5 %	5,7 %	Exklusive pension har vi en personalomsättning på R12 på 5,9% inom Kirurgisk vård, vilket är en liten minskning jämfört med samma period 2025. Sett till de olika sjukhusen inom vårt verksamhetsområde ligger Ryhov på 5,5%, Värnamo på 6,5%, Eksjö på 5,9%.

Aktiviteter	Analys
Följa upp målen för ekonomi i balans	Arbete har pågått under året med månatliga uppföljningar med verksamhetsområdets ledningsgrupp. Arbetet kommer fortlöpa under 2026. Några kliniker har särskilda uppföljningar med handlingsplan kopplade till ekonomi i balans.
Arbeta med årsarbetartak per klinik	Mål för antal faktiska årsarbetare/årsarbetartak finns för varje klinik inom Kirurgisk vård. Staben följer månadsvis utveckling och för dialog om analys

Aktiviteter	Analys
	och åtgärder med kliniker som avviker mot mål. Utvecklingen av årsarbetare har bromsats in.
Följa handlingsplaner för oberoende av bemanningsföretag	Hyrpersonal köps främst inom kvinno-, OpIVA- och kirurgklinikerna på Höglandssjukhuset. Inom främst kvinnokliniken har arbete med utbildningstjänster för barnmorskor och med anställning av ST-läkare successivt förbättrat bemanningsläget och minskat behovet av hyrpersonal. Innan användande av bemanningsföretag ska behovet prövas och godkännas av sjukvårdsdirektör och regiondirektör. Tydliga kriterier är uppsatta för när bemanningsföretag kan användas: - Upprätthålla bakjourskompetens - Upprätthålla viktig funktion (oavsett yrkesroll) som är vakant på grund av långsiktig sjukfrånvaro, hastig vakans där andra kompetenser inte kan ersätta direkt samt långvariga rekryteringsproblem.
Följa upp avgångssamtal	En handfull förfrågningar om att hålla avgångssamtal har hittills inkommit till HR. Verksamheten och HR-partner har i dialog kommit fram till riktad insats där man ser ett behov av detta arbetssätt.
Följa kompetensförsörjningsplaner	Arbete pågår på klinikerna med att färdigställa kompetensanalyserna (tidigare kompetensplaner). HR-partners och controllers stöttar i arbetet.
Omställningsfonden	

Framgångsfaktorer: En god arbetsmiljö och hälsa

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Andel övertidstimmar i förhållande till totalt utförd arbetstid %	1,7 %	1,4 %	Kirurgisk vård ligger på samma nivå vad gäller övertid i förhållande till total arbetad tid som föregående år, vilket är under regionens målvärde. Klinikerna fortsätter arbeta aktivt med att hålla nere övertiden, samt att fördela den jämnt i arbetsgruppen. Chefer ser också över det faktiska behovet innan övertid beordras. Den personalkategori som står för högst andel övertidstimmar av totalt arbetad tid är barnmorskor vilket beror på vakanta tjänster under året.

Aktiviteter	Analys
Arbeta för att minska övertid	Cheferna fortsätter att arbeta med förskjuten arbetstid i de fall det är möjligt för att undvika övertid och därmed värna om en bra arbetsmiljö för våra medarbetare. Cheferna arbetar för att fördela övertiden jämnare i arbetsgruppen. Uppföljning av statistik sker kontinuerligt i ledningsgrupperna på klinikerna.

Uppdrag: Ett systematiskt arbetsmiljöarbete med utgångspunkt i friskfaktorerna.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Andel heltidsanställda	91 %	88 %	Samtliga tjänster bör annonseras med sysselsättningsgrad på 100 procent. Verksamheterna har kännedom om Region Jönköpings läns riktlinjer för heltid som norm och medarbetare som arbetar deltid har möjlighet att anmäla önskemål om utökad sysselsättningsgrad.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Personalhälsa - Sjukfrånvaro %	5,5 %	5,7 %	Under tertial 2 är sjukfrånvaron 5,7% och har minskat med 0,9 procentenheter jämfört med T1 2026. Det är även en minskning på 0,5 procentenheter jämfört med T2 2025. Korttidssjukfrånvaron är 2,3% och långtidssjukfrånvaron är 3,4%. Det har skett en nedgång på både kort- och långtidssjukfrånvaron jämfört med T1 2026. Jämfört med T2 2025 är det långtidssjukfrånvaron som har minskat. Ryhov har en sjukfrånvaro på 5,7% vilket är en minskning jämfört med samma period föregående år. Fördelningen är 2,3% på korttidsfrånvaron och 3,4% på långtidsfrånvaron. Värnamo har en sjukfrånvaro på 5,8% vilket är en ökning jämfört med samma period föregående år. Fördelningen är 2,0% på korttidsfrånvaron och 3,8% på långtidsfrånvaron. Eksjö har en sjukfrånvaro på 5,8%, vilket är en minskning jämfört med samma period föregående år. Fördelningen är 2,5% på korttidsfrånvaron och 3,4% på långtidsfrånvaron.

Aktiviteter	Analys
Arbeta aktivt med ohälsa och sjukfrånvaro	På samtliga kliniker följer chefer personalens sjukfrånvaro och får stöttning av respektive HR-partner i arbetet. Vid signaler på ohälsa genomför cheferna omtankessamtal i syfte att stärka hälsa och minimera risken för sjukfrånvaro. Arbetsmiljöenheten anlitas i de fall deras expertis behövs i rehabiliteringsarbetet. Biträdande HR-chef stöttar vid komplexa rehabiliteringsärenden. Dialog har förts med verksamhetschefer kring vikten av att tidigt agera och aktivt arbeta med rehabilitering. AME har och kommer framöver under året att vara inkopplade för särskilda insatser på några kliniker, exempelvis analysera sjukfrånvaron och arbetsmiljön. HR-partners har under våren haft utbildning för chefer i arbetslivsinriktad rehabilitering på alla tre orter, där teori blandats med case och gruppdiskussioner. Detta har varit mycket uppskattat av cheferna. Under hösten kommer cheferna erbjudas call-ins i området arbetsanpassning.
Genomföra arbetsmiljörond och årlig uppföljning	Arbetsmiljöronder planeras in under året och ska vara genomförda under hösten, innan den årliga uppföljningen av systematiskt arbetsmiljöarbete genomförs i november.
Riktat arbete kring arbetsmiljö till chefer	Alla kliniker har erbjudits riktat stöd utefter svaren i den årliga uppföljningen. Efter dialog med kirurgisk vårds chefer har fokus initialts lagts på arbetslivsinriktad rehabilitering, där cheferna bjudits in till utbildningstillfällen på alla tre orterna. Under hösten kommer cheferna bjudas in till call-ins kring arbetsanpassning.

Framgångsfaktorer: Främjar kreativitet och delaktighet

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Andel chefer med färre än 35 medarbetare	100 %	76 %	36 chefer inom Kirurgisk vård har fler än 35 medarbetare. Dialog förs kring hur stödet för chefer med stora medarbetargrupper bäst kan se ut. Hos flertalet chefer önskas snarare administrativt stöd än ökad chefstäthet.

Aktiviteter	Analys
Uppföljning av klinikernas resultat från medarbetarundersökningen	Medarbetarundersökningen genomförs mellan 24 september - 13 oktober 2026.
Föra dialog med chefer som har mer än 35 medarbetare	Dialoger förs med de chefer som önskar stöd i frågan. Alternativa lösningar prövas i verksamheterna, bland annat chefer som arbetar viss del kliniskt och genom omfördelning av arbetsuppgifter till andra funktioner (ex. hantera korttidsfrånvaro). Vi strävar efter att goda exempel ska spridas mellan klinikerna.
Utvärdera chefsskap som inkluderar klinisk tjänstgöring	Verksamheterna behöver ha arbetat med chefsskap som inkluderar klinisk tjänstgöring över en tid innan vi kan utvärdera detta.

Ekonomi

Strategiska mål: God och hållbar hushållning

Framgångsfaktorer: Kostnadseffektiv verksamhet

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Ekonomi i balans	0 tkr	-105 348 tkr	Kirurgisk vård har efter aug en negativ budgetavvikelse på cirka 105 miljoner kronor. De största budgetavvikelserna finns inom Kirurgkliniken (67 mnkr), Op-IVA klinikerna samt Onkologen. Det förhållandevis stor underskottet inom Kirurgkliniken beror delvis på att det "lån" som tidigare funnits från kirurgisk vård centralt nu är återställt (50 mnkr på helår). Onkologkliniken har en negativ budgetavvikelse delvis beroende av ökade personalkostnader till följd av nya läkemedelsbehandlingar. Läkemedel kompenseras enligt rutin men inte tillkommande personalkostnader. Det behövs en modell som tar hänsyn till dessa kostnader. Ett förslag till modell är framtaget inom verksamhetsområdet. Kostnadsutvecklingen för personal har bromsat in men ligger högre än vad uppräkningen för löner är 2026. Kostnader för hyrbemanning fortsätter att minska något men största minskningen skedde mellan 2023 och 2024. I april räknades semesterskuld och kompdagar upp med 2026 års löneavtal till en kostnad av 5 miljoner kronor. Den kostnaden är inte kompenserad i budget. Ögonklinikernas resultat inom vårdval specialiserad ögonsjukvård är ett överskott med 0,6 miljoner kronor. Handlingsplaner för ekonomi i balans finns för såväl Kirurgisk vård totalt som för kliniker med ekonomisk obalans. Planen syftar till att minska kostnader för personal och övertid, lab och röntgen, material, läkemedel samt för köp av bemanningsföretag. Verksamhetsområdet arbetar även för att maximera intäkter för tillgänglighet och minska kostnader för köpt vård inom vårdgaranti. Fortsatt fokus är att via arbete med kloka (kliniska) val identifiera och eliminera kvalitetsbristkostnader och därmed minska kostnader. Exempelvis jobbar onkologkliniken med skörhetsbedömningar som förväntas minska kostnader för läkemedel och diagnostik. Extra fokus ligger på att minska personalkostnader bland annat genom införande av årsarbetartak relaterat till budgetutrymme. Exempel på insatser som pågår är att identifiera och ta bort uppgifter som skapar lågt värde. Verksamhetsområdets arbete med kapacitet och produktionsstyrning (KPS) har lett till förbättrad tillgänglighet bland annat via ökat antal operationer. Arbetet med KPS fortsätter som en viktig del i arbete för ekonomi i balans. Analyser visar att inflation och svag krona påverkat kostnader för köp av varor och tjänster kraftigt sedan 2019. 2019 väljs som jämförelse år då kostnader 2020-2021 är starkt påverkade av pandemin och 2022-2023 är påverkade av inflation. Under perioden 2019 till och med 2025 beräknas verksamhetsområdet kostnader ha ökat med 69 miljoner kronor helår utöver erhållen indexkompensation i budget. Denna prisutveckling ligger i basen och påverkar

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			verksamhetsområdets ekonomi fortsatt på ett negativt sätt. Det bidrar också till att åtgärdsplanen inte får genomslag.
Prognos	0 tkr	-140 000 tkr	Kirurgisk vård prognostiserar en negativ budgetavvikelse med 140 miljoner kronor för 2026. Det är en avvikelse på 4 procent. Till och med augusti har verksamhetsområdet en negativ budgetavvikelse på 105 miljoner kronor. Prognosen bygger i princip på att kostnader och intäkter fördelar sig över årets månader som de gjorde 2025. Undantag är främst internt fördelade statsbidrag där eventuell ersättning för ökade volymer för höft, knä mm ej är beaktade i prognosen. Det finns en tydlig handlingsplan för ekonomi i balans men den har inte gett avsedd effekt. Handlingsplanen har troligen minskat en än högre kostnadsutveckling men det finns samtidigt saker som driver på kostnaderna. En allmänt hög kostnadsnivå/inflation - även om inflationstakten har återgått till det mer normala så är kostnadsnivån betydligt högre idag än för några år sedan. Vissa verksamheter har också ökade materialkostnader till följd av ökade operationsvolymer tex ortopedi. För ekonomi i balans krävs ytterligare åtgärder. Regionens långtidsplan visar på en fortsatt minskning av såväl vårdtillfällen som vårdplatser. Det borde för Kirurgisk vård innebära en möjlig minskning av vårdplatser. Det bör vara ett långsiktigt arbete (10 år?) och det kräver en tydlig plan för att säkerställa patientsäkerhet/beläggning, arbetsmiljö, ekonomiska effekter med mera. Samtidigt krävs mer strategisk dialog på regional nivå. Det är viktigt att minska de resurser som är kopplade till vårdplatserna för att hämta hem de ekonomiska effekterna. Oftast ger inte en minskning med någon plats här och där några ekonomiska effekter utan det behövs minskningar där hela vårdlag berörs.

Aktiviteter	Analys
Handlingsplan för ekonomi i balans	Arbete med produktionsstyrning inklusive systematiskt förbättringsarbete med ständiga förbättringar förväntas öka effekten av verksamhetsområdets insatser och sänka dess kostnader. Verksamhetsområdet arbetar generellt med åtgärder för ekonomi i balans för att sänka kostnader för köp av bemanningsföretag, övertid, personal och kostnader för lab och röntgen, läkemedel och material. Personalkostnadsutvecklingen bromsade in 2025 men mycket arbete återstår de kommande åren. Det gäller även arbete med att via kloka kliniska val sänka kostnader för lab och röntgen och material där kostnaderna har ökat över index. Varje klinik arbetar med årsarbetartak för att bromsa personalkostnadsutvecklingen och minska antalet faktiska årsarbetare. Antal årsarbetare har ökat 2026 jämfört med 2025 främst på grund av en minskad frånvaro. Personalkostnader har ökat något utöver avtal. Handlingsplaner följs upp månadsvis med status i arbete och med påvisad och förväntad effekt på ekonomin dels för att

Aktiviteter	Analys
	uppnå effekt men även för att pröva om fler åtgärder behövs. Kliniker med underskott arbetar även med egna handlingsplaner och åtgärder för att nå ekonomi i balans. Arbete görs också för förtydliga ansvaret för ekonomi i balans och arbete pågår på alla nivåer i verksamhetsområdet för att minska obalansen och långsiktigt uppnå ekonomi i balans. Detta innebär även arbete med förtydligande av kostnadsmedvetenhet och ansvarstagande samt arbete med dialog, information och kommunikation på flera nivåer i organisationen. Som en del i det arbetet har ett särskilt förtydligande gjorts om ansvar för ekonomi i balans i utökat uppdrag/överenskommelse inledningsvis för kliniker med störst obalans.
Ekonomiuppföljningar med verksamheterna.	Månadsvisa avstämningar görs med OP-IVA klinikerna i Jönköping och Värnamo samt Kirurgkliniken för att följa kostnadsutveckling, effekter av åtgärder och även arbete med kostnadsmedvetenhet och ansvar. Motsvarande arbete pågår även för kvinnokliniken och ortopedkliniken på Länssjukhus Ryhov.
Ledningsgrupp, kliniker och MPG följer löpande KPP och DRG	Controllers följer och analyserar löpande KPP tillsammans med klinikledningsgrupper på de flesta av verksamhetsområdets kliniker. Flera har använt KPP-data för att analysera skillnader i till exempel användande av diagnostik mellan kliniker inom ett MPG. Inom Kirurgisk vårds ledningsgrupp fokuseras arbetet för tillfället på KPS. Ett kommande steg i KPS-arbetet är att med KPP värdera resursåtgången i processerna samt att följa upp inom vilka patientprocesser som kostnader för lab och röntgen har ökat mest.

Uppdrag: Samtliga kliniker använder modellen för ordnat införande vid ny eller förändrad verksamhet

Aktiviteter	Analys
Samtliga kliniker använder modellen för ordnat införande vid ny eller förändrad verksamhet	Modellen för ordnat införande är ett arbetssätt som är implementerat i verksamheterna inom Kirurgisk vård och följs upp löpande via ledningsstab i de fall det finns systemeffekter eller större påverkan. Samtliga verksamheter har i uppdrag att själva arbete med ordnat införande i sin egen organisation. Det som saknas i modellen är hur den ska kopplas till resursfördelning och effekthemtagning på klinik-, verksamhets- och regionnivå.

Uppdrag: Arbete med kvalitetsbristkostnader, kloka kliniska val och arbetssätt för bättre kvalitet, arbetsmiljö och lägre kostnader

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Personalkostnader	101,9 %	104,2 %	Personalkostnaderna har ökat med 4,2 procent jämfört med 2025. Ökningarna är något över avtal på månadslöner. I april räknades skulden för semester och kompdagar upp till 2026 års lönenivå. Detta ger en engångskostnad i april på 5 miljoner kronor inklusive sociala avgifter. Verksamhetsområdet har inte kompenserats för denna

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			konsekvens av löneavtalen. Fortsatt arbete behövs 2026 för att bromsa och minska kostnaderna för att uppnå ekonomi i balans.. Arbete tillsammans med bemanningscontroller och framtagande av bemanningshandbok är viktigt för att uppnå målen om minskade personalkostnader.
VO Kostnader för lab och röntgen	102,39 %	107,01 %	Kostnader för lab och röntgen har ökat med 7,0 procent jämfört med 2025 vilket är högre än prisökningar i genomsnitt för lab/röntgen. Augusti sticker ut som en dyr månad och kostnaden var 20% högre än aug 2025. Målsättningen är att kostnader ska vara max 102,8 procent av 2025 års kostnader. Målet på 2,8% är baserat på förra årets utfall plus index (4,9%) minus en kostnadsreducering med 2 procent enligt åtgärdsplan. Målet nås inte och fortsatta åtgärder behövs. En analys över hur prisförändringar inom röntgen påverkar varje klinik pågår tillsammans med controller från PRD.
VO Kostnader för material (inklusive förråd)	100,5 %	103,74 %	Materialkostnader har till och med augusti ökat ökat med 3,7 procent jämfört med 2025. Augusti var en extremt dyr månad jämfört med samma månad 2025 - 22% högre. I genomsnitt beräknas budgeten vara indexerad med 2,5 procent. Målet är att minska kostnaderna med två procent, det vill säga att kostnader 2026 ska vara max 0,5 procent högre än 2025. Mer arbete behövs för att sänka materialkostnader och bland annat planeras utbildningsinsatser kring inköp, lagerhållning, hållbarhet med mera. Arbete behöver även ske för att sprida goda exempel från bland annat Op-IVA kliniken på Ryhov som via arbete med ledningsgrupp, vårdenhetschefer och förrådsansvariga minskat kostnaderna kraftigt jämfört med 2024.
VO Kostnader för läkemedel	98 %	103,36 %	Kostnader för läkemedel har ökat med 3,4 procent till och med augusti Kvinnoklinikerna har en kostnadsökning på 30 procent vilket motsvarar ca 5 miljoner kronor. Kostnadsminskningar har skett främst inom ögonklinikerna där kostnaden har minskat med 3,7 miljoner kronor (ca 18%).

Aktiviteter	Analys
Arbeta med att minska kostnader för personal, material, läkemedel och lab/röntgen.	Kostnader och åtgärder följs månadsvis för att tydliggöra resultat och status i arbetet med att nå måluppfyllelse. Verksamhetschef ansvarar för att kliniken genomför, analyserar och kommenterar aktiviteter för måluppfyllelsen. HR och controller är stöd i arbetet. Kirurgisk vårds ledningsgrupp och ledningsstab följer detta månadsvis. Av åtgärderna har arbetet med att minska kostnader för bemanningsföretag haft störst effekt. Arbetet med kloka kliniska val för att minska kostnader för lab och röntgen har inte genererat minskade kostnader på helheten men mycket arbete pågår.

Aktiviteter	Analys
	Utvecklingen av faktiska årsarbetare har bromsats in men för att nå en ekonomi i balans behöver antalet minska.
Arbete med att identifiera och minska kvalitetsbristkostnader	Två huvudområden framträder: kvalitetsuppföljning och kompetensförsörjning. Onkologkliniken Jkp analyserar kvalitetsregisterdata utifrån performance status för att identifiera vilka patienter som har mest nytta av behandling och genomför journalgranskning av patienter som genomgått kostsamma molekylärpatologiska tester för att säkerställa korrekt användning. Ortopedkliniken Eks följer djupa protesinfektioner och gör månatlig journalgranskning. Onkologkliniken Jkp samt Ortopedkliniken Eks arbetar strukturerat med internutbildningar för att upprätthålla kompetens. Operations- och intensivvårdskliniken Eks lyfter allvarlig kompetensbrist, särskilt inom IVA, med behov av hyrpersonal och tydligt fokus på patientsäkerhet och arbetsmiljö.

Region Jönköpings län

Delårsrapport
Tertial 2 2026

Medicinsk vård

Dnr RJL 2026/21
Agneta Ståhl, sjukvårdsdirektör
Medicinsk vård
Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län, www.rjl.se

Innehållsförteckning

Inledning **4**

Medborgare och kund **7**

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på 7

Process och produktion **15**

Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare 15

Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet 17

Lärande och förnyelse **24**

Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya 24

Medarbetare **25**

Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser 25

Ekonomi **28**

Strategiska mål: God och hållbar hushållning 28

Inledning

Medicinsk vård har verksamhet inom akutsjukvård, ambulanssjukvård, barnhälsovård, barnsjukvård, barn-och ungdomshälsa, geriatrik, hud, infektion och medicin. Verksamhet bedrivs på sjukhusen i Eksjö, Jönköping och Värnamo, ambulanser runt om i länet, barn- och ungdomsenheter i Eksjö, Jönköping och Värnamo samt på länets familjecentraler. Hudkliniken har även en mottagning i Nässjö och barn- och ungdomshälsan har mottagning i Huskvarna, Nässjö och Värnamo. Infektionskliniken har också mottagning för sprututbytesverksamhet i Jönköping, Nässjö och Värnamo.

Antalet faktiska årsarbetare uppgick i genomsnitt till och med andra tertialet till 1929 stycken, vilket innebär att antalet faktiska årsarbetare har ökat med 3 stycken jämfört med föregående år motsvarande period.

Till och med andra tertialet har 81 346 läkarbesök utförts (201 färre jämfört med föregående år motsvarande period) och 116 501 besök annan yrkeskategori (1 731 färre jämfört med föregående år motsvarande period). Antalet disponibla vårdplatser uppgick till 284 stycken 287 föregående år motsvarande period) och antalet vårdtillfällen 15 211 stycken (379 fler jämfört med föregående år motsvarande period). Verksamhetsområdets 24 ambulanser utförde sammanlagt 26 848 uppdrag (1 814 fler jämfört med föregående år motsvarande period).

Årsbudgeten för 2026 uppgår till 3 228 mnkr. Det ekonomiska resultatet till och med andra tertialet visar på ett budgetunderskott om 5,6 mnkr. Den huvudsakliga orsaken till budgetunderskottet beror på högre kostnader avseende lönekostnader. Vilket beror på fler anställda än budgeterat. Verksamhetsområdet prognostiserar ett budgetunderskott om 25 mnkr.

Arbetet Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård har fortsatt. Flera team har arbetat kopplat till framför allt strategigrupp barn och unga. Som exempel har barnhälsovården på våra familjecentraler arbetat med utökade hembesöksprogram i samverkan med kommunernas socialtjänster. Arbetet har också fortsatt vad gäller spridning av konceptet Elevhälsocentral via en ny omgång av Bästa platsen för barn och unga, där regionen och våra tretton kommuner samverkar för tidiga samordnade insatser.

Tillgänglighet har varit ett prioriterat område och vårt KPS-arbete, kapacitets- och produktionsstyrning har fortsatt med hög intensitet. Tolv av tretton kliniker har nu ett uppstartat KPS-arbete. Effekter på tillgänglighet och arbetsmiljö påvisas inom de verksamheter som kommit längst i arbetet. Nu är vi också igång med att koppla på slutenvården.

Utvecklingen av e-hälsa har fortsatt. Verksamhetsområdet har haft fokus på alla tillgängliga e-tjänster och samarbetet med sektionen för e-hälsa har intensifierats. Digitalt utbud är inkluderat i KPS-arbetet.

Inom området SVF cancer har arbeten fortgått för att ytterligare förbättra processerna för att nå bättre resultat. Till och med andra tertialet blev 77 procent av förväntade utredda i ett standardiserat vårdförlopp (målvärde 70 procent) och 46 procent fick sin behandling startad inom ledtid (målvärde 80 procent). När det gäller PSVF, personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp, har PSVF stroke/TIA, reumatoid artrit, hjärtsvikt, palliativ vård och sepsis implementerats. När det gäller kunskapsstyrningens lokala programområden (LPO) så har hjärt-kärlsjukdomar, nervsystemets sjukdomar, mag- och tarmsjukdomar, reumatiska sjukdomar, infektionssjukdomar, äldres hälsa inkl. palliativ vård samt barn- och ungdomars hälsa startat. Kommande lokala programområden att starta upp är endokrina sjukdomar, hud- och könssjukdomar och lung- och allergisjukdomar. Uppstartsmöte är planerat till november månad. Dialog pågår att också starta upp LPO akutsjukvård.

SSIH (specialiserad sjukvård i hemmet) har tillsammans med kirurgisk vård två palliativa åtgärdsplatser på kirurgkliniken i Värnamo och Eksjö samt fem platser på onkologen i Jönköping. Beläggningsgraden på dessa åtgärdsplatser har varit 50 procent i Jönköping 40 procent i Eksjö, och 25 procent i Värnamo. Totalt har 2 200 hembesök genomförts.

Förbättringsarbetet med akutflödesprocessen har fortsatt under året. Dashboards har utvecklats och nu kan man i realtid följa patientflöden på akutmottagningar och antal lediga vårdplatser på vårdavdelningar. Vi ser dock att ledtiderna under året har stagnerat eller till och med försämrats inom vissa kliniker och diskussion pågår hur vi kan stötta arbetet ytterligare för att få ny fart.

Sjukhusvård i hemmet innebär att patienter som idag vårdas på sjukhus får sin behandling hemma i

nära samverkan mellan specialistsjukvård och kommunal hälso- och sjukvård. I den första piloten får utvalda patienter med infektioner möjlighet att fullfölja sin intravenösa antibiotikabehandling i hemmet i stället för på sjukhus. Läkaren på infektionskliniken har fortsatt det medicinska ansvaret, medan sjuksköterskor i den kommunala hälso- och sjukvården ansvarar för omvårdnad, läkemedelsadministration och uppföljning. Ronder hålls digitalt där kommunens sjuksköterska deltar tillsammans med patienten, ansvarig läkare och sjuksköterska på infektionskliniken. Kontakt med infektionskliniken är möjlig dygnet runt.

Piloten kom igång under januari månad och till och med juni har 18 patienter inkluderats med följande infektioner: endokarditer, urinvägsinfektioner, luftvägsinfektioner, ortopediska infektioner, syfilis och rosfeber. Totalt har det varit 130 vårddygn i hemmet och man har genomfört 54 digitala ronder. Uppföljning visar att ingen återinläggning har skett inom 30 dagar efter utskrivning och inga fall, trycksår, vårdrelaterade infektioner eller dödsfall har skett under sjukhusvård i hemmet. Under hösten är målsättningen att inkludera även hjärtsviktspatienter.

Klinikerna, inom Medicinsk vård, har var och en haft olika utmaningar under året. Störst medialt fokus har legat på barnkliniken som arbetat intensivt med att ta hand om de barn som felaktigt friskförklarats av en tidigare anställd barnkardiolog. Stöttning erbjuds till familjer och extern part har tagits in för att stötta medarbetare på kliniken, både gruppsamtal och individuella samtal har genomförts och erbjuds så länge behov finns. Fortsatt granskning av barnkardiologin pågår och anmälan är skickad till IVO, inspektionen för vård och omsorg, både vad gäller lex Maria och individärende. Beslut väntas under hösten.

De stora övergripande utmaningarna framöver är att bemanna verksamheter som behöver bemanning dygnets alla timmar samt att över tid hålla en ekonomi i balans. Verksamheterna kommer under året att fortsätta arbeta med sina handlingsplaner samt ha regelbundna uppföljningsmöten med stabsledningen inom Medicinsk vård. Genom enträget arbete och ständiga förbättringar är målsättningen att verksamhetsområdet ska nå resultat som ligger i topp både nationellt och internationellt.

Måluppfyllelse ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

	2026-08-31	Andel	2025-08-31	Andel
Antal mätetal som är uppfyllda	6	28%	4	20%
Antal mätetal som är delvis uppfyllda	9	44%	10	50%
Antal mätetal som inte är uppfyllda	6	28%	6	30%
Antal mätetal som mäts	21	100%	20	100%

Verksamhetsområdet når målet avseende måtten:

Faktisk väntetid till operation/åtgärd inom 60 dagar

Överbeläggningar

Standardiserade vårdförlopp (SVF) - andel utredda patienter i SVF

Kostnad för bemanningsföretag

Vårdprevention – upprättade vårdplaner

Personalhälsa - sjukfrånvaro

Målet nås delvis :

Genomföra återbesök inom medicinskt måldatum

Beläggning

Disponibla vårdplatser

Fått hjälp och lämnat akutmottagningen inom 4 timmar

Faktisk väntetid till första besök

Tid till ambulans - andel prioritet 1 larm inom 20 minuter

Återinläggningar inom 30 dagar, vårddygn

Utskrivningsklara patienter på vårdavdelning

Andel heltidsanställda

Målet nås inte avseende måtten:

Antal utlokaliserade per 100 disponibla vårdplatser

Standardiserade vårdförlopp (SVF) - andel inom max ledtid

Faktiska årsarbetare

Personalomsättning (andel externa)

Andel chefer med 10 - 35 medarbetare

Ekonomi i balans

Medborgare och kund

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på

Framgångsfaktorer: Nöjda kunder och intressenter

Aktiviteter	Analys
Följa resultat i NPE och identifiera förbättringsområden.	Förra året publicerades resultaten från nationell patientenkät (NPE) akutsjukvård, somatisk slutenvård och somatisk öppenvård. Enkätsvaren är underlag för klinikernas utvecklingsarbete. Som komplement till NPE genomför flera kliniker egna undersökningar, bland annat genom att sätta upp QR-koder med länkar till enkäter på mottagningar och vårdavdelningar. Dessutom genomförs olika typer av regelbundna och strukturerade intervjuer för att inhämta patientsynpunkter.

Uppdrag: Dokumenterad överenskommelse ska finnas mellan patient och vårdgivare.

Aktiviteter	Analys
Utveckling av kvalitet och innehåll i överenskommelser och planer.	För att utveckla kvalitet och innehåll i överenskommelser och planer har under första tertialet 2026 verksamhetsområdes-gemensamma workshops genomförts innehållande exempel och erfarenhetsutbyte. Dessa kommer också genomföras under tertial 3 för att fånga upp samtliga verksamheter med behov. Under tredje tertialet kommer workshops genomföras i verksamhetsområdets ledningsgrupp med fokus på att sprida goda exempel från verksamheter med goda resultat och skapa dialog för gemensam utveckling.
Fortsätta arbetet med samordning av dokumenterade överenskommelser med fokus på vissa sjukdomsgrupper/komplexa behov	Inledande arbete med dokumenterade patientöverenskommelser har påbörjats. En GAP-analys visar att många patienter, särskilt personer med kroniska sjukdomar, har flera parallella överenskommelser. Data för grupper med många vårdkontakter har tagits fram av Qulturum. Syftet med analysen var att tydligare kartlägga innehållet i dessa överenskommelser. Arbetet förväntas bidra till ett mer sammanhållet och effektivt arbetssätt med patientöverenskommelser.

Framgångsfaktorer: God tillgänglighet

Uppdrag: Förbättra tillgängligheten till vården och tandvården utifrån systemmätetal och mål för verksamheterna.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Faktisk väntetid till första besök inom 60 dagar i specialiserad vård nationell rapportering.	80 %	70 %	Tillgängligheten till första besök uppgick till och med augusti i till 70 procent. Föregående år motsvarande period 67 procent. 500 patienter har under augusti väntat mer än 60 dagar. Föregående år 490 patienter. Flest väntande har verksamhetsområdet inom hudkliniken. Hudkliniken köper från och med november 2023 vårdtjänster av vårdgivare

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			utanför Region Jönköpings län för att förbättra tillgängligheten. Tillgängligheten förväntas öka i och med att verksamhetsområdets arbete med kapacitet och produktionsstyrning (KPS) fortskrider.
Faktisk väntetid till operation/åtgärd inom 60 dagar i specialiserad vård nationell rapportering	80 %	82 %	Tillgängligheten till åtgärd/undersökning avseende gastro- och koloskopier uppgick till och med augusti till 82 procent. Föregående år motsvarande period 82 procent. Under augusti har 24 personer väntat mer än 60 dagar.
Genomförda återbesök inom medicinskt måldatum	90 %	79 %	Tillgängligheten avseende genomförda återbesök (läkare och annan personalkategori) inom medicinskt måldatum uppgick till och med augusti till 79 procent. Föregående år motsvarande period 80 procent. Under augusti genomfördes 66 procent av läkarbesöken inom måldatum. Tillgängligheten förväntas öka i och med att verksamhetsområdets arbete med kapacitet och produktionsstyrning (KPS) fortskrider.
Nämnd Fått hjälp och lämnat akutmottagningen inom 4 timmar	90 %	77 %	Tillgängligheten i länet uppgick till och med augusti till 77 procent. Föregående år motsvarande period 80 procent. Tillgänglighet per akutmottagning: Akutmottagningen på Länssjukhuset Ryhov (exklusive barnakuten): 76 procent Barnakuten på Länssjukhuset Ryhov: 90 procent Akutmottagningen på Höglandssjukhuset Eksjö: 69 procent Akutmottagningen på Värnamo sjukhus: 76 procent De tre senaste åren har tillgängligheten varit stabil runt 77 procent. En del av förklaringen är införandet av bakjourskoordinator på akutmottagningen på Länssjukhuset Ryhov. Antal akuta besök i länet (läkarbesök och övriga besök) har minskat med 3 procent till och med augusti jämfört med motsvarande period föregående år. Antalet besök i augusti jämfört med motsvarande månad föregående år är oförändrad.
Tid till ambulans - andel prio 1 larm inom 20 minuter	80 %	74 %	Tillgängligheten uppgick till och med augusti till 74 procent. Föregående år motsvarande period 75 procent. Antalet prioritet 1 uppdrag har minskat med 3 procent jämfört med föregående år motsvarande period. Inom- och utomlänstransporter mellan vårdinrättning tar en stor del av ambulanssjukvårdens resurser, cirka 12 procent av totalt antal uppdrag. Ambulansverksamheten har under 2025 startat upp en verksamhet (transportfordon) som ska ta hand om inom- och utomlänstransporter mellan vårdinrättningar. Under andra halvan av 2026 kommer ytterligare en kvällsambulans att tas i bruk i Jönköping. Förväntad effekt är ökad tillgänglighet för prioritet 1 uppdrag. Ambulanssjuksköterska jobbar på SOS Alarm och stöttar SOS-alarms personal i arbetet med dirigering/logistik avseende utomlänstransporter, vilket har haft en positiv effekt på tillgänglighet.
VO Andel 80 år och äldre som har blivit bedömda och lämnat akutmottagningen inom 4 timmar	90 %	68 %	Till och med augusti har 32 procent av patienterna över 80 år väntat mer än 4 timmar på akutmottagning. Föregående år motsvarande period 30 procent. Orsaken beskrivs vara att patienterna inväntar inläggning på sjukhus eller utskrivning för hemgång. Arbete pågår med att förbättra handläggningstiden.

Aktiviteter	Analys
Följa antalet patienttransporter.	Arbetssättet och rutiner för transportambulansen har satt sig under 2026 och verksamheterna, både inom Region Jönköpings län och i Linköping, har fått och tagit till sig information om vilken vård och kapacitet man kan erbjuda. Det har varit flera tillfällen med både tre och fyra patienter samtidigt i transporten (maxkapacitet fyra patienter per transport). Till och med augusti 2026 har 378 patienter transporterats. Föregående år motsvarande period (exklusive januari) transporterades 368 patienter.

Uppdrag: Förbättra tillgängligheten till reumatologen.

Aktiviteter	Analys
Intensifiera KPS-arbetet.	Under 2026 intensifieras KPS-stöd till reumatologi med syfte att förbättra tillgängligheten och stödja i pågående förbättringsarbeten. Under årets första två tertial har flera förbättringsarbeten identifierats inom ramen för exempelvis digitalisering, ökad framförhållning i planering och förändrade arbetssätt utifrån rätt använd kompetens (RAK). Analys visar att de tider som planeras för att ta emot patienter nyttjas i hög grad, men ytterligare tid behöver frigöras för klinisk verksamhet. Förbättringsarbeten som påbörjats för att göra den förflyttningen är exempelvis att förflytta arbetsuppgifter mellan yrkeskategorier enligt RAK, säkra följsamhet till rutiner, digitalisera genom att införa formulär, kvalitetssäkra och rensa väntelistor samt att planera med längre framförhållning för att öka förutsättningarna för proaktiv styrning. Sjuksköterskemottagningen har utökats med en resurs, i syfte att frigöra läkartid genom bland annat förflyttning av stabila återbesök samt sjuksköterskeledda knäinjektioner. Samtidigt avlastas nu sjuksköterskemottagning av vårdadministrationen som hanterar fler bokningsunderlag, beställning av prover, kallelser och bokning av nybesök. Arbetssätten har börjat förändras, men det är ännu för tidigt att se effekten på tillgängligheten.

Uppdrag: Förbättra tillgängligheten och omhändertagandet av barn och ungdomars psykiska hälsa.

Aktiviteter	Analys
Säkerställa att den specialiserade nivån och den primära nivån barn och unga psykisk hälsa kan möta invånarens behov.	Sedan mars arbetar barn- och ungdomshälsan (BUH) tydligare med stegvisa insatser även för barn och unga med svårigheter inom koncentration, uppmärksamhet och socialt samspel. Vårdnadshavare kontaktar En väg in (EVI) utifrån barnets symtom och, efter en första bedömning, triageras cirka 60 procent direkt till barn- och ungdomshälsan (BUH). Det förändrade arbetssättet har bidragit till att fler barn och unga får tidiga insatser på rätt vårdnivå och samtidigt till förbättrad tillgänglighet inom barn- och ungdomspsykiatrin (BUP). I augusti var den genomsnittliga väntetiden 25 dagar till nybesök och 57 dagar till genomförd utredning inom BUP. Förändringen har samtidigt inneburit en ökad tillströmning av ärenden till BUH. Till och med andra tertialet har antalet

Aktiviteter	Analys
	patienter ökat med 13 procent och antalet kontakter med 17 procent. Trots effektiva och stegvisa arbetssätt har BUH samlade resurser inte varit tillräckliga för att möta den ökade efterfrågan. Medelväntetiden till första besök har varit 25 dagar, jämfört med den regionala målsättningen på 14 dagar.

Uppdrag: Under mandatperioden ska Region Jönköpings län säkra akutvårdkedjan för att patienter ska få ett snabbare och säkrare omhändertagande i hela länet.

Aktiviteter	Analys
Arbeta med att förbättra akutvårdkedjan	Förbättringsarbetet med akutflödesprocessen fortsätter. Samtliga sjukhus har arbetsgrupper som utvecklar arbetssätt för att hantera högt patientinflöde (PHA), komplexa vårdbehov och smidiga övergångar mellan akutmottagning och vårdavdelning. Målet är ökad patientsäkerhet, kortare ledtider och bättre patientupplevelse. Arbete pågår med att minska återbesökens belastning på akutmottagningarna och förbättra patientomhändertagandet. Regionens akutmottagningar fortsätter att ligga i topp nationellt, med 77 procent av patienterna färdigbehandlade inom fyra timmar. Dessutom visar senaste nationella patientenkäten att patienterna upplever akutmottagningarna har förbättrat sig avsevärt inom samtliga aspekter. En utmaning kvarstår för patienter över 80 år, där siffran är 68 procent. Den lägre andelen beror främst på behovet av omfattande samrådsbedömningar, vilket förlänger ledtiderna. Under första och andra tertialet 2026 utforskas möjligheten att implementera arbetet med akutflödet i kunskapsstyrningen som ett LPO (länsgemensamt programområde). Syftet med att implementera LPO akut är att stärka involvering och uppföljning samt följa ordinarie linjestruktur. Planen är att beslutsunderlag för LPO akut kommer överlämnas till sjukvårdens ledningsgrupp under 2026.

Uppdrag: Tillse att det finns vårdplatser efter behov på de tre akutsjukhusen.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Nämnd Disponibla vårdplatser	317	284 ◆	Antalet disponibla vårdplatser uppgick till och med augusti till 284 stycken. Föregående år motsvarande period uppgick antalet till 287 stycken. Förändringen beror på en minskning av antalet disponibla vårdplatser inom medicin- och geriatrikkliniken Höglands sjukhuset, medicinkliniken och barnkliniken inom Länssjukhuset Ryhov. Under augusti som enskild månad uppgick antalet disponibla vårdplatser till 270. Föregående år motsvarande period uppgick antalet till 269 stycken.
Nämnd Beläggning	<85 %	87 % ◆	Beläggningen uppgick till och med augusti till 87 procent. Föregående år motsvarande period uppgick beläggningen till 86 procent. Antalet vårdtillfällen har till och med augusti 2026 ökat med drygt 2 procent jämfört med föregående år motsvarande period. Antalet disponibla vårdplatser är något färre jämfört med föregående år.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Nämnd Utlokaliserade		1,1 %	Antalet utlokaliserade patienter uppgick till och med augusti till 94 stycken per månad. Föregående år motsvarande period 61 stycken per månad. Jämfört med föregående år motsvarande period har antalet utlokaliserade patienter ökat med 54 procent. Framför allt så ökade antalet i januari och juli. Under augusti som enskild månad uppgick antalet utlokaliserade patienter till 83 stycken. Föregående år motsvarande månad 51 stycken.
Nämnd Överbeläggningar	0 %	0,6 %	Andelen överbeläggningar i förhållande till antalet disponibla vårdplatser uppgick till och med augusti till 0,6 procent. I genomsnitt per månad uppgick antalet överbeläggningar till 53 stycken. Föregående år motsvarande period uppgick antalet till 63 stycken. Antalet överbeläggningar har minskat med 16 procent jämfört med föregående år motsvarande period. Antalet överbeläggningar uppgick under augusti till 39 stycken. Föregående år motsvarande månad 45 stycken.
Nämnd Återinläggningar inom 30 dagar vårddygn	15 %	16 %	Klinikerna har arbetat med att analysera återinläggningar. Ett flertal av återinläggningarna är av typen - varit skickad till Linköping och återkommer efter vård där. Till och med augusti uppgår resultatet till 16 procent. Föregående år 16 procent. Exempel på arbetssätt är att kliniker använder PREA 30-patientlistan (Patient REAdmission) för att identifiera riskpatienter för återinläggningar.
Nämnd Utskrivningsklara		2,3 %	Målet för hur länge en utskrivningsklar patient ska vara inneliggande på vårdavdelning uppgår till 2 dygn. Medicinsk vård når inte upp till målet. En del av förklaringen är främst kopplat till begränsat inflytande över kommunala korttidsplatser och primärvårdsinsatser.

Aktiviteter	Analys
Arbeta med att ha vårdplatser på rätt ställe.	Samtliga verksamheter med slutenvård inom Medicinsk vård arbetar kontinuerligt med att dimensionera för rätt antal disponibla vårdplatser. På övergripande nivå pågår utveckling av ett verktyg till stöd för att förstå behovet av vårdplatser samt dimensionera dessa pågår, prototyp finns framtagen och används inför sommarplaneringen.

Framgångsfaktorer: God och jämlik hälsa

Uppdrag: Förbättra folkhälsan hos länets invånare.

Aktiviteter	Analys
Deltar i strategigruppernas arbete för arbete med Bästa platsen	Arbetet i strategigrupp äldre fortsätter med att uppdaterad handlingsplanen. Bästa platsen att åldras på står inför ett omtag 2026.

Uppdrag: Arbeta för en mer jämlik hälsa hos utrikesfödda invånare.

Aktiviteter	Analys
Skapa en medvetenhet om socioekonomins och/eller kulturell påverkan på patientsäkerhet och kliniska resultat, samt åtgärda där det finns behov.	Under 2025 stärktes arbetet för att öka medvetenheten om socioekonomiska och kulturella faktorers påverkan på patientsäkerhet och kliniska resultat genom workshop med ledningsgruppen i samverkan med hälsokommunikatörer. Vissa kliniker har efter det själva initierat samarbetet med hälsokommunikatörer. Under vårens verksamhetsdialoger med klinikerna har det funnits en fråga om jämlik vård. På frågan har klinikerna tagit upp jämförelser kring kön, ålder och boendeort men även hur socioekonomiska och kulturella faktorer påverkar och hur klinikerna arbetar med detta. Bland flera exempel finns bland barn- och ungdomsenhetens dialogfrukostar på Råslätt och Öxnehaga. En av målsättningarna med dessa är att diskutera psykisk ohälsa med grupper där detta är skambelagt.

Uppdrag: Förbättra barn och ungas hälsa.

Aktiviteter	Analys
Följa spridning i länet av elevhälsocentraler	Styrgrupp Bästa platsen, utsedd av strategigrupp barn och unga, planerar spridning av konceptet elevhälsocentral / tidiga samordnade insatser via ny omgång av Bästa platsen för barn och unga. Bästa platsen i Jönköpings län är ett länsgemensamt forum och arbetssätt där regionen och kommuner möts för att utveckla samverkan kring barn och unga. Det handlar konkret om återkommande träffar, erfarenhetsutbyte och gemensamt utvecklingsarbete där olika verksamheter som skola, socialtjänst, fritid och hälso- och sjukvård deltar. Syftet är att stärka strukturer och arbetssätt som gör att barn och unga får rätt stöd i rätt tid. En projektplan är framtagen ”Länsgemensam struktur för tidiga samordnade insatser”.
Medverka till uppstart av konsultationsteam i samverkan med våra 13 kommuner.	Barn och ungdomshälsan deltar i arbetet.

Uppdrag: Stärka arbetet med barnobesitas.

Aktiviteter	Analys
Följer utvecklingen av Obesitasteam	Den regionala arbetsgruppen med representation från barn- och ungdomsenheten, rehabiliteringscentrum, barn- och ungdomshabiliteringen, tandvården och barnkliniken har fortsatt utveckla arbetssätt och samverkansformer för barn med obesitas i behov av samordnade insatser. Fortsatt stort behov att via ett regionalt obesitasteam inom specialistvården kunna erbjuda barn med obesitas och samsjuklighet i form av diabetes, fettlever och högt blodtryck adekvat medicinsk behandling och samordning av multidisciplinära insatser.

Uppdrag: Förebyggande insatser som stöd till nyblivna föräldrar.

Aktiviteter	Analys
Föräldraskapsstöd och uppsökande verksamhet med extra stöd.	Familjecentraler och barnhälsovården (BHV) i länet arrangerar tematträffar och gruppaktiviteter för blivande och nyblivna föräldrar. Exempel på teman som kan tas upp är vara ny förälder (vardag, samspel och anknytning), kost, sömn och barns utveckling, utmaningar och vardagsliv med små barn, relationer och föräldrarollens förändringar. Dessa träffar leds av BHV-sjuksköterska, kurator, pedagog och barnmorska tillsammans eller var för sig. Syftet med ovan är att ge ett tidigt och tryggt stöd i hemmiljön, samtala om barns utveckling och familjens behov samt skapa en relation till vårdpersonal redan i början av föräldraskapet. Universella hembesök i det nationella barnhälsovårdsprogrammet erbjuds till alla familjer när barnet är nyfött och vid 8 månader. Arbete pågår med att utveckla utökade hembesöksprogram i samverkan med socialtjänsten inom ramen för arbetet på familjecentralerna.

Uppdrag: Fortsätta arbeta för en jämlik geriatrisk vård i länet

Aktiviteter	Analys
Utveckla forsknings- och kompetensutvecklingsaktiviteter för geriatrik	Av de sjutton olika idéer som kliniker och forskare kom fram till under workshops 2024, har några övergått till forskningsprojekt. Exempelvis att kvalitativt utvärdera "digitala kompisar", där seniorer lär varandra om digital teknik och e-hälsa. Arbetet fortsätter 2026 bland annat med att planera och genomföra seminarium där ett bland flera fokusområden kommer vara temat våld mot äldre.
Utveckla och prova metod för äldreanpassat sjukhus	Inom programmet bästa platsen att åldras på, pågår arbete med att skapa ett äldrevänligt samhälle, baserat på världshälsoorganisationens åtta domäner. En av dessa domäner är utvecklingen av ett äldrevänligt hälso- och sjukvårdssystem. Det finns i dagsläget ingen etablerad modell för att granska ett helt sjukhus utifrån äldrevänlighet, motsvarande de modeller som finns för barnvänliga sjukhus. Inom ramen för detta arbete har följande genomförts: En tjänstedesign-workshop med seniorer har genomförts med mycket god respons. Seniorerna har uttryckt en stark vilja att fortsätta engagera sig i det fortsatta utvecklingsarbetet. En litteraturgenomgång har genomförts som visar att befintliga modeller främst fokuserar på delar av sjukhuset, exempelvis äldrevänliga akutmottagningar och inte omfattar hela sjukhusmiljön. Ett uppdrag är framtaget för projektgrupp och förankringsarbete.

Uppdrag: Säkerställa att verksamheter som är centraliserad inom Region Jönköpings län, når länets invånare jämlikt.

Aktiviteter	Analys
Analys av jämlika vårdleveranser i länet	Arbetet med jämlika vårdleveranser i länet berör samtliga verksamheter inom Medicinsk vård och arbetet följs upp under verksamhetsdialoger. Under andra tertialet 2026 har controllers tagit fram gemensamt underlag för analys till berörda mötesforum såsom LPO (Lokala program grupper) samt MPG (Medicinska program grupper) inom Medicinsk vård. Återkoppling av verksamheternas arbete utifrån controllers, och eventuellt egna, underlag kommer följas upp i samband med höstens verksamhetsdialoger. Analyserna har genomförts inom områdena astma barn och ungdoms medicinska mottagningen, hudkliniken, kardiologi i länet samt inom barnhälsovården. I huvudsak så är vården jämlik ur ett geografiskt perspektiv. Inom en av specialiteterna ser det ut som om tillgängligheten till vården skiljer mellan de olika länsdelarna. Vidare analys behövs.

Process och produktion

Verksamhetsstatistik

	Utfall 2025-08	Utfall 2026-08	Förändring % 2026-2025
Vårdtid dagar	58 915	59 751	1,4%
Vårdtillfällen	14 832	15 211	2,5%
Disponibla vårdplatser	287	284	- 1,4%
Antal läkarbesök	81 547	81 346	- 0,2%
Antal besök annan personalkategori	118 232	116 501	- 1,5%
Andel digitala besök läkare, annan personalkategori	1 %	1,3 %	0,3%
Antal ambulanstransporter	25 034	26 848	7,2%

Tabellen ovan innehåller både besök inom somatisk vård, barnhälsovård (primärvård) samt barn- och ungdomshälsan (primärvård).

Vårdtillfällena har främst ökat inom barnkliniken Länssjukhuset Ryhov (130 vårdtillfällen, 8 procent) och infektionskliniken Länssjukhuset Ryhov (70 vårdtillfällen, 10 procent). I övrigt är det inte några större förändringar jämfört med föregående år. Jämfört med tidigare år har en större minskning skett över tid.

Antalet disponibla vårdplatser uppgick i genomsnitt till 284 stycken (föregående år 287 stycken). Främst är det medicin- och geriatrikkliniken på Höglandssjukhuset i Eksjö samt barnkliniken på Länssjukhuset Ryhov som har minskat antalet disponibla vårdplatser jämfört med föregående år.

Antalet läkarbesök har minskat något. Barnkliniken på Länssjukhuset Ryhov har minskat med 500 läkarbesök, 6 procent, barn och ungdomsmedicinska mottagningen har minskat med 300 läkarbesök, 5 procent. Medan medicin- och geriatrikkliniken på Värnamo sjukhuset har ökat med 500 läkarbesök, 5 procent.

Antal uppdrag inom ambulansverksamheten har totalt ökat med 1 800 uppdrag, 7 procent. Prioritet 1 larm ökar med 660 uppdrag, 7 procent.

Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare

Framgångsfaktorer: Utveckling av arbetssätt och digitala tjänster

Uppdrag: Erbjuda digitala tjänster som en del av verksamheternas ordinarie utbud.

Aktiviteter	Analys
Implementera och fortsatt utveckla användningen av Region Jönköping läns utbud av e-tjänster utifrån invånarens och verksamhetens behov.	Samtliga verksamheter arbetar med att utveckla användningen av e-tjänster. Uppföljning sker på verksamhetsdialoger två gånger per år. Utveckling av e-tjänster sker även inom ramen för KPS-arbetet, där även nya behov och möjligheter identifieras och implementeras. Ett exempel på det är sista-minuten-tider som införts hos Hudkliniken och nu sprids vidare till andra kliniker. Sista-minuten-tider kan exempelvis användas när en planerad mottagningstid har avbokats nära inpå. Genom att nyttja en ny funktion i Cosmic skickas ett erbjudande via 1177 till ett utvalt antal invånare som kan boka in sig utifrån först till kvarn-principen. Tidigare har dessa tider antingen blivit outnyttjade, eller fyllts genom att en sjuksköterska

Aktiviteter	Analys
	ringt in patienter, vilket tar mycket tid. Effekten av införandet av sista-minuten-tider är att fler planerade mottagningstider nyttjas, att värdefull arbetstid kan användas till mer värdeskapande arbetsuppgifter samt att tillgängligheten för invånare ökar. Ett annat exempel är införandet av digitala formulär som skickas ut till ett urval patienter inför återbesök. När patienten fyllt i formuläret kan svaren användas för att avgöra nästa steg; Är behovet ett återbesök hos läkare eller sjuksköterska, behov av telefontid eller behov av vidare vård inte längre finns.

Uppdrag: Öka användningen av digitala tjänster och system för vård, hälsa och prevention.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
SJLG Öka antal vårdinitierade ärenden 1177 jämfört med föregående år	30 %	27 % ◆	Målet är inte uppnått under augusti 2026, sämre resultat än under motsvarande period föregående år.
Andel vårdplaneringsmöte n/SIP som genomförs via video		64 % ■	Målvärdet saknas. Detta skall vara framtaget av område E-hälsa. Spridningen av andelen vårdplaneringsmöten/SIP ligger mellan 72 - 0 procent. Den verksamhet som har bäst resultat är barn och ungdomshälsan, vårdplaneringsmöten/SIP används framförallt i barn verksamheterna. Det finns stor potential för förbättringar och lärande inom verksamhetsområdet genom erfarenhetsutbyte mellan verksamheterna.
Andel ombokningar som patienter gör via webtidbok	60 %	10 % ■	Resultatet är 2 procent bättre jämfört med föregående år motsvarande period. Högt satt målvärde som vi strävar mot att nå. Verksamhetsområdet når dock inte uppsatt mål.

Aktiviteter	Analys
Följer klinikernas arbete med införande av e-hälsotjänster	Arbetet med E-hälsotjänster följs upp av Medicinsk vårds IT strateg. Resultat och nuläge redovisas på ledningsgruppen inom Medicinsk vård. Resultatet följs också upp på Medicinsk vårds verksamhetsdialoger en gång i halvåret. Fem områden följs upp månadsvis: 1. Antal bokade tider 1177 webtidbok. 2. Antal invånare initierade ärende i 1177. 3. Antal vård initierade ärende i 1177. 4. Antal skickade formulär 1177. 5. Andel besvarade formulär 1177. Medicinsk vård har förbättrat resultatet jämfört med föregående år inom fyra av fem områden under 2026.
Uppföljning och erfarenhetsutbyte mellan verksamheterna vid införande av digitala tjänster.	Uppföljning av aktiviteten kommer att ske under Medicinsk vårds ledningsmöten under andra halvåret 2026.

Uppdrag: Förbättra dialogen mellan sjukhusens specialistvård och primärvården genom sömlös vård och övergångar.

Aktiviteter	Analys
Utveckla och säkerställ stödet mellan specialiserad vården och vårdcentraler	Kontakten mellan den specialiserade vården och primärvård inom konceptet sömlös vård är väl etablerad och fungerande kontaktvägar finns mellan vårdnivåerna. Arbetet fortsätter med att utveckla arbetssätt som stärker informationsflödet i båda riktningar i syfte att säkerställa ömsesidig kommunikation och en mer sammanhållen vård för patienterna. I nuläget är kontakten från primärvården till specialistsjukvården god, medan specialistsjukvården kontaktar primärvården i lägre utsträckning. Under hösten 2026 kommer gemensamma workshops genomföras i verksamhetsområdets ledningsgrupp med syfte att dela erfarenheter i exempelvis arbetssätt för att hantera konsult-telefon, hur vi kan öka specialistsjukvårdens kontakt med primärvården samt gemensamt analysera vilka resultat det ger och kan ge.

Uppdrag: Fasa ut mindre värdeskapande arbetssätt och aktiviteter.

Aktiviteter	Analys
Stödjer utfasningen av icke-värdeskapande processer	En viktig del i utfasningen av icke värdeskapande processer är klinikernas arbete med kloka kliniska val, där verksamheterna i Medicinsk vård har arbetssätt för kollegialt erfarenhetsutbyte och dialog. En andra viktig del är att identifiera icke värdeskapande processer genom att digitalisera och automatisera. Ett exempel på det är barnhälsovården som har implementerat en robot som med automatik och mindre arbetsinsats kallar vissa patientgrupper till planerade möten. Att automatisera kallelser frigör tid för kliniska resurser. Som ett tredje exempel kan nämnas de processflöden som ses över inom ramen för KPS-arbetet, som ofta leder till att icke värdeskapande moment identifieras och kan förändras.

Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet

Framgångsfaktorer: Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Andel förstagångsföräldrar som genomgått hälsosamtal	85 %	50 %	Målvärdet för genomförda hälsosamtal har inför 2026 höjts från 50 till 85 procent. Resultatet till och med andra tertialet är 50 procent. Resultatet är i nivå med det tidigare målvärdet, men något under resultatet för första tertialet 2026. En förklaring till det lägre resultatet kan vara att bemanningen halveras under semesterperioden och därmed skjuts tidpunkten för samtalen framåt. Det finns en stor variation mellan mottagningarna, där resultaten ligger mellan 33 och 78 procent.

Framgångsfaktorer: Säker verksamhet

Uppdrag: Arbeta med rätt antibiotikaförskrivning och att minska vårdrelaterade infektioner.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Vårdrelaterade infektioner per 100 vårdtillfällen		3,13	Antal vårdrelaterade infektioner jämfört med föregående år motsvarande period är något högre. Verksamhetsområdet redovisar resultat månadsvis i ledningsgruppen inom Medicinsk vård.

Uppdrag: Fortsatt utveckling av Region Jönköpings läns patientsäkerhetsarbete och integrering av Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Vårdprevention - upprättade vårdplaner	95 %	90 %	Medicinsk vård når inte målet på 95 procent. När risk har har identifierats har vårdplaner startats i 90 procent av fallen inom Medicinsk vård.
VO Antal händelseanalyser genomförda	>10	18	Arton händelseanalyser genomfördes under andra tertialet 2026. Händelseanalyserna ligger till grund för att förbättra rutiner och processer. Det är avgörande för att förstå och förebygga vårdskador och andra oönskade händelser. Det har också genomförts andra patientsäkerhetsanalyser bland annat tillsammans med verksamheter, där vi initierat händelseanalysen.
SJLG Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK)	100 %	78 %	Målet om 100 procent uppnås inte. Resultatet uppgår till 78 procent. Resultatet föregående år motsvarande period uppgick till 83 procent. Verksamheten jobbar kontinuerligt med denna fråga genom observationer och uppföljning av hygienombuden.
SJLG Upprättad vårdplan - Fall	95 %	89,8 %	Riskbedömning av fallrisk inom slutenvård syftar till att identifiera patienter med ökad risk att falla och att vidta förebyggande åtgärder. Processen riskbedömning inom verksamhetsområdet är stabil. Exempel på olika arbetssätt är omvårdnadsronder och SEUPP (strukturerad tillsyn av patienterna). På vissa enheter har tvärprofessionella fallgrupper bildats. Det undersöks möjligheter att använda AI-baserad system för att identifiera falltendenser. Andelen upprättade vårdplaner håller sig på runt 90 procent.
SJLG Upprättad vårdplan - Trycksår	95 %	87,9 %	Riskbedömning av risk för trycksår inom slutenvård syftar till att identifiera patienter med ökad risk att få trycksår och vidta förebyggande åtgärder. Processen riskbedömning inom verksamhetsområdet är stabil. Exempel på arbetssätt är omvårdnadsronder och SEUPP. Andelen upprättade vårdplaner är stabilt runt 88 procent. Men verksamhetsområdet når inte upp till målet.
SJLG Upprättad vårdplan - Munhälsa	95 %	90,5 %	God munhälsa när man blir sjuk är viktig av flera anledningar. Det finns risk för att inte kunna äta ordentligt och det kan leda till svaghet med fall och trycksår som konsekvens. God munhälsa är också en viktig förebyggande åtgärd för vårdrelaterade lunginflammationer. Andel startade vårdplaner är stabilt runt 91 procent.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
SJLG Upprättad vårdplan - Undernäring	95 %	91,4 % ◆	Andelen upprättade vårdplaner ökade något jämfört med föregående år. Utvecklingen behöver följas. Geriatriska kliniken, infektionskliniken och på Länssjukhuset Ryhov samt medicin och geriatrikkliniken på Värnamo sjukhus har ett bra resultat avseende riskbedömningar. Då allt fler äldre vårdas på andra specialiserade enheter behöver de förebyggande arbetssätten också få genomslag på samtliga kliniker.

Aktiviteter	Analys
Säkerställ att alla enheter mäter och följer upp följsamhet till BHK	På samtliga enheter som vårdar, behandlar och undersöker patienter inom öppen- och slutenvård ska det finnas hygienobservatörer som varje månad gör följsamhetsmätningar till basala hygienrutiner och klädregler. En förutsättning för att kunna arbeta med förbättringar av mätresultaten är att mätningar blir utförda.
Göra egenkontroll Vårdrelaterade infektioner	Uppföljning avseende klinikernas egenkontroll sker månadsvis under verksamhetsområdets ledningsmöte. Egenkontrollen redovisas i Stratsys.

Uppdrag: Agera för en säker läkemedelsanvändning.

Aktiviteter	Analys
Genomföra handlingsplan Läkemedel och patientsäkerhet	Verksamhetsområdets handlingsplan för läkemedel och patientsäkerhet utgår från Region Jönköpings läns uppdrag att agera för en säker läkemedelsanvändning. Fokus ligger på att säkerställa vårdövergångar, förebygga olämplig läkemedelsbehandling (särskilt polyfarmaci) samt att minimera risker kopplade till högriskläkemedel såsom opioider och antikoagulantia. Under 2026 arbetar klinikerna med riktade insatser såsom informationsspridning via MPG (medicinsk programgrupp) medicin och geriatrik, utveckling av journalgranskning som lärande verktyg, samt förbättring av läkemedelsavstämning i journal och utskrivningsinformation. Sökordet "läkemedelsavstämning" används som indikator, där variationer mellan klinikerna pekar på behov av ökad struktur och samordning. Som nästa steg planeras en workshop med verksamhetsutvecklare, där avvikelser i synergi avseende läkemedelsadministration och ordination, användning av sökord samt koppling till patientens överenskommelse analyseras i syfte att identifiera förbättringsområden och stärka ett personcentrerat arbetssätt.
Kostnadseffektiv läkemedelsbehandling	Målsättningen är att berörda verksamheter ska ha genomfört en läkemedelsdialog med representanter från läkemedelskommittén under 2026. Klinikerna genomför läkemedelsdialoger enligt plan. Syftet med läkemedelsdialogerna är att följa rätt indikationer och att uppnå kostnadseffektivitet i användandet av läkemedel.
Genomgång av Region Jönköpings förteckning över prioriterade miljöbelastande läkemedel med åtgärdsförslag med läkare på respektive verksamhet.	Följs upp i Medicinsk vårds ledningsgrupp.

Uppdrag: Utveckla förebyggande och vårdpreventiva arbetssätt

Framgångsfaktorer: Ändamålsenliga, resurseffektiva och hållbara processer

Aktiviteter	Analys
Samtliga verksamheter/enheter skall ha tillgång till JLT applikationen	Ett flertal verksamheter inom Medicinsk vård är anslutna till JLT applikationen. Fortsatt arbete under 2026 för att få med samtliga verksamheter.
Klimatpåverkan från tjänsteresor och arbetspendling ska minskas genom att stimulera resfria möten, nyttja kollektivtrafiken och andra hållbara resealternativ samt högre frekvens av samåkning.	Undersöka möjligheten att använda sig av verksamhetscykel eller cykelpool som finns på Ryhov vid transporter inom stadsgränsen. Anmäla verksamheten/enheten till cykelkampanjen Climate Cruiser Challenge, detta är bra både ur miljösynpunkt och friskvårdsperspektiv. Möjligheten finns även att nyttja lokaltrafik inom stadsgränserna i Regionen. Detta kräver att man har tillgång till JLT appen och detta kan administratör utsedd i verksamheten hjälpa till med.

Uppdrag: Utveckla cirkulära materialflöden och minska mängden avfall.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Matsvinn per patientportion - svinn från vårdavdelning	87,5 g/portion	76 %	Genomgång tillsammans med område Miljö gällande att man får ut rätt statistik från Stratsys.

Aktiviteter	Analys
Genomföra uppföljande möten med område måltid på verksamhets och enhetsnivå för att minska matsvinnet.	Görs tillsammans med Vårdnära service och i samband med miljöronder. Fortsatt dialog med område måltid, samordnas på VO nivå. Även här förs dialog med område Miljö kring hur vi får rätt statistik.
Verksamheten ska minska användningen av prioriterade förbrukningsartiklar och engångsprodukter, ersätta dem med flergångsartiklar där det är möjligt samt arbeta för ökad materialåtervinningen för att minska mängden restavfall.	Under enheternas miljödialoger aktualiseras frågan avseende arbetet med klokare materialval. Exempelvis används porslinsmuggar och dricksglas vid servering av dryck. Även frågor avseende avfallssortering och materialåtervinning diskuteras. Arbete med att se över användning av handskar och förkläden i det dagliga arbetet på enheterna initierades inför 2024. Detta arbete fortsätter under 2026. Verksamheterna skall ta fram en aktivitet i Stratsys avseende bruket av engångsprodukter. Vilka alternativ som kan finnas till dessa samt minska användandet av handskar när dessa inte behövs. Under 2025 genomfördes en workshop och erfarenhetsutbyte mellan verksamheterna tillsammans med område miljö kring engångsprodukter/förbrukningsartiklar.

Uppdrag: Vidareutveckla kunskapsstyrning och införandet av nationella kunskapsstöd för god och jämlik vård

Aktiviteter	Analys
Utveckla lokala programområden inom verksamhetsområdet	Medarbetare inom verksamhetsområdet är engagerade i regionala och nationella grupper inom kunskapsstyrningen. Hittills har sju lokala programområden (LPO) startat upp. Dessa är nervsystemets sjukdomar, hjärt- och kärlsjukdomar, äldres hälsa och palliativ vård, reumatiska

Aktiviteter	Analys
	sjukdomar, infektionssjukdomar, mag- och tarmsjukdomar samt barns och ungdomars hälsa. Först ut i gruppernas arbete är införande av personcentrerade sammanhållna vårdförlopp. De tre lokala programområden som återstår att starta är endokrina sjukdomar, hud- och könssjukdomar samt lung- och allergisjukdomar. Uppstartsmöte är planerat till november 2026. Dialog pågår om en eventuell uppstart av LPO akut, där planen är att överlämna ett beslutsunderlag till sjukvårdens ledningsgrupp under 2026.

Uppdrag: Region Jönköpings län ska sammantaget bli en av de bästa i Sverige när det gäller standardiserade vårdförlopp för cancer.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Standardiserade vårdförlopp - andel inom max ledtid	80 %	46 %	Andel standardiserade vårdförlopp (SVF) där behandling startas inom maximal ledtid har under det senaste tolv månaderna uppgått till 46 procent. Föregående år motsvarande period 41 procent. Variation finns mellan olika utredningsförlopp i komplexitet och vilket mål vårdförloppen sätter i antal dagar. Det finns en variation i måluppfyllnad från 30 procent till 80 procent beroende på SVF-förlopp. Arbete med den egna processen för att optimera effektiviteten i utredningen pågår i alla SVF-förlopp. En nyckel är att varje person i processen vet sin roll med stöd av tydlig rutinbeskrivning, en koordinator som håller ihop förloppet samt att god kommunikation med aktiva överlämningar sker mellan olika verksamheter. Till vissa diagnosgivande undersökningar har tiden förlängts och det finns fortfarande en lång väntetid för patologsvar som inte svarar mot vårdprogrammens rekommenderade tid. Verksamheten har för få bronkoskopitider med anledning av minskad resurs på kirurgisk konsultations- och behandlingscentral (KBC). Inom SVF lungcancer har ledtiden från beslut till behandling kortats betydligt i jämförelse med tidigare år samt att det generellt är en minskad variation för utredningstiden och det skiljer sig från övriga i sydöstra regionen. Kvaliteten på utredningen bedöms vara hög.
Standardiserade vårdförlopp - andel utredda patienter i SVF	70 %	77 %	Andel utredda patienter i SVF i förhållande till antal förväntade uppgår till 77 procent, målet är satt till 70 procent. Andelen utredda har stadigt minskat över tid.

Aktiviteter	Analys
Följa och analysera resultat	Aktiviteten kommer att påbörjas under 2026.
Jämförelse med rikets resultat	Aktiviteten kommer att påbörjas under 2026.

Uppdrag: Erbjuda avancerad läkemedelsbehandling nära patienten.

Aktiviteter	Analys
Utveckla erbjudande av avancerade läkemedelsbehandlingar personcentrerat i hemmet eller på länets tre sjukhus	En antitumoral behandlingsenhet startade på Höglandssjukhuset i Eksjö under 2025 i samarbete mellan medicin- och geriatrikkliniken Eksjö och onkologen Jönköping. Motsvarande enhet finns sedan tidigare på Värnamo sjukhus.

Uppdrag: Utforma den palliativa vården så att alla länsinvånare har jämlik tillgång till palliativ vård dygnet runt.

Aktiviteter	Analys
Specialiserad sjukvård samverkar med länets kommuner och primärvård	Samverkans möten genomförs regelbundet med kommunal hemsjukvård. Behovet av utbildning och stöd till primärvården är stort. Planering pågår inför utbildningar till samtliga inom vårdkedjan om SVAS- samtal vid allvarlig sjukdom. Ett pilotprojekt är inplanerat tillsammans med onkologkliniken. Medarbetare inom SSIH kommer att medverka på FAKTA dagarna inom primärvården till hösten.

Uppdrag: Arbeta för en jämlik och kostnadseffektiv läkemedelsbehandling.

Aktiviteter	Analys
Gemensam handlingsplan jämlik läkemedelsbehandling	Aktiviteten planeras att påbörjas under 2026.

Uppdrag: Följa alla delar i överenskommelsen ”Riktlinjer för länskliniker”.

Aktiviteter	Analys
Följa alla delar i överenskommelsen ”Riktlinjer för länskliniker”	Riktlinjen anger fyra områden: fast bemanning, kompetensutveckling, ansvar för akutsjukhus och ansvar för den nära vården i alla regiondelar. Inom Medicinsk vård finns sex länskliniker: barnkliniken, hudkliniken, infektionskliniken, barn- och ungdomsenheten, barnhälsovården och ambulanssjukvården. Av dessa är det två kliniker som endast har verksamhet på en ort: barnkliniken och infektionskliniken. Barnklinikens samarbete med barn- och ungdomsmedicinsk mottagningen bidrar till att säkra ansvaret för den nära vården, den fasta bemanningen och kompetensutveckling. I verksamhetsplanen finns aktiviteter kopplad till fokusområdet ”ansvar för akutsjukhus”. Infektionskliniken har i verksamhetsplanen aktiviteter och/eller mätetal som inkluderar länsperspektivet för alla fyra fokusområden. Infektionskliniken har konsultverksamhet i Eksjö och Värnamo två dagar per vecka.

Uppdrag: Åstadkomma bästa möjliga resultat till lägsta möjliga kostnad varje gång.

Aktiviteter	Analys
Arbeta med åtgärder med fokus på kloka kliniska val, för att fasa ut överdiagnostik och överflödiga behandlingar	Fortsatt fokus på arbetet med kloka kliniska val inom Medicinsk vård. Verksamheterna delar erfarenheter och kunskap mellan varandra genom att delta och bjuda in kollegor från andra kliniker för att få fler och nya perspektiv. För att skapa engagemang i frågan sprids goda exempel mellan verksamheter genom verksamhetsområdets ledningsgrupp.

Uppdrag: Arbeta med övergången från barn till vuxna i vården.

Aktiviteter	Analys
Förbättra arbetssätt och samverkan kring patienter i övergången till vuxen	Aktiviteten kommer att påbörjas under 2026.

Framgångsfaktorer: Processgrupper

Uppdrag: PG Gastroenterologi

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Tillgänglighet vid IBD - ganska/mycket bra	95 %	98 %	För Jönköping upplever 838 av 854 (98 procent) ganska eller mycket god tillgänglighet, 594 av 854 (70 procent) mycket god tillgänglighet. Data för Eksjö och Värnamo saknas för tillfället data.

Lärande och förnyelse

Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya

Framgångsfaktorer: Förbättringskunskap

Uppdrag: Kortare ledtider från kontakt till utförd vårdåtgärd.

Aktiviteter	Analys
Följa upp planering och utfall i jämförelse med produktionsplan i Astrada tillsammans med verksamheterna.	Att systematiskt följa upp framförhållning i planering och hur följsamheten mellan planering och utfall är en viktig del i att öka verksamhetens planeringsförmåga i syfte att öka eller bibehålla god tillgänglighet. Planering och utfall följs på övergripande nivå i verksamhetsområdets ledningsgrupp, mellan KPS-strateg och KPS-ledare, månatligen på MPG (medicinsk programgrupp) medicin-geriatrik. Vid behov ges närmre stöd och utbildningsinsatser i planeringsverktyget Astrada, som en kortare serie digitala möten. Under de första två tertialen genomfördes stöd och utbildning i flertalet grupperingar. Stöd kan också ges vid uppstart av veckostyrning. Effekten av dessa insatser är exempelvis ökad planeringsförmåga samt identifiering och uppstart av förändrings- och förbättringsarbete.
Arbeta med informationsdriven verksamhetsutveckling	Inom akutflödesarbetet är informationsdriven verksamhetsutveckling väl etablerat. Det finns en portal Diver online som används dagligen för dialog om förbättringar. Inom Kapacitet- och produktionsstyrning används data i Astrada för planering och utveckling av verksamheten. Flera verksamheter har väl utvecklade dashboards i Diver. Under 2025 gjordes en gapanalys för att kartlägga hur vi använder information för att utveckla verksamheten och vilka behov som finns för att utveckla effektiv datadriven verksamhet. De system som gapanalysen gjorts för är Astrada, Dashboard akuten, Cosmic Insight, "Min verksamhet för Medicinsk vård" i Diverportalen samt Heroma. Utöver dessa behöver Diver användas som komplement för uppföljning och trend-analyser. Det gemensamma gapet som identifierades var behov av standardisering, utbildning, gemensamma forum, tydlig ansvarsfördelning och mötestruktur. Under de första två tertialen har ett samarbete mellan verksamhetsområden påbörjats för att utforska inom vilka områden vi kan utveckla gemensam standardisering och insatser.

Medarbetare

Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser

Framgångsfaktorer: Rätt kompetens och bemanning

Uppdrag: Strategisk kompetensplanering.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Faktiska årsarbetare	1 830	1 929	Antalet faktiska årsarbetare uppgick till och med augusti i genomsnitt till 1 929 stycken. Föregående år motsvarande period 1 926 stycken (justerad för verksamhetsförändringar). Antalet faktiska årsarbetare har ökat med 3 styck jämfört med föregående år motsvarande period. Jämfört med beslutat antal har faktiska årsarbetare ökat med drygt 20 stycken (justerat för organisatoriska förändringar). Ökad bemanning från bemanningsenheten och ökad bemanning med anledning av RAK (rätt använd kompetens avseende verksamhets nära stöd) är inte inräknat i ökningen. Verksamhetsområdet kommer totalt sett att behöva minska antalet anställda till motsvarande nivå som under 2019 för att säkerställa en ekonomi i balans.
Kostnad för bemanningsföretag (hyrkostnad som andel av egna personalkostnader)	2 %	0,4 %	Kostnaden för bemanningsföretag uppgick till och med augusti till 4,3 mnkr. Föregående år 2,2 mnkr. Det innebär en ökning av kostnaden med 2,1 mnkr. Kostnaden avser läkarbemanning avseende barnkardiolog inom barnkliniken på Länssjukhuset Ryhov samt kostnader avseende läkarbemanning inom kardiologi på medicin- och geriatrikkliniken Värnamo sjukhus.
Personalomsättning (andel externa avgångar exkl pension) under de senaste 12 månaderna	5 %	6,6 %	Personalomsättningen uppgår till och med augusti till 6,6 procent, vilket är lägre jämfört med motsvarande period föregående år. Utöver ordinarie arbete med att behålla medarbetare pågår ett utökat arbete inom en verksamhet som signalerat hög personalomsättning, insatsen innebär bland annat intervjuer med medarbetare och utökat arbete för att behålla medarbetare. Arbetet är långsiktigt och kräver uthållighet.

Aktiviteter	Analys
HR genomför workshops med kliniker kring kompetensplaneringen.	HR-partner har under 2025 arbetat tillsammans med verksamheterna kring revidering av kompetensplanering och aktiviteter på verksamhetsnivå. Inom Medicinsk vård visar analysen att det finns behov av att bland annat fokusera mer på arbete kring hälsofrämjande arbete, kompetensutveckling och interkommunikation i syfte att attrahera, behålla och utveckla. Vidare anses digitala arbetssätt som ett viktigt fokusområde framåt. Som ett led i detta kommer HR organisationen att under 2026 erbjuda workshop för ytterligare stöd inom identifierade fokusområden. Material för workshops är framtaget och ledningsgrupper kommer att erbjudas genomgång och material senast under oktober 2026.

Framgångsfaktorer: En god arbetsmiljö och hälsa

Uppdrag: Ett systematiskt arbetsmiljöarbete med utgångspunkt i friskfaktorerna.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Andel heltidsanställda	91 %	85 %	Till och med andra tertialet 2026 kan konstateras att andelen heltidsanställda uppgick till 85 procent vilket är något bättre än föregående tertial och i rätt riktning. Arbetet behöver fortsätta och förstärkas i samma riktning, med påminnelser och dialoger tillsammans med chefer. Vid rekrytering annonseras och erbjuds enbart heltidstjänster både när det gäller tillsvidareanställningar och vikariat.
Personalhälsa - Sjukfrånvaro %	5,5 %	5,5 %	Under 2024 påbörjades ett nytt aktivt arbete för att sänka sjukfrånvaron, arbetet innebär att chefer tillsammans med HR kontinuerligt och strukturerat följer sjukfrånvaron och möjliggöra för tidiga insatser för att ge förutsättningar för återgång i arbetet. Detta arbete börjar nu ge resultat och kan konstatera att verksamhetsområdet närmar sig målvärdet 5,5 procent. Sjukfrånvaron 2025 uppgår till 5,6 procent.

Aktiviteter	Analys
Målinriktat arbete att alla anställningar ska vara heltidstjänster	Vid rekrytering annonseras och erbjuds enbart heltidstjänster både när det gäller tillsvidareanställningar och vikariat. Inom verksamhetsområdet är deltidsarbete i de allra flesta fallen helt kopplade till partiell föräldraledighet eller att medarbetaren önskar arbete i lägre omfattning.
Arbetet med att minska sjukfrånvaron både korttids- och långtidssjukfrånvaro fortsätter bland annat genom att chefer får stöd av HR i att arbeta strukturerat.	Det strukturerade arbetet med att minska sjukfrånvaron som påbörjades 2024 kommer att fortsätt även under 2026. Det är numera ett etablerat arbetssätt. Arbetssättet innebär bland annat att HR stödjer chefer individuellt i ett strukturerat arbete kring sjukfrånvaro och rehabilitering av medarbetare. Arbetet sker i nära samarbete med chefer och omfattar stöd, rådgivning och uppföljning, med särskilt fokus på tidiga insatser vid upprepad korttidsfrånvaro samt ett aktivt rehabiliteringsarbete för att stödja medarbetare i återgång till arbete. Genom detta samarbete skapas förutsättningar för tidiga åtgärder och långsiktigt hållbara lösningar. Arbetet med att minska både kort- och långtidssjukfrånvaro fortsätter och är en prioriterad del av HR:s uppdrag. Målsättningen är att sjukfrånvaron ska vara i nivå med, eller lägre än, 2019 års nivå. Det förebyggande arbetet är en viktig del av HR:s uppdrag. Genom att arbeta med friskfaktorer och följa upp resultat från medarbetarundersökningar bidrar HR till att stärka arbetsmiljöarbetet. Arbetet utgår från ett hållbarhetsperspektiv där verksamheten ska vara till för alla, med fokus på långsiktigt friska medarbetare, ett inkluderande arbetsklimat och ett hållbart arbetsliv.

Framgångsfaktorer: Främjar kreativitet och delaktighet

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Andel chefer med färre än 35 medarbetare	100 %	70 %	Målvärdet att 100 procent av cheferna inom verksamhetsområdet ska ha mellan 10-35 medarbetare nås inte, resultatet visar att 70 procent av cheferna har medarbetare i spannet mellan 10-35 medarbetare, det är en förbättring jämfört med första tertialet 2026. Arbetet med

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			delat ledarskap fortsätter genom en utvärdering som bland annat ska ge svar på vilka faktorer som kan förbättra förutsättningarna för chefer och om delat ledarskap är en framgångsfaktor. Resultat från utvärderingen väntas under 2026.

Aktiviteter	Analys
Följa upp klinikernas arbete med resultatet av medarbetarenkäten	Inom kort, den 24 september - 13 oktober 2026 kommer medarbetarundersökningen att genomföras på alla arbetsplatser i Region Jönköpings län. Arbetet fortsätter därefter med sedvanlig uppföljning av resultat och arbete med friskfaktorerna. Arbetet med att presentera och följa upp resultat av medarbetarenkäten är en viktig del för att främja god arbetsmiljö och delaktighet. HR-partner ger stöd i form av hjälp med analys av svar och fungerar som bollplank inför genomgång i personalgrupp. Vidare uppmuntras verksamheterna att använda sig av Stratsys för dokumentation och uppföljning av vidtagna åtgärder, för att följa upp åtgärder på ett systematiskt och tillfredsställande sätt.
Utvärdera och utveckla delat ledarskap	Utvärdering och rapport av delat ledarskap är genomförd genom enkäter och djupintervjuer. Resultatet är presenterat för HR-ledning, staben för Medicinsk vård och i samverkansgruppen verksamhetsområdes nivå. Arbetet fortsätter under hösten 2026 med presentation och dialog med chefer och ledningsgrupper på klinikerna. Tänkbara åtgärder framåt är att arbeta vidare med förslag på introduktionsmaterial samt en mötesplats för erfarenhetsutbyte för chefer i delat ledarskap.

Uppdrag: Chefers förutsättningar

Aktiviteter	Analys
Förbättrad internkommunikation genom översyn och anpassning av verksamheternas kommunikationssystem.	Översynen av kommunikationssystemet för respektive klinik har fortsatt under 2026 enligt den modell som togs fram förra året kring hur en klinik/enhet kan strukturera sin interna kommunikation. Klinikerna genomför arbetet i den takt som är lämplig för respektive verksamhet. Fram till och med andra tertialet har nio kliniker börjat arbeta med modellen.

Ekonomi

Strategiska mål: God och hållbar hushållning

Framgångsfaktorer: Kostnadseffektiv verksamhet

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Ekonomi i balans	0 tkr	-5 580 tkr	Verksamhetsområdet redovisar ett budgetunderskott till och med augusti om 5,6 miljoner kronor (mnkr). Budgetunderskottet i perioden augusti om 4,1 mnkr. I huvudsak är det högre lönekostnader än förväntat och högre kostnader för receptläkemedel än budgeterat som bidrar till budgetunderskottet i perioden augusti. Huvudsakliga avvikelser (ackumulerat) : • Lönekostnaden har ökat (i fast pris) med 2,2 mnkr (0,2%) jämfört med föregående år motsvarande period. • Kostnaden avseende hyrbemanning (läkare) uppgick till 4,3 mnkr. Kostnaden har ökat med 2 mnkr jämfört med föregående år motsvarande period. • Kostnaden (i fast pris) avseende laboratorieprover har minskat med 5,9 mnkr (5 procent) jämfört med föregående år motsvarande period. • Kostnaden (i fast pris) avseende röntgenundersökningar har ökat med 8,6 mnkr (8 procent) jämfört med motsvarande period föregående år. • Budgetöverskott läkemedel 135 tkr. Budgetunderskott i perioden augusti om 4,7 mnkr. Antalet övertidstimmar har ökat med 2 procent jämfört med föregående år motsvarande period. Kostnaden avseende hyrbemanning (läkare) uppgår till 4,3 mnkr. Föregående år motsvarande period 2,1 mnkr. Inom barnkliniken på Länssjukhuset Ryhov och medicin- och geriatrikkliniken på Värnamo sjukhus kommer det fortsatt att finnas behov av hyrbemanning avseende kardiologi. Kostnaden avseende laboratorieprover har minskat (i fast pris) med 5,9 mnkr (5 procent). Antalet beställda prover har ökat med 2 procent. Kostnaden avseende röntgenundersökningar har ökat (fast pris) med 8,6 mnkr (8 procent). Antalet undersökningar har ökat med 3 procent. Främst är det antalet CT-undersökningar som har ökat. Kostnaden avseende klinisk fysiologiska undersökningar har ökat (fast pris) med 2,4 mnkr (11 procent). Antalet undersökningar har ökat med 7 procent. Främst är det ultraljud hjärta som har ökat (17 procent). Läkemedel, budgetöverskott om 135 tkr. Kostnaden har ökat med 14 mnkr (4 procent). Läkemedel förskrivna på recept har ökat 6,2 mnkr (2 procent). Rekvisitionsläkemedel har ökat 7,9 mnkr (8 procent). Erhållet statsbidrag avseende ökad tillgänglighet samt färre överbeläggningar och färre utlokaliserade patienter uppgår till och med augusti till 11,8 mnkr, föregående år motsvarande period uppgick statsbidraget till 12,5 mnkr.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			Under augusti erhöll verksamhetsområdet ersättning för sommarbemanning med 2,8 mnkr samt även erhållit tilläggsbudget om 2 mnkr i augusti avseende utökning med en kvällsbil inom ambulansen. Verksamhetsområdet behöver fortsätta jobba med nedan för att uppnå en ekonomi i balans över tid: • Minska antalet anställda till nivån 2019. • Minska övertiden till nivån 2019. • Fortsatt jobb med kloka kliniska val. Bland annat inom området diagnostik.
Prognos	0 tkr	-25 000 tkr	Verksamhetsområdet prognostiserar ett budgetunderskott om 25 mnkr för helåret 2026. Till och med andra tertialet hade verksamhetsområdet ett budgetunderskott om 5,6 mnkr. En stor del av budgetunderskottet utgörs av högre lönekostnader än budgeterat samt budgetunderskott avseende läkemedel. I prognosen förväntas nettokostnaden utvecklas på motsvarande sätt som andra tertialet 2026. Verksamhetsområdet kommer under hösten att intensifiera aktiviteterna i handlingsplanen för att minska kostnaderna och då främst lönekostnaderna.

Aktiviteter	Analys
Handlingsplan för ekonomi i balans	En handlingsplan för en ekonomi i balans 2026 färdigställdes under 2024. Under våren 2024 jobbade ledningsgruppen inom Medicinsk vård med aktiviteterna i handlingsplanen. De huvudsakliga aktiviteterna i handlingsplanen avser att minska kostnaderna för hyrbemanning, minska övertidskostnaderna samt minska antalet anställda till beslutad nivå samt fortsätta jobba med kloka kliniska val. Uppföljning av arbetet med handlingsplanen genomfördes med respektive verksamhet under våren 2026. Arbetet fortsätter enligt handlingsplanen.
VO Ekonomiuppföljningar med verksamheterna.	Ekonomiuppföljningar genomförs med respektive verksamhet enligt plan under våren 2026. Ledningsstaben för verksamhetsområdet bjuder in ledningsgruppen för respektive verksamhet. Målet med träffarna är att följa upp verksamheternas ekonomi och diskutera vad som behöver göras för att styra ekonomin i rätt riktning. Fokus under 2026 är att följa upp verksamheternas handlingsplaner för en ekonomi i balans.
Resursfördelning jämlik vård	Aktiviteten innebär att verksamheternas budgetar analyseras utifrån olika modeller som tar hänsyn till budget i förhållande till verksamhetens uppdrag. Analysen pågår och planeras vara klar under 2026. Under 2026 kommer eventuella åtgärder genomföras.

Uppdrag: Ekonomi i balans 2026

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Övertidstimmar	55 000 timmar	49 650 Timmar	Verksamhetsområdet minskar antalet övertidstimmar jämfört med målet (2019) med 9 procent. Antalet övertidstimmar ökar (2 procent) jämfört med föregående år motsvarande period.
VO Faktiska årsarbetare	1 830 st	1 929 st.	Antalet faktiska årsarbetare uppgick till och med andra tertialet 2026 i genomsnitt till 1 929 stycken. Föregående år motsvarande period 1 926 stycken (justerad för verksamhetsförändringar). Antalet faktiska årsarbetare har ökat med 3 styck jämfört med motsvarande period föregående år. Jämfört med 2019 har faktiska årsarbetare ökat med drygt 60 stycken. Ökad bemanning från bemanningsenheten och ökad bemanning med anledning av RAK (rätt använd kompetens avseende verksamhets nära stöd) är inte inräknat i ökningen. Verksamhetsområdet kommer totalt sett att behöva minska antalet anställda till motsvarande nivå som under 2019 för att säkerställa en ekonomi i balans.
VO Hyrbemanning	0 tkr	4 300 tkr.	Kostnaden för bemanningsföretag uppgick till och med andra tertialet till 4,3 mnkr. Under motsvarande period föregående år uppgick kostnaden till 2,2 mnkr. Barnkliniken på Länssjukhuset Ryhov och medicin- och geriatrikkliniken på Värnamo sjukhus köper bemanningstjänster avseende kardiolog.

Aktiviteter	Analys
Minska övertidstimmar, personalkostnader, kostnader för hyrbemanning samt kvalitetsbristkostnader.	Medicinsk vårds handlingsplan för en ekonomi i balans innehåller aktiviteterna minska övertidskostnaden, minska personalkostnaderna, minska kostnaderna för köp av tjänster från bemanningsföretag samt att jobba med kloka kliniska val. Störst effekt så här långt har aktiviteter för att minska kostnaderna för köp av tjänster från bemanningsföretag haft. Även kostnaden för diagnostik har minskat. Medan kostnaden för övertid har ökat. Antalet anställda är är på motsvarande nivå som föregående år motsvarande period. Vilket är en för hög nivå utifrån ett ekonomist perspektiv.

Region
Jönköpings län

Delårsrapport
Tertial 2 2026

Psykiatri rehab o diagnostik

Dnr RJL 2026/21
Micael Edblom, sjukvårdsdirektör
Psykiatri rehab o diagnostik
Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län, www.rjl.se

Innehållsförteckning

Inledning **4**

Medborgare och kund **6**

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på 6

Process och produktion **16**

Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare 16

Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet 20

Lärande och förnyelse **30**

Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya 30

Medarbetare **32**

Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser 32

Ekonomi **36**

Strategiska mål: God och hållbar hushållning 36

Inledning

Verksamhetsområde Psykiatri, rehabilitering och diagnostik består av tio kliniker och omfattar psykiatrisk vård, diagnostik, rehabilitering och habilitering i hela länet. Verksamhetsområdet omsluter cirka 2,8 miljarder kronor och har 2 058 faktiska årsarbetare. Till och med augusti har verksamheten genomfört 24 834 läkarbesök och 146 694 besök hos andra personalkategorier samt svarat för 21 917 vårddagar. Fokus i arbetet ligger på en behovsanpassad, jämlik och patientsäker vård med god tillgänglighet och ett respektfullt bemötande.

Den största utmaningen gäller tillgängligheten för barn och unga. Inom barn- och ungdomspsykiatrin och habiliteringen fick 76 procent ett första besök inom 30 dagar, medan motsvarande andel var 16 procent till behandling och 13 procent till utredning. De flesta som väntar på behandling gör det efter en neuropsykiatrisk utredning. Samtidigt har En väg in Barn och unga psykisk hälsa utvecklats i linje med nationella riktlinjer. Barn erhåller i större omfattning tidiga insatser på en primär nivå. Det frigör specialistpsykiatrins resurser för barn med svår och komplex problematik, men förutsätter en hållbar resursfördelning mellan vårdnivåerna.

Inom diagnostikområdet finns utmaningar även om vi i nationell jämförelse har en god tillgänglighet. Klinisk fysiologi når inte målet för undersökning inom 30 dagar och patologins svarstid för rutinprover var 40 dagar i augusti. För standardiserade cancerförlopp nådde patologin målet om tio dagars svarstid. AI används sedan mars vid omkring 70 procent av mammografiscreeningarna, samtidigt som bristen på mammografiradiologer är en risk för tillgängligheten.

Inom psykiatrin är öppenvården fortsatt basen. Beläggningen i heldygnsvården var 77 procent och kapaciteten bedöms i huvudsak motsvara behoven. Vårdjour, vårdplanering och självvald inläggning, som finns vid samtliga vuxenpsykiatriska kliniker, skapar alternativ till traditionell heldygnsvård. Samtidigt ökar vårdtyngden och fler patienter vårdas enligt LPT. De psykiatriska akutmottagningarna når målet genom att 92 procent får hjälp och lämnar mottagningen inom fyra timmar. Behovet av vårdplatser för rättspsykiatrisk vård fortsätter stadigt att öka. Trots utökade vårdplatser under 2025 finns redan ett behov av ytterligare en vårdavdelning.

Digitala tjänster används allt mer. Antalet vårdinitierade ärenden via 1177 har ökat med 27 procent och andelen ombokningar via webbtidbok har ökat från 12 till 19 procent under året. Arbetet med överenskommelser, vårdplaner och patientmedverkan har stärkts, men följsamheten behöver fortsatt förbättras. Rehabiliteringscentrum hade bäst resultat bland de åtta regioner som deltog i den nationella patientenkäten.

Bemanningen förändras mot ökad användning av egen kompetens. Läkarbesöken har minskat med 11,7 procent medan besök hos andra personalkategorier har ökat med 3,2 procent, vilket bland annat speglar rätt använd kompetens och minskat hyrberoende. Kostnaden för bemanningsföretag har minskat från 62 till 45 miljoner kronor, även om hyrkostnadernas andel på 4,1 procent överstiger målet. Andelen övertid är en procent, den lägsta nivån sedan mätetalet började följas. Rekryteringssvårigheter kvarstår främst för specialistläkare och psykologer.

Det ekonomiska resultatet har förbättrats kraftigt. Budgetavvikelsen till och med augusti är -13,7 miljoner kronor jämfört med -79 miljoner kronor samma period föregående år. Prognosen för helåret är -22 miljoner kronor. Flera kliniker redovisar balans eller överskott, medan laboratoriemedicin står inför ett betydande strukturellt underskott. Därtill saknas budgettäckning för neuropsykiatriska utredningar inom BUP. Fortsatt kostnadskontroll behöver synkroniseras med strategisk kompetensförsörjning, förbättrad tillgänglighet och kloka kliniska val.

Måluppfyllelse ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

	2026-08-31	Andel	2025-08-31	Andel
Antal mätetal som är uppfyllda	12	32%	10	29%
Antal mätetal som är delvis uppfyllda	13	36%	10	29%

	2026-08-31	Andel	2025-08-31	Andel
Antal mätetal som inte är uppfyllda	12	32%	15	42%
Antal mätetal som mäts	37	100%	35	100%

Den totala måluppfyllelsen har förbättrats jämfört med samma period föregående år. Förändringen är att 25 mätetal är helt eller delvis uppfyllda vilket är 68%. Samma period föregående år var det 20 stycken av mätetalen som var helt eller delvis uppfyllda vilket är 58%. Mätetal som ej är uppfyllda har minskat från 15 till 12 stycken eller 42% till 32%.

Ej uppfyllda mätetal är vårdplan som dock visar en successiv förbättring. Väntetid till undersökning inom 30 dagar för klinisk fysiologi når inte upp till målsättningarna men aktiviteter pågår för att stärka bemanningen och därmed kunna korta väntetiden. Faktisk väntetid till utredning och behandling är två mätetal där målsättningarna fortsatt inte nås. Vad gäller återinläggningar inom psykiatrisk vård nås inte målsättningarna samtidigt som det inte är entydigt negativt med fler återinläggningar. Viktigt är att patienter ges möjlighet att klara sig utanför vården men att de snabbt kan komma tillbaka vid ändrat behov.

Andel ombokningar via webtidbok är ett nytt mätetal som där det finns en positiv trend även om inte målsättningarna nås. Hyrbemanning, ekonomiskt resultat och prognos är mätatl där målsättningarna inte nås . Dock finns det stora förbättringar både jämfört med förra året men också med inledningen av 20206.

Medborgare och kund

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på

Framgångsfaktorer: Nöjda kunder och intressenter

Aktiviteter	Analys
Utvecklingsarbete kring prioriterade förbättringsområden efter aktuell nationella patientenkät.	Respektive verksamhet arbetar under 2026 vidare med lokala analyser och åtgärder baserat på resultaten från aktuella nationella patientenkäter 2025. Utvecklingsarbeten inom verksamheterna är t ex åtgärder inom vuxenpsykiatrin för att öka patient- och närståendedelaktigheten, förbättrad patientinformation och införande av brukarråd. Rehabiliteringscentrums resultat var mycket goda och låg bäst till av de 8 regioner som deltog. Det goda resultaten genomsyrade samtliga dimensioner i undersökningen, men fritextsvaren gav ändå förslag på viktiga förbättringsområden inom bl a uppföljningar, kallelser och digitala lösningar vilket de jobbar vidare med.

Uppdrag: Dokumenterad överenskommelse ska finnas mellan patient och vårdgivare.

Aktiviteter	Analys
Utveckling av kvalitet och innehåll i överenskommelser och planer.	Arbetet med vårdplaner och överenskommelser har stärkts brett. Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken RJL har ökat andelen vårdplaner under 2025 och fokuserar 2026 på höjd kvalitet, samtidigt som färdighetsträning implementeras i slutenvården med målgruppsanpassat patientmaterial. Psykiatriska kliniken Jönköping följer innehåll och kvalitet i vårdplaner med stöd av vårdplanscoacher, har färdigställt en länsgemensam e-vårdplansutbildning och använder CheckWare för patientförberedelse, där läkarnas ledarskap har förbättrats. Psykiatriska kliniken Eksjö ökar användningen av journalsökordet överenskommelse, tar bort icke värdeskapande blanketter och har ACT-vårdplansutbildat alla som skriver vårdplaner. Psykiatriska kliniken Värnamo har infört en doboard för kvalitetsgranskning av vårdplaner och överenskommelser, betonar dokumentation i flera forum, utvecklar digital vårdplansutbildning, instruktionsfilmer, frasminnen samt använder CheckWare-formulär och broschyr som stöd. Habiliteringscentrum har arbetat fram en standardplan för övergång till vuxenvård och delat goda exempel i regionala lärlabb med fortsatt inriktning mot sammanhållen plan. Inom Rehabiliteringscentrum har en lärlabbgrupp planerat arbetet för höjd kvalitet på överenskommelser och tagit fram skriftliga block för barn och vuxna, med planerad granskning, patientenkät och förstärkt patientinformation. Rehabiliteringsmedicinska kliniken säkerställer rehabiliteringsplaner för alla patienter, följer upp planer och överenskommelser genom årliga journalgranskningar och har som mål 2026 att öka användningen av överenskommelser vid mottagningsbesök.

Aktiviteter	Analys
Fortsätta arbetet med samordning av dokumenterade överenskommelser med fokus på vissa sjukdomsgrupper/komplexa behov	Verksamheterna har fortsatt utveckla arbetssätten för att upprätta dokumenterade överenskommelser och planer, samt för att säkerställa samordning vid behov. Flera verksamheter har under våren även deltagit vid webbinarier under ledning av Qulturum, som syftat till att stödja arbetet med dokumenterad överenskommelse i linje med regionens strategi. Fokus har bl a legat på att beskriva hur man hittar och använder egna resultat, hur Cosmic Insight kan stödja arbetet, hur man kan följa upp innehåll och kvalitet samt hur man kan arbeta för att inkludera patientens erfarenheter och förmågor. Inom psykiatrisk vård har man arbetat vidare för att utveckla arbetssätt och roller för att skapa trygga och mer sammanhållna vårdövergångar för patienter med omfattande sjukvårdsbehov och behov av stöd från flera vårdgivare och/eller t ex polis och räddningstjänst. Arbetet strävar efter att bidra till ett mer sammanhållet, säkrare och effektivt arbetssätt för såväl patienter som vårdpersonal. Erfarenheterna från höglandets har visat på mycket goda resultat som även sparar samhället stora resurser. Dessa tas med i den fortsatta utvecklingen av arbetssätten i länet. Under hösten planeras utbildnings- och stödinsatser till bl a specialiserad psykiatrisk öppenvård med fokus på att initiera och upprätta SIP där öppenvården är basen. Tillsammans med chefläkarenheten och LSG patientsäkerhet kommer även en genomlysning och utvärdering av befintliga arbetssätt och roller kring samverkanspatienter att genomföras, t ex SIP efter slutvårdsepisod, SIP inom öppenvården, multidisciplinär konferens (MDK) för patienter med komplexa vårdbehov samt patientsäkerhetsmöte.

Uppdrag: Öka patientens kunskap om sin sjukdom.

Aktiviteter	Analys
Sker i samverkan med Folkhälsa sjukvård, Folkhälsoavd och Qulturum	Flera parallella RJL-övergripande projekt och initiativ pågår, bl a översynen av ingångar till vården och översynen av en gemensam digital sevicenivå. Målsättningen är att erbjuda ett mer likvärdigt utbud av digitala tjänster och servicenivå, t ex via ett basutbud av digitala tjänster som alla verksamheter förväntas erbjuda och aktivt arbeta med. Detta basutbud ska presenteras till sjukvårdens ledningsgrupp i juni. En rad olika aktiviteter pågår även för att stärka för invånarstödet, bl a genom en standardisering av patientinformation tillsammans med berörda LPO:er. Recovery college ingår även i den genomlysning som påbörjats under ledning av Qulturum och folkhälsoavdelningen, med målet att mer effektivt samverka kring befintliga hälsofrämjande mötesplatser och verksamheter (hälsocenter, Lärcafeer, hjärtats hus m fl).

Uppdrag: Fortsatt utvecklingsarbete för att förbättra patient- och närståendeinflytande.

Aktiviteter	Analys
Fortsatt utvecklingsarbete för att förbättra patient- och närståendeinflytande.	Patienter och närstående erbjuds flera former av delaktighet anpassade efter verksamheternas uppdrag, med

Aktiviteter	Analys
	representation i arbets- och referensgrupper inom utvecklingsinitiativ. Levande bibliotek och Peer-nätverket är viktiga stöd i detta arbete. Inom psykiatri och rehabilitering finns anställda med egen erfarenhet. Fem peer support-personer är verksamma vid psykiatriska klinikerna och två rehabinstruktörer vid rehabiliteringsmedicin. Närstående involveras även genom nya funktioner, såsom närståendeombud. Patienter och anhöriga medverkar i ökad utsträckning i avvikelsehantering samt risk- och händelseanalyser. Samverkan sker också via inflytanderåd och patient- och brukarorganisationer. Utbildningar för patienter och närstående genomförs kontinuerligt. Arbetet med att stärka patientens delaktighet i vård- och rehabiliteringsplaner pågår, med fokus på samskapande och förbättrad dokumentation i journal. Inom diagnostikverksamheterna sker nära dialog med remittenter samt systematisk uppföljning av patient- och kundnöjdhet genom egna enkäter och kunddialoger.

Framgångsfaktorer: God tillgänglighet

Uppdrag: Förbättra tillgängligheten till vården och tandvården utifrån systemmätetal och mål för verksamheterna.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Faktisk väntetid till första besök inom 60 dagar i specialiserad vård nationell rapportering.	80 %	76 %	Resultatet är nära målvärdet men påverkas negativt av semesterperioden där verksamheterna har en lägre kapacitet och ofta i kombination med att patienter väljer att vänta med sitt besök. Störst utmaning på psykiatriska klinikerna i Jönköping och Värnamo med även rehabiliteringsmedicinska kliniken har haft utmaningar i kombination med högt inflöde av patienter till smärtrehabilitering. Rehabiliteringsmedicinska kliniken har en god plan för att komma i fas.
VO Väntetid till undersökning inom 30 dagar, radiologi	90 %	81 %	Resultat augusti: • CR 49% • CT 65% • Genomlys 42% • MR 57% • Myocardscint 92% • PET-CT 75% • SPECT-CT 71% • Ulj 79% • *Hjärta 37%* • *Kärl 70%* Totalt 59% *Hjärta och kärl ligger till stor del utanför vår kontroll, men kirurgen och kardiologen är nöjda med tillgängligheten.* Augusti månad uppnår vi endast mätetalet inom Myocardscint, men detta är förväntat efter semesterperioden, och vi förväntar oss en uppgång i tillgänglighet nu efter sommarperioden är slut. Det totala resultatet ligger på samma nivå som augusti 2025 (59%).

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			Problematiken med tillgänglighet finns framförallt på MR-sidan, bland annat på basen av OPT-utvidgning (MR), som är lyft på regionnivå samt inom sydöstra sjukvårdsregionen. Avstämningar och länsutjämning inom MR sker varje vecka och vid behov. Långsiktig kompetensutvecklingsplan finns inom MR. Vi kör MR kvällar och helger i den mån vi kan med våra personalresurser. Inom de andra modaliteterna, inkl CT, ser produktionsplanen bra ut, och vi ser över bemanningen på våra labb.
VO Väntetid till undersökning inom 30 dagar, klinisk fysiologi	90 %	59 %	Under augusti har tillgängligheten inom 30dgr. förbättrats för alla metoder. Största utmaningen framöver ligger i att förbättra tillgängligheten för UKG där tillgängligheten inom 30 dagar just nu ligger på 39%. Tillgängligheten i andel utförda undersökningar inom 30dgr mellan orterna visar Eksjö 53% (42%), Ryhov 65% (54%) och Värnamo 58% (50%). Tillgängligheten inom 30dgr för de större metoderna, föregående månad inom parantes. UKG: 39% (33%) Långtids-EKG: 73% (60%) Arbetsprov: 97 % (95%) Spirometri: 67% (58%) Neurografier: 99% (90%) Bentäthet : 83% (60%)
Genomförda återbesök inom medicinskt måldatum	90 %	86 %	Tillgängligheten är god, stabil och i nivå med samma period föregående år. Viss utmaning finns inom flera av områdets verksamheter där vi ser en stor andel ombokade besök samt behov av medicinska prioriteringar och akut verksamhet. Det finns även några verksamheter med en omfattande volym av sena återbud och uteblivna besök som påverkar resurseffektiviteten och resultaten.
Nämnd Fått hjälp och lämnat akutmottagningen inom 4 timmar	90 %	92 %	Målet uppnått. Vi ser att resultatet håller sig stabilt över tid. Mätningen avser de psykiatriska akutmottagningarna i Eksjö och Jönköping, då Värnamo jobbar med bokade tider på akuten. Det är endast akutmottagningen i Jönköping som har öppet dygnet runt.
VO Medelsvarstid histopatologi ("rutinprover")	30 dagar	40 dagar	Medelsvarstiden för rutinprover som svarades ut under augusti låg på 40 dagar, vilket är över målvärdet på 28 dagar men en förbättring med 16 dagar jämfört med medelsvarstiden för prover som svarades ut i juli. Det generellt försämrade läget under året bedöms vara kopplat till bl a hög sjukfrånvaro under våren och högt inflöde tidigare under året samt även ett oväntat högt inflöde före sommaren då en kö av prover som ska snittas har byggts upp. Kökortningsinsatser har genomförts under och efter sommaren och från att ha 7600 klossar i snittningskö är det nu runt 500. Arbete med att utveckla arbetssätt och fördela kapacitet för att förkorta svarstider fortsätter.
VO Medelsvarstid SVF histopatologi	10 dagar	10 dagar	Medelsvarstiden för SVF-prover låg under augusti på 10 dagar, vilket är i nivå med målvärdet och en förbättring med tre dagar jämfört med juli månad. Tidigare perioders utfall ligger inom spannet 10-13 dagar. Målvärdet 10 dagar är satt till ett medelvärde av olika SVF-ledtidsmål. På nationell nivå pågår en uppdatering av den nationella cancerstrategin där det finns ett förslag om ett gemensamt svarstidsmål på 3 veckor inom

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			patologiprocessen för samtliga SVF-flöden .

Uppdrag: Förbättra tillgängligheten och arbetssätt för logopedens ansvarsområde.

Aktiviteter	Analys
Utveckla processer och arbetssätt för logopeder via översyn av utbud av kontakter och kontakttyper.	Rehabiliteringscentrum förstärker inom område barn med fokus på språkstörningar och planerade åtgärder har fokus på att öka insatserna särskilt för skolbarn. Inom område vuxen neurologi har en länsövergripande arbetsgrupp startats upp med baslinjemätningar oxh dialoger med vårdgrannar för att beskriva gap och förbättringsutrymmen. Handlingsplan ska upprättas för att kunna aktiveras under 2027.

Uppdrag: Förbättra tillgängligheten och omhändertagandet av barn och ungdomars psykiska hälsa.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Nämnd Faktisk väntetid till första besök inom 30 dagar till barn och ungdomspsykiatrisk vård	90 %	76 % ◆	Mätetalet visar väntetid till både BUP och habiliteringscentrum. Volymen patienter inom BUP överstiger markant antalet inom habiliteringscentrum. Resultat i augusti är en bit ifrån målvärdet och påverkat av en tillgänglighetsmässigt sämre inledning på året. Utfall i augusti är nära målvärdet men påverkat av semesterperioden både utfifrån perspektivet att fler väljer att vänta med sitt besök och att verksamheten at lägre produktion under juli. Inflödet från EVI till BUP under augusti månad var 141 remisser (143 st motsvarande månad föregående år). Fördelningen av inkommande remisser till BUP var 40% och till BUH 60% (43% till BUP, 57% till BUH motsvarande motsvarande månade föregående år).
Nämnd Faktisk väntetid till behandling till barn- och ungdomspsykiatrisk vård inom 30 dagar	90 %	16 % ■	Antal genomförda behandlingar med tillgänglighetsmätning under augusti månad är 47 stycken, varav 7% inom 30 dagar, 26% inom 60 dagar, 49% inom 90 dagar. Genomförda behandlingar uppdelat per mottagning: Jönköping:32 Nässjö: 3 Värnamo: 12 Anorexienheten: 0 Antal väntande med tillgänglighetsmätning totalt: 557 patienter, varav 36 st PVV. Antal väntande uppdelat per mottagning: Jönköping: 179 Nässjö: 165 Värnamo: 212 Anorexienheten: 1 De flesta (358 patienter) väntar på insatser efter genomförd NP-utredning. Variationerna blir stora från månad till månad i samband med att vi startar upp insatser på gruppnivå. Observera att ovanstående siffror inte redovisar totalbilden utan endast den utdata som inkluderas i SKR:s riktlinjer för tillgänglighetsmätning, dvs de som väntar på en första behandling.
Nämnd Faktisk väntetid till	90 %	13 % ■	Mätetalet visar tillgänglighet till utredning för barn och unga som väntar på utredning på BUP och

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
utredning till barn- och ungdomspsykiatrisk vård inom 30 dagar			habiliteringscentrum. Resultatet är långt ifrån målvärdet trots några månader av bättre utfall än vi normalt ser. Vårens och sommarens förbättring är troligen en effekt av arbetet med synvändan och ett omtag och gemensamt grepp mellan kommun och region i att följa nationella riktlinjer som förespråkar tidiga insatser och behandling före utredning. Genomsnittlig väntetid är just nu 68 dagar. BUP har sedan länge utmaningar med rekrytering av psykologer, vilket under en lång tid haft påverkan på den egna kapaciteten att genomföra utredningar. Handlingsplan finns och arbete pågår vilket hittills resulterat i 10 fler legitimerade psykologer jämfört med 2023. Alla barn som har väntat längre än 90 dagar är väl kända, och det finns särskilda och individuella orsaker till deras väntetid. På habiliteringscentrum finns generellt längre väntetider till utredning, samtidigt som barnen har pågående insatser. Habiliteringscentrum har längre väntetider till neuropsykiatriska utredningar och där finns utmaningar i att rekrytera nyckelresurser för att kunna öka den egna kapaciteten. Det har dessutom varit utmanande att hitta extern kompetens för de allra yngsta barnen som behöver utredning. Inom habiliteringscentrum märks samtidigt en tydlig trend vad avser färre remisser vilket kommer att ha positiv påverkan på kösituation och tillgänglighet framöver.

Aktiviteter	Analys
Fortsatt utveckling av arbetssätt och remissfördelning från En väg in barn och unga psykisk hälsa	Triageringsmodellen inom En Väg In bedöms som välfungerande. Arbetssättet möjliggör för fler patienter att få sina behov tillgodosedda på den primära nivån, men också att stegvisa och även parallella insatser kan erbjudas. Det förändrade arbetssättet, kallat "synvändan" syftar på ett paradigmskifte i hur skola, vård och omsorg ser på och bemöter barn i behov av stöd. Istället för att fokusera på individens brister, diagnoser eller "problembeteenden", flyttas fokus till att anpassa miljön och erbjuda tidiga insatser. I remissflödet kan ses att det har skett en förskjutning av remisser från elevhälsa till personliga remisser. Remissfördelningen mellan BUH och BUP är för närvarande ca 60/40. Det förväntas fortsatt utveckling i den riktningen som ställer krav på att resurserna för den primära nivån förstärks för att vi ska arbeta enligt nya riktlinjer och få utrymme för att hantera den komplexa specialistpsykiatrin på bästa sätt.
Säkerställa att den specialiserade nivån och den primära nivån barn och unga psykisk hälsa kan möta invånarens behov.	Arbetet med att utveckla den primära nivån för barn och unga psykisk ohälsa fortsätter. Arbetet följs kontinuerligt upp av styrgrupp som leds av berörda sjukvårdsdirektörer. Samarbetet mellan nivåerna har på senare tid utvecklats i linje med nya nationella vårdriktlinjer och som till vardags ofta benämns "synvändan". Förändring i arbetssätt gör att vården framförallt möter upp utifrån identifierade behov av hjälp och stöd. En förändring som har ett mindre fokus på utredningar för att ställa diagnos och mer på att erbjuda stöd och hjälp på rätt nivå. Det förändrade arbetssättet förväntas tydligt öka flödet mot den primära nivån och förbättra möjligheterna för BUP att erbjuda insatser för patienter med svår psykiatrisk sjukdom och komplex problematik, samsjuklighet.

Uppdrag: Förbättra tillgängligheten till habiliteringen.

Aktiviteter	Analys
Utveckla schemaläggning och arbetssätt för att möta behov.	Verksamheten har startat upp en arbetsgrupp med namnet "mer tid för patienten" i syfte att arbeta med uppdraget att förbättra tillgänglighet och förändra arbetssätt kring planering av verksamheten. Arbete pågår just nu med att formalisera gemensamt användande av schemamarkörer samt att se över hur man mer effektivt hanterar lokalbokning i relation till schemamarkörer i Cosmic. Man testar även i liten skala att lägga ett längre/senare schema ett par dagar i veckan för att fånga om det finns intresse för detta hos patienter.

Uppdrag: Under mandatperioden ska Region Jönköpings län säkra akutvårdkedjan för att patienter ska få ett snabbare och säkrare omhändertagande i hela länet.

Aktiviteter	Analys
Arbeta med att förbättra akutvårdkedjan	Inom verksamhetsområdet är det främst rehabiliteringscentrum och röntgen som är del i arbetet med att utveckla och förbättra flödet inom akutvårdsprocesserna vid respektive sjukhus. Arbetet bedöms fungera väl. Inom röntgen har arbetet fortsatt för att agera vid högt patientinflöde; Plan för Hög Aktivitet (PHA), samt medverkan i den fortsatta utredningen om röntgen på nya akutmottagningen och förenklad s-kreatininanalys. Rehabiliteringscentrum är involverade i flera vård- och rehabiliteringsprocesser i nära samverkan med andra aktörer, bl a på flera slutenvårdavdelningar i det akuta omhändertagandet av t ex patienter med traumatisk hjärnskada eller stroke, rehabronder inom kirurgiska vårdavdelningar samt på intensivvården för att starta upp rehabilitering och kuratorsinsatser redan på vårdavdelningen. Rehabiliteringscentrum samarbetar även nära med kommunerna för att säkra välfungerande övergångar i samband med utskrivning.

Uppdrag: Tillse att det finns vårdplatser efter behov på de tre akutsjukhusen.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Nämnd Disponibla vårdplatser	121	115	Antalet disponibla vårdplatser utgår från patientbehov. Resultatet är något lägre än målet men samtidigt är beläggningsgraden genomgående låg.
Nämnd Beläggning	<85 %	77 %	Under sommaren och inledningen av hösten en lite högre beläggning än vad vi är vana och se inom flera av områdets verksamheter, såväl på bup som inom vuxenpsykiatrin. Varierande orsaker till den ökade beläggningen över länet men på psykiatriska kliniken i Jönköping finns ett samband med fler rättspsykiatriska patienter och länsövergripande verksamhet. I ett längre perspektiv ser vi däremot en trend med lägre beläggning inom vuxenpsykiatrin. Det pågår ett aktivt arbete inom öppenvården för att förbättra tillgängligheten och följsamhet till inläggningskriterier vilket kan vara del av resultatet vi nu ser. Arbete med vårdsamordningsprocessen pågår inklusive samverkan med

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			vårdgrannar vilket har genererat i en ökad andel SIP:ar i patientens hemmiljö och minskat glapp i vårdens övergångar. Samverkan sker på ett bra och kontinuerligt sätt mellan de tre vuxenpsykiatriska klinikerna i länet. Vårdjourens insatser skapar trygghet i hemmet och minskar behovet av heldygnsvård. Öppenvården gör planering utifrån att inneliggande patienter prioriteras med snabb uppföljning. Arbetet med vårdplaner skapar ökad tydlighet och agerande vid patienternas kontakter med vården. Att BUP normalt har en låg beläggning på sina fem vårdplatser, ses som positivt och tecken på väl utvecklad öppenvård i länet. Över tid ses trots allt en högre vårdtyngd och fler patienter som vårdas enligt LPT vilket ger längre vårdtider.
Nämnd Utlokaliserade		0,1 %	Kapaciteten att erbjuda vårdplats inom den egna verksamheten är god och utlokalisering av patienter förekommer sällan.
Nämnd Överbeläggningar	0 %	0,5 %	Resultatet är stabilt över tid och vi har generellt få överbeläggningar inom verksamhetsområdet.
Nämnd Återinläggningar inom 30 dagar vårddygn	15 %	24 %	Resultat efter andra tertialet speglar den nivå vi vanligtvis ser inom specialistpsykiatrin. Vi ser en viss ökning av återinläggningar de senaste två åren. I förhållande till somatisk vård har de psykiatriska klinikerna en högre andel återinskrivna patienter. En återinläggning är inte alltid att se som en avvikelse i den psykiatriska vården. I arbetet med att öppenvården ska vara basen finns slutenvården som en flexibel resurs när patientens behov kräver detta. Snabb återgång till patientens hemmiljö bedöms vara en viktig klinisk framgångsfaktor för långsiktig stabilitet. Samtliga kliniker arbetar med sin process för vårdsamordning och vårdplanering för att säkra vårdens övergångar och jobba för alternativ till inläggning. Den psykiatriska vårdjouren tillsammans med en utvecklad och förbättrad öppenvård bedöms minska behovet av heldygnsvård. Självvald inläggning används successivt i allt större omfattning och speglas i resultatet vilket bedöms vara positivt. Förhållandet mellan vårdtider och andelen återinläggningar varierar mellan de tre vuxenpsykiatriska klinikerna, vilket behöver analyseras ytterligare. BUP har i perioder haft ett högre söktryck på heldygnsvården med ökad frekvens av återinskrivningar. Då verksamheten endast har 5 slutenvårdsplatser får varje enskilt fall stor påverkan på resultatet. En ökande komplexitet och svår psykiatrisk sjukdom som är svåra för familjer och socialtjänst att hantera bidrar till fler vårdtillfällen på BUP.
Nämnd Utskrivningsklara		2,2 %	Av totalt 2744 utskrivningar och 17628 vårddagar har det varit 79 utskrivningsklara mer än en vårddag med en total på 210 vårddagar. Samarbete och vårdplanering med kommun och primärvård bedöms fungera väl.

Aktiviteter	Analys
Arbeta med att ha vårdplatser på rätt ställe.	Samtliga verksamheter med slutenvård arbetar kontinuerligt med att dimensionera för rätt antal disponibla vårdplatser. På övergripande nivå pågår utveckling av ett verktyg till stöd för att förstå behovet av vårdplatser samt dimensionera

Aktiviteter	Analys
	dessa pågår, prototyp finns framtagen som har används inför sommarplaneringen.

Uppdrag: Fortsatt utveckling av självvald inläggning inom psykiatrisk specialistvård.

Aktiviteter	Analys
Vidta åtgärder för att möjliggöra självvald inläggning inom specialistpsykiatrisk vård i enlighet med kontrakt mellan patient och vårdgivare.	Självvald inläggning (SI) ska kunna erbjudas patienter som bedöms vara lämpliga att ingå överenskommelse kring detta. Vårdplatser för självvald inläggning finns sedan 2025 vid länets samtliga vuxenpsykiatriska kliniker. Nya SI-överenskommelser har upprättats regelbundet när behov finns och arbete pågår för att möjliggöra tillgång till relevant utdata, t ex beläggningsgrad och medelvårdtid. Psykiatriska kliniken höglandet har ett särskilt patientrum enbart för självvald inläggning samt ett pågående förbättringsarbete inom självvald vårdjour med kontinuerlig utvärdering. Psykiatriska kliniken i Värnamo har en dedikerad SI-vårdplats och har även rutiner för att belägga reguljära vårdplatser med SI-patienter och för dialog om ytterligare SI-plats efter flytten till den nya lokalerna. Psykiatriska kliniken i Jönköping arbetar med informationsinsatser, erfarenhetsutbyte kring överenskommelser med psykospatienter samt ätstörningsvård inom fem SI-rum.

Framgångsfaktorer: God och jämlik hälsa

Uppdrag: Arbeta för en mer jämlik hälsa hos utrikesfödda invånare.

Aktiviteter	Analys
Skapa en medvetenhet om socioekonomins och/eller kulturell påverkan på patientsäkerhet och kliniska resultat, samt åtgärda där det finns behov.	Verksamheterna arbetar på olika sätt för att bidra till en mer jämlik vård oavsett socioekonomisk och kulturell bakgrund. Samtidigt beskriver flera verksamheter behov av ökad kunskap och medvetenhet kring hur socioekonomiska faktorer och kulturella skillnader påverkar tillgång till vård, patientsäkerhet och kliniska resultat. Flera utbildnings- och utvecklingsinsatser har påbörjats eller genomförts, bland annat i samverkan med hälsokommunikatörer, Finsam och externa aktörer. Fokus har legat på kommunikation, normmedvetenhet, bemötande och antirasism, med goda erfarenheter från genomförda utbildningstillfällen. Inom vissa verksamheter har även behov av fördjupad analys identifierats, exempelvis kring skillnader i vårdkonsumtion kopplat till socioekonomiska förutsättningar. Sammantaget befinner sig arbetet i olika faser inom verksamhetsområdet. Det finns behov av ytterligare stöd, gemensam vägledning och fortsatt kompetensutveckling, bland annat tillsammans med Qulturum och hälsokommunikatörer, för att stärka ett mer systematiskt och jämlikt arbetssätt i hela verksamheten.

Uppdrag: Förbättra barn och ungas hälsa.

Aktiviteter	Analys
Åtgärder för att stärka samverkan med övriga samhällsaktörer i brottsförebyggande arbete för barn och unga.	BUP deltar i flera samverkansnätverk med syfte att skydda barn från att begå eller utnyttjas i grova brott. Inom Bob-initiativet ”barn och unga i organiserad brottslighet” sker arbete lokalt, regionalt och nationellt, startat 2025 i norra länet och nu även i Nässjö samt planerat i Värnamo. Kliniken ingår också i SSPF-samverkan mellan bup, skola, socialtjänst, polis och fritid.

Uppdrag: Stärka arbetet med barnobesitas.

Aktiviteter	Analys
Etablering och utveckling av obesitasteam	Rehabiliteringscentrum och barn- och ungdomsmedicinska mottagningen (BUMM) har nu samtliga obesitasteam igång, inklusive ett länsövergripande digitalt specialistteam tillsammans med Barnkliniken. En första utvärdering efter sommaren visar positiv upplevelse av teamträffar kring komplexa patientärenden, med vissa administrativa rutiner att justera. Sjukgymnaster och dietister från Rehabiliteringscentrum är på BUMM en dag i veckan, och både teamen och BUMM lyfter ett uttalat behov av förstärkta psykosociala insatser för målgruppen som en fråga att bevaka framöver.

Uppdrag: Säkerställa att verksamheter som är centraliserad inom Region Jönköpings län, når länets invånare jämlikt.

Aktiviteter	Analys
Säkra att utbud inom verksamhetsområdet når länets invånare jämlikt.	Inom verksamhetsområdet genomförs analyser för att synliggöra om vårdutbudet når invånarna jämlikt. Exempel på områden som analyserats är heldygnsvården och anorexienheten inom BUP, som mynnat ut i handlingsplaner med identifierade åtgärder att arbeta vidare med. Psykiatriska kliniken i Jönköping har analyserat om länsenheterna på kliniken är tillgängliga på ett jämlikt vis. Dessa enheter ansvarar för patienter från hela länet. Statistik visar skillnader mellan kommungrupper där Jönköpingsområdet står för en betydligt högre andel vårddygn per invånare än övriga kommuner. Arbete pågår med fördjupad analys och eventuella åtgärder. Den rehabiliteringsmedicinska kliniken arbetar kontinuerligt med att se över rehabiliteringens innehåll och tillgång till personalresurs. Jämförelse av resultat för patienterna görs kontinuerligt. I dagsläget finns skillnader avseende tillgänglighet, med längre väntan i Jönköping.

Process och produktion

Verksamhetsstatistik

	Utfall 2025-08	Utfall 2026-08	Förändring % 2026-2025
Vårdtid dagar	21 343	21 917	2,7%
Vårdtillfällen	216 076	218 472	1,1%
Disponibla vårdplatser	114	115	0,9%
Antal läkarbesök	28 117	24 834	-11,7%
Varav psyk vuxen	17 633	15 781	-10,5%
Varav psyk barn	5 777	4 864	-15,8%
Antal besök annan personalkategori	142 184	146 694	3,2%
Varav psyk vuxen	57 548	58 568	1,8%
Varav psyk barn	15 794	18 225	15,4%
Andel digitala besök läkare och annan personal kategori	5,5%	5,7%	0,2%

Vårdtiden i dagar har ökat något jämfört med samma period föregående och det beror framför allt på att beläggningen och därmed vårdtiden har varit högre under sommaren. Vårdtillfällen har ökat marginellt jämfört med föregående år.

Disponibla vårdplatser ligger på ungefär samma nivå som förra året och bilden vi har är att det är balans mellan antal vårdplatser och patienters behov.

Vad gäller antal läkarbesök och antal besök för "annan personalkategori" ser förändringen lite mer betydande ut. Antal läkarbesök har minskat med 11,7% medan besök för "annan personalkategori" har ökat med 3,2%. Mest uttalad är den här förändringen för BUP där antal läkarbesök har minskat med 15,8% medan besök "annan personalkategori" har ökat med 15,4%. Tolkningen av detta är att man arbetat med RAK och att patienter får träffa fler personalkategorier än kategorin "Läkare". Även minskat beroende av bemanningsföretag har påverkat antal läkarbesök eftersom antal läkare minskat som en del av åtgärdsplanen och att patienter istället får träffa andra personalkategorier.

Digitala besök har ökat med 0,2% vilket är en ökning som dock inte når upp till målsättningarna.

Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare

Framgångsfaktorer: Utveckling av arbetssätt och digitala tjänster

Uppdrag: Öka användningen av digitala tjänster och system för vård, hälsa och prevention.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
SJLG Öka antal vårdinitierade ärenden 1177 jämfört med föregående år	30 %	27 % ◆	Uppföljning av hur vi utvecklar och använder möjligheten till digital kommunikation från vården med patienter via 1177. Resultatet har varit över målet sedan uppföljningen startade under föregående år. I augusti strax under målvärdet med 27% fler vårdinitierande ärenden sedan föregående år vilket troligen dels påverkas av semesterperioden men trenden är troligen även ett tecken på att vi närmar oss ett mer stabilt inflöde över tid och att invånarna känner igen, och använder de digitala kanalerna in där det är möjligt.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			Vi ser tydligt via invånarinitierade ärenden att våra invånare gärna använder digitala kanaler för kommunikation med vården. Alla verksamheter där det är möjligt att kommunicera med patienter digitalt via 1177 använder detta i någon utsträckning, men förbättringspotentialen är fortfarande stor i flera verksamheter. Två verksamheter sticker ut på ett positivt sätt när det gäller att skicka meddelanden till patienter. Psykiatriska kliniken i Jönköping har etablerat ett arbetssätt som visat sig fungera mycket bra för patientgruppen. Rehabiliteringscentrum har arbetat med sina kommunikationskanaler och skickar många meddelanden digitalt till patienter.
Andel vårdplaneringsmöten/SIP som genomförs via video		13 %	Nytt mätetal som visar i vilken utsträckning vi genom för SIP möten digitalt via videomöten. Högt mål satt för regionen och vi har långt kvar till målet i dagsläget. Spridning i resultaten inom verksamhetsområdet från 0 till 24% vilket ger utrymme för förbättring och att ta del av varandras arbetssätt. Någon verksamhet rapporterar att de oftare blir kallade till SIP än genomför dem själva vilket kan vara förklaring till en lägre andel då vi inte kan följa upp dessa på samma sätt. Bäst går det för Habiliteringscentrum som i dagsläget genomför 37% av SIPar digitalt och även denna verksamhet bjuds in till SIP möten från andra aktörer och kan därför inte följas upp helt komplett.
Andel ombokningar som patienter gör via webtidbok	60 %	19 %	Nytt mätetal som syftar till att följa förändringsarbete mot att erbjuda ombokning via webtidbok i samband med införandet av digitala kallelser i vården. Mätetalet avser de verksamheter som använder Cosmic. Även diagnostikens verksamheter arbetar med digitala kallelser och har ett digitalt ombokningsflöde men räknas inte in i detta mätetal i dagsläget då data om totalt antal ombokningar hämtas från annat källsystem. Högt satt målvärde som vi strävar mot att nå i takt med omställningsarbetet. I dagsläget långt kvar till målet men en positiv trend under året då vi rört oss från 12-19%.Två goda exempel i rehabiliteringscentrum som redan idag har 42% av alla ombokningar digitalt samt psykiatriska kliniken i Jönköping som håller en stabil nivå på 23% av alla ombokningar digitalt och har ett väl utbyggt digitalt flöde mot särskilt några patientgrupper.

Aktiviteter	Analys
Fortsätta utöka och utveckla användningen av digitala tjänster som stöd i verksamhetsutveckling och service till invånare.	Samtliga verksamheter är engagerade och aktiva i att utveckla användningen av digitala tjänster, de flesta har även ett pågående samarbete med enklare vardag för patienter och medarbetare. Några exempel följer nedan: **Digitala arbetssätt i patientkontakter** Digitala arbetssätt i patientkontakter breddas och fördjupas. Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken RJL erbjuder digitala vårdmöten, föräldrautbildningar via Zoom, BUP online på 1177 tillsammans med BUH samt digital läkemedelsinsättning och utskick av skattningsskalor via AmniCare, nu även för anorexienheten och mottagningen i Nässjö. Rehabiliteringsmedicinska kliniken använder CheckWare i dagrehab och successivt i heldygnsrehab,

Aktiviteter	Analys
	digital smärtskola på samtliga enheter, digitala kallelser via 1177 och flera digitala frågeformulär. Rehabiliteringscentrum utvecklar digitala föreläsningar och strukturerade kontaktvägar via 1177 samt inför gruppinformation inför logopedinsatser på distans. Psykiatriska kliniken Eks utvecklar digitala vårdmöten, inklusive videobesök via vårdjouren, medan Psykiatriska kliniken Vmo fokuserar på effektivare flöden för 1177-meddelanden. Klinisk Fysiologi har digitaliserat formulär, kallelser och webbtidbok. Röntgenkliniken RJL har infört digitala kallelser (Sectra) och utvecklar ytterligare kallelseflöden via Agfa samt förbättrar ankomstterminaler, som också används inom Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken RJL. Digitala formulär och e-tjänster byggs ut och breddas. Psykiatriska kliniken Eks utvecklar CheckWare, kontaktkort och e-tjänster på 1177; Psykiatriska kliniken Vmo planerar CheckWare-baserad medicinuppföljning; Rehabiliteringsmedicinska kliniken använder QR-enkäter och 1177-formulär; Psykiatriska kliniken Jkp utvecklar aktiviteter i Cosmic Nova och arbetar med målsägarunderrättelse via 1177. **Utveckling kring automation, AI och beslutsstöd** Automation, AI och beslutsstöd prövas och omprövas. Taligenkänning (TIK) breddinförs inom Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken RJL och Psykiatriska kliniken Eks, medan Klinisk Fysiologi bedömer att taligenkänning inte ökar effektiviteten och i stället fokuserar på AI-stöd och automatiserad utrustning. Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken RJL använder RPA-roboten ”Ruben” för efterlysning av remissvar, Psykiatriska kliniken Vmo utreder RPA för provtagningsbokning, och Röntgenkliniken RJL driver AI-projekt inom mammografi samt initierar arbete med LLM. Habiliteringscentrum arbetar yrkesvis med digital inspiration och spridning av nya arbetssätt, med varierande framdrift mellan yrkesgrupper. Psykiatriska kliniken Jkp har särskilt fokus på MS365 och utökad användning av TIK.

Uppdrag: Webbplatsen 1177.se utvecklas till att bli en viktig digital ingång till vården och samlingsplats för nödvändig information om hälsa, vård och tandvård.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Antal skickade formulär exkluderat triageringsformuläre t BCFPI - Amnicare (Blåappen)		1 544 st.	Inom Barn- och ungdomspsyk klin RJL skickades totalt 718 formulär via AmniCare i augusti. En väg in barn och unga psykisk hälsa stod för den klart största volymen med 588 formulär, medan mottagningarna i Jönköping (45), Nässjö (68), Värnamo (17) och Anorexienheten (0) stod för resterande.
VO Antal skickade formulär - Checkware	6 560	5 928 st.	På totalen är måluppfyllelsen c:a 90% av det uppsatta målvärdet. Det lägre antalet utskickade skattningsformulär är kopplat till semesterperioden. Arbetet med att öka användandet av CheckWare fortgår inom Psykiatriska kliniken Eks med successiv utveckling och återkommande påminnelser om att använda digitala skattningsinstrument i stället för papper. Psykiatriska kliniken Vmo startar 1/10 en pilot där alla

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			nybesök får förberedande material via CheckWare. Rehabiliteringsmedicinska kliniken har åter ökat patientflödet efter sommaren, arbetar enligt plan och planerar utökning med heldygnsrehab samt ökad användning av utvärderingsinstrument.

Uppdrag: Förbättra dialogen mellan sjukhusens specialistvård och primärvården genom sömlös vård och övergångar.

Aktiviteter	Analys
Utveckla och säkerställ stödet mellan specialiserad vården och vårdcentraler	Arbetet med att utveckla mer sammanhållna vårdflöden har fortsatt inom ramen för *Sömlös vård-konceptet*. Särskilt fokus ligger på att stärka samverkan och kontaktvägar mellan specialistpsykiatrisk vård, regional primärvård och kommunal vård och omsorg. Flödesvandringarna som genomfördes under 2025 visade på flera gemensamma förbättringsområden kopplade till samverkan och tydlighet i ansvar. Övergripande finns brister i samordning mellan specialistpsykiatri, primärvård och socialtjänst, med behov av tydligare roller, förbättrade kontaktvägar och ökad samverkan, inklusive bättre involvering av närstående när samtycke finns. Även nyttjandet av förebyggande och kompletterande insatser bedöms kunna stärkas, t ex genom ökad kunskap om stöd via Recovery College och Hälsocenter. Flera åtgärder pågår eller planeras, t ex inom den länsgemensamma arbetsgruppen med fokus på ADHD (LAG ADHD kopplad till LPO psykisk hälsa) samt via en förstudie under 2026 med fokus på utökat uppdrag för Hälsocenter och ökad samverkan mellan Recovery college och Hälsocenter. Förbättringsbehoven av ökad lokal samverkan och former för detta har även lyfts till strategigrupp psykiatri missbruk som i sin tur har lyft det till ReKo:s beredningsråd. Uppföljning sker fortlöpande till strategigrupp psykiatri missbruk, som initierade flödesvandringarna. Ytterligare exempel på utveckling av samverkan mellan olika vårdnivåer är "konsultera en rehabkollega". Detta är ett nytt arbetssätt som infördes hösten 2024 för att förenkla kommunikation och bidra till kompetensöverföring mellan vårdnivåer. Arbetssätten har under året fortsatt utvecklas och innehåller nu möjlighet att konsultera arbetsterapeuter, dietister, fysioterapeuter samt logopeder.

Uppdrag: Fasa ut mindre värdeskapande arbetssätt och aktiviteter.

Aktiviteter	Analys
Identifiera och ta bort mindre värdeskapande aktiviteter.	Verksamheterna beskriver ett kontinuerligt arbete med att identifiera och ta bort mindre värdeskapande moment, inklusive rensning av koder, avveckling av möten och aktiviteter utan tydligt värde, samt utfasning av insatser som inte följer nationell kunskapsstyrning. Utredningar, provtagningspaket och uppföljande bedömningar ses över med målsättningen att minska onödiga insatser utan att tappa kvalitet. Digitalisering och automation lyfts som centrala verktyg: digitala kallelser, sms-påminnelser, ankomstterminaler,

Aktiviteter	Analys
	automatiserad efterlysning av remissvar, digitala möten och e-tjänster via 1177 och andra plattformar. Informationsfilmer, digitala formulär och patienters egen mätning av till exempel blodtryck används eller övervägs som ersättning för fysiska besök. Nya arbetssätt med direktdokumentation, hänvisning till befintliga journalanteckningar och förändrade mötesstrukturer minskar administrativ tid. Flera enheter beskriver riktade förändringar i kliniska flöden: differentierade utredningar, omfördelning av psykoedukativa insatser, minskade träningsgrupper till förmån för egenträning, ändrade roller i team samt kortare samtalstider. Kompetensförsörjning och rätt använd kompetens är ett återkommande fokus, inklusive nya lednings- och samordningsfunktioner, internutbildningar och AI-stöd.

Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet

Framgångsfaktorer: Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande

Uppdrag: Stödja kommunernas rehabiliteringspersonal med specialistkompetens och följa upp hela rehabiliteringsprocessen.

Aktiviteter	Analys
Följa utvecklingen av nya arbetssätt kopplat till rehabkonsult till primärvården inom såväl region som kommun.	"Konsultera en rehabkollega" är ett nytt arbetssätt som infördes hösten 2024 för att förenkla kommunikation och bidra till kompetensöverföring mellan vårdnivåer. Initiativet kom från LPO RehabHabFörsäkringsmedicin som gav en länsgemensam arbetsgrupp i uppdrag att ta fram, testa och utvärdera kompletterande arbetssätt som en utveckling av sömlös vård-konceptet. Arbetssätten har under åren fortsatt utvecklas och innehåller nu möjlighet att konsultera arbetsterapeuter, dietister, fysioterapeuter samt logopeder. Funktionen tre-partsamtal där patienten också ska kunna medverka har nu införts. Dietist och logoped har även föreläst för sjuksköterskor och läkare på "SÄBO-dagar" i syfte att öka kunskap, bidra med inspiration och öka erfarenhetsutbytet. I flera av länets kommuner har det anställts Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering, s k MAR, vilket innebär ytterligare förbättrade möjligheter till samarbete mellan rehabpersonal i vårdens övergångar. Ett nytt MAR-nätverk har bildats på Höglandet där chefssjuksköterska och rehabcentrum ingår.

Uppdrag: Samordna och utveckla arbetet kring suicidprevention i länet.

Aktiviteter	Analys
Utveckla samt säkerställa följsamhet till suicidpreventionsprogrammet med utgångspunkt från nya nationella riktlinjer och aktuell forskning.	En länsövergripande arbetsgrupp har omarbetat den länsgemensamma rutinen för suicidprevention, med målet att fastställa och påbörja implementeringen under hösten. Under våren har även checklistor som handlar om suicidpreventionsuppföljning i heldygnsvård och öppenvård reviderats.

Framgångsfaktorer: Säker verksamhet

Uppdrag: Arbeta med rätt antibiotikaförskrivning och att minska vårdrelaterade infektioner.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Vårdrelaterade infektioner per 100 vårdtillfällen		21,57	Under perioden registrerades en vårdrelaterad infektion i form av urinvägsinfektion. Inom patientgruppen förekommer individuella riskfaktorer, såsom återkommande urinvägsproblematik och immunsuppression, vilket kan innebära att infektioner uppstår trots förebyggande åtgärder. Det låga antalet vårdrelaterade infektioner är positivt. Fortsatt fokus ligger på tidig identifiering av riskfaktorer, fungerande blåstömningsregim och följsamhet till basala hygienrutiner. Dialog kring VRI och förebyggande åtgärder fortsätter på ronder och VRI-onsdagar tillsammans med läkare och omvårdnadspersonal.

Aktiviteter	Analys
Utveckla och lära av konceptet antibiotikasmart verksamhet	Frågan lyftes på nytt under 2025 i dialog mellan ledningsstab och Smittskydd vårdhygien. Förslaget som Strama ska undersöka vidare är om det är möjligt att ta fram ett anpassat utbildningskoncept riktat till t ex psykiatrin, röntgen och klinisk fysiologi, men ännu har inget påbörjats.

Uppdrag: Fortsatt utveckling av Region Jönköpings läns patientsäkerhetsarbete och integrering av Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Vårdprevention - upprättade vårdplaner	95 %	88 %	Pågående arbete via chefssjuksköterskorna i chefsläkarorganisationen för att ge stöd till verksamheten att identifiera riskområden samt genom planerad punktprevalensmätning inom specialistsjukvården.
SJLG Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK)	100 %	89 %	Verksamhetsområdet som helhet når inte riktigt målsättningen och det finns variation mellan verksamheterna. Av de sju berörda verksamheterna, är det två som ligger strax under målvärdet. Aktuella åtgärder fokuserar främst på brister i handhygien och rätt användning av handskar. Under året en fin utveckling inom samtliga verksamheter som ses som positiva effekter efter åtgärder såsom lokala utbildningar, fokus på VRI, antibiotikasmarta sjuksköterskor och handhygienens dag etc.
SJLG Upprättad vårdplan - Fall	95 %	84,5 %	Mätetalet rör fyra verksamheter, varav ingen når uppsatt mål. En dialog med ledningen inom de psykiatriska verksamheterna har genomförts för att uppmärksamma dels vikten av upprätthålla säkra arbetssätt för att för att upptäcka risker samt vidta åtgärder via omvårdnadsplaner, samt dels för att sprida erfarenheter från psykiatriska kliniken i Eksjö och Rehabiliteringsmedicinska kliniken som använder sig av Cosmic Insight för att identifiera vilka riskbedömningar och registreringar som inte gjorts. Rehabiliteringsmedicinska kliniken redovisar sitt lägsta resultat på länge och lyfter behov av ytterligare analys kopplat till registreringstidpunkt.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			Mätetalen gällande riskbedömning för fallrisk, trycksår, munhälsa och undernäring tillkom under senare delen av 2024. Det finns alltjämt behov av ytterligare kommunikation och förankring med berörda verksamheter kring mätetalen och arbetssätten avseende riskbedömning, korrekt registrering i Cosmic samt analys av resultat.
SJLG Upprättad vårdplan - Trycksår	95 %	100 %	Mätetalet rör fyra verksamheter och samtliga når uppsatt målvärde. En dialog med ledningen inom de psykiatriska verksamheterna har genomförts att uppmärksamma dels vikten av upprätthålla säkra arbetssätt för att för att upptäcka risker samt vidta åtgärder via omvårdnadsplaner, samt dels för att sprida erfarenheter från psykiatriska kliniken i Eksjö och Rehabiliteringsmedicinska kliniken som använder sig av Cosmic Insight för att identifiera vilka riskbedömningar och registreringar som inte gjorts. Glädjande verkar åtgärderna ge effekt. Mätetalen gällande riskbedömning för fallrisk, trycksår, munhälsa och undernäring tillkom under senare delen av 2024. Det finns alltjämt behov av ytterligare kommunikation och förankring med berörda verksamheter kring mätetalen och arbetssätten avseende riskbedömning, korrekt registrering i Cosmic samt analys av resultat.
SJLG Upprättad vårdplan - Munhälsa	95 %	87,8 %	Mätetalet rör fyra verksamheter, varav ingen når uppsatt mål. En dialog med ledningen inom de psykiatriska verksamheterna har genomförts för att uppmärksamma dels vikten av upprätthålla säkra arbetssätt för att för att upptäcka risker samt vidta åtgärder via omvårdnadsplaner, samt dels för att sprida erfarenheter från psykiatriska kliniken i Eksjö och Rehabiliteringsmedicinska kliniken som använder sig av Cosmic Insight för att identifiera vilka riskbedömningar och registreringar som inte gjorts. Mätetalen gällande riskbedömning för fallrisk, trycksår, munhälsa och undernäring tillkom under senare delen av 2024. Det finns alltjämt behov av ytterligare kommunikation och förankring med berörda verksamheter kring mätetalen och arbetssätten avseende riskbedömning, korrekt registrering i Cosmic samt analys av resultat.
SJLG Upprättad vårdplan - Undernäring	95 %	84,3 %	Mätetalet rör fyra verksamheter varav ingen når det uppsatta målet. En dialog med ledningen inom de psykiatriska verksamheterna är genomförd för att uppmärksamma dels vikten av upprätthålla säkra arbetssätt för att för att upptäcka risker samt vidta åtgärder via omvårdnadsplaner, samt dels för att sprida erfarenheter från psykiatriska kliniken i Eksjö och Rehabiliteringsmedicinska kliniken som använder sig av Cosmic Insight för att identifiera vilka riskbedömningar och registreringar som inte gjorts. Mätetalen gällande riskbedömning för fallrisk, trycksår, munhälsa och undernäring tillkom under senare delen av 2024. Det finns alltjämt behov av ytterligare kommunikation och förankring med berörda verksamheter kring mätetalen och arbetssätten avseende riskbedömning, korrekt registrering i Cosmic samt analys av resultat.

Uppdrag: Agera för en säker läkemedelsanvändning.

Aktiviteter	Analys
Förbättra följsamheten till att behandlingsmål och ansvar för uppföljning av insatta läkemedel finns dokumenterat i patientens journal	Under tertialet har verksamheterna fortsatt arbetet med en patientsäker läkemedelshantering genom framtagande av rutiner, utbildning av läkargrupper och ökad samverkan med klinisk farmaceut. Uppföljning sker via läkemedelsdialoger och journalgranskningar. Samtidigt kvarstår utvecklingsbehov avseende tydlighet i ansvar, kommunikation och uppföljning av läkemedelsbehandling, vilket identifierats genom granskningar och kartläggningar. Förbättringsarbete pågår för att ytterligare stärka patientsäkerheten.
Fortsatt utveckling och uppföljning av arbetet med kliniska farmaceuter inom psykiatrisk vård.	Samarbetet med klinisk farmaceut är en central och värdeskapande resurs i samtliga specialistpsykiatriska verksamheter och tillgänglig resurs fördelas mellan kliniker med vårdavdelningar. Farmaceut medverkar regelbundet vid läkarmöten kring prioriterade teman, i läkemedelsgenomgångar, granskning av förskrivningsmönster samt vid ronder. Klinisk farmaceuts rådgivningstelefon och e-post används regelbundet av verksamheterna och uppskattas. Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken beskriver en fortsatt utveckling av samarbetet och deltagande på klinikövergripande läkarmöten och har även planerat in medverkan på sjuksköterskemöten. Psykiatriska kliniken i Jönköping har veckovis farmaceutmedverkan på avdelningsrond, återkommande inslag på läkarmöten samt farmaceutdeltagande i framtagandet av ny ketaminrutin. Psykiatriska kliniken i Värnamo använder farmaceuter strukturerat för läkemedelsgenomgångar, basförråd och riktade utbildningsinsatser, inklusive planerad centralstimulantiautbildning för sjuksköterskor.
Uppföljning av följsamhet till rutinen för nyinsättning av neuroleptika och centralstimulantia.	Markörbaserad journalgranskning (MJG) och patientsäkerhetsronder i realtid (PIR) utgör en gemensam grund för uppföljning av läkemedelsrelaterade rutiner. Detta inkluderar patienter under behandling med neuroleptika och centralstimulantia. Följsamheten till rutiner för alla patienter med två eller fler neuroleptika och alla patienter med tre eller fler psykofarmaka har granskats. I granskningen värderas även om skador eller vårdskador uppkommit. Inom vuxenpsykiatrin pågår en särskild uppföljning av följsamheten till rutin för insättning av neuroleptika. En planerad genomgång av förskrivningsmönster i psykosvården är en del i handlingsplanen för LPO psykisk hälsa. Verksamheterna har fortsatt med MJG, trots att det samlade nationella arbetet avvecklades 2024. Metoden för MJG ses över i syfte att effektivisera arbetssättet ytterligare. Behov av resultatsammanställning för att lära och följa upp kvarstår, då SKR:s databas har stängts ned.
Arbeta med att säkra vårdövergångar genom att säkerställa en uppdaterad läkemedelslista i Cosmic.	Verksamheterna arbetar på olika sätt för att stärka följsamheten till rutinerna för uppdateringar av läkemedelslistorna. Psykiatriska kliniken i Jönköping genomför minst årliga läkemedelsgenomgångar i öppenvård och fortlöpande i slutenvård, med stärkt följsamhet via utbildning och återkoppling. Psykiatriska kliniken på höglandet bedriver ett pågående förbättringsarbete för systematisk och regelbunden avstämning av läkemedelslistor i Cosmic och Pascal, med kontinuerlig dialog i

Aktiviteter	Analys
	läkargruppen. Psykiatriska kliniken i Värnamo säkerställer aktuell läkemedelslista vid inskrivning och utskrivning i Cosmic och Pascal, inklusive meddelande via Messenger vid kommunala insatser, och har förstärkt rutinkännedom genom informationsinsats under våren. Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken har genomfört genomgång på läkarmöten och planerar ett länsövergripande läkarmöte med klinisk farmaceut. Rehabiliteringsmedicinska kliniken utformar rutin för interregional överföring kring botulinumtoxin och pumpinnehåll samt uppdatering på FS-webben.

Framgångsfaktorer: Ändamålsenliga, resurseffektiva och hållbara processer

Aktiviteter	Analys
Klimatpåverkan från tjänsteresor och arbetspendling ska minskas genom att stimulera resfria möten, högre frekvens av samåkning och genom att nyttja kollektivtrafik.	Två huvudområden framträder: resfria arbetssätt och mer hållbara tjänsteresor. Flertalet kliniker uppmuntrar i hög grad digitala möten; flera anger att vartannat ledningsmöte och olika samverkans- och utbildningstillfällen genomförs digitalt. Rehabiliteringsmedicin beskriver dessutom omfattande digitala arbetssätt i den kliniska verksamheten, liksom långvarig digital konsultverksamhet mot Värnamo och Höglandssjukhuset. Även distansarbete ses som ett sätt att arbeta med resfria arbetssätt. När fysiska resor behövs prioriteras samåkning, kollektivtrafik och elfordon vilket lyfts av flera kliniker. Habiliteringscentrum, Rehabiliteringsmedicinska kliniken och Laboratoriemedicin betonar användning av JLT-appen och kollektivtrafik. Flera kliniker framhåller elbilar som ett sätt att arbeta med hållbarhet. Laboratoriemedicin anger en lokal riktlinje för utbildning och resor, med resfritt deltagande i första hand. Klinisk fysiologi efterfrågar en utökning av buss 500 för att kunna ersätta poolbil vid arbete i Eksjö.

Uppdrag: Utveckla cirkulära materialflöden och minska mängden avfall.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Matsvinn per patientportion - svinn från vårdavdelning	87,5 g/portion	101 %	- Matsvinn: Psykiatriska kliniken i Värnamo ser en minskning av matsvinnet över tid och beskriver att kvarvarande svinn främst utgörs av “skrap” från tallrikar. De har infört rutin för att avbeställa matbrickor för patienter som planeras hem. Psykiatriska kliniken Eks analyserar ökat matsvinn gemensamt mellan kostombud och vårdenhetschefer med stående punkt på APT. Psykiatriska kliniken i Jönköping redovisar inget resultat. Rehabiliteringsmedicinska kliniken saknar data men anger att 15-rättersystemet bör påverka matsvinnet positivt. - Måltidssystem och bemanning: Psykiatriska kliniken i Eksjö har infört 15-rättersmeny som uppskattas av patienterna, samt pastöriserade matlådor med lång hållbarhet på avdelningarna för att minska behovet av extrabrickor. På samma klinik bemannar personal från verksamhetsstöd och service avdelningsköket, vilket ger god kontinuitet och följsamhet till matbeställningar, med notering om att semesterperiod kan ha påverkat utfallet.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			Rehabiliteringsmedicinska kliniken har också infört 15-rättersystemet.

Aktiviteter	Analys
Arbeta aktivt med att öka materialåtervinningen i syfte att minska mängden restavfall.	Två huvudområden framträder: avfallshantering och kloka materialval. Barn- och ungdomspsykiatrin, Psykiatriska kliniken i Eksjö och Psykiatriska kliniken Värnamo beskriver etablerad källsortering, främst i lunch- och fikarum, med sortering av papper, matavfall och ytterligare fraktioner där lokala förutsättningar medger det. Psykiatriska kliniken i Eksjö har miljöombud på alla enheter och har miljö som stående punkt på APT, medan Psykiatriska kliniken i Värnamo planerar en informationsinsats 2026 och begränsar användning av engångsmuggar. Klinisk Fysiologi och Rehabiliteringsmedicin lyfter konkreta materialåtgärder, inklusive diskbara silikonunderlägg, återanvändning av medicinmuggar, pappersmuggar på toaletter, vattentillbringare, möbeltrappa och avtorkningsbara kuddfodral enligt Handbok för kloka materialval.

Uppdrag: Vidareutveckla kunskapsstyrning och införandet av nationella kunskapsstöd för god och jämlik vård

Aktiviteter	Analys
Fortsatt arbete för att förbättra de personcentrerade insatserna för individer med omfattande sjukvårdskonsumtion.	Arbetet har fortsatt för att utveckla det individuella stödet för personer med komplex psykiatrisk sjukdom och omfattande sjukvårdskonsumtion. Arbetssätten har fokus på att stärka invånarens egna resurser, skapande av ömsesidiga överenskommelser i den individuella vårdplanen, säkerställa fast vårdkontakt samt vid behov upprättande av SIP. Arbetet sker i nära samverkan mellan specialiserad psykiatrisk vård, primärvård och kommun, för att samverka och skapa samsyn. Psykiatriska kliniken på höglandet intensifierar insatser genom ökad initiering av MDK, tidig och kontinuerlig användning av SIP i både sluten- och öppenvård samt samordning med blåljusenheter vid behov, med stöd av vårdsamordningscoach. Resultaten visar på en minskad slutenvårdskonsumtion och akutvårdsbesök för enskilda individer. Arbete pågår för att sprida arbetssättet till övriga verksamheter i länet. Psykiatriska kliniken i Jönköping genomför halvårsvisa genomgångar av patienter med tio eller fler vårdtillfällen och håller vårdkoordineringsmöten mellan öppen- och slutenvård, som beskrivs som mycket positiva. Psykiatriska kliniken i Värnamo samverkar med primärvård, specialistvård och samtliga kommuner i upptagningsområdet, vilket bland annat leder till individuell handledning och SIP, samt har etablerade behandlingskonferenser mellan öppen- och slutenvård. Under november kommer en utbildning i SIP-processen att genomföras för chefer och medarbetare i målgruppen psykiatrisk öppenvård.

Aktiviteter	Analys
Fortsätta arbetet med införandet av nationella vårdprogram, såsom personcentrerade sammanhållna vårdförlopp och vård- och insatsprogram.	Verksamhetsområdet har fortsatt ett omfattande och strukturerat arbete med att utveckla och implementera nationella vård- och insatsprogram, standardiserade vårdförlopp och andra kunskapsstöd. Arbetet bedrivs i samverkan inom länet genom länsgemensamma programområden och medicinska programgrupper samt i regionala och nationella nätverk. Verksamhetsområdet har fortsatt ett aktivt värdskap för tre omfattande LPO och bidrar därigenom till både regional och nationell kunskapsutveckling; LPO psykisk hälsa, LPO levnadsvanor samt LPO rehabilitering, habilitering, försäkringsmedicin. Inom psykiatrin pågår ett kontinuerligt implementeringsarbete av vård- och insatsprogram, med fokus på utbildning, gemensamma arbetssätt och tydligare övergångar mellan vårdnivåer, inklusive barn- och vuxenpsykiatri. Flera kliniker deltar i pilotarbeten och anpassar organisation och arbetssätt utifrån nationella vårdprogram, exempelvis inom ADHD, depression och ätstörningar. Inom rehabiliteringsverksamheterna har arbetet med nationella vårdprogram och personcentrerade vårdförlopp fortsatt att utvecklas, med tydliga inslag av tvärprofessionell samverkan och processarbete. Kvalitetsförbättringar kan ses inom flera områden, bland annat stroke/TIA, hjärt- och cancerrehabilitering samt reumatologi, med förbättrade kvalitetsresultat och mer effektiva teamarbeten. Samverkan med primärvård, kommun, habilitering och andra verksamheter har stärkts för att skapa mer sammanhållna och jämlika vård- och rehabiliteringsinsatser. En utmaning beskrivs i samarbetet med LPO rörelseorganens sjukdomar där dialog pågår om jämlika förutsättningar i länet.

Uppdrag: Region Jönköpings län ska sammantaget bli en av de bästa i Sverige när det gäller standardiserade vårdförlopp för cancer.

Aktiviteter	Analys
Fortsatt arbete för att utveckla en trygg personcentrerad, behovsinriktad och resurseffektiv cancerrehabilitering av hög kvalitet.	Inom Rehabiliteringscentrum har utvecklings- och implementeringsarbetet inom cancerrehabilitering inom flera olika vårdprogram fortsatt. Ett urval av pågående och planerade åtgärder: - En projekttjänst för fysioterapeut inom bäckenbottendysfunktion har fått ytterligare stimulansmedel och är nu permanent. Tjänsten fyller ett stort behov, då patienter kan få stöd lokalt och kunskapen sprids i hela regionen. Arbetet sker i nära samverkan med kirurgi, kvinnoklinik, mag-tarm, primärvård och Linköping. - En sexolog har etablerat sig och erbjuder insatser till alla kliniker som möter cancerpatienter. Dessutom har ett nätverk för sexologisk kompetens startats i sydöstra sjukvårdsregionen. - Det pågår också arbete för patienter med fatigue och neuropati, där både arbetsterapeut och fysioterapeut erbjuder stöd via öppenvårdsbesök. Nya medel har beviljats för att utveckla preoperativ optimering inför lungcanceroperationer, som en del i ett sydöstra projekt.
Utveckling av diagnostikprocesserna i de standardiserade vårdförloppen för att	Berörda verksamheter arbetar kontinuerligt med flödes- och processutveckling för att säkerställa god tillgänglighet och

Aktiviteter	Analys
effektivisera utredning samt möjliggöra snabbare behandling och uppföljning.	kvalitet inom standardiserade vårdförlopp (SVF). Arbetet fokuserar på att korta ledtider, tydliggöra ansvar och förbättra uppföljning av tiden från remiss till svar. Klinisk fysiologi uppnår målet om undersökning och svar inom sju dagar för SVF-patienter och följer nu även ledtiden som ett kvalitetsmått. Röntgenkliniken har generellt god måluppfyllelse inom SVF, med undersökningar inom en arbetsvecka och svar inom två arbetsdagar. Undantag finns inom prostata- och mammografiområdet där brist på radiologkompetens påverkar svarstider, samtidigt som åtgärder vidtagits för att effektivisera flöden, bland annat genom förändrade protokoll, regional samverkan och investeringar i IT-stöd. Inom mammografi är bristen på mammografiläkare särskilt allvarlig och ett omfattande åtgärdsarbete pågår enligt separat handlingsplan, införande av AI, dialoger kring extern kapacitet och förändrade uppföljningsrutiner samt fortsatta rekryterings- och bemanningsinsatser. Situationen följs nära i dialog med högre ledning. Patologilaboratoriet har haft utmaningar att nå uppsatta SVF-tider men genom riktade åtgärder, både internt och i samverkan med remittenter, uppnår man det uppsatta målvärdet under tertialet. Även svarstider för undersökningar utanför SVF har förbättrats under de senaste två åren, men har under året försämrats även om en förbättring av svarstiderna ses under juli och augusti månad. Behov av ytterligare processutveckling finns för att förbättra flödeseffektivitet inom hela patologiprocessen. Fokuserade åtgärdsområden är vävnadssnittning som utgör en flaskhals, mer standardiserade utredningsflöden, resurseffektivt deltagande i MDK samt implementering av AI-baserad bilddiagnostik.

Uppdrag: Öka deltagandet i screeningprogram och catch up-vaccination mot HPV bland grupper som inte deltar.

Aktiviteter	Analys
Uppmärksamma och vidta åtgärder för de som i mindre utsträckning deltar i screeningprogram och vaccination.	Habiliteringscentrum har under året fortsatt erbjuda studiebesök på mammografienheterna inkl mobil mammografi, tillsammans med de patienter, närstående och stödpersoner som vill. Tyvärr mycket låg patientmedverkan vid vårens planerade studiebesök. Habiliteringscentrum har även initierat dialoger med Kvinnohälsovården för att undersöka hur täckningsgraden cellprovsscreening ser ut för målgruppen. De psykiatriska klinikerna beskriver pågående men otillräckligt utvecklat arbete med att motivera patienter till hälsosamtal med fokus på somatisk hälsa. Det finns ett behov av ytterligare dialoger och arbete kring individer som har svårt att ta del av utbudet.

Uppdrag: Arbeta med särskilda utvecklingsområden för patienter med psykisk sjukdom.

Aktiviteter	Analys
Utbilda och stödja verksamheter inom hälso- och sjukvårdsverksamheter inom PTSD.	Specialistpsykiatrin har fått ett uppdrag att ta fram ett utbildningsmaterial riktat till den somatiska vården. Parallellt undersöks hur utbildningen kan nå ut till aktuella

Aktiviteter	Analys
	målgrupper samt vilka dessa är. Målsättningen är att kunna genomföra en pilotomgång av utbildningen under senare delen av 2026.
Åtgärder för att förbättra somatisk hälsa hos personer med psykisk sjukdom.	Arbete pågår med att ta fram strukturerade och automatiserade hälsodata för att ge en samlad lägesbild och möjliggöra analys och beslut om åtgärder. Processgrupp psykos har påbörjat implementeringen av VIP; från insjuknande till regelbunden uppföljning av stabil patient. Fysisk aktivitet på recept skrivs och följs upp. Samverkan med primärvården förstärks genom informationsinsatser om remissgrunder, gemensamma formulär för årliga hälsosamtal och test av regelbunden konsultationstid mellan vårdcentral och psykiatrisk enhet.

Uppdrag: Arbeta för en jämlik och kostnadseffektiv läkemedelsbehandling.

Aktiviteter	Analys
Kontinuerlig uppföljning av läkemedelsförskrivning och läkemedelskostnader samt genomförande av läkemedelsdialoger.	Läkemedelsdialoger genomförs och planeras återkommande i samtliga verksamheter, men med varierande tidsintervall. BUP samt Rehabiliteringsmedicinska kliniken har treårscykler fastställda. Psykiatriska kliniken Jönköping fokuserar på statistik över förskrivning och kostnader som analyseras i ledningen. Psykiatriska kliniken Eksjö och Psykiatriska kliniken Värnamo planerar dialoger med klinisk farmaceut respektive läkemedelskommitté och MLA.

Uppdrag: Följa alla delar i överenskommelsen ”Riktlinjer för länskliniker”.

Aktiviteter	Analys
Följa upp att länskliniken arbetar enligt "riktlinjer för länskliniker".	Verksamheterna arbetar aktivt med fast bemanning genom att jobba strategiskt med kompetensförsörjning och möjliggöra stabil bemanning i alla länsdelar. Lösningar innefattar bland annat stöd för rotationstjänster, digitala lösningar och samarbete mellan orter. Flera kliniker har lyckats rekrytera och bygga upp stabil bemanning, medan andra fortfarande har utmaningar, särskilt inom vissa specialistområden. Det finns en tydlig plan för avveckling av hyrbemanning fram till 2030. Kompetensutveckling bedrivs i gemensamma processer och genom riktade utbildningar, kliniska utskott och professionsövergripande introduktionsprogram. Medarbetare ges fortbildning genom både interna utbildningar och samarbete med högskola. När det gäller ansvar för akutvård upprätthålls bemanning på akutsjukhusen genom samordning av resurser, jourlinjer och digitala konsultbedömningar. Vissa kliniker deltar inte direkt i akutvården, men erbjuder specialiststöd och konsultationer vid behov. För den nära vården i alla regiondelar pågår arbete med att stärka jämlik tillgång till vård och diagnostik, skapa bättre samverkan mellan vårdnivåer och utveckla stöd för vårdcentraler och kommuner. Vissa verksamheter har professionsansvar över länet, medan andra utvecklar nya arbetssätt och samverkansformer för att stödja den nära vården. I ledningsgruppen för verksamhetsområdet ges varje gång utrymme för en verksamhet i taget att sprida goda exempel

Aktiviteter	Analys
	på arbete med kvalitet som strategi, där länsperspektivet är en central utgångspunkt.

Uppdrag: Åstadkomma bästa möjliga resultat till lägsta möjliga kostnad varje gång.

Aktiviteter	Analys
Arbeta med åtgärder med fokus på kloka kliniska val, för att fasa ut överdiagnostik och överflödiga behandlingar.	Verksamheterna har fortsatt arbetet med kloka kliniska val. Klinisk fysiologi bedriver ett långvarigt arbete med kloka kliniska val i dialog med både sluten- och öppenvård, inklusive regelbundna möten med remittenterna, samt deltagande i process- och faktagrupper. Tillsammans med processgrupp kardiologi och allmänmedicin har Klinisk fysiologi förtydligat riktlinjer för klaffsjukdom och aortaaneurysm samt hantering av ökade kontrollvolymer, särskilt hjärtultraljud i Eksjö och Värnamo med följande långa väntetider för oprioriterade remisser. Klinisk fysiologi utvecklar också anpassade undersökningsprotokoll och deltar i regionalt samarbete kring endokarditronder från våren 2027. Röntgenkliniken har definierat sex prioriterade områden och arbetar både regionalt och nationellt med implementering tillsammans med remittenter. Röntgen genomför även med stöd av RCC-medel, en AI-baserad utvärdering av överdiagnostik inom ett antal diagnoser. Röntgen ser fortsatt behov av närmare samverkan med remittenterna kring kloka kliniska val samt ett behov av utvecklat regionövergripande samordningsstöd.

Uppdrag: Arbeta med övergången från barn till vuxna i vården.

Aktiviteter	Analys
Förbättra arbetssätt och samverkan kring patienter i övergången till vuxen	Två huvudområden framträder i arbetet med övergången från barn- till vuxenpsykiatri. För det första utvecklas strukturer och roller. BUP beskriver etablerad rutin för övergång, inklusive extra arbete våren 2026 för patienter med ADHD. Psykiatriska kliniken Eksjö lyfter återkommande samverkansmöten med BUP och en upparbetad samverkansstruktur med Habiliteringscentrum. Psykiatriska kliniken Värnamo rapporterar tydliga, fungerande arbetssätt där BUP alltid medverkar vid första bedömning. Habiliteringscentrum har fått klartecken att tillsätta tre lotsar med central roll för vuxna patienter med funktionsnedsättningar, med fokus på att lotsa till rätt vårdnivå i den fortsatta medicinska hälsouppföljningen. För det andra kvarstår praktiska utmaningar. BUP beskriver svårigheter att tidsmässigt matcha tidigare behandlare med ny behandlare inom vuxenpsykiatrisk vård, trots rutin om tidig kontakt och gemensamt övergångssamtal. Samtidigt framhåller Psykiatriska kliniken Värnamo en god dialog kring remittering till vuxen, vilket visar på fungerande samverkan i Värnamo.

Lärande och förnyelse

Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya

Framgångsfaktorer: Förbättringskunskap

Aktiviteter	Analys
Fortsatt satsning på kompetens- och rollutveckling inom förbättringskunskap och processorienterad verksamhetsutveckling.	Verksamhetschefer, första linjechefer och personer i ledningsstab deltar i Nätverk för Engagerat Ledarskap (NEL) och regionens olika chefsutvecklingsutbildningar. Sedan flera år tillbaka har verksamhetsområdet gjort en särskild satsning på Advanced Training Program, där över 20 chefer och ledare har deltagit med gott resultat. Majoriteten av verksamhetsområdets verksamhetsutvecklare, processledare, controllers och HR-partners har deltagit i utbildningen "Stöd för verksamhetsutveckling" som genomförs i Qulturums regi. Under året har en kartläggning och utredning påbörjats under ledning av Qulturum, med målet att tydliggöra och kompetensstärka olika utvecklingsfunktioner inom RJL.

Uppdrag: Kortare ledtider från kontakt till utförd vårdåtgärd.

Aktiviteter	Analys
Arbeta med informationsdriven verksamhetsutveckling	Inom verksamhetsområdet har satsningen på kompetensutveckling fortsatt inom respektive verksamhet avseende data och informationsinhämtning som driver verksamhetens utveckling. Samarbete initialt mellan stab, verksamhet, sektion E-hälsa samt IT-centrum för att utveckla modeller för respektive verksamhet. Två huvudområden framträder i verksamheternas beskrivningar: utveckling av informationsdrivna arbetssätt och breddad delaktighet i analys- och förbättringsarbete. **Utveckling av informationsdrivna arbetssätt:** Flera verksamheter har utvecklat dashboards och strukturerad uppföljning. Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken använder en Diver-dashboard med gemensamma mätetal för att skapa förståelse och engagemang på APT och utvecklingsdagar. Habiliteringscentrum har tagit fram en dashboard för andel patienttid kontra övrigt arbete inom projektet ”mer tid för patient”. Laboratoriemedicin har etablerade dashboards inom klinisk kemi och på patologilaboratoriet för processuppföljning, kompletterat med kvalitetsindikatorer som följs regelbundet. Rehabiliteringsmedicinska kliniken använder data från Diver, kvalitetsregister, enkäter och Synergi samt har skapat en egen dashboard i Stratsys. Röntgenkliniken har kvalitetssäkrat livedata i ”Röntgen online” och kopplat dessa till Diver, med nästa steg att utforma dashboards och integrera röntgen i akutflödets dashboards. Cosmic Insight byggs successivt in som kontroll- och analysstöd. Psykiatriska kliniken på höglandet arbetar löpande med Cosmic Insight för uppföljning på enhetsnivå. Psykiatriska kliniken i Värnamo utbildar chefer och medarbetare i Cosmic Insight, använder verktyget för uppföljning av ej rapporterade anteckningar och har infört gemensamma analysmöten med enhetschefer.

Aktiviteter	Analys
	Rehabiliteringscentrum har tagit fram en plan för breddinförande av Cosmic Insight som kontrollfunktion i Cosmic. Rehabiliteringsmedicinska kliniken ser nya möjligheter genom Cosmic Insight och följer vårdplaner och ADL-bedömningar veckovis. **Breddad delaktighet i analys- och förbättringsarbete:** Medarbetar- och chefdelaktighet stärks genom APT, utvecklingsdagar, enhetsträffar och analysmöten och flera enheter kopplar analys till konkret verksamhetsutveckling via tvärprofessionell samverkan. Controllers spelar en återkommande roll i flera verksamheter genom att presentera Diver-statistik i lednings- och analysforum. Klinisk fysiologi har genom riskanalys och nya funktionsbeskrivningar infört schemakoordinator och daglig styrning via vårdadministratörer samt förändrat arbetssätt för att öka patienttid och korta ledtider. Kliniken inhämtar remittentåsikter och har ändrat utlåtanden på UKG samt arbetssätt för cancerpatienter tillsammans med onkologkliniken. Psykiatriska kliniken höglandet genomför enhetsvisa dialogmöten, journalgranskning och arbetar aktivt i Synergi. Rehabiliteringsmedicinska kliniken genomför årliga journalgranskningar och workshops med chefer, verksamhetsutvecklare och controller. Laboratoriemedicin förstärker informationsdriven uppföljning genom automationsutbyte och daglig spegling av arbetsmiljö och analysproduktion. Röntgenkliniken utvecklar dessutom nya rapporter för väntetider i percentiler samt övergång till Astrada för KPS.

Medarbetare

Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser

Framgångsfaktorer: Rätt kompetens och bemanning

Uppdrag: Strategisk kompetensplanering.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Faktiska årsarbetare	2 020	2 058	Inom laboratoriemedicin, klinisk fysiologi och röntgenkliniken RJL framträder sammantaget en bild av förändrade årsarbetartal kopplade till sjukfrånvaro, rekrytering och omställning. Klinisk fysiologi ligger i augusti på 46 faktiska årsarbetare, lägre än tidigare, med fortsatt hög total sjukfrånvaro och höga VAB-tal (8,3 %) samt pågående upplärning av nyrekryterade BMA och en ST-läkare, vilket bedöms påverka tillgängligheten under hösten. Laboratoriemedicin har ökat faktiska årsarbetare med 3,8 jämfört med augusti 2025, bland annat genom lägre sjukfrånvaro och FL/VAB, samtidigt som tillsvidareanställda årsarbetare minskat med 10 och bemanningen styrs via tidsbegränsade anställningar och fortsatt behov av visstidsförstärkning. Röntgenkliniken RJL har minskat med 6,1 faktiska årsarbetare jämfört med samma period 2025 men arbetar mot att öka årsarbetarna för att bli oberoende av hyrpersonal, med nyanställda röntgensjuksköterskor under sommaren och hösten samt god återväxt av ST-läkare på Ryhov och i Värnamo. Inom de psykiatriska klinikerna, inklusive Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken samt psykiatriska klinikerna i Eksjö och Värnamo, är fokus tydligt på rätt kompetens och långsiktig bemanning. Barn- och ungdomspsykiatrin har ökat den totala faktiska bemanningen med 7,6 årsarbetare, bland annat via fler sjuksköterskor och psykologer, samtidigt som flera andra yrkesgrupper minskat och kliniken hanterar både sjukfrånvaro och ett delvis pausat avvecklingsarbete av hyrläkare. Psykiatriska kliniken Värnamo har minskat läkarbemanningen med cirka 4,5 årsarbetare men ökat psykologerna med 2,4, med i princip oförändrat totalt årsarbetartal (121,6). Psykiatriska kliniken Eksjö betonar att fler medarbetare inte ses som en långsiktigt hållbar lösning, utan prioriterar tillgång till rätt kompetens genom noggranna rekryteringsavvägningar. Övriga verksamheter visar varierande bemanningsnivåer över tid och en pågående uppbyggnad inför kommande år. Habiliteringscentrum redovisar lägre antal årsarbetare i augusti än föregående år, påverkat av vakanshållning under sommaren, introduktion av flera nya tjänster till hösten samt högt uttag av föräldraledighet. Rehabiliteringscentrum har högre faktiska årsarbetare under sommaren på grund av semestervikarier inom budgetram, med flera rekryteringar på plats och ytterligare medarbetare på väg, inklusive biträdande verksamhetschef och förstärkning inom logopedin, vilket innebär att antalet årsarbetare ökar under hösten och behöver följas inför 2027.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Kostnad för bemanningsföretag (hyrkostnad som andel av egna personalkostnader)	2 %	4,1 %	För årets åtta första månader uppgår det ackumulerade utfallet för kostnader av bemanningsföretag till 45 miljoner kronor, jämfört med 62 miljoner kronor samma period föregående år. Samtidigt varierar utvecklingen mellan verksamheterna. Det finns en tydlig strategisk inriktning mot att minska beroendet av hyrpersonal genom långsiktig kompetensuppbyggnad, främst via satsningar på ST-läkare och rekrytering av specialister. Flera verksamheter har rekryteringar på gång eller nyligen genomförda, vilket successivt stärker den egna bemanningen. På vissa håll har ST-läkare blivit specialister och ytterligare specialister tillträder under året. Trots detta kvarstår ett tillfälligt behov av hyrläkare inom delar av öppenvården samt enstaka hyrsjuksköterskor, främst kopplat till vakansläge och pågående utbildningsinsatser. Variationer i månadsutfall påverkas även av fakturornas periodisering. Röntgenverksamheten redovisar en tydlig kostnadsminskning för hyrpersonal om totalt 10 miljoner kronor, där minskningen avser både hyrsjuksköterskor och hyrläkare. Dock syns en liten ökning vad gäller kostnader för bemanningsföretag i augusti. Samtidigt kvarstår också rekryteringsutmaningar inom vissa geografiska områden och subspecialiteter, särskilt inom mammografi som nu drabbats av flera uppsägningar och därmed problem med att bemanna.. Den långsiktiga planen bygger på fortsatt uppbyggnad av ST-läkare, även om utbildningstiden (cirka sju år) innebär att full effekt nås först på längre sikt. Även BUP signalerar visst fortsatt behov av hyrbemanning. Sammantaget visar det ackumulerade läget en fortsatt omställning mot minskat hyrberoende, men med kvarstående kortsiktiga behov kopplade till vakansläge, utbildningsperioder och rekryteringssvårigheter inom vissa kompetenser.
Personalomsättning (andel externa avgångar exkl pension) under de senaste 12 månaderna	5 %	6 %	Personalomsättning inom PRD är 6 %, något högre än föregående tertial. Chefer arbetar löpande och strategiskt med arbetsmiljö och kompetensutveckling för att bibehålla medarbetare. Arbete pågår även kontinuerligt från ledningsstabens och verksamhetsstödets sida, med fokus på chefers förutsättningar. Kompetensanalysen som ska genomföras årligen kommer att ligga till hösten istället för på våren, vilket kommer underlätta för att på ett tydligare sätt få med aktiviteter kopplat till den strategiska kompetensplaneringen i verksamhetsplanerna på klinikerna/arbetsplatserna.

Aktiviteter	Analys
Genomföra kompetensplanering och de aktiviteter som behövs för att säkra egen kompetens som krävs för att utföra verksamhetens uppdrag, inklusive avveckling av beroendet av bemanningsföretag och köpta tjänster.	Kompetensplanering är ett ständigt pågående arbete. Många aktiviteter pågår i verksamhetsområdet, samtliga kliniker ska under hösten se över sina kompetensplaner enligt gällande rutin. Rekrytering av psykologer och läkare är särskilt prioriterat. Flera kliniker arbetar med att attrahera fler psykologer under utbildning, PTP, för att säkra psykologkompetens över tid. Vi har under året ökat antalet legitimerade psykologer och PTP.

Aktiviteter	Analys
	Exempel på pågående arbete från versamhetsområdet: Habiliteringscentrum genomför rekrytering under våren för att förstärka läkarkåren då flera läkare närmar sig pensionsålder. Inom psykiatrin planerar Psykiatriska kliniken Eksjö avveckling av hyrläkare men har fortsatt vakanser på specialistläkare, befintliga kompetenser har kartlagts och det planeras GAP-analys mot behandlingsriktlinjer. Psykiatriska kliniken i Värnamo arbetar aktivt med rekrytering och ST-utbildning för att minska beroende av bemanningsföretag, arbete pågår med funktionsbeskrivningar för olika roller för ökad tydlighet kring ansvar och kompetenskrav. Psykiatriska kliniken Jönköping har fortsatt inget behov av bemanningsföretag och rekryterar ST-läkare. Rehabiliteringscentrum har genomfört kompetensplanering per profession i varje länsdel. Röntgenkliniken RJL arbetar med utbildningsplaner och nivåhöjning inom framför allt MR-kompetens. Röntgen ser minskat beroende av hyrläkare, men ser fortsatt kraftigt underskott på specialistkompetenta radiologer, särskilt inom mammografi. Klinisk Fysiologi klarar produktionen med egen läkarbemanning, i dagsläget finns inte behov hyrpersonal, har förbättrat dokumentation efter SPUR-inspektion och har medarbetare som genomför eller avslutat magisterutbildning. Laboratoriemedicin ser kompetensgap inom ny teknik i samband med byte av automationsbanor och har tidigare rekryterat specialistläkare inom patologi, klinisk kemi och transfusionsmedicin. En flerårsplan för att bli oberoende av hyrpersonal fram till 2030 finns framtagen. En stor del av det arbetet bygger på att utbilda fler ST-läkare till specialister inom de egna specialiteterna.

Framgångsfaktorer: En god arbetsmiljö och hälsa

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Andel övertidstimmar i förhållande till totalt utförd arbetstid %	1,7 %	1 %	Arbete pågår kontinuerligt med att säkerställa en bra arbetsmiljö och minska volymerna av övertidsarbete. Omfattningen av övertidstimmar ligger jämförbart med föregående år.

Uppdrag: Ett systematiskt arbetsmiljöarbete med utgångspunkt i friskfaktorerna.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Andel heltidsanställda	91 %	92 %	Vi uppnår målvärdet för andel heltidsanställda i verksamhetsområdet. Heltid som norm är grundförutsättningarna och det sker en löpande dialog i samband med ledningsgrupper och i andra sammanhang. Vanliga orsaker till deltidsarbete är nattarbete och lägre sysselsättningsgrad vid beviljad sjukersättning. Vi ser också att några medarbetare som närmar sig pensionsålder väljer att gå ner i tid.
Personalhälsa - Sjukfrånvaro %	5,5 %	6,1 %	Sjukfrånvaron ligger på 6,1, vilket är lite högre än riktvärdet 5,5%. Det är dock lägre än föregående tertial, och även lägre än samma tid förra året. Främjande, förebyggande och rehabiltieringsarbete pågår.

Aktiviteter	Analys
Kontinuerliga rehabkonferenser för att minska långtidssjukskrivningar,	Vi har ändrat lite i upplägget kring detta. Det finns fortfarande tider för att plocka upp detta i grupp, men de rena rehabkonferenserna vi hade ser vi inte riktigt räcker, de kan också vara svårt att träffa rätt i tid då rehabärenden ofta behöver hanteras mer löpande. Vi arbetar istället mer med dialoger vid behov, och har en HR-partner som uttalat stöttar mer i rehabärenden framförallt inom gruppen men även i vissa fall till chefer.

Framgångsfaktorer: Främjar kreativitet och delaktighet

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Andel chefer med färre än 35 medarbetare	100 %	89 %	13 chefer i verksamhetsområdet har fortsatt fler än 35 medarbetare, jämfört med 17 vid uppföljningstillfället i januari. När vi bortser från intermittent och visstidsanställda är det fyra chefer som har fler än 35 medarbetare. Tre av de cheferna har administrativt stöd i form av sektionsledare eller biträdande chef och i ett av fallen är det en tillfällig lösning som man planerar annorlunda för framöver.

Ekonomi

Strategiska mål: God och hållbar hushållning

Framgångsfaktorer: Kostnadseffektiv verksamhet

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Ekonomi i balans	0 tkr	-13 682 tkr	Utfallet till och med augusti 2026 visar ett blandat ekonomiskt läge mellan verksamheterna. Dock finns en en betydande resultatförbättring från förra årets budgetavvikelse vid samma tid som var -79 miljoner till nuvarande budgetavvikelse med -13,7 miljoner kronor. Flera enheter har negativa budgetavvikelser, främst kopplat till höga kostnader för hyrpersonal, höga kostnader för köpt vård, material och externa tjänster samt lägre intäkter än budget. Detta gäller exempelvis Habiliteringen, Psykiatriska kliniken i Värnamo och Laboratoriemedicin. Samtidigt redovisar flera verksamheter positiva resultat, däribland psykiatriska klinikerna i Jönköping och Eksjö, Barn och ungdomspsykiatrin, Klinisk fysiologi, rehabiliteringscentrum och rehabiliteringsmedicin samt röntgenkliniken. Förbättrade resultat förklaras bland annat av lägre personalkostnader, minskat beroende av hyrpersonal, ökade intäkter samt tillgänglighetsmedel. Övergripande är bemanning, tillgänglighet och kostnadskontroll fortsatt centrala faktorer. Flera verksamheter arbetar aktivt med rekrytering, kompetensförsörjning och åtgärdsplaner för att nå ekonomisk balans, men osäkerheter kvarstår kring intäktsutveckling, externa kostnader och framtida resursbehov.
Prognos	0 tkr	-22 000 tkr	Laboratoriemedicin har den enskilt största budgetavvikelsen inom området med en prognos på -46 miljoner kronor. Verksamheten är mycket belastade av omfattande arbete med införande av automation och förändringar i lokaler kopplat till det. Dessutom pågår förflyttning av ansvar för laboratorieverksamheten till Bra liv vilket kommer att påverka antalet övertaliga årsarbetare och därmed följande risk för ett tillfälligt sämre resultat. Röntgenkliniken bedömer ett överskott på cirka 10,5 miljoner kronor, där ökade intäkter och svårigheter att bemanna är viktiga faktorer. Habiliteringscentrum prognostiserar ett underskott på cirka 4 miljoner kronor, främst kopplat till ökande personalkostnader och köp av externa utredningar. Flera verksamheter redovisar positiva prognoser. Psykiatriska klinikerna i Jönköping och Eksjö beräknar överskott. Bidragande orsaker till överskottet är stabil produktion och förväntad tilldelning av tillgänglighetsmedel. Även Klinisk fysiologi och Rehabiliteringsmedicinska kliniken prognostiserar positiva resultat, delvis beroende på ökade intäkter, tillgänglighetsmedel och ännu ej fullt utnyttjade resurser. Tillgängligheten är fortsatt en utmaning inom flera verksamheter, med ökade remissvolymer och påverkan från sjukfrånvaro. Samtidigt pågår rekryteringar som förväntas förbättra både produktion och tillgänglighet på sikt.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			Kostnader för neuropsykiatriska utredningar beställda av BUP belastar verksamhetsområdets ekonomi samtidigt som inga nya budgetmedel alltså har tillförts. Ett utfall på ca -20 miljoner kronor är prognosticerat vad gäller det. I prognosen är det inte beaktad eventuella ännu ej beslutade förändringar eller tillskott gällande statsbidrag. Sammanfattningsvis präglas 2026 av ett blandat ekonomiskt läge, där flera verksamheter visar överskott medan några har underskott och för laboratoriemedicin betydande underskott, främst kopplade till bemanning, externa kostnader och strukturella förändringar.

Aktiviteter	Analys
Handlingsplan för ekonomi i balans	**Laboratoriemedicin** arbetar aktivt med de kostnadsposter som kan påverkas och är fortsatt restriktiv med tillsvidareanställningar. Inriktningsbeslutet inom primärvården från slutet av 2025 möjliggör ett långsiktigt arbete med att nå balans i antal årsarbetare utifrån produktion, där slutlig dimensionering kan göras först efter avslutat automationsprojekt på Ryhov sommaren 2028. Inom patologin skickas prover för extern diagnostik, med målsättning att ta hem all diagnostik, vilket förutsätter fler patologer. En ST-läkare har blivit specialist under 2026 och en patolog ska vara studierektor för ST-läkarna. Ledningen betonar restriktivitet i inköp och uppföljning av eventuella höjningar av pris från leverantörer. Prognos 2026 är en budgetavvikelse med -46 miljoner kronor. **Röntgenkliniken** visar i prognosen för 2026 en resultatförbättring på 39 mnkr jämfört med 2025 efter flera års arbete med en ekonomisk handlingsplan som fortsatt utvecklas. Kliniken är nu oberoende av hyrsjuksköterskor och har minskat kostnaderna för hyrläkare på alla enheter utom mammografin, där det råder brist på radiologer. Projekt för korrekt debitering av produkter är i förvaltningsläge och kompletteras med upphandling av artiklar på angio. AI-baserad mammografiscreening används sedan mars 2026 för cirka 70 procent av undersökningarna. Digitala kallelser införs successivt under 2026. Benchmarking mot Nyköping och Borås fortsätter, liksom ett länsperspektiv på rekrytering och ökad produktion genom att ST-läkare slutsignerar fler undersökningar. Prognos 2026 är en positiv budgetavvikelse med 10,8 miljoner kronor. Röntgen har dock tillfällig förstärkning med tillgänglighetsmedel med 20 miljoner kronor samt medel för kompetensutveckling av ST-läkare med 20 miljoner kronor. Detta innebär att det finns fortsatt ett behov av åtgärdsplan för ekonomi i balans. **Psykiatriska kliniken Värnamo** har höga kostnader för hyrläkare och arbetar därför med att stärka den egna bemanningen genom att anställa ST-läkare. Samtidigt kvarstår utmaningen att behålla läkare efter avslutad ST-tjänst, vilket innebär risk för fortsatt beroende av hyrläkare. Arbetet inriktas också på att utveckla arbetsmiljö, introduktion och handledning samt på att identifiera orsaker till personalomsättning och genomföra riktade åtgärder.

Aktiviteter	Analys
	Kliniken intensifierar den ekonomiska uppföljningen med fokus på systematisk och mer informationsdriven uppföljning av ekonomi och bemanning. Budgetunderskottet ligger främst på inköp av möbler till nya lokaler och hyrläkare. Prognos -8,1 miljoner kronor. **Habiliteringscentrum** följer sina resultat månadsvis genom verksamhetschef och controller, med särskilt fokus 2026 på att få kontroll över utredningskostnaderna. Personalkostnaderna följs på enhetschefsnivå. Tillgängligheten följs noggrant och målnivåer uppnås ofta, vilket genererat tillgänglighetsmedel. Kliniken har fortsatt många patienter med annat modersmål, vilket leder till höga tolkkostnader som är svåra att påverka. Prognos -4,0 miljoner kronor. Kvarstående utmaning är att **BUP** inte har budgettäckning för utredningskostnader. Underskottet kopplat till det är ca 20 miljoner kronor. Övriga kliniker inom verksamhetsområdet redovisar positiva budgetavvikelser.

Region
Jönköpings län

Delårsrapport
Tertial 2 2026

Vårdcentralerna Bra Liv

Dnr RJL 2026/21
Susanne Almers, direktör
Vårdcentralerna Bra Liv
Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län, www.rjl.se

Innehållsförteckning

Inledning **4**

Medborgare och kund **6**

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på 6

Process och produktion **12**

Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare 13

Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet 14

Lärande och förnyelse **20**

Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya 20

Medarbetare **21**

Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser 21

Ekonomi **25**

Strategiska mål: God och hållbar hushållning 25

Inledning

Vårdcentralerna Bra Liv är en viktig del i länets primärvård och bidrar till att förverkliga Region Jönköpings läns vision för ett bra liv i en attraktiv region. Målet är en bättre hälsa för alla. Vårdcentralen skall vara navet för invånaren när hen behöver kontakt med vården. Bra Liv:s vårdcentraler erbjuder hälso- och sjukvård samt rehabilitering, med bästa bemötande och medicinsk kvalitet, utan vinstsyften. Bra Liv vill uppfattas som tillgängliga och erbjuder kontakt i telefon eller chatt samma dag och tid för medicinsk bedömning inom tre dagar. Verksamheten är väl förankrad i vår värdegrund med ledorden omtanke, helhet och kvalitet.

Bra Liv finns med 28 vårdcentraler och flera filialer spridda i länet. Vid dessa enheter är ca 277 000 invånare listade, vilket är 74 procent av länets befolkning. Ambitionen är att fortsätta öka listningen och marknadsandelen. Verksamheten omsätter ca 2 miljarder kronor och sysselsätter drygt 1 000 årsarbetare.

Den nära vården utvecklas inom tre stora vårdprocesser- akuta, kroniskt sjuka och svårt sjuka. För kroniskt sjuka och svårt sjuka är möjlighet till fast vårdkontakt och patientkontrakt/"min överenskommelse med vården" särskilt viktiga delar. Hembesök av läkare och vårdplaneringar, i samarbete med kommunerna, erbjuds till de som behöver.

Tre vårdcentraler ingår i ett pilotprojekt kring invånarteam. Projektet startar under hösten 2026. De vårdcentraler som ingår är Nässjö, Eksjö och Norrahammar. Syftet med invånarteam är att ytterligare förbättra tillgängligheten, öka kontinuitet och därmed öka kvaliteten på vården.

Bra Livs vårdcentraler är viktiga delar i akutkedjan. Vårdcentralerna bidrar med hög tillgänglighet och kompetens dagtid. På kvällar och helger tar de gemensamma Närakuterna över. Det finns ett nära samarbete mellan vårdcentral, kommuner och slutenvård, vilket är en förutsättning för en god och nära vård.

Arbete med konceptet ”Kloka kliniska val” fortlöper. Ett arbete som handlar om att göra patienten mer delaktig i sin vård och undvika överdiagnostisering och behandling, avseende medicinsk diagnostik och läkemedel. Det leder till förbättringar både avseende kvalitet, kostnadseffektivitet och miljö.

Bra Liv bedriver ett fortlöpande aktivt patientsäkerhetsarbete med bland annat patientsäkerhetsronder och återkoppling av svåra ärenden från chefläkaren vid ledningsgruppsmöten. Arbetssätt ses över i syfte att avsluta de som inte är värdeskapande för patienter eller medarbetare.

Digitaliseringsarbetet fortsätter, med utveckling av befintliga och nya funktioner. I Bra Liv näras gemensamma utbud finns tillgänglighet till digitala besök vardagar kl. 8-21 och helger kl. 8-20. Fokus läggs också på att utveckla ett lokalt utbud av digitala tjänster på vårdcentralerna.

Bra Liv arbetar för hälsofrämjande arbetsplatser med hög trivsel, låg sjukfrånvaro, låg personalomsättning och goda möjligheter till kompetensutveckling. Organisationen har en välkänd värdegrund som förtydligar vårt varumärke, medarbetarskap, chefsuppdrag och vårt löfte till våra invånare.

En utmaning är svårigheten att rekrytera personal till vissa geografiska områden. I dessa områden kommer behovet av hyrläkare finnas kvar åtminstone på kort sikt. Bra Liv arbetar med rekryteringsbefrämjande åtgärder, att vara en attraktiv arbetsgivare, samarbete mellan vårdcentraler och rätt använd kompetens.

Bra Liv har sedan 2024 haft ett politiskt uppdrag att på ett antal vårdcentraler arbeta med att på lång sikt nå 1 100 listade invånare per helårsanställd läkare. I dagsläget har 4 st vårdcentraler valts ut. Kortsiktigt innebär det en viss ökning av antalet hyrläkare. På lång sikt förväntas uppdraget att leda till att fler väljer att ta anställning hos Bra Liv. Under våren 2026 redovisades en handlingsplan för att inom tio år uppnå en bemanning med 1 100 listad invånare per helårsanställd läkare inom hela organisationen. Under hösten påbörjas arbetet med aktiviteter kopplat till handlingsplanen.

Kompetensutveckling i egen regi fortlöper med utbildningar i linje med de kompetensplaner som finns för samtliga yrkesgrupper. För att stärka chefskapet erbjuds Chefsarena Bra Liv, introduktionsprogram, reflektionsgrupper, mentorskap och chefstrainee. Bra Livs chefer deltar även i regionens nätverk för engagerat ledarskap, storgrupp sjukvård samt andra chefsutbildningar och

samarbetsforum. Organisationen arbetar med ständiga förbättringar och implementering av nya arbetssätt.

Bra Liv:s vårdcentraler arbetar med kvalitet som strategi. Målet är en verksamhet med god tillgänglighet och god kvalitet samt med en ekonomi i balans.

Den ekonomiska prognosen för 2026 landar på budget i balans. Förbättringen jämfört med föregående prognos beror bl.a. på extra utbetalning från vårdval och lägre kostnader för läkemedel. En annan bidragande orsak till ekonomi i balans är stort ekonomiskt ansvarstagande på vårdcentralerna.

Måluppfyllelse ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

	2026-08-31	Andel	2025-08-31	Andel
Antal mätetal som är uppfyllda	7	50%	7	50%
Antal mätetal som är delvis uppfyllda	4	29%	2	14%
Antal mätetal som inte är uppfyllda	3	21%	5	36%
Antal mätetal som mäts	14	100%	14	100%

Helt uppfyllda mål: Medicinsk bedömning inom tre dagar (tillgängligheten), Hembesök av läkare, Antal vårdplaneringar enligt SIP, Antal årsarbetare, Sjukfrånvaro, Ekonomi i balans samt Prognos.

Delvis uppfyllda mål: Kontinuitet, Personalomsättning, Andel heltidsanställda och Andel chefer med färre än 35 medarbetare.

Ej uppfyllda mål: Telefontillgänglighet, Hälsosamtal till 40- 50- 60- och 70-åringar, Kostnad för bemanningsföretag.

Förbättringen beror bl.a. på bättre ekonomiskt utfall och positiv ekonomisk prognos.

Medborgare och kund

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på

Framgångsfaktorer: Nöjda kunder och intressenter

Aktiviteter	Analys
Informera och kommunicera med invånarna	Löpande uppföljning görs av hur många som nås av informationskampanjer. Det görs också uppföljning av hur många som använder Bra Livs olika informationskanaler. Resultaten visar att det finns ett stort intresse hos våra invånare för dessa budskap. Aktiviteter på Facebook och Instagram varierar mellan vårdcentralerna och för hela organisationen ökar aktiviteterna och användandet. Reaktionerna på utbudet ökar också. Vårdcentralerna erbjuder organisationer/föreningar föreläsningar kring hälsa och fysisk aktivitet.

Uppdrag: Dokumenterad överenskommelse ska finnas mellan patient och vårdgivare.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Nämnd Överenskommelse, utvalda kroniska sjukdomsgrupper	60 %	87 %	Andel patienter med en kronisk sjukdom som har en dokumenterad överenskommelse fortsätter att öka för varje månad. Nästa steg är att kvalitetssäkra innehållet i överenskommelserna. Vårdcentralerna har deltagit i lärlabb rörande innehållet I patientgrupperna hjärtsvikt, höftledsartros, kronisk obstruktiv lungsjukdom, hypertoni och diabetes typ 2 har mellan 85 % och 90 % av patienterna en dokumenterad överenskommelse. En stadig förbättring jämfört med föregående år. För patientgruppen med diabetes typ 1 är andelen 74 %, även det en klar förbättring.

Aktiviteter	Analys
Identifiera tysta kroniker	Tysta kroniker definieras enligt följande: Patienter som fått en kronisk diagnos de senaste fem åren och som inte har haft kontakt med vårdcentralen de senaste 18 månaderna. Flera vårdcentraler följer idag aktivt upp dessa patienter. Detta främjar kontinuiteten.
Utveckling av kvalitet och innehåll i överenskommelser och planer.	Representanter från vårdcentralerna har deltagit på lärlabb för dokumenterad överenskommelse för att inspireras att arbeta vidare med kvaliten och innehållet i överenskommelserna.
Fortsätta arbetet med samordning av dokumenterade överenskommelser med fokus på vissa sjukdomsgrupper/komplexa behov	För att öka kvalitén på innehållet i överenskommelsen har några vårdcentraler tillsatt arbetsgrupp samt gjort regelbundna stickprov.

Uppdrag: Öka patientens kunskap om sin sjukdom.

Aktiviteter	Analys
Fortsätta att utveckla gruppverksamheter för patienter/patientskola	På APY under Bra Liv gemensam finns åtta gruppverksamheter för patienter upplagda. Hit kan en vårdcentral hänvisa/hjälpa patienten om inte den egna

Aktiviteter	Analys
	vårdcentralen kan erbjuda egen gruppverksamhet inom aktuellt område.

Framgångsfaktorer: God tillgänglighet

Uppdrag: Förbättra tillgängligheten till sjukvårdsrådgivning.

Aktiviteter	Analys
Aktivt utveckla digital sjukvårdsrådgivning och digi fysisk sjukvårdsrådgivning	Patienten kan nå oss för sjukvårdsrådgivning via appen Min vård. I appen Min vård når patienten oss via: Bra Liv nära gemensamt, våra fyra närmottagningar och alla vårdcentraler.
Vara delaktiga i regionens arbete för att förbättra tillgängligheten	Projektet pågår med representanter från Vårdcentralerna Bra Liv i samtliga arbetsgrupper: Digitalt-, Telefoni- och Fysisk ingång.

Uppdrag: Förbättra tillgängligheten till vården och tandvården utifrån systemmätetal och mål för verksamheterna.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Nämnd Telefonkontakt med vårdcentralen samma dag	100 %	95 %	Tillgängligheten har ökat med 6 procentenheter jämfört med utfallet tertial 2 2025. Telefonsamtalen till vårdcentralerna ökar för varje år, vilket leder till att flera vårdcentraler har svårt att klara målet för telefonkontakt. Åtgärder har genomförts för att minska inflödet av samtal. Exempelvis informativa telefonsvar, hänvisning till appen Min vård och meddelandefunktion eller hänvisning till 1177-Direkt.
Medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar.	90 %	93 %	Kvalitetsavdraget för tillgänglighet inom 3 dagar mäts fr.o.m. 2024 på rullande 12 månader bakåt. Vid senaste beräkningen klarade 23 vårdcentraler målet på minst 90 % tillgänglighet senaste 12 månaderna och övriga 5 st. klarade en tillgänglighet på 87-89%.
Nämnd Kontinuitetsmått – primärvård	0,4 index	0,36 index	Ungefär hälften av vårdcentralerna klarar målet på 0,40 läkarkontinuitet under andra tertialet 2026. Indexet har ökat från 0,35 tertial 2 2025 till 0,36 tertial 1 2026. Stora vårdcentraler har svårare att nå hög kontinuitet trots god bemanning. Med många läkare ställs stora krav på planering och organisation för att lyckas. Arbete i team och uppmärksamma telefonrådgivningssjuksköterskor som bokar till rätt person är exempel på effektiva arbetssätt. I vissa fall önskar patienten en snabb tid framför att träffa patientansvarig läkare. Då arbetar vårdcentralerna med episodkontinuitet, det vill säga att samma läkare handlägger alla kontakter runt det aktuella sjukdomstillståndet.

Aktiviteter	Analys
Arbeta med förstärkt vårdgaranti	God bemanning och bra organisation är en grundförutsättning för hög tillgänglighet. Vårdcentralerna arbetar med varierade arbetssätt, beroende på lokala förutsättningar, för att kunna erbjuda tillgänglighet inom tre dagar. Exempelvis digitala besök eller meddelandekontakter, teambedömningar i tvärprofessionella team, öppen mottagning, triagering till rätt yrkeskategori, kortare

Aktiviteter	Analys
	behandlingsserier, kortare besökstider och mer individualiserad vård. Patienternas egen kraft och ansvar för sin sjukdom tas på ett systematiskt sätt tillvara. Det gemensamma utbudet Bra Liv nära gemensamt (nås vi appen Min vård) och de fyra närmottagningarna bidrar till att utjämna resurserna mellan vårdcentraler och ökar tillgängligheten för patienterna.
Öka det gemensamma utbudet i Bra Liv nära	En mottagning för sexuell hälsa har under året tillkommit i utbudet i Bra Liv nära gemensamt. Sedan tidigare finns mottagning för astma och livsstilsmottagning innehållande överviktsmottagning, tobaksrådgivning, matrådgivning och fysioterapi.
Forma arbetssätt som främjar kontinuitet till läkare/team	Bra Liv stödjer arbetet med att öka kontinuiteten till läkare/team. Detta görs genom dialog på ledningsmöten och affärsplaneuppföljningsmöten. Tre vårdcentraler anmält intresse för att delta i projektet Invånarteam. Det syftar bl.a. till att förbättra tillgängligheten, kontinuiteten och kvalitén. Samtliga vårdcentraler följer måttet för läkarkontinuitet och arbetar aktivt för att uppnå förbättring.
Utveckla konceptet Bra Liv närmottagningar	Våra närmottagningar är välbesökta och mycket uppskattade av våra invånare på grund av sin lättillgänglighet. Arbete pågår för att fortsatt stärka, bemanna och utveckla verksamheten. Vaccinationer, som utgör klar majoritet av kontakterna, ökar på alla fyra mottagningar jämfört med samma period förra året. Dels för att Nässjö inte fanns förra året, men också för att vaccinering mot bältros och TBE ökar. Sjukvårdande behandling ökar inte på samma sätt.

Uppdrag: Erbjuda fast vårdkontakt och enkla kontaktvägar in till vårdcentralerna för patienter med stora vårdbehov.

Aktiviteter	Analys
Utöka antalet överenskommelser, SIP (Samordnad individuell plan) och rehabplaner	Bra Liv arbetar målmedvetet med att påminna gamla och nya medarbetare om vikten att leva upp till vårt löfte i mötet med våra invånare. Löftet stämmer väl överens med regionens gemensamma arbete med överenskommelse. Bra Liv har en tydlig målsättning om att alla patienter med kronisk sjukdom och/eller komplexa sjukvårdsbehov ska ha en dokumenterad överenskommelse i journalen.

Uppdrag: Arbeta aktivt med att uppnå bemanningsmålet inom primärvården.

Aktiviteter	Analys
Arbeta utefter strategi ARUBA (Attrahera, Rekrytera, Utveckla, Behålla, Avveckla)	I fokusgrupp läkarresurs planeras strategier för att nå en bra och jämn läkarbemanning över länet, som stöd finns i staben en rekryteringsspecialist mot läkare. De viktigaste strategierna är ett gott omhändertagande av studenter, AT/BT-läkare och underläkare för rekrytering till ST-läkartjänster, samt rekrytering av utlandsutbildade läkare leg och EU-specialister som introduceras via Nässjö utbildningscentrum och sedan vidareutbildas. Styrgrupp läkarrekrytering har samordnat läkarförsörjningen

Aktiviteter	Analys
	via utlandsrekrytering, relocation, introduktion fredagsseminarium och NUC. Gruppen har också koordinerat hyrläkarbemanningen. Bra Liv erbjuder god kompetensutveckling och genomför många aktiviteter för att främja en god arbetsmiljö för alla kategorier. Vårdcentralerna stöttar varandra klustervis med jourpass, bemanning på BVC och äldreboenden. Verksamhetscheferna har i uppdrag att besöka ett par chefskollegor för att öka förståelsen för vilka olika förutsättningar som råder avseende möjlighet till rekrytering. Under våren 2026 har Bra Liv att medverkat på Nordisk allmänläkarkongress i Jönköping där vi knutit många nya kontakter. Nya aktiviteter planeras in under hösten i fokusgrupp riktat mot läkarrekrytering
Uppmuntra till att ST-läkare randar sig på annan Bra Liv vårdcentral och i Bra Liv Nära appen	Bra Livs ST-läkare uppmuntras att förlägga sin utbildningstid till både stor och liten vårdcentral och i både stadsmiljö och i glesbygd. Syftet är att bredda individens kompetens och att förbättra rekryteringsmöjligheterna till vårdcentraler med geografiska utmaningar. Under våren 2026 är det två st ST-läkare randar sig i Bra Liv nära i appen Min vård. Dessa aktiviteter planeras att ingå i den löpande verksamheten framöver.
Fortsätta att satsa på utvalda vårdcentraler	Fyra vårdcentraler har valts ut att delta i satsningen på 1 100 listade per ordinarie heltidsanställd läkare. De utvalda vårdcentralerna är Bra Liv Vaggeryd, Bra Liv Skillingaryd, Bra Liv Sävsjö och Bra Liv Smålandsstenar. På kort sikt medför detta ett ökat behov av hyrläkare. På lång sikt ska det skapa en attraktiv arbetsmiljö med ökad möjlighet till ordinarie rekrytering. Projektet fortgår men det kommer uppdaterade aktiviteter i verksamhetsplanen kopplat till frågan.
Förbereda ST-läkare för kommande DL-placering	Frågan tas numera löpande upp i Bra Livs övergripande ledningsgrupp. Verksamhetschefen ansvarar för att föra dialog med den enskilde läkaren om framtida placering. Arbetssättet fungerar bra och är löpande del av verksamheten.
Ta fram handlingsplan för att nå 1 100 listade per läkare	Handlingsplanen har tagits fram och presenterades före sommaren för ledningen och nämnden för Folkhälsa sjukvård.

Uppdrag: Under mandatperioden ska Region Jönköpings län säkra akutvårdkedjan för att patienter ska få ett snabbare och säkrare omhändertagande i hela länet.

Aktiviteter	Analys
Arbeta med att förbättra akutvårdkedjan	Vårdcentralerna Bra Liv uppmuntrar samtliga av sina vårdcentraler att erbjuda en god tillgänglighet till vårdcentralen dagtid. Detta görs genom att triagera patienten rätt i akutvårdskedjan med hjälp av god bemanningsplanering och tillgängliga digitala lösningar. En dashboard har tagits fram för daglig styrning. Den visades upp på Utvecklingskraft den 6/5. Nu provar sex vårdcentraler att arbeta med dashboarden. Målsättningen är

Aktiviteter	Analys
	att samtliga Bra Liv vårdcentraler ska installera och börja använda dashboarden under 2026. Denna är tänkt att hjälpa vårdcentralen i det dagliga arbetet med att ha koll på t.ex. tillgänglighet, bokningsgrad, medicinsk bedömning och personalnärvaro.

Framgångsfaktorer: God och jämlik hälsa

Uppdrag: Förbättra folkhälsan hos länets invånare.

Aktiviteter	Analys
Inspirera patienter att vara aktiva deltagare i Lärcafé, Självhjälpsgrupper och Hälsocenter	Bra Liv erbjuder föreläsningar gällande medicinsk information och inspiration till ett bra liv för de över 65. Bra Liv fortsätter att uppmuntra vårdcentralerna att stärka samarbetet med hälsocenter för att ge våra patienter möjlighet att ta ett större egen ansvar för sin hälsa. Vid behov kan patienten få fysisk aktivitet på recept och remiss.
Erbjuda hälsoundersökningar till socialt utsatta	Bra Liv stödjer människor i särskilt utsatta situationer som missbruk, hemlöshet, psykisk ohälsa och sjukdom genom ett samarbete med organisationen Hela människan i Jönköping. En dag per vecka kommer läkare och sjuksköterska till organisationens lokal och har mottagningsverksamhet på plats utan krav på förbokning. Vi når människor som annars inte söker sjukvården.

Uppdrag: Arbeta för en mer jämlik hälsa hos utrikesfödda invånare.

Aktiviteter	Analys
Skapa en medvetenhet om socioekonomins och/eller kulturell påverkan på patientsäkerhet och kliniska resultat, samt åtgärda där det finns behov.	De vårdcentraler som finns i socioekonomiskt utsatta områden anpassar sin verksamhet efter invånarnas behov., Det handlar t.ex. om Drop-in mottagning, längre samtalstid i Tele-Q och längre tid vid läkarbesök. Bra Liv övergripande ledningsgrupp har haft en genomgång av regionens arbetsmaterial Jämlik verksamhet. Verksamhetscheferna för respektive vårdcentral uppmanades att arbeta vidare med materialet.

Uppdrag: Förbättra barn och ungas hälsa.

Aktiviteter	Analys
Främja goda möten för barn på vårdcentralen	Ledningsgruppen har uppmanats att ta del av patientnämndens rapport "RJLP 2025/44 Barn i vården - En analys av patientnämnden av synpunkter och klagomål gällande barn" Verksamhetschefen i Norrahammar har fått i uppdrag att bevaka och utveckla barnperspektivet.

Uppdrag: Främja äldres hälsa.

Aktiviteter	Analys
Samarbeta för en trygg, säker vård och omsorg i hemmet	För att nå trygg och säker vård och omsorg är god samverkan mellan vårdcentral, sjukhus och kommun avgörande. Lokala avtal tecknas avseende läkaruppdrag och medicinsk samverkan mellan vårdcentraler och kommunal hälso- och sjukvård. Avstämningsmöten, initierade av

Aktiviteter	Analys
	REKO, hålls regelbundet på chefsnivå i varje kommun. Förstärkt lokal samverkan sprids alltmer i hela länet. Inom regionen har en gemensam dashboard tagits fram för att stärka samarbetet mellan kommun och vårdcentral. Den visar våra gemensamma patienter och hjälper oss att prioritera vårt gemensamma patientarbete.
Förbättra äldres levnadsvanor	Arbete pågår vid alla våra vårdcentraler för att öka samverkan mellan vårdcentral och hälsocenter. Tillsammans vill vi bidra till förstärkt egen vård genom goda levnadsvanor. I t.ex. Tranås genomför anställda på vårdcentralen regelbundet föreläsningar för olika patientgrupper på Seniorcentralen. Ämnena är bl.a. Artros och Fallprevention. En studie (SAFE-Trygg nära vård för äldre) för att utveckla arbetsmodell och identifiera, stärka, bibehålla autonomi, hälsa- och funktionsförmåga hos äldre håller på att avslutas och sammanställas. Studien har gjorts tillsammans med Region Östergötland och pågått på 12 Bra Liv vårdcentraler.
Delta i utvecklingsprogrammet Bästa plats att åldras på	Bra Liv stödjer konceptet Bästa platsen att åldras på och vill fortsätta att vara en del av det. Det är vårdcentralernas uppdrag att arbeta förbyggande och hälsofrämjande.

Uppdrag: Utveckla hållbara ekonomiska vårdutbud

Aktiviteter	Analys
Arbeta fram ett konceptprogram för framtida lokaler i primärvården	Tillsammans med Regionfastigheter har ett arbete startats kring begreppet typrum. Målsättningen är att standardisera olika rumsfunktioner anpassade för olika vårdlokaler i öppenvård.

Process och produktion

Verksamhetsstatistik

	Utfall 2025-08	Utfall 2026-08	Förändring % 2026-2025
Antal besök sjuksköterska	101 848	99 903	-2 %
Vacc besök covid-19	13 497	153	-99 %
Antal besök undersköterska	18 170	18 598	2 %
Antal besök kurator	12 298	11 671	-5 %
Antal besök psykolog	6 661	6 919	4 %
Antal besök sjukgymnast	65 777	66 126	1 %
Antal besök arbetsterapeut	13 811	14 172	3 %
Antal besök läkare	178 269	172 670	-3 %
Summa besök	410 331	390 212	-5 %
Summa besök exkl covidvacc	396 834	390 059	-2 %
Telefonkontakter	254 901	261 636	3 %

Besöken som avser covidvaccinering har minskat mycket. Från och med 2026 sker covidvaccinering i stor skala endast i samband med influensa vaccineringen under hösten.

Totalt antal besök exkl covidavaccinering har minskat med 2% jämfört med motsvarande period föregående år. En förändring i arbetssätt gör att fler patientärenden kan lösas med telefonkontakter eller distansbesök istället för med fysiska besök.

Totalt ökar patientkontakterna med en förskjutning från besök till telefon.
Meddelande/chattfunktionen registreras som brevkontakt och ingår inte i ovanstående statistik.

Andel digitala besök

	Andel 2025-08	Andel 2026-08
Sjuksköterska	1%	1%
Undersköterska	1%	1%
Kurator	11%	8%
Psykolog	13%	10%
Sjukgymnast	1%	0%
Arbetsterapeut	2%	2%
Läkare	6%	5%
Summa	**4%**	**3%**

Andelen digitala besök har minskat jämfört med föregående år med viss variation mellan yrkesgrupper. Chattkontakter i Bra Liv nära appen ingår inte i statistiken. En förklaring till minskningen är att byte skett från Bra Liv Nära appen till appen Min vård. Bra Livs fokusgrupp Digital kommer att jobba vidare med aktiviteter för att öka andelen digitala besök.

Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare

Framgångsfaktorer: Utveckling av arbetssätt och digitala tjänster

Uppdrag: Öka användningen av digitala tjänster och system för vård, hälsa och prevention.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
SJLG Öka antal vårdinitierade ärenden 1177 jämfört med föregående år	30 %	80 %	Antalet vårdinitierade ärenden i 1177 fortsätter att öka och är ackumulerat ca 50 000 fler jämfört med perioden jan-juli föregående år.
Andel vårdplaneringsmöte n/SIP som genomförs via video		23 %	Andelen vårdplaneringsmöten/SIP som genomförts digitalt ligger något lägre än samma nivå som föregående år.
Andel ombokningar som patienter gör via webtidbok	60 %	19 %	Andelen ombokningar som patienter gör via webtidbok har ökat från 13% jan-aug 2025 till 19% i jan-aug 2026. Ett par vårdcentraler ingår som modellverksamheter för att implementera webbtidbok i större omfattning.

Aktiviteter	Analys
Uppmuntra våra anställda till att i kontakten med våra patienter erbjuda digitala vårdmöten.	Målsättningen att vända pyramiden innebär att Bra Liv uppmuntrar och ger förslag till hur medarbetarna kan erbjuda digitala vårdmöten i högre utsträckning och därmed minska de fysiska besöken. Bra Liv deltar i utformningen av regionens framtida digitala ingångar till vården.
Fortsätta digitalisera vårdprocessen för akuta, kroniska och svårt sjuka på samtliga vårdcentraler	Ett kontinuerligt arbete pågår för att digitalisera patientprocessen. Detta innefattar t.ex. digitala kallelser och digitala bokningsmöjligheter till vårdcentralen. Implementering av webbtidbok på alla vårdcentralerna har gjorts successivt under året. Bra Liv deltar i arbetet med översyn av digital ingång till vården och triagering till rätt vårdnivå. Tre vårdcentraler har anmält sig till projektet Invånarteam som startar 2026, där en viktig del är att listade invånare enkelt ska kunna ha digital kontakt med sitt team.
Fortsätta att förädla Bra Liv nära för digitala vårdmöten	Via Bra Liv nära gemensamt i appen Min vård finns idag en samverkan av resurser mellan våra vårdcentraler. Den ger en ökad tillgänglighet, bättre patientupplevelse och hög kvalitet. Patienten erbjuds för närvarande egenmonitorering av astma. Via Bra Liv nära gemensamt finns också stöd för sexuell hälsa, viktminskning, matrådgivning, tobaksavvänjning och samverkan vårdpersonal bl.a. inom sårvård och läkarstöd till närmottagningarna.
Öka antalet användare/patienter med egenmonitorering	Vårdcentralerna Bra Liv är idag störst i Sverige med patienter som monitoreras via Asthma Tuner. Sedan starten har drygt 4 000 st. Asthma Tuners skrivits ut.

Uppdrag: Webbplatsen 1177.se utvecklas till att bli en viktig digital ingång till vården och samlingsplats för nödvändig information om hälsa, vård och tandvård.

Aktiviteter	Analys
Delta i projektet modellområde digitala kallelser	Bra Liv Eksjö, Bra Vetlanda/Landsbro och Bra Liv Rosenhälsan ingår som modellverksamheter för digitala kallelser och har nu infört och arbetar med digitala kallelser. Plan finns för när övriga vårdcentraler ska införa digitala kallelser.

Uppdrag: Förbättra dialogen mellan sjukhusens specialistvård och primärvården genom sömlös vård och övergångar.

Aktiviteter	Analys
Stimulera till användning av ”Läkare on demand” både från vårdcentral till den specialiserade vården och tvärtom	Sömlös vård innebär att primärvårdsläkare snabbt kan få kontakt med en slutenvårdskollega för råd avseende handläggning av patient. Omvänt kan sjukhusläkare snabbt få tag i primärvårdskollega för råd avseende patientens utredning och behandling. Detta arbetssätt understödjer ”kloka kliniska val” och minskar risken för onödig utredning, behandling och medicinering. Läkare on demand är ett uppskattat arbetssätt och vi fortsätter att förankra arbetssättet. En månadsrapport sammanställs övergripande för regionen över de utmaningar som uppstår löpande. I sömlös vård ingår även en möjlighet till MDK, multidisciplinära konferenser, om och med patienter med komplex sjuklighet. I konceptet ingår även, via sjukhusläkare, att dirigera patienten till rätt instans inom slutenvården: direkt till avdelning, till akutmottagningen eller till en av sjukhusets mottagningsverksamhet.
Utveckla och säkerställ stödet mellan specialiserad vården och vårdcentraler	Det pågår arbete med att vuxenpsykiatriska klinikerna och respektive vårdcentral utvecklar sitt samarbete, utvecklar remissvar och få in arbetssättet "sömlös vård" i klinikens vardagsarbete. Utvecklingscheferna för PRD och Bra Liv ska vara aktiva i detta uppdrag.

Uppdrag: Fasa ut mindre värdeskapande arbetssätt och aktiviteter.

Aktiviteter	Analys
Bygga gemensamma mallar i Cosmic Insight	De flesta vårdcentraler använder i dagsläget Cosmic Insight. Förslag på mallar finns dokumenterade på intranätet.

Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet

Framgångsfaktorer: Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Andel 40-, 50-, 60- och 70-åringar som genomgått hälsosamtal.	50 %	18 %	Målet på helår är att 50 % av målgruppen ska ha haft ett hälsosamtal. Antalet byggs på successivt under året och utfallet är ackumulerat på 18%, vilket är något lägre än nivån föregående år vid samma tidpunkt. Målet är att öka antalet hälsosamtal jämfört med föregående år och detta stimuleras bl.a. av att det ger en intäkt till vårdcentralen.

Aktiviteter	Analys
Uppmuntra vårdcentralerna att se värdet av att genomföra fler hälsosamtal	Antalet genomförda hälsosamtal redovisas på ledningsgruppen.

Uppdrag: Stödja kommunernas rehabiliteringspersonal med specialistkompetens och följa upp hela rehabiliteringsprocessen.

Aktiviteter	Analys
Delta i gemensam samverkan mellan kommunerna och regionen via konsultera en rehab kollega	Alla vårdcentraler har möjlighet att konsultera en rehab kollega. Konceptet finns väl beskrivet på regionens intranät.

Uppdrag: Arbeta för en hög vaccinationstäckning bland äldre.

Aktiviteter	Analys
Erbjuda vaccination på samtliga vårdcentraler	I stort sett alla vårdcentraler erbjuder ett basutbud av vaccinering. Sju stycken mottagningar erbjuder en utökad resevaccination. Detta finns beskrivet på Bra Livs externa webbplats. Från 2026 erbjuder Vårdcentralerna Bra Liv HPV-vaccin för både män och kvinnor.

Uppdrag: Stödja arbetet med att vaccinera mot TBE.

Aktiviteter	Analys
Fortsätta att marknadsföra och tillhandahålla kostnadsfri TBE-vaccinationer på alla våra vårdcentraler och närmottagningar	Alla våra vårdcentraler tillhandahåller TBE-vaccinering.

Framgångsfaktorer: Säker verksamhet

Uppdrag: Arbeta med rätt antibiotikaförskrivning och att minska vårdrelaterade infektioner.

Aktiviteter	Analys
Att förskriva antibiotika bara när det behövs	Vårdcentralerna erhåller varje månad en resultatåterkoppling för sin och övrigas antibiotikaförskrivning, STRAMAS 7 lokala kvalitetsmål, vårdcentralerna resultat vad gäller infektionsindikatorer kopplat till Primärvårdskvalitet/MedRave och antal antibiotikarecept utan diagnos. Region Jönköping forsätter att ligga långt under 250-målet, för jul-26 visar länet ett resultat på 212,43 rec/TIN vilket är en lätt ökning från 211,96 under maj månad. Avståndet till Västerbotten som ligger lägst i landet är nu endast 0,87. Både vår region och nationellt har börjat plana ut under sommaren efter minskning som pågått senaste 1,5 åren. Vi ligger fortsatt på plats två nationellt och Sverige når 250-målet med resultatet 243,08 rec/TIN, totalt är det 14 regioner som nu når målet.

Uppdrag: Fortsatt utveckling av Region Jönköpings läns patientsäkerhetsarbete och integrering av Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
SJLG Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK)	100 %	94 %	Bra Liv har god följsamhet till basala hygien- och klädregler.
VO Andel utskrivna läkaranteckningar inom 72 timmar mätt från händelsedatum	75 %	90,6 %	Systemet med skrivhjälp inom Bra Liv, Bra Liv skriva fungerar väl. Några vårdcentraler har börjat använda ett program för taligenkänning (TIK), d.v.s. diktatet transkriberas direkt in i journalen då vårdpersonalen dikterar.
VO Andel signerade anteckningar inom 7 dagar mätt från dokumentationsdatum.	90 %	93,3 %	Alla vårdcentraler har bra rutiner för att säkra att journalerna blir signerade och utfallet ligger inom spannet 85-99 %.

Aktiviteter	Analys
Prioritera patientsäker vård på alla nivåer i organisationen	Patientsäkerhetsronder, ledda av chefläkare och verksamhetschefer från fokusgrupp patientsäkerhet, genomförs på några vårdcentraler varje år. Under året har hittills tio patientsäkerhetsronder genomförts. Vid ledningsgruppsmöten har chefsläkare en stående punkt med avrapportering av registrerade avvikelser och lex Maria ärenden i syfte att lära och förbättra på organisationsnivå. Bra Livs chefläkare ingår i lokala samverkansgruppen patientsäkerhet. Gruppen leds av regionens chefläkare och sektionschef.

Uppdrag: Agera för en säker läkemedelsanvändning.

Aktiviteter	Analys
Ha en ansvarsfull läkemedelsförskrivning	Läkemedel är Bra Livs största miljöpåverkande faktor. En ansvarsfull förskrivning innebär att rätt läkemedel på rätt indikation och i rätt mängd förskrivs till patienten. I val av läkemedelspreparat väljs det som är minst belastande ur miljösynpunkt under förutsättning att det ger samma patientnytta. Alternativa behandlingsmetoder erbjuds som exempel KBT och Fysisk aktivitet på recept, FAR. Varje vårdcentral har egna aktiviteter inom området ansvarsfull läkemedelsförskrivning. Fokusgrupp läkemedel jobbar aktivt för att ta fram underlag till respektive vårdcentral för att jämföra, reflektera och hitta arbetssätt som främjar en ansvarsfull läkemedelsförskrivning.
Fortsätta att vara uthålliga i konceptet Trygg, säker och kostnadseffektiv läkemedelsförskrivning	Bra Livs fokusgrupp "Läkemedel, lab och röntgen" arbetar strukturerat med läkemedelsförskrivning. Även under 2026 ligger fokus inom fem viktiga områden. Patienter med många läkemedel, receptfria läkemedel, beroendeframkallande läkemedel, diabetesläkemedel och protonpumpshämmare. Ett uppföljningsmaterial med vårdcentralens resultat,

Aktiviteter	Analys
	tillsammans med jämförande siffror för övriga vårdcentraler inom Bra Liv och riket, skickas ut för reflektion och dialog kvartalsvis till verksamhetschefer och medicinska rådgivare. Nära samarbete sker med centrala läkemedelskommittén. I arbetet ingår även att inkludera patienten som uppmuntras att vara aktiv och fråga läkaren om sina läkemedel, bl.a. i foldern Läkemedel - 7 frågor. Läkemedel är tillsammans med radiologi och provtagning, viktiga områdena att belysa i patientöverenskommelser. När det gäller läkemedel är det av avgörande betydelse för behandlingsresultatet att patienten förstår varför och vilka läkemedel som ska tas samt hur behandlingen ska följas upp och utvärderas. Arbetet har stor betydelse både vad gäller behandlingskvalitet, patientsäkerhet, miljö och ekonomi. Ett arbete har gjorts kring de utmaningar som finns kring klinisk och ekonomisk hantering av obesitasläkemedel.

Framgångsfaktorer: Ändamålsenliga, resurseffektiva och hållbara processer

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Nämnd Antal hembesök läkare	3 238	3 249	Arbetssätt med god tillgänglighet till läkarbesök i hemmet finns vid samtliga vårdcentraler. Ofta sker hembesöken i samverkan med kommunernas hemsjukvård. Antalet hembesök har ökat marginellt jämfört med motsvarande period 2025.
Nämnd Antal vårdplaneringar enligt SiP	1 668	1 621	Antalet vårdplaneringsbesök ligger något lägre jämfört med motsvarande period föregående år.

Aktiviteter	Analys
Arbeta för att medarbetare reser hållbart	Bra Liv uppmuntrar medarbetarna att välja det mest miljövänliga resealternativet.

Uppdrag: Utveckla cirkulära materialflöden och minska mängden avfall.

Aktiviteter	Analys
Ha en ansvarsfull materialanvändning	Bra Liv strävar efter att minska användning av engångsmaterial samt att använda rätt typ av material. Utrustning återanvänds och repareras så långt som möjligt. Varje vårdcentral har tagit fram aktiviteter som främjar materialåtervinning eller materialförbrukning. Det kan t.ex. vara minskat användande av handskar och underläggspapper till britsarna. Diskussioner pågår kring ansvarsfull materialanvändning kopplat till kontinuitetsplanering.
Ha en ansvarsfull materialanvändning	Bra Liv strävar efter att minska användning av engångsmaterial samt att använda rätt typ av material. Utrustning återanvänds och repareras så långt som möjligt. Varje vårdcentral har tagit fram aktiviteter som främjar materialåtervinning eller materialförbrukning. Det kan t.ex. vara minskat användande av handskar och underläggspapper till britsarna. Diskussioner pågår kring ansvarsfull materialanvändning

Aktiviteter	Analys
	kopplat till kontinuitetsplanering.

Uppdrag: Vidareutveckla kunskapsstyrning och införandet av nationella kunskapsstöd för god och jämlik vård

Aktiviteter	Analys
Förbättra kliniska resultat	Kloka kliniska val är ett område i fokus. Fokusgrupp läkemedel, lab och röntgen tar fram underlag till samtliga vårdcentraler en gång per kvartal. Syftet är att kunna jämföra sin egen vårdcentrals förskrivningsmönster och utredningskostnader med övriga Bra Liv vårdcentraler. En ytterligare hjälp är Medrave, där vårdcentralen kan följa upp och analysera sina egna resultat på patientnivå. Ett exempel på område där det skett en förändring är minskning av opioidförskrivning, där vi ser en en förbättring i förhållande till riket. Ett annat område som förbättrats är förskrivning och kvalitet kring antibiotika.

Uppdrag: Region Jönköpings län ska sammantaget bli en av de bästa i Sverige när det gäller standardiserade vårdförlopp för cancer.

Aktiviteter	Analys
Ansvara för SVF-hudtumörer	Vårdcentralerna Bra Liv fortsätter, tillsammans med primärvården i stort, att ta ansvar för första bedömning av hudförändring. Detta görs genom att följa rutinen Fakta hud och hudtumörer. Bra Liv har ordförandeskapet i processgruppen SVF hudmelanom. Ny upphandling av dermatoskopiutrustning pågår. Statistiken visar att vården är nära att nå målet vad gäller ledtid 80%.

Uppdrag: Öka deltagandet i screeningprogram och catch up-vaccination mot HPV bland grupper som inte deltar.

Aktiviteter	Analys
Delta i regionens screeningsprogram	Alla Bra Livs vårdcentraler deltar i arbetet med screening av prostatacancer.

Uppdrag: Erbjuda avancerad läkemedelsbehandling nära patienten.

Aktiviteter	Analys
Bra Liv arbetar för en effektiv vårdprocess för patienten	Hjälper patienten genom att bistå onkologen med t.ex. bortkoppling av homepump. Bra Liv bistår också genom att lägga om cvk och piccline.

Uppdrag: Utforma den palliativa vården så att alla länsinvånare har jämlik tillgång till palliativ vård dygnet runt.

Aktiviteter	Analys
Varje vårdcentral ska ha god samverkan med SSIH för att erbjuda jämlik palliativ vård inom hela länet.	Den palliativa vården har hög prioritet inom vårdcentralen. Vårdcentralerna följer Fakta direktiven gällande palliativ vård.

Uppdrag: Arbeta med särskilda utvecklingsområden för patienter med psykisk sjukdom.

Aktiviteter	Analys
Utveckla och förbättra samarbetet med kommuner och slutenvården.	Arbetet kan delvis hanteras inom ramen för förstärkt lokal samverkan. En gemensam dashboard används för att följa gemensamma patienter.

Uppdrag: Arbeta för en jämlik och kostnadseffektiv läkemedelsbehandling.

Aktiviteter	Analys
Arbeta för att minska kostnaderna för läkemedel	Att minska kostnaderna för läkemedel är ett långsiktigt arbete. För att stötta de vårdcentraler med störst utmaningar används en apotekarresurs. Detta arbete startade under 2025 och kommer att följas upp under 2026.

Uppdrag: Åstadkomma bästa möjliga resultat till lägsta möjliga kostnad varje gång.

Aktiviteter	Analys
Uppmärksammar Kloka kliniska val i läkargrupper och följer förskrivning på individnivå.	Avvikelser på vårdcentralsnivå bryts ned på individnivå med syfte att skapa dialog och förbättring på berörd vårdcentral.

Uppdrag: Arbeta med övergången från barn till vuxna i vården.

Aktiviteter	Analys
Förbättra arbetssätt och samverkan kring patienter i övergången till vuxen	Dialog har påbörjats för att utveckla samverkan med habiliteringen.
Föra aktiva dialoger med berörda vårdgivare	Dialoger är initierade med habiliteringen.

Lärande och förnyelse

Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya

Framgångsfaktorer: Förbättringskunskap

Uppdrag: Kortare ledtider från kontakt till utförd vårdåtgärd.

Aktiviteter	Analys
Arbeta med informationsdriven verksamhetsutveckling	En ny version av dashboard Samverkan Kommuner och vårdcentraler lanserades i april 2025. En dashboard för daglig styrning på vårdcentralen har tagits fram. Denna presenterades på Utvecklingskraft den 6/5. Nu provar sex vårdcentraler att arbeta med daglig styrning. Målsättningen är att samtliga vårdcentraler ska ha installerat och kommit i gång med daglig styrning under 2026.

Medarbetare

Strategiska mål: Sveriges bästa offentliga arbetsgivare med Sveriges bästa arbetsplatser

Framgångsfaktorer: Rätt kompetens och bemanning

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Andel medarbetarsamtal	90 %	72 %	Sedan 2023 registreras medarbetarsamtal i nytt system Lärande & kompetens (LoK). Mätetalet visar inte samtliga genomförda samtal utan andelen som slutsignerats i systemet. Räknas de samtal in som påbörjats men inte slutsignerats är andelen större.

Uppdrag: Strategisk kompetensplanering.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Faktiska årsarbetare	1 060	1 087	Genomsnittligt antal faktiska årsarbetare för perioden jan-aug är ca 30 st fler än motsvarande period föregående år. Ökningen utgörs främst av läkare, sjuksköterskor och sjukgymnaster/arbetsterapeuter.
Kostnad för bemanningsföretag (hyrkostnad som andel av egna personalkostnader)	2 %	5,7 %	Behovet av hyrläkarbemanning kvarstår, men kostnaderna är ackumulerat 6 % lägre än januari-augusti föregående år. Andelen har ackumulerat sjunkit med 0,7 procentenheter jämfört med motsvarande period föregående år. En handlingsplan finns för att minska hyrläkarbemanningen successivt under perioden 2024-2026. Fokusgrupp Läkarresurs har bl.a. i uppdrag att ta fram fler aktiviteter i syfte att minska beroendet av hyrläkare framöver.
Personalomsättning (andel externa avgångar exkl pension) under de senaste 12 månaderna	5 %	5,7 %	Bra Livs personal har en god arbetsmarknad med privata vårdcentraler, kommuner och sjukhus som konkurrerar om samma personal. Bra Liv har en god rekryteringsprocess, goda organisatoriska förutsättning för chefer och arbetsmiljöarbetet liksom gott strategiskt arbete med kompetensutveckling för respektive yrkeskategori. Detta främjar en låg personalomsättning. Nivån är densamma som föregående tertial.

Aktiviteter	Analys
Minska beroendet av bemanningsföretag	Behovet av hyrläkare kopplat till att säkerställa 1 500 listade invånare per heltidsanställd läkare har minskat jämfört med föregående år men är fortsatt stort och kräver stor koordinering. Bra Liv har arbetat för att minska behovet av hyrläkare med ett mål på 15 hyrläkarlinjer 2026 exkl. det särskilda uppdraget kring arbetsmiljö. För 2026 ligger genomsnittet på ca 20 hyrläkarlinjer inkl det särskilda kring arbetsmiljö och inkl. extra linjer under hösten till två vårdcentraler som ingår i politprojektet med invånarteam. Det särskilda uppdraget kring arbetsmiljö har tilldelats Bra Liv för att på utvalda vårdcentraler för att tillgodose en listningsnivå på 1 100 invånare per läkare. Detta påverkar hyrläkarbehovet på utvalda vårdcentraler med ca 5 st. hyrläkarlinjer i snitt under 2026. Bra Livs läkarförsörjningsarbete med rekryteringsspecialist

Aktiviteter	Analys
	och HR- partner har ett nära samarbete med vårdcentralerna kring bemanningsbehovet. De flesta rekryteringarna går via utbildning av BT- och ST-läkare samt utlandsrekryterade allmänspecialister. AT-läkare och vikarierande underläkare är en viktig rekryteringsbas. Bemanningsföretag används enbart för läkare. Vi kommer att fortsätta att arbeta med området men förnya aktiviteter
Arbeta med utlandsutbildade läkare i enlighet med koncept för läkarförsörjning	Bra Liv har övergripande en välfungerande läkarförsörjningsplan för utlandsutbildade läkare. Nya aktiviteter kommer under hösten från aktuell fokusgrupp.
Arbeta aktivt med lönebildning	Utbildningar i lönebildning, lönesättning och löneöversyn har genomförts under året. Nya chefer tillgodoses även detta vid introduktion. Verksamheten märker av en allt hårdare konkurrens om arbetskraften, vilket försvårar lönesättningen för cheferna.
Arbeta i enlighet med Bra Livs Kompetensförsörjningsstrategi	Bra Liv, tillsammans med de privata vårdcentralerna i länet, är fortsatt en av de främsta primärvårdsorganisationerna i Sverige enligt Hälsobarometern och Nationella patientenkäten (NPE). Detta används i attrahera perspektivet i kompetensförsörjningen. Bra Liv ser ett fortsatt intresse för våra tjänster och har som helhet kunnat rekrytera till vårdcentralerna även om det är svårare i vissa delar inom regionen, vilket Bra Liv har extra fokus på. Kompetensförsörjningen tillgodoses genom att insatser görs för att attrahera, rekrytera, introducera, utveckla och behålla medarbetare. Aktuellt här är kompetensutvecklingsinsatser, internt utbildningsutbud, forskning, meningsfulla arbeten och god arbetsmiljö. Arbete pågår kring årets utbildningsanställningar till distriktsköterska. Fortsatta insatser görs för att värna goda förutsättningar för chefs- och ledarskap i både rekrytering, introduktion, utbildning och chefsstöd. Under våren 2026 deltar 6 st i chefsintroduktionsprogrammet och 6 st i chefstraineeprogrammet. Planering pågår för att starta nya grupper till hösten. För att främja framtida bemanning och hållbarhet i rekryteringar ges god introduktion vid nyanställning samt erbjudande om fadder/mentor. Bra Liv anordnar fortlöpande central introduktion för all nyanställd personal. Verksamheten märker av en allt hårdare konkurrens om arbetskraften. I södra och delvis östra länsdelarna används rekryteringstillägg för yrkesgrupperna fysioterapeuter och sjuksköterskor. För läkare tillämpas zon-tillägg vid vårdcentraler som över tid haft bemanningssvårigheter. Vid behov beviljas hyrläkare. Vårdcentralerna stöttar varandra klustervis. Vårdcentralerna samverkar i högre grad med bemanning via vänvårdcentraler, hjälp med jour och beredskap, ambulerande bemanning samt pool-tjänst vid längre vakanser. En kompetensplan på övergripande Bra Liv nivå är utarbetad för de närmaste åren som tillsammans med Bra Livs dokument Kompetensförsörjningsstrategi 2024-2026 leder oss framåt i vår kompetensförsörjning. Flera aktiviteter kommer under hösten.

Aktiviteter	Analys
Fortsätta och genomföra Chefstrainee programmet	Chefstrainee är en löpande verksamhet med god framgång, förslag är att programmets framgång utvärderas genom deltagarnas upplevelser samt hur många som går in i chefsroller och hur väl de presterar där. Framtida aktiviteter på området kommer eventuellt i höst.
Arrangera och utveckla Mötesarena	Planering pågår för att genomföra nästa Mötesarena våren 2027.
Förbereda mottagande av BT 2027	Bra Liv inväntar besked om hur upplägget ska vara av BT-tjänsterna inom regionen. Dialog är inplanerad.
Samarbeta kring bemanningen	Bra Liv fortsätter arbetet med att hjälpa varandra med jour och beredskap. T.ex hjälper vårdcentralerna i norr till med jour och beredskapspass i söder och på höglandet. Fortsatt översikt och utveckling krävs

Framgångsfaktorer: En god arbetsmiljö och hälsa

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
VO Andel övertidstimmar i förhållande till totalt utförd arbetstid %	1,7 %	0,7 %	Andel övertid- mertidstimmar är för Bra Livs del 0,7%, vilket är betydligt lägre än innan pandemin. Det är också lägre än genomsnittet i Regionen. Bra Liv har arbetat med handlingsplaner för att minska övertiden på vårdcentralsnivå.

Uppdrag: Ett systematiskt arbetsmiljöarbete med utgångspunkt i friskfaktorerna.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Andel heltidsanställda	91 %	88 %	Alla nyanställda i Bra Liv som önskar heltidstjänst erbjuds det. I de allra flesta fall kan vi erbjuda ökad sysselsättningsgrad till deltidsanställda som så önskar. Andel heltidsanställda har ökat med 1-procentenhet jämfört samma period föregående år. Bra Liv verkar för en god och hållbar arbetsmiljö så att fler anställda ska välja att arbeta heltid.
Personalhälsa - Sjukfrånvaro %	5,5 %	4,7 %	Vi har en fortsatt positiv trend rörande sjukfrånvaron. HR-avdelningen har planerat aktiviteter under hösten för att kunna hålla i och förbättra närvaron ytterligare.

Aktiviteter	Analys
Tillämpa arbetsmiljö- och rehabiliteringskunskaper	Löpande arbete numera
Arbeta med friskfaktorer och systematiskt arbetsmiljöarbete	HR-partners fortsätter att stötta vårdcentralerna i arbetet med friskfaktorer. Arbetet bedrivs i de lokala samverkansgrupperna. Digitala check-in möten erbjuds till de lokala samverkansgrupperna som stöd i utvecklingsarbetet. Arbetet med årlig uppföljning systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM) fungerar väl.
Genomföra medarbetarundersökningar	Medarbetarundersökningen genomförs under hösten.

Framgångsfaktorer: Främjar kreativitet och delaktighet

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Andel chefer med färre än 35 medarbetare	100 %	90 %	Bra Liv har minskat något sen föregående mätning som delvis skulle kunna förklaras av övertagandet av labb samt att vi har ett par vakanser på chefsnivå som vi rekryterar till nu.

Aktiviteter	Analys
Arbeta för hälsofrämjande arbetsplatser	Det partsgemensamma arbetet för Sveriges bästa samverkan fortsätter. Självutvärderingar av lokala samverkansgrupperna vid vårdcentralerna planeras för året. Bra Liv arbetar med tidig delaktighet vid organisatoriska förändringar och i utvecklingsarbete. Många riskbedömningar görs, vilka förmedlas vidare till lokala samverkansgrupper som stöd i de lokala verksamhetsomställningarna. Insatser görs för att öka intresset för arbete i lokala samverkansgrupper. För att förebygga och åtgärda byggrelaterad ohälsa samverkar Bra Liv med Regionfastigheter och Arbetsmiljöenheten. Organisationen arbetar med ett salutogent synsätt för arbetsplatser med hög trivsel och låg sjukfrånvaro. Bra Liv främjar aktivt goda förutsättningar för ett hanterbart och närvarande chefskap. Bra Livs kompetensgrupp arbetar aktivt med kompetensutvecklingsinsatser både för medarbetare och chefer. Nya medarbetare erbjuds fortlöpande en heldags introduktion tillsammans med stora delar av staben, där Bra Livs uppdrag, värdegrund och del i Regionen förtydligas. Detta arbetssätt bedöms som ordinarie.
Arbeta för goda organisatoriska förutsättning för chef- och ledarskap	Ett uppdaterat introduktionsprogrammet för nya chefer ska lanseras under hösten 2026

Ekonomi

Strategiska mål: God och hållbar hushållning

Framgångsfaktorer: Kostnadseffektiv verksamhet

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Ekonomi i balans	0 tkr	7 100 tkr	Bra Livs intäkter har ökat med 3,0 % jämfört med motsvarande period föregående år och kostnaderna har ackumulerat ökat med 2,2 %. Ackumulerat nettoutfall uppgår till +36 962 tkr, vilket är 10 881 tkr bättre än 2025. Ackumulerad budgetavvikelse uppgår till + 7 100 tkr. Budgetavvikelsen beror bl.a. på fortsatt hyrläkarbehov. Det totala underskottet avseende läkarbemanning uppgår till - 23 400 tkr. Kostnaden för övriga personalkategorier visar ett överskott på 300 tkr. Kostnaderna för lab och klin fys har ackumulerat ökat med 5% jämfört med föregående år och ligger i nivå med årets budget. Kostnaderna för röntgen har ackumulerat ökat med 11% jämfört med föregående år och ligger 3 600 tkr över årets budget. Läkemedelskostnaderna ligger ackumulerat på 7% lägre än föregående år. Slås intäkterna och kostnaderna ihop för läkemedel hamnar den totala budgetavvikelsen på + 11 300 tkr. Orsaken till detta är bl.a. lägre kostnader för NOAK läkemedel. I övrigt består avvikelsen av bl.a. följande poster - 1 200 tkr kvalitetsavdrag, + 9 700 tkr bidrag tillgänglighet, + 4 400 tkr extra utbetalning från vårdval och + 9 600 tkr övrigt (inkl satt resultatkrav på vårdcentralerna).
Prognos	0 tkr	0 tkr	Prognosen för helårsutfallet 2026 är totalt budget i balans. Finns flera avvikelser både på kostnads- och intäktssidan. På grund av fortsatt behov av hyrläkare är prognosen för personalkostnader inkl hyrläkare - 35 000 tkr. I prognosen uppgår kostnaderna för hyrläkare till ca 59 000 tkr. Cirka 10 000 tkr av underskottet avser merkostnader till följd av det särskilda uppdraget att på ett antal vårdcentraler minska antal listade invånare per heltidsanställd läkare från 1 500 st till 1 100 st. Sammanfattningsvis prognosticeras även bl.a. följande avvikelser på helår: +8 000 tkr netto läkemedel (orsaken till detta är bl.a. lägre kostnader för NOAK läkemedel), + 500 tkr lab, - 5 000 tkr röntgen, + 14 000 tkr bidrag tillgänglighet, + 4 400 tkr extra utbetalning från vårdval och + 13 100 tkr övrigt (inkl resultatkrav på vårdcentralerna).

Aktiviteter	Analys
Handlingsplan för ekonomi i balans	Vid utgången av 2025 hade vårdcentralerna Bra Liv totalt ett balanserat resultat på + 68 mnkr. Efter årets prognos på plus minus noll uppgår det balanserade resultatet fortsatt till + 68 mnkr. Det balanserade resultatet kommer bl.a. behöva för att täcka kostnader för inventarier i kommande ny- och ombyggnationer. Arbetet med att långsiktigt få en ekonomi i balans pågår fortsatt inom flera områden.

Aktiviteter	Analys
	En separat övergripande handlingsplan har tagits fram med åtgärder för att minska behovet av hyrläkare. Målsättningen för 2026 är satt till ett snitt på 15 hyrläkarlinjer exkl. det särskilda uppdraget om att nå 1 100 listade per läkare på ett par vårdcentraler. Genomsnittligt antal hyrläkarlinjer 2026 uppgår preliminärt till totalt 19 linjer och exkl. det särskilda uppdraget 14 linjer. Det inkluderar även två extra linjer under hösten kopplat till pilotprojektet för invånarteam. Innan ledningen fattar beslut om tilldelning av hyrläkare ska verksamhetschefen ha undersökt möjlighet att få hjälp från annan vänvårdcentral samt undersökt möjligheten att få en utlandsrekryterad läkare. När det gäller läkarbemanning är målsättningen att inte tillsvidareanställa läkare om tjänsten inte är fullt finansierad av vårdcentralen. Hittills under 2026 har alla läkarrekryteringar varit finansierade inom budgeten. För övriga yrkesgrupper är målsättningen att faktiskt antal årsarbetare inte ska öka. Faktiskt antal årsarbetare exkl.läkare har i snitt ökat med ca 23 årsarbetare under jan-augusti 2026 jämfört med motsvarande period 2025. Ökningen utöver läkare avser främst sjuksköterskor och sjukgymnaster/arbetsterapeuter. En liten ökning har även skett till följd av successivt övertagande av lab-verksamhet. Kostnaderna för lab har ökat något mer än indexuppräkningen men kostnaderna för röntgen har ökat med totalt 11% jämfört med föregående år. När det gäller läkemedel görs mycket jämförelser mellan vårdcentraler och mellan förskrivare för att identifiera avvikelser jämfört med genomsnittliga värden. Fokus läggs främst på de vårdcentraler som har högre kostnader än genomsnittet. Kostnaderna för läkemedel har minskat jämfört med föregående år bl.a. till följd av ändringarna i högkostnadsskyddet men kostnaderna ligger ändå 9,1% över snittet i riket. Målsättningen är att Bra Liv inte ska ha några kvalitetsavdrag. Mycket fokus läggs på att klara detta. Målet är att inte har några kostnader för kvalitetsavdrag. Detta mål uppnås inte men kostnaderna ser ut att bli lägre än utfallet 2025. Totalt ser prognosen bättre ut än när prognos gjordes i samband med att budgeten för 2026 togs fram. Förbättringen beror främst på att verksamheten även för 2026 kommer att få bidrag för tillgänglighet, lägre kostnader för läkemedel än budgeterat samt extra utbetalning från vårdval.
Samråda kring anställande av läkare	En finansieringsplan för tillsvidare anställning av läkare har hittills under året. Underlaget visade på full finansiering inom berörd vårdcentral.

§ 105

Budget och verksamhetsplan 2027 Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Beslut

Presidiet beslutar att

- nämnden ska informeras om Budget och verksamhetsplan 2027 Nämnd för folkhälsa och sjukvård vid nämndsammanträdet den 13 oktober 2026.

---

§ 108

Intern kontroll – Delårsrapport 2026 Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Diarienummer: RJL 2026/21

Beslut

Presidiet föreslår nämnden för folkhälsa och sjukvård att

- godkänna Delårsrapport 2026 Nämnd för folkhälsa och sjukvård.

Sammanfattning

Hösten 2025 antog Nämnd för folkhälsa och sjukvård verksamhetsplan 2026 för Nämnd för folkhälsa och sjukvård, samt godkände förslag till budgeterade anslag 2026 för nämndens centrala anslag, Privata Vårdgivare, och för verksamhetsområdena Vårdcentralerna Bra Liv, Folktandvården, Medicinsk vård, Kirurgisk vård och Psykiatri samt rehabilitering och diagnostik.

Delårsrapporten ger återrapportering av verksamhetsplan och budget.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse: Delårsrapport 2026 Nämnd för folkhälsa och sjukvård
- Delårsrapport 2026 Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Beslutet skickas till

Nämnden för folkhälsa och sjukvård

Regionledningskontoret

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Delårsrapport 2026 Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Förslag till beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- godkänner Delårsrapport 2026 Nämnd för folkhälsa och sjukvård.

Sammanfattning

Hösten 2025 antog Nämnd för folkhälsa och sjukvård verksamhetsplan 2026 för Nämnd för folkhälsa och sjukvård samt godkände förslag till budgeterade anslag 2026 för nämndens centrala anslag, Privata Vårdgivare samt för verksamhetsområde Vårdcentralerna Bra Liv, Folktandvården, Medicinsk vård, Kirurgisk vård och Psykiatri, rehabilitering och diagnostik. Delårsrapport 2026 ger återrapportering av verksamhetsplan och budget.

Ärendebeskrivning

Regionfullmäktiges beslutade budget med verksamhetsplan 2026 anger utgiftsramar och verksamhetsmål som ska nås för Region Jönköpings läns samlade åtagande, oavsett vem som utför verksamheten. I oktober 2025 antog Nämnd för folkhälsa och sjukvård verksamhetsplan 2026 för Nämnd för folkhälsa och sjukvård samt godkände förslag till budgeterade anslag 2026 nämndens centrala anslag, Privata Vårdgivare samt för verksamhetsområde Vårdcentralerna Bra Liv, Folktandvården, Medicinsk vård, Kirurgisk vård och Psykiatri, rehabilitering och diagnostik. Delårsrapport 2026 ger återrapportering av verksamhetsplan och budget.

Regiondirektören är ytterst verkställande tjänsteperson som på regionstyrelsens och nämndernas uppdrag leder verksamheten i enlighet med fastställd verksamhetsplan och budget för regionstyrelse respektive nämnd. Operativt ansvar fördelas vidare till verksamhetsområdesdirektör som rapporterar till regiondirektören.

Delårsrapporterna utgör tillsammans regiondirektörens återrapportering av förvaltningens verksamhet och resultat för delår 2026. De är också en del av Region Jönköpings län interna kontroll. Delårsrapporterna är även ett viktigt underlag för regionledningskontorets arbete med Region Jönköpings läns delårsrapport som utgör regionstyrelsens återrapportering till regionfullmäktige.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse: Delårsrapport 2026 Nämnd för folkhälsa och sjukvård
- Delårsrapport 2026 Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Beslutet skickas till

Regionledningskontoret – Folkhälsa och sjukvård
Regionledningskontoret – Ekonomi

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Region Jönköpings län

Delårsrapport Styrelse/Nämnd
Tertial 2 2026

Nämnden för folkhälsa och sjukvård (FS)

Dnr RJL 2026/21
Mats Bojestig, hälso- och sjukvårdsdirektör
Nämnden för folkhälsa och sjukvård (FS)
Region Jönköpings län, Box 1024, 551 11 Jönköping
© Region Jönköpings län, www.rjl.se

Innehållsförteckning

Inledning **4**

Medborgare och kund **6**

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på 6

Process och produktion **19**

Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare 19

Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet 20

Verksamhetsstatistik 27

Lärande och förnyelse **30**

Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya 30

Ekonomi **31**

Strategiska mål: God och hållbar hushållning 31

Utökningar 2026 35

Inledning

Nämnden för folkhälsa och sjukvård omfattar uppdrag inom verksamhetsområdena kirurgisk vård, medicinsk vård, psykiatri, rehabilitering och diagnostik, Vårdcentralerna Bra liv, Folktandvården samt det arbete som sker inom avdelningen för folkhälsa och sjukvård som finns på Regionledningskontoret.

Verksamhetsområde Kirurgisk vård bedriver verksamhet inom kirurgi, kvinnohälsa och kvinnosjukvård, onkologi, operations- och intensivvård, ortopedi, smärtbehandling, urologi, ögonsjukvård samt öron-, näs- och halssjukvård. Verksamhet bedrivs i huvudsak på länets tre akutsjukhus i Eksjö, Jönköping och Värnamo samt på länets familjecentraler och ungdomsmottagningar. Kirurgisk vård har drygt 2 600 medarbetare.

Verksamhetsområde Medicinsk vård har verksamhet inom akutsjukvård, ambulanssjukvård, barnhälsovård, barnsjukvård, barn- och ungdomshälsa, geriatrik, hudsjukvård, infektion och medicin. Verksamhet bedrivs på sjukhusen i Eksjö, Jönköping och Värnamo, ambulanser runt om i länet, barn- och ungdomsenheter i Eksjö, Jönköping och Värnamo samt på länets familjecentraler. Medicinsk vård har även en mottagning för hudverksamhet i Nässjö samt mottagning för barn- och ungdomshälsa även i Huskvarna och Nässjö. Infektionskliniken har också mottagning för sprututbytesverksamhet i Jönköping, Nässjö och Värnamo. Medicinsk vård har drygt 1 900 medarbetare.

Verksamhetsområde Psykiatri, rehabilitering och diagnostik består av länsklinikerna barn och ungdomspsykiatri, habiliteringscentrum, klinisk fysiologi, laboratoriemedicin, rehabiliteringscentrum, rehabiliteringsmedicin och röntgen. De tre vuxenpsykiatriska klinikerna utgår från respektive sjukhus, men bedriver verksamhet på flera orter i länet. Inom habiliteringscentrum finns förutom barn- och vuxenhabilitering även tolkcentral, syncentral och hörselhabilitering. Antalet medarbetare är drygt 2 050.

Vårdcentralerna Bra liv finns med 28 vårdcentraler och flera filialer spridda i länet. Vid dessa enheter är cirka 277 000 invånare listade, vilket är 74 procent av länets befolkning. Verksamheten har omkring 1 000 årsarbetare. Det finns även ett antal privata vårdcentraler som bedriver primärvård i länet.

Folktandvårdens allmäntandvård omfattar 26 kliniker i länets samtliga kommuner. Specialisttandvården bedrivs framförallt i Jönköping, där samtliga nio specialiteter finns. I Nässjö bedrivs käkkirurgi och ortodonti (tandreglering). I Värnamo bedrivs ortodonti, endodonti (rotbehandling) och specialistbarntandvård. I Värnamo finns dessutom orofacial medicin (tidigare benämnt sjukhustandvård). Folktandvården har runt 540 faktiska årsarbetare.

Folkhälsa och sjukvårds verksamhet på Regionledningskontoret arbetar med uppdrag bland annat inom nära vård, kunskapsstyrning, läkemedel, patienträttigheter och avgifter. Andra områden är primärvård och rehabilitering inklusive vårdval, patientsäkerhet, smittskydd och vårdhygien, folkhälsa, e-hälsa samt bedömningsverksamhet inom tandvård. Avdelningen har omkring 110 medarbetare.

Utvärdering av sommaren pågår fortfarande, men de preliminära resultaten visar på något högre beläggning, fler överbeläggningar och utlokaliserade, samt något fler ambulanstransporter. Överlag är bedömningen att vården ändå har fungerat bra och det har varit ett gott samarbete inom och mellan sjukhusen, med primärvården och med länets 13 kommuner.

Arbetet utifrån Region Jönköpings läns sex delstrategier i "Tillsammans möter vi framtidens behov hälso- och sjukvård" och förflyttningen mot Nära vård har fortsatt.

Tre vårdcentraler ingår i ett pilotprojekt kring invånarteam. Projektet startar under hösten 2026. De vårdcentraler som ingår är Nässjö, Eksjö och Norrahammar. Syftet med invånarteam är att ytterligare förbättra tillgängligheten, öka kontinuitet och därmed öka kvaliteten på vården.

Bra Liv har sedan 2024 haft ett politiskt uppdrag att på ett antal vårdcentraler arbeta med att på lång sikt nå 1 100 listade invånare per helårsanställd läkare. I dagsläget har 4 st vårdcentraler valts ut. Under våren 2026 redovisades en handlingsplan för att inom tio år uppnå en bemanning med 1 100 listad invånare per helårsanställd läkare inom hela organisationen.

Arbetet med vårdens ingångar har fortsatt under våren i tre delprojekt, som slutrapporterades i juni.

Bland annat finns nu ett standardutbud för digital vård framtaget och införandet kommer fortsätta under hösten. Användning av exempelvis webbtidbok, ny- och ombokning, avslutade ärenden i 1177 vårdguidens e-tjänster och digital hälsodeklaration fortsätter att öka.

Tillgängligheten är fortsatt ett prioriterat område och arbetet med kapacitets- och produktionsstyrning har fortsatt inom verksamhetsområdena. Region Jönköpings län har bland de bästa resultaten i landet vad gäller tillgänglighet och tillgängligheten har förbättrats ytterligare i flera verksamheter. En stort utmaning är fortsatt tillgängligheten inom barn- och ungdomspsykiatrin. Samtidigt har En väg in Barn och unga psykisk hälsa utvecklats i linje med nationella riktlinjer och barn erhåller i större omfattning tidiga insatser på en primär nivå.

Sjukhusvård i hemmet kom igång under våren och innebär att patienter som idag vårdas på sjukhus får sin behandling hemma i nära samverkan mellan specialistsjukvård och kommunal hälso- och sjukvård. I den första piloten får utvalda patienter med infektioner möjlighet att fullfölja sin intravenösa antibiotikabehandling i hemmet i stället för på sjukhus. Till och med juni hade 18 patienter inkluderats.

Planering inför höstens vaccinationer pågår. Bland annat har kampanj- och informationsmaterial och innehåll till invånartidningen tagits fram. Förberedelser pågår även inför införandet av vattkoppsvaccin i barnvaccinationsprogrammet från 2027. Intresset för TBE -vaccin har fortsatt vara stort och hitintills i år (tom 260827) har givits 12 669 doser vaccin till barn 3-18 år.

En stor utmaning för verksamhetsområdena, framförallt inom kirurgisk vård är fortsatt arbete för en ekonomi i balans.

Måluppfyllelse ändamålsenlig och kostnadseffektiv verksamhet

	2026-08-31	Andel	2025-08-31	Andel
Antal mätetal som är uppfyllda	9	31%	11	37%
Antal mätetal som är delvis uppfyllda	13	45%	12	40%
Antal mätetal som inte är uppfyllda	7	24%	7	23%
Antal mätetal som mäts	29	100%	30	100%

Nämnden för Folkhälsa och sjukvård följer ett antal systemmätetal och nämndsmätetal. Av de 29 mätetal där mål och utfall finns, nås måluppfyllesels helt eller delvis i 76 procent vilket är ungefär på samma nivå i jämförelse med samma period föregående år. Mätetal där målet nås är exempelvis överenskommelser för utvalda kroniska sjukdomsgrupper, tillgänglighet till vårdcentral, andel berättigade till nödvändig tandvård som fått den utförd, överbeläggning och återinläggningar inom 30 dagar.

Mätetal där inte måluppfyllelse nås är exempelvis inom tillgänglighet till barn- och ungdoms-psykiatrin, standardiserade vårdförlopp cancer inom max ledtid samt ekonomi vilket är samma som 2025.

Medborgare och kund

Strategiska mål: Bästa plats att växa upp, leva, verka och åldras på

Framgångsfaktorer: Nöjda kunder och intressenter

Uppdrag	Analys
Dokumenterad överenskommelse ska finnas mellan patient och vårdgivare.	Antal patienter med dokumenterad överenskommelse inom utvalda kroniska sjukdomsgrupper är fortsatt högt, med tydliga förbättringar i samtliga redovisade diagnosgrupper. Arbetet med att utveckla kvalitet och innehåll i överenskommelser och planer pågår genom lärlabb och stödinsatser till verksamheterna för att stärka uppföljning, kvalitet och användning av patienternas erfarenheter. Planerade utbildnings- och stödinsatser samt genomlysning av befintliga arbetssätt kring samverkanspatienter förväntas bidra till ett mer sammanhållet och effektivt arbete med patientöverenskommelser.
Öka patientens kunskap om sin sjukdom.	Arbetet med att utveckla och samverka kring befintliga och nya mötesplatser, Lärcafeer och hjärtatshus pågår, med beslutat samlat ansvar inom Region Jönköpings län, vilket möjliggör bättre samordning och systematisk uppföljning av hälsofrämjande insatser. Arbetet med att utveckla införandet av patientens kunskapsstöd är också pågående och följer SÖSR-modellen, där ett basutbud av digitala tjänster för invånare har tagits fram. Arbetet med patientens kunskapsstöd samordnas med flera andra utvecklingsområden, såsom dokumenterad överenskommelse, digitala kallelser, digital patientinformation och gemensam digital servicenivå, med återkommande kommunikation i olika forum.
Uppföljning av omställningen till nära vård	Arbetet har fortsatt i den operativa ledningsgruppen. Planering av flera gemensamma aktiviteter, upp följning av pågående projekt och arbeten. Stöd till olika initiativ, projekt och pågående aktiviteter. Bereder till sjukvårdens ledningsgrupp. Möte varje vecka.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Nämnd Överenskommelse, utvalda kroniska sjukdomsgrupper	60 %	86 %	Andel patienter med en kronisk sjukdom som har en dokumenterad överenskommelse fortsätter att öka för varje månad. Nästa steg är att kvalitetssäkra innehållet i överenskommelserna. Vårdcentralerna har deltagit i lärlabb rörande innehållet I patientgrupperna hjärtsvikt, höftledsartros, kronisk obstruktiv lungsjukdom, hypertoni och diabetes typ 2 har mellan 85 procent och 90 procent av patienterna en dokumenterad överenskommelse. En stadig förbättring jämfört med föregående år. För patientgruppen med diabetes typ 1 är andelen 74 procent, även det en klar förbättring.

Framgångsfaktorer: God tillgänglighet

Uppdrag	Analys
Förbättra tillgängligheten till sjukvårdsrådgivning.	1177 på telefon har haft en ansträngd sommar med högt tryck i telefonen. Det har varit något låg bemanning och sjukfrånvaro. Under augusti börjar 7 nya medarbetare. Projektet ingångar till vården pågår med representanter från Vårdcentralerna Bra Liv i alla arbetsgrupper. Patienten kan nå oss för sjukvårdsrådgivning via appen Min vård. I appen Min vård når patienten oss via: Bra Liv nära gemensamt, våra fyra närmottagningar och alla vårdcentraler.
Under 2025 genomförs en utredning kring 1177 på telefon	Arbetet med 1177 på telefon har ingått som ett delprojekt i Ingångar i vården del 2. Kärnuppdrag för 1177 på telefon respektive vårdcentral ska tydliggöras samt utreda tillgänglighet på telefon inom specialistvården. Förslag att genomföra en pilot med möjlighet att invånare kan kopplas direkt från 1177 på telefon till närakuterna. Arbetet fortsätter under hösten.
Utveckling av ingångarna till vården utifrån utredning och arbete som påbörjats under 2025.	Projektet ingångar till vården del 2 har slutrapporterats till sjukvårdens ledningsgrupp innan sommaren. Projektet var uppdelat i tre delar. 1. Digital ingång - Standardutbudet för digitala tjänster godkändes. Planerar att realiseras på 1,5-2 år. Huvudinriktning är strategisk huvudingång via 1177, med förtydligande om att vårdcentralerna realiserar merparten av sitt invånarutbud med stöd av annan plattform. Målbilden är 1177-tjänster för alla, när utvecklingen från Inera är klar. 2. Telefoningång - kärnuppdrag för 1177 på telefon respektive vårdcentral ska tydliggöras samt utreda tillgänglighet på telefon inom specialistvården. Förslag att genomföra en pilot med möjlighet att invånare kan kopplas direkt från 1177 på telefon till närakuterna. 3. Fysiska ingångar - vårdcentralernas öppettider förbli oförändrade. Närakuterna minskar sina öppettider till kl. 21.00 (från kl. 22.00). Arbetet fortsätter under hösten för att realisera digitala ingångar och förbättra tillgängligheten till telefon.
Förbättra tillgängligheten till vården och tandvården utifrån systemmätetal och mål för verksamheterna.	Tillgängligheten till vården är överlag god med flera mätetal på eller nära målnivå, men med tydliga variationer mellan olika delar av vårdkedjan. Medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar ligger över målnivån, medan telefonkontakt samma dag saknar aktuella utfallsdata. Väntetiderna i den specialiserade vården uppvisar blandade resultat: första besök och operation inom 60 dagar ligger runt 73–74 procent, radiologi och klinisk fysiologi har fortsatt kapacitetsproblem. Inom tandvården är måluppfyllelsen god för nödvändig tandvård och förbättrad men ännu inte fullt uppnådd för specialisttandvårdens tillgänglighet, samtidigt som allmäntandvården påverkas av

Uppdrag	Analys
	sommarbemanning och köreducerande insatser. Övergripande pågår flera utvecklingsåtgärder, bland annat förbättrad remisshantering, riktade kapacitetsinsatser och nya arbetssätt, för att stärka tillgänglighet, kontinuitet och akuta flöden såsom ambulans- och akutmottagningsverksamhet.
Förbättra tillgängligheten till audionommottagningen.	Under våren har audionommottagningen i länet arbetat aktivt med Kapacitets och produktionsstyrning. Flera förbättringsarbeten har både genomförts och påbörjats. Audionommottagningen har nu genomfört samtliga metodmöten inom KPS, varav det sista ägde rum i augusti 2026. I januari 2027 genomförs en uppföljning tillsammans med audionommottagningen.
Förbättra tillgängligheten till reumatologen.	Under 2026 intensifieras KPS-stöd till reumatologi med syfte att förbättra tillgängligheten och stödja i pågående förbättringsarbeten. Under årets första två tertial har flera förbättringsarbeten identifierats inom ramen för exempelvis digitalisering, ökad framförhållning i planering och förändrade arbetssätt utifrån rätt använd kompetens (RAK). Analys visar att de tider som planeras för att ta emot patienter nyttjas i hög grad, men ytterligare tid behöver frigöras för klinisk verksamhet. Förbättringsarbeten som påbörjats för att göra den förflyttningen är exempelvis att förflytta arbetsuppgifter mellan yrkeskategorier enligt RAK, säkra följsamhet till rutiner, digitalisera genom att införa formulär, kvalitetssäkra och rensa väntelistor samt att planera med längre framförhållning för att öka förutsättningarna för proaktiv styrning. Sjuksköterskemottagningen har utökats med en resurs, i syfte att frigöra läkartid genom bland annat förflyttning av stabila återbesök samt sjuksköterskeledda knäinjektioner. Arbetssätten har börjat förändras, men effekterna på tillgänglighet och köer är hittills begränsade.
Förbättra tillgängligheten och arbetssätt för logopedens ansvarsområde.	Rehabiliteringscentrum förstärker inom område barn med fokus på språkstörningar och planerade åtgärder har fokus på att öka insatserna särskilt för skolbarn. Inom område vuxen neurologi har en länsövergripande arbetsgrupp startats upp med baslinjemätningar oxh dialoger med vårdgrannar för att beskriva gap och förbättringsutrymmen. Handlingsplan ska upprättas för att kunna aktiveras under 2027.
Erbjuda fast vårdkontakt och enkla kontaktvägar in till vårdcentralerna för patienter med stora vårdbehov.	Vårdcentralerna Bra Liv arbetar målmedvetet med att påminna gamla och nya medarbetare om vikten att leva upp till vårt löfte i mötet med våra invånare. Löftet stämmer väl överens med regionens gemensamma arbete med överenskommelse. Bra Liv har en tydlig målsättning om att alla patienter med kronisk sjukdom och/eller komplexa sjukvårdsbehov ska ha en fast vårdkontakt och dokumenterad överenskommelse i journalen.

Uppdrag	Analys
Arbeta aktivt med att uppnå bemanningsmålet inom primärvården.	Satsningen på utvalda vårdcentraler Bra Liv Vaggeryd, Bra Liv Skillingaryd, Bra Liv Sävsjö och Bra Liv Smålandsstenar har fortsatt med syfte att nå målet om 1 100 listade per ordinarie heltidsanställd läkare. På kort sikt innebär satsningen ett ökat behov av hyrläkare vid de deltagande vårdcentralerna, medan målsättningen på längre sikt är att skapa en mer attraktiv arbetsmiljö och därmed bättre möjligheter till ordinarie rekrytering. En handlingsplan för att nå målet om 1 100 listade per läkare i genomsnitt i hela regionen har tagits fram av Vårdcentralerna Bra Liv och presenterades innan sommaren. Arbetet har därefter gått vidare med att konkretisera aktiviteter för att genomföra handlingsplanen och nå uppställda mål.
Förbättra tillgängligheten och omhändertagandet av barn och ungdomars psykiska hälsa.	Tillgängligheten till första besök inom barn- och ungdomspsykiatrisk vård har förbättrats, men ligger fortfarande något under målnivån. Väntetiden till utredning och behandling är fortfarande långt från målet. Genom tydligare stegvisa insatser och triagering till barn- och ungdomshälsan har tillgängligheten inom barn- och ungdomspsykiatrin förbättrats, men ökade volymer skapar fortsatt resursutmaningar. Arbetet med att utveckla den primära nivån barn och unga psykisk hälsa fortsätter, med fokus på rätt vårdnivå och stöd utifrån behov snarare än utrednings- och diagnosfokus.
Förbättra tillgängligheten till habiliteringen.	Arbete pågår för att utveckla schemaläggning och arbetssätt för att möta behovet.
Under mandatperioden ska Region Jönköpings län säkra akutvårdkedjan för att patienter ska få ett snabbare och säkrare omhändertagande i hela länet.	Arbetet med att förbättra akutvårdkedjan har fortsatt med fokus på sköra äldre, effektivare patientflöden och kortare ledtider i hela akutvårdsprocessen. Samtliga sjukhus och flera kliniker deltar i strukturerade arbeten för att hantera högt patientinflöde och förbättra övergångar mellan akutmottagning och vårdavdelning. Region Jönköpings län akutmottagningar har fortsatt mycket goda resultat med hög andel patienter färdigbehandlade inom fyra timmar och förbättrad patientupplevelse, men ledtiderna är längre för patienter över 80 år på grund av mer omfattande bedömningar. Vårdcentralerna Bra Liv utvecklar samtidigt en dashboard för daglig styrning, där sex vårdcentraler testar lösningen för att stärka tillgänglighet, bemanningsplanering och uppföljning. Samverkan med kommuner och satsningar på tidig rehabilitering och tydliga planer för hög aktivitet bedöms bidra till mer välfungerande och sammanhållna akutvårdskedjor.
Tillse att det finns vårdplatser efter behov på de tre akutsjukhusen.	Antalet disponibla vårdplatser är i nivå med föregående år totalt sett, men redovisningen har breddats genom att även tekniska platser inkluderas enligt nationell modell. Beläggningen ligger på 83 procent och bedöms som god, även om det finns variation mellan kliniker med både mycket hög och relativt låg beläggning. Andelen utlokaliserade patienter och överbeläggningar har ökat något.

Uppdrag	Analys
	Utskrivningsklara patienter ligger något över målet, vilket pekar på fortsatt behov av förbättring kring utskrivningstider och vårdövergångar. Samtliga verksamheter med slutenvård arbetar kontinuerligt med att dimensionera för rätt antal disponibla vårdplatser. På övergripande nivå pågår utveckling av ett verktyg till stöd för att förstå behovet av vårdplatser samt dimensionera dessa pågår, prototyp finns framtagen och används inför sommarplaneringen. Utmaningen ligger i att balansera det totala behovet av vårdplatser på sjukhuset i relation till behovet för den egna specialiteten.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Nämnd Telefonkontakt med vårdcentralen samma dag	100 %	94 %	Tillgängligheten inom Bra livs vårdcentraler har ökat med 6 procentenheter jämfört med utfallet tertial 2 2025. Telefonsamtalen till vårdcentralerna ökar för varje år, vilket leder till att flera vårdcentraler har svårt att klara målet för telefonkontakt. Åtgärder har genomförts för att minska inflödet av samtal. Exempelvis informativa telefonsvar, hänvisning till appen Min vård och meddelandefunktion eller hänvisning till 1177-Direkt.
Medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar.	90 %	92 %	För vårdcentralerna Bra liv klarade 23 vårdcentraler målet på minst 90 procents tillgänglighet senaste 12 månaderna och övriga 5 st. klarade en tillgänglighet på 87-89 procent.
Faktisk väntetid till första besök inom 60 dagar i specialiserad vård nationell rapportering.	80 %	73 %	Utfall i augusti brukar vara sämre pga sommaren men resultatet är något bättre än augusti 2025. Inom medicinska vård uppgick tillgängligheten till första besök till och med augusti i till 70 procent. Föregående år motsvarande period 67 procent. 500 patienter har under augusti väntat mer än 60 dagar. Föregående år 490 patienter. Flest väntande har verksamhetsområdet inom hudkliniken. I augusti nådde Kirurgisk vård 62 procent för faktisk väntetid till ett första besök inom 60 dagar. Resultatet är bättre jämfört med augusti 2025, då resultatet var 55 procent. Bemanningssituationen på vissa kliniker innebär en risk för en fortsatt försämrad tillgänglighet under hösten och behöver därför följas noggrant. Inom Psykiatri, rehabilitering och diagnostik är resultatet nära målvärdet men påverkas negativt av semesterperioden där verksamheterna har en lägre kapacitet och ofta i kombination med att patienter väljer att vänta med sitt besök. Störst utmaning är på psykiatriska klinikerna i Jönköping och Värnamo med även rehabiliteringsmedicinska kliniken har haft utmaningar i kombination med högt inflöde av patienter till smärtrehabilitering.
Faktisk väntetid till operation/åtgärd inom 60 dagar i specialiserad vård nationell rapportering	80 %	74 %	Utfallet i augusti brukar vara något sämre. Resultatet är dock även något sämre än augusti 2025. Inom medicinsk vård var tillgängligheten till åtgärd/undersökning avseende gastro- och koloskopier till och med augusti till 82 procent.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			Föregående år motsvarande period 82 procent. Under augusti har 24 personer väntat mer än 60 dagar. I augusti nådde Kirurgisk vård 57 procent för faktisk väntetid till operation eller åtgärd inom 60 dagar. Antalet patienter som väntat längre än 60 dagar har ökat, liksom den sammanlagda väntande operationstiden.
Genomförda återbesök inom medicinskt måldatum	90 %	80 %	Inom medicinsk vård var tillgängligheten avseende genomförda återbesök (läkare och annan personalkategori) inom medicinskt måldatum till och med augusti till 79 procent. Föregående år motsvarande period 80 procent. Inom kirurgiska vård i augusti genomfördes 71 procent av återbesöken inom medicinskt måldatum. Utfallet är något bättre än i augusti 2025, då motsvarande andel var 69 procent. Bemanning, kapacitet och tillgång till rätt kompetens påverkar fortsatt möjligheten att genomföra återbesöken i tid. Förbättringsarbetet fortsätter genom bland annat kvalitetssäkring av väntelistor, anpassning av mottagningsupplägg, översyn av uppföljningsintervall och användning av alternativa kontaktvägar. Tillgängligheten inom psykiatri, rehabilitering och diagnostik är god, stabil och i nivå med samma period föregående år. Viss utmaning finns inom flera av områdets verksamheter där vi ser en stor andel ombokade besök samt behov av medicinska prioriteringar och akut verksamhet. Det finns även några verksamheter med en omfattande volym av sena återbud och uteblivna besök som påverkar resurseffektiviteten och resultaten.
Nämnd Fått hjälp och lämnat akutmottagningen inom 4 timmar	90 %	77 %	Tillgängligheten i länet uppgick till och med augusti till 77 procent. Föregående år motsvarande period 80 procent. De tre senaste åren har tillgängligheten varit stabil runt 77 procent. En del av förklaringen är införandet av bakjourskoordinator på akutmottagningen på Länssjukhuset Ryhov. Antal akuta besök i länet (läkarbesök och övriga besök) har minskat med 3 procent till och med augusti jämfört med motsvarande period föregående år. Antalet besök i augusti jämfört med motsvarande månad föregående år är oförändrad. För psykiatrin är målet uppnått. Resultatet håller sig stabilt över tid. Mätningen avser de psykiatriska akutmottagningarna i Eksjö och Jönköping, då Värnamo jobbar med bokade tider på akuten. Det är endast akutmottagningen i Jönköping som har öppet dygnet runt.
Tid till ambulans - andel prio 1 larm inom 20 minuter	80 %	74 %	Tillgängligheten uppgick till och med augusti till 74 procent. Föregående år motsvarande period 75 procent. Antalet prioritet 1 uppdrag har minskat med 3 procent jämfört med föregående år motsvarande period. Inom- och utomlänstransporter mellan vårdinrättning tar en stor del av ambulanssjukvårdens resurser, cirka 12 procent av totalt antal uppdrag. Ambulansverksamheten har under 2025 startat upp en verksamhet (transportfordon) som ska ta hand om

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			inom- och utomlänstransporter mellan vårdinrättningar. Under andra halvan av 2026 kommer ytterligare en kvällsambulans att tas i bruk i Jönköping. Förväntad effekt är ökad tillgänglighet för prioritet 1 uppdrag. Ambulanssjuksköterska jobbar på SOS Alarm och stöttar SOS-alarms personal i arbetet med dirigering/logistik avseende utomlänstransporter, vilket har haft en positiv effekt på tillgänglighet.
Nämnd Kontinuitetsmått – primärvård	0,4 index	0,37 index	För perioden är variationen 0,22 till 0,66 i index för den vårdcentral med lägst respektive högst index. 20 vårdcentraler klarar uppsatt mål på 0,40 under perioden vilket är en förbättring jämfört med samma period föregående år. Läkarhuset Väster VC strax följd av Läkarhuset Huskvarna är den VC med högst index under perioden.
Täckningsgrad för den uppsökande verksamheten (munhälsobedömningar)	70 %	64 %	Av de personer som har "Intyg om nödvändig tandvård" och som önskat få en munhälsobedömning utförd (4029 personer) har 64 procent (2579 personer) fått det, målet är därmed endast delvis uppfyllt. Den något lägre täckningsgraden beror på personalomsättning i det centrala teamet inom Folktandvården. Tid avsätts framgent för att uppnå målet till årsskiftet.
Nämnd Andel berättigade till nödvändig tandvård som fått den utförd	53 %	53 %	Av 6428 berättigade personer har 3415 fått nödvändig tandvård utförd (53 procent). Behandlingarna utförs av både privat- och Folktandvård varför mätetalet inte specifikt mäter Folktandvårdens måluppfyllnad. Folktandvården har god tillgänglighet att ta emot alla patienter. Folktandvården har i dagsläget inte tillgång till information om vilka invånare som är berättigade till nödvändig tandvård, eller vilka av de berättigade patienterna som har tackat nej till vård, vilket inte återspeglas i mätetalet.
Nämnd Allmäntandvård: Andel revisionspatienter i tid till undersökning och behandling	90 %	80 %	Utfallet för augusti 2026 ligger på 80 procent. Satsning gör just nu att erbjuda patienter som står på kö tid hos Folktandvården. Därav kan vi se en nedgång under sommarhalvåret på de kallelser som finns bland ordinarie revisionspatienter. Andelen föräldralediga medarbetare just nu är högre än genomsnittet, vilket leder till en viss nedgång i produktionen.
Tillgänglighet specialisttandvård inom 60 dagar efter remiss	80 %	64 %	Under första halvåret har alla kliniker implementerat ett enhetligt prioriteringssystem för remisser. En förändring mot tidigare är att det införts tre prioriteringsnivåer, där den lägsta prioriteringen avser patienter som ur medicinsk synvinkel inte behöver komma inom 60 dagar. Dessa har tidigare inte ingått i tillgänglighetsmätningen vilket är en viktig orsak till det förändrade resultatet. I samband med införandet av prioriteringssystemet ses även remisshanteringen över för att säkerställa att endast de som står i kö till första tid räknas in. Även särredovisning av revisionspatienter, patientvald väntan och medicinskt vald väntan kommer framledes att exkluderas, vilket historiskt inte återspeglats i tillgänglighetsmätningen. Till följd av

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			pågående kvalitetssäkring av siffrorna kan några större slutsatser av siffrorna inte dras i nuläget. Specialisttandvården har i nationell jämförelse en god bemanning men har i nuläget några kliniker med vakanser. Inom orofacial medicin är en övertandläkartjänst vakant, samtidigt som inflödet av remisser för äldre patienter ökar och en större andel patienter vårdas över längre tid. En meriteringstjänst har tillsats vilket förväntas leda till förbättrad tillgänglighet under året. Bettfysiologi har under våren tappat en övertandläkare, vilket påverkat tillgängligheten negativt. Käkkirurgin har tidigare haft en uppåtgående trend trots omsättning på övertandläkare och ST-tandläkare, men under sommaren har köerna ökat.
Nämnd Faktisk väntetid till första besök inom 30 dagar till barn och ungdomspsykiatrisk vård	90 %	76 %	Mätetalet visar väntetid till både BUP och habiliteringscentrum. Resultat i augusti är en bit ifrån målvärdet och påverkat av en tillgänglighetsmässigt sämre inledning på året. Utfall i augusti är nära målvärdet men påverkat av semesterperioden både utifrån perspektivet att fler väljer att vänta med sitt besök och att verksamheten at lägre produktion under juli.
Nämnd Faktisk väntetid till behandling till barn- och ungdomspsykiatrisk vård inom 30 dagar	90 %	16 %	Resultatet fortsatt långt ifrån målnivån. Något högre än samma månad 2025. Eftersom mätningen enbart görs på vissa behandlingar är resultatet inte heltäckande för hur väntetiden till behandling ser ut.
Nämnd Faktisk väntetid till utredning till barn- och ungdomspsykiatrisk vård inom 30 dagar	90 %	13 %	Mätetalet visar tillgänglighet till utredning för barn och unga som väntar på utredning på BUP och habiliteringscentrum. Resultatet är långt ifrån målvärdet trots några månader av bättre utfall än vi normalt ser. Vårens och sommarens förbättring är troligen en effekt av arbetet med synvändan och ett omtag och gemensamt grepp mellan kommun och region i att följa nationella riktlinjer som förespråkar tidiga insatser och behandling före utredning. Genomsnittlig väntetid är just nu 68 dagar.
Nämnd Disponibla vårdplatser		642	Antalet disponibla platser är vid jämförelse med samma period, januari-augusti föregående år i det närmaste oförändrat totalt sett. Den ökning som visas beror på att alla enheter som som har disponibla vårdplatser ingår i sammanställningen sedan januari 2026, dvs även tekniska platser. Platserna redovisas nu enligt den modell som gäller för den nationella rapporteringen av vårdplatser till socialstyrelsen.
Nämnd Beläggning	<85 %	83 %	Beläggningen är sammantaget något högre vid jämförelse med samma period föregående år. Verksamhetsområdena Kirurgisk vård samt Psykiatri, rehabilitering och diagnostik har en beläggning under uppsatt mål, Medicinsk vård ligger strax där över. Antal disponibla platser är relativt oförändrat samtidigt som vårdtillfällen och inneliggande ökar marginellt. Finns en variation mellan klinikerna där Geriatriska kliniken Länssjukhuset Ryhov, Medicin- och geriatrikkliniken i Eksjö samt Kirurgkliniken är exempel på kliniker med hög beläggning, mer än 95%. Kvinnokliniken Värnamo respektive Jönköping

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
			har haft en förhållandevis låg beläggning under perioden.
Nämnd Utlokaliserade		1,1 %	Antalet utlokaliseringar ökar totalt sett vid jämförelse med samma period januari-augusti föregående år. Detta gäller såväl Medicinsk- som Kirurgisk vård. Flertalet kliniker ökar, Ortopedkliniken Jönköping samt Värnamo är däremot exempel på kliniker som redovisar färre utlokaliserade. Psykiatri rehabilitering och diagnostik rapporterar god vårdplatskapacitet och har sällan behov av utlokalisering.
Nämnd Överbeläggningar	0 %	0,8 %	Sammantaget något fler överbeläggningar totalt sett vid jämförelse med samma period, januari-augusti föregående år. Aktuell ökning sker framförallt inom Kirurgisk vård, inga tydliga orsaker förutom ökat tryck inom kirurgi och i viss mån andra specialiteter. Psykiatri rehabilitering o diagnostik redovisar stabilt och generellt få överbeläggningar över tid.
Nämnd Återinläggningar inom 30 dagar vårddygn	15 %	15 %	Fortsatt låg variation och ackumulerat inom målnivån. Klinikerna har arbetat med att analysera återinläggningar. Ett flertal av återinläggningarna är av typen - varit skickad till Linköping och återkommer efter vård där. På onkologkliniken återinläggs 32 procent inom 30 dagar, men förklaras av en stor andel individer i palliativ fas med stort omvårdnadsbehov. Inom specialistpsykiatrin ses en viss ökning av återinläggningar de senaste två åren. I förhållande till somatisk vård har de psykiatriska klinikerna en högre andel återinskrivna patienter. En återinläggning är inte alltid att se som en avvikelse i den psykiatriska vården. I arbetet med att öppenvården ska vara basen finns slutenvården som en flexibel resurs när patientens behov kräver detta. Snabb återgång till patientens hemmiljö bedöms vara en viktig klinisk framgångsfaktor för långsiktig stabilitet.
Nämnd Utskrivningsklara	<2	2,2 %	Utskrivningsklara ligger ungefär på samma nivå som tidigare. En del av förklaringen är främst kopplat till begränsat inflytande över kommunala korttidsplatser, men samarbete och vårdplanering med kommun och primärvård bedöms fungera väl.

Framgångsfaktorer: God och jämlik hälsa

Uppdrag	Analys
Förbättra folkhälsan hos länets invånare.	Arbetet fortsätter med samverkan mellan Region Jönköpings län och 13 kommuner bl a genom Hälsocenter (ett i varje kommun), elevhälsocentraler, familjecentraler. Lärandeseminarium inom Bästa platsen är pausade tillfälligt till förmån för arbetet med chefsnivån i Förstärkt lokal samverkan. Planering av ev Inspirationsdag i vinter är under uppstart.
Arbeta för en mer jämlik hälsa hos utrikesfödda invånare.	Arbetet med hälsolitteracitet, egenmakt och integration har fortsatt. Teamet för interkulturell hälsokommunikation har genomfört ett stort antal riktade insatser till utrikes födda, inklusive Hälsoskolor, More to Life, diabetesskolor och

Uppdrag	Analys
	smärtskolor, med sammantaget flera hundra deltagare och överlag positiv utvärdering med hög motivationsökning till livsstilsförändring. Interkulturellt föräldraskapsstöd har erbjudits i flera kommuner med totalt 72 föräldrar, där insatserna har följts upp med enkät. Omfattande personalutbildningar och workshops om interkulturell kommunikation och jämlik hälsa har genomförts, där 326 medarbetare har nåtts och insatserna utvärderats med deltagarenkäter. Satsningen på hälsoguider har stärkts i 11 kommuner, med 38 nya hälsoguider, 35 vidareutbildade plusguider, 37 utbildningstillfällen och ett växande nyttjande av plusguider i arvoderade uppdrag. Enkätresultat visar att utbildningen till hälsoguide tydligt ökar anställningsbarhet och självförtroende, samtidigt som hälsoguiderna, trots låg rapporteringsgrad, uppskattas ha nått minst 5 600 personer med hälsofrämjande samtal under perioden.
Förbättra barn och ungas hälsa.	Arbetet fokuserar på att främja psykisk hälsa, stärka samverkan och öka delaktighet bland barn och unga i Jönköpings län. Arbetet med tidiga samordnade insatser har fördjupats genom kartläggningar, lokala besök och utveckling av samverkansstrukturer, men visar också behov av tydligare och mer samordnade lokala stödstrukturer. Inom föräldraskapsstöd pågår insatser som integrering av "En förälder blir till" i introduktioner, utbildning i gruppledarskap samt revidering av vägledningsmaterial för familjecentralerna. Folkhälsoenkät Ung och arbetet med att främja barn och ungas delaktighet fortskrider enligt plan, med fokus på språktilgänglig enkät, skolengagemang och insatser kopplade till barnkonventionen. Utbildningsinsatsen SOTIS utbildningar för elevhälsan i länet är avslutad med positiva utvärderingar, medan samverkan i det brottsförebyggande arbetet delvis försvårats då en central arbetsgrupp pausat sitt arbete.
Stärka arbetet med barnobesitas.	Rehabiliteringscentrum och barn- och ungdomsmedicinska mottagningen (BUMM) har nu samtliga obesitasteam igång, inklusive ett länsövergripande digitalt specialistteam tillsammans med Barnkliniken, och en första utvärdering efter sommaren visar positiv upplevelse av teamträffarna kring komplexa patientärenden även om vissa administrativa rutiner behöver justeras. Sjukgymnaster och dietister från Rehabiliteringscentrum är på barn- och ungdomsmedicinska mottagningen (BUMM) en dag i veckan, och både teamen och barn- och ungdomsmedicinska mottagningen (BUMM) lyfter ett uttalat behov av förstärkta psykosociala insatser för målgruppen som en fråga att bevaka framöver. Fem aktiviteter pågår kopplat till barnobesitas, bland annat erbjudande om Evira till patienter med obesitas med uppföljning av BMI sds, hemtagning av

Uppdrag	Analys
	patienter från Obesitascentrum i Göteborg till multidisciplinär behandling inom Region Jönköpings län (RJL) och samordning av multidisciplinära insatser via dynamiska team. Vidare aktualiseras barn med obesitas och samtidig somatisk följdsjukdom via subspecialiserat obesitasteam och ställning tas till läkemedelsbehandling för barn med allvarlig obesitas och/eller samsjuklighet. Sammanfattningsvis är arbetet med etablering och utveckling av barnobesitasteam pågående med positiva resultat, men med fortsatt behov av utvecklade psykosociala insatser och administrativa förbättringar.
Förebyggande insatser som stöd till nyblivna föräldrar.	Familjecentraler och barnhälsovården (BHV) i länet arrangerar tematträffar och gruppaktiviteter för blivande och nyblivna föräldrar. Exempel på teman som kan tas upp är vara ny förälder (vardag, samspel och anknytning), kost, sömn och barns utveckling, utmaningar och vardagsliv med små barn, relationer och föräldrarollens förändringar. Dessa träffar leds av BHV-sjuksköterska, kurator, pedagog och barnmorska tillsammans eller var för sig. Syftet med ovan är att ge ett tidigt och tryggt stöd i hemmiljön, samtala om barns utveckling och familjens behov samt skapa en relation till vårdpersonal redan i början av föräldraskapet. Universella hembesök i det nationella barnhälsovårdsprogrammet erbjuds till alla familjer när barnet är nyfött och vid 8 månader. Arbete pågår med att utveckla utökade hembesöksprogram i samverkan med socialtjänsten inom ramen för arbetet på familjecentralerna.
Främja äldres hälsa.	Arbetet med att förbättra äldres levnadsvanor pågår vid alla Bra Livs vårdcentraler, med särskilt fokus på ökad samverkan mellan vårdcentraler och hälsocenter. Insatserna syftar till att stärka äldres egenvård genom stöd till goda levnadsvanor, bland annat via återkommande föreläsningar för olika patientgrupper på exempelvis Seniorcentralen i Tranås. Teman för dessa föreläsningar är bland annat artros och fallprevention, vilket adresserar vanliga hälsoutmaningar hos äldre. Aktiviteten *Främja psykisk hälsa och motverka ofrivillig ensamhet hos äldre 65+* pågår med vissa problem, men analysunderlag om äldres psykiska ohälsa och ensamhet är framtaget och en plan för utvecklingsarbete finns. Projektet *Kulturella upplevelser* är aktivt igen efter sommaruppehållet, medan aktiviteten *I samverkan med JU initiera aktiviteter kring sömn och äldre.* ännu inte är påbörjad. Studien *SAFE – Trygg nära vård för äldre* håller på att avslutas och sammanställas, med fokus på att utveckla en arbetsmodell för att identifiera, stärka och bibehålla äldres autonomi, hälsa och funktionsförmåga. Studien har genomförts i samarbete med Region Östergötland vid 12 olika Bra Liv vårdcentraler, vilket ger ett brett underlag för vidare utveckling av arbetssättet.

Uppdrag	Analys
Arbeta målinriktat med att skapa trygg och säker vård och omsorg.	Utvecklingen med förstärkt lokal samverkan fortsätter i hela länet. Dashboard används på allt fler lokala möten för att resultat på läns- och kommunnivå. Arbetet innefattar att förstärka både på chefsnivå och i den nära samverkan mellan kommunal hälso- och sjukvård och vårdcentral kring gemensamma patienter. Stödinsatser, lokala besök med analysstöd pågår.
Fortsätta arbeta för en jämlik geriatrisk vård i länet	Forskning och kompetensutveckling inom det geriatriska området har fortsatt. Exempelvis att kvalitativt utvärdera "digitala kompisar", där seniorer lär varandra om digital teknik och e-hälsa. Arbetet fortsätter med att planera och genomföra seminarium där ett bland flera fokusområden kommer vara temat våld mot äldre.
Förbättra tandvården för patienter med särskilda behov.	Äldretandvårdssamordnaren har under året kontinuerligt varit ute hos kommunerna och informerat aktörer inom äldreomsorgen kring äldres munhälsa och vikten av att utföra och upprätthålla en god munhygien. Arbete pågår för att munnen ska ses som en del av kroppen i hela sjukvården. Ny samverkan har även startat med fokus på patienternas behov vad gäller nödvändig tandvård
Riktade insatser genomförs inom områden där kariesförekomsten ökar i förskola, fritidshem och skola.	Barntandvårdsteamen är ute i skolor regelbundet och fungerar väl. Då det uppstått en vakans samt har det varit svårt att hinna med alla skolor i framförallt Jönköpings kommun. Rekrytering av medarbetare pågår. Samtliga skolor får en enkät att svara på efter besök för att se om de är nöjda eller önskar någonting annat från oss. Majoriteten är mycket nöjda och tycker att vi pratar om rätt saker.
Säkerställa att verksamheter som är centraliserad inom Region Jönköpings län, når länets invånare jämlikt.	Arbetet med att säkerställa en jämlik tillgång till vård för länets invånare fortsätter och är nära kopplat till Region Jönköpings läns kapacitets- och produktionsstyrning (KPS). Planering och styrning ska utgå från invånarnas samlade behov, snarare än från organisatoriska eller geografiska gränser mellan sjukhusen. En viktig del i det fortsatta utvecklingsarbetet är att patienter i högre grad ska erbjudas vård utifrån medicinskt behov och väntetid i stället för geografisk tillhörighet. Inriktningen är att den patient som har väntat längst i länet ska kunna prioriteras till nästa tillgängliga tid, oavsett vid vilket sjukhus vården ges. Det krävs gemensamma arbetssätt, ökad transparens kring kapacitet och väntelistor samt tydliga strukturer för planering, prioritering och uppföljning. Verksamheterna har kommit olika långt i arbetet. Inom vissa medicinska programgrupper (MPG) och länskliniker fungerar samverkan och den gemensamma planeringen redan väl. Inom andra delar behöver arbetssätten utvecklas ytterligare. Under andra tertialet 2026 har controllers tagit fram gemensamt underlag för analys. Analyser har genomförts exempelvis inom områdena astma barn och ungdomsmedicinska mottagningen, hudkliniken,

Uppdrag	Analys
	kardiologi i länet samt inom barnhälsovården. I huvudsak är vården jämlik ur ett geografiskt perspektiv. Inom en av specialiteterna ser det ut som om tillgängligheten till vården skiljer mellan de olika länsdelarna. Vidare analys behövs. Andra exempel på områden som analyserats är heldygnsvården och anorexienheten inom BUP, som mynnat ut i handlingsplaner med identifierade åtgärder att arbeta vidare med. Psykiatriska kliniken i Jönköping har analyserat om länsenheterna på kliniken är tillgängliga på ett jämlikt vis. Dessa enheter ansvarar för patienter från hela länet. Statistik visar skillnader mellan kommungrupper där Jönköpingsområdet står för en betydligt högre andel vårddygn per invånare än övriga kommuner. Arbete pågår med fördjupad analys och eventuella åtgärder. Den rehabiliteringsmedicinska kliniken arbetar kontinuerligt med att se över rehabiliteringens innehåll och tillgång till personalresurs. Jämförelse av resultat för patienterna görs kontinuerligt. I dagsläget finns skillnader avseende tillgänglighet, med längre väntan i Jönköping.

Process och produktion

Strategiska mål: Enklare vardag för invånare och medarbetare

Framgångsfaktorer: Utveckling av arbetssätt och digitala tjänster

Uppdrag	Analys
Öka användningen av digitala tjänster och system för vård, hälsa och prevention.	En ny struktur för samordnare och superanvändare har etablerats, vilket ger förbättrad och mer systematisk kontakt mellan den verksamhetsnära förvaltningen av Cosmic och dess användare. Utbildningar/informationsmöten sker kontinuerligt. Upphandlingen av egenmonitorering har fortsatt och förstudie är startad för att möjliggöra AI assistenter i forma av Vårdnavigator. Digitala kallelser i Cosmic påbörjar under hösten ett breddinförande.
Webbplatsen 1177.se utvecklas till att bli en viktig digital ingång till vården och samlingsplats för nödvändig information om hälsa, vård och tandvård.	Förstudie pågår för att ge förslag på hur Vårdvalshanteraren skulle kunna hantera fast läkarkontakt primärvård och publicera på 1177 journalen och NPÖ. Utredning påbörjad kring nytt tjänstekontraktet som ska kunna publicerar vårdplaner på 1177. Dos-brev AVK från AK Net publicerar nu på 1177 journalen och NPÖ. Implementering av standardutbud för digital vård realiseras för primärvården genom projektet som genomför plattformsbyte bakom tjänsten 1177direkt. Allt planeras att driftsättas 14 oktober. Under tertial 3 sker en planering för hur man arbetar med att realisera standardutbud i övriga delar av vården.
Förbättra dialogen mellan sjukhusens specialistvård och primärvården genom sömlös vård och övergångar.	Arbetet med att utveckla och säkerställa stödet mellan den specialiserade vården och vårdcentraler inom Sömlös vård är fortsatt aktivt och kontaktytorna mellan vårdnivåerna bedöms som väl etablerade, särskilt från primärvård mot specialistsjukvård. Samtidigt framkommer kvarstående brister i samordning och ansvarsfördelning, framför allt mellan specialistpsykiatri, primärvård, socialtjänst och kommunal vård och omsorg, där roller, kontaktvägar och närståendesamverkan behöver förtydligas. Pågående och planerade åtgärder inkluderar gemensamma workshops, länsgemensamma arbetsgrupper (exempelvis LAG ADHD kopplad till LPO psykisk hälsa), förstudie kring utökat uppdrag för Hälsocenter samt stärkt samverkan mellan Recovery College och Hälsocenter. Nya arbetssätt som ”konsultera en rehabkollega” och etablerade direktkontakter (t.ex. konsulttelefon och ”Konsultera en läkarkollega”) bidrar till enklare kommunikation och kompetensöverföring mellan nivåer. Sammantaget bedöms samarbetet överlag som välfungerande men med tydliga utvecklingsbehov i övergångarna mellan vårdnivåer och i informationen till patienter om fortsatt vård, ansvar och kontaktvägar.

Strategiska mål: Bästa möjliga kvalitet

Framgångsfaktorer: Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande

Uppdrag	Analys
Stödja invånare att främja hälsosamma levnadsvanor.	Arbetet med att kartlägga insatser kopplat till övervikt och obesitas samt utveckla riktade hälsosamtal enligt FAKTA fortskrider genom enkäter, samverkan med vårdaktörer och nationella nätverk. För att utveckla Hälsocenter i Jönköpings län har en omfattande förstudie genomförts, samtidigt som forskning pågår med viss försening och det regionala nätverket kring hälsocoacher stärks. Stödet till primärvård, specialistvård och andra målgrupper kring levnadsvanor består av uppdaterade kunskapsstöd, utbildningar, kommunikationsinsatser och administrativt förberedelsearbete, med målet att möjliggöra mer systematiskt arbete. Utveckling och revidering av stöd- och behandlingsprogram pågår, där särskilt Rörelsepeppen och program för hälsosamma matvanor ses över för att öka användbarhet och spridning, även om nuvarande användning ännu är begränsad.
Stödja kommunernas rehabiliteringspersonal med specialistkompetens och följa upp hela rehabiliteringsprocessen.	"Konsultera en rehabkollega" är ett arbetssätt som infördes hösten 2024 för att förenkla kommunikation och bidra till kompetensöverföring mellan vårdnivåer. Initiativet kom från LPO RehabHabFörsäkringsmedicin som gav en länsgemensam arbetsgrupp i uppdrag att ta fram, testa och utvärdera kompletterande arbetssätt som en utveckling av sömlös vård-konceptet. Arbetssätten har under åren fortsatt utvecklas och innehåller nu möjlighet att konsultera arbetsterapeuter, dietister, fysioterapeuter samt logopeder. Funktionen tre-partsamtal där patienten också ska kunna medverka har nu införts. Dietist och logoped har även föreläst för sjuksköterskor och läkare på "SÄBO-dagar" i syfte att öka kunskap, bidra med inspiration och öka erfarenhetsutbytet.
Samordna och utveckla arbetet kring suicidprevention i länet.	En länsövergripande arbetsgrupp har omarbetat den länsgemensamma rutinen för suicidprevention, med målet att fastställa och påbörja implementeringen under hösten. Under våren har även checklistor som handlar om suicidpreventionsuppföljning i heldygnsvård och öppenvård reviderats.
Arbeta för en hög vaccinationstäckning bland äldre.	Under sommaren har en del förberedande arbete gjorts inför höstens vaccinationsinsats. Bland annat har kampanj- och informationsmaterial och innehåll till invånartidningen tagits fram i samarbete med Kommunikationsavdelningen.
Stödja arbetet med att vaccinera mot TBE.	Intresset för TBE -vaccin har fortsatt vara stort och hitintills i år (tom 260827) har givits 12669 doser vaccin till barn 3-18 år. Merparten av doser har givits av upphandlade privata vaccinatörer, ffa Vaccin direkt och Vaccinhuset. Detta är fler doser än vad vi prognostiserade och kan bero på fortsatt

Uppdrag	Analys
	uppmärksamhet kring TBE i media.
I samverkan i sydöstra sjukvårdsregionen införs successivt vaccinationer enligt folkhälsomyndighetens rekommendationer.	Kostnadsfri vaccination mot HPV för alla upp till 26 år har under våren börjat erbjudas i alla regioner i SÖSR. Införandet har gjorts med vissa lokala anpassningar, men de huvudsakliga arbetssätten och kommunikationen har samordnats mellan regionerna. Det är ännu för tidigt att utvärdera täckningsgraden, men som förväntat har detta visat sig vara en grupp som är svår att nå. Uppsökande verksamhet, som att erbjuda vaccin i skolorna, verkar vara det som fungerar bäst. Förberedelser pågår inför införandet av vattkoppsvaccin i barnvaccinationsprogrammet från 2027. Vi för en nära dialog med barnhälsovården och elevhälsan, som kommer att vara huvudsakliga utförare. Under hösten kommer bla utbildningar till vaccinerande personal att erbjudas.
Vaccinera män upp till 26 år mot HPV	Ny mindre kampanj under augusti-september med annonser på bussar och sociala media. Även aktivt kampanjarbete med representanter från Smittskydd tillsammans med Bra Liv på Pride den 22/8 där vi vaccinerade mellan 10 och 20 personer på plats.

Framgångsfaktorer: Säker verksamhet

Uppdrag	Analys
Arbeta med rätt antibiotikaförskrivning och att minska vårdrelaterade infektioner.	Utifrån senaste perioden ses en marginell ökning av vårdrelaterade infektioner per 1000 invånare, framför allt inom kategorierna annan vårdrelaterad infektion och kärlkateterinfektion, medan djupa postoperativa infektioner minskat något. Aktiviteten Stöd för rationell antibiotikaanvändning pågår enligt plan, med brett engagemang från sjukhuskliniker, vårdcentraler och tandvård, vilket långsiktigt förväntas bidra till minskad antibiotikaanvändning och förbättrad infektionsprevention.
Fortsatt utveckling av Region Jönköpings läns patientsäkerhetsarbete och integrering av Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet, Agera för säker vård.	Den övergripande utvecklingen inom vårdhygien präglas av pågående arbete i samtliga aktiviteter, med särskilt fokus på egenkontroller, kunskapsstöd och nationella uppdrag. Andel vårdcentraler som genomfört vårdhygienisk egenkontroll har ökat jämfört med föregående år, men målet är ännu inte uppnått. Inom verksamhetsstöd har flera riktlinjer, utbildningar och stödmaterial tagits fram eller reviderats, särskilt riktade mot kommunal vård och omsorg. Smittspårning och utbrottshantering domineras av ett större caliciutbrott inom regional vård samt magsjukeutbrott inom kommunal vård med utmaningar kring kohortvård. Införandet av nytt IT-stöd för basal hygien (eBHK) fortskrider med genomförda tester, uppdateringar och planerad utbildning, samtidigt som vårdhygienisk egenkontroll breddas till fler vårdnivåer, inklusive tandvård och sjukhus.
Agera för en säker läkemedelsanvändning.	Samtliga kommuner inom länet fick i maj läsbehörighet till Cosmics läkemedelslista. Arbetet

Uppdrag	Analys
	kring rutin för kommunens avstämning kring läkemedelslistan har stött på visst motstånd ute i kommunerna och tester har inte kommit igång än. Webb-utbildningen till kommunens sjuksköterskor har funnits ute över sommaren, men är enligt uppföljning inte så använd än. Därför behöver vi fundera vidare kring fortsatt kunskapsstöd till kommunen.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Nämnd Vårdrelaterade infektioner per 1000/inv	<7	7,1	Jämfört med föregående 12-månperiod ses marginellt fler vårdrelaterade infektioner. Gruppen Annan vårdrelaterad infektion har ökat tydligt liksom Kärlkateterinfektion. Svag ökning för Ytlig postoperativ infektion medan Djup postoperativ infektion minskat.
Vårdprevention - upprättade vårdplaner	90 %	87 %	Målet uppnås inte helt. När risk har har identifierats har vårdplaner startats i 87 procent av fallen. Arbete pågår via chefssjuksköterskorna i chefsläkarorganisationen för att ge stöd till verksamheten att identifiera riskområden samt genom planerad punktprevalensmätning inom specialistsjukvården.

Framgångsfaktorer: Ändamålsenliga, resurseffektiva och hållbara processer

Uppdrag	Analys
Vidareutveckla kunskapsstyrning och införandet av nationella kunskapsstöd för god och jämlik vård	Uppstart av samtliga Länsgemensamma programområden kommer ske under november. Ledningsdialoger sker genom LPO-forum och genomförs under hösten, vid tre tillfällen. Utvecklingsarbete pågår enligt handlingsplan inom områden: uppföljning och analys, lärande och utveckling samt tillgängliggörande av kunskapsstöd.
Utökning av intensivvården i länet.	Utökning av intensivvårdsplatser har genomförts på Länssjukhuset Ryhov. Förstärkning har även skett av bemanning av undersköterskor på intensivvården på Höglandssjukhuset och Värnamo sjukhus. Förstärkning av bemanning av sjuksköterskor sker under 2024 och 2025 primärt via utbildningsanställningar.
Region Jönköpings län ska sammantaget bli en av de bästa i Sverige när det gäller standardiserade vårdförlopp för cancer.	Standardiserade vårdförlopp - andel inom max ledtid: Under den senaste 12-månadersperioden har behandlingsstart skett inom totalt 1 996 cancerförlopp, där 43 procent skett inom angiven ledtid, vilket är något lägre jämfört med motsvarande period föregående år. SVF Akut leukemi är det enda förlopp som når uppsatt målvärde med ett resultat på 80 procent, medan större förlopp som SVF Prostatacancer och SVF Bröstcancer uppvisar en variation mellan 21–49 procent inom ledtid. Standardiserade vårdförlopp - andel utredda patienter i SVF: Målet är uppfyllt och Region Jönköpings län uppnår vad som förväntas enligt det nationella beräkningsunderlaget för standardiserade vårdförlopp, vilket indikerar en god inklusionsgrad i

Uppdrag	Analys
	SVF. Sammantaget har Region Jönköpings län en hög andel patienter som utreds inom standardiserade vårdförlopp, men att en betydande andel fortfarande inte når behandlingsstart inom angiven maximalt tillåten ledtid, med tydliga skillnader mellan olika diagnosförlopp.
Öka deltagandet i screeningprogram och catch up-vaccination mot HPV bland grupper som inte deltar.	Uppföljning av screeningprogram sker i de verksamheter som hanterar utfallet. Organiserad prostatacancertestning har fortsatt med att erbjuda nya åldersgrupper. Kostnadsfri vaccination mot HPV för alla upp till 26 år har under våren börjat erbjudas. Olika kampanjer har genomförts för att framförallt nå unga män.
Erbjuda avancerad läkemedelsbehandling nära patienten.	Arbetet med att ta fram ett förslag till hantering av kortvarig syrgasbehandling i primärvård fortsätter. Det är logistik samt ansvar kring oxygenkoncentratorer som behöver utredas vidare. Behandlingsenhet startade i Eksjö i början av året. Arbetet med hemnära Zometa-behandling och administrering av subkutant cancerläkemedel har lyfts till arbetsgruppen för Sjukhusvård i hemmet under våren 2026 och avvaktar återkoppling på möjligt nästa steg. Kvinnoklinken i Eksjö har under våren 2026 gjort förberedande arbete för att kunna ge immunologiska cancerbehandlingar lokalt, och har startat upp detta sommar 2026. Ett länsgemensamt arbete kring just immunologiska cancerläkemedel har inletts, tillsammans med läkemedelsstrateg.
Utforma den palliativa vården så att alla länsinvånare har jämlik tillgång till palliativ vård dygnet runt.	Samverkans möten genomförs regelbundet med kommunal hemsjukvård. Planering pågår inför utbildningar till samtliga inom vårdkedjan om SVAS-samtal vid allvarlig sjukdom. Ett pilotprojekt är inplanerat tillsammans med onkologkliniken. Medarbetare inom sjukhusvård i hemmet (SSIH) kommer att medverka på FAKTA dagarna inom primärvården under hösten. Den palliativa vården har hög prioritet inom vårdcentralen. Vårdcentralerna följer Fakta direktiven gällande palliativ vård. Palliativa åtgärdsplatser finns på alla tre sjukhus i Region Jönköpings län.
För att uppnå en mer jämställd vård och jämlik hälsa genomförs en flerårig satsning för förbättrad förlossningsvård och stärkta insatser för kvinnors hälsa.	Kvinnoklinikerna har utvecklat en sammanhållen, jämlik och personcentrerad vårdkedja från graviditet till förlossning och eftervård. Förbättringsarbete bedrivs kontinuerligt inom huvudprocess och processgrupper för obstetrik med fokus på vårdkedjan för gravida. Inriktningen är fortsatt utveckling av samverkan, jämlikhet och kvalitet i vårdkedjan.
Arbeta med särskilda utvecklingsområden för patienter med psykisk sjukdom.	Det länsgemensamma programområdet inom psykisk hälsa (LPO psykisk hälsa) är sedan ett par år tillbaka etablerat. Arbetet fokuserar bl a på aktuella personcentrerade sammanhållna vårdförlopp (PSVF), vård- och insatsprogram (VIP) och nya eller ändrade nationella riktlinjer, till vilka särskilda arbetsgrupper med sakkunniga formerats och startats upp. Exempel på arbete som pågår är uppdaterad riktlinjer och rutiner samt kompetenshöjande åtgärder kopplat till

Uppdrag	Analys
	nationella riktlinjer Adhd och VIP Adhd där även kommunikation pågår i primärvårdens olika forum. VIP autism beslutades nationellt i mars där LPO psykisk hälsa och LPO rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin planerar ett gemensamt arbete. LPO psykisk hälsa inklusive berörd Fakta-grupp arbetar med befintliga Faktadokument och uppdrag från läkemedelskommittén samt svarar på remisser och texter vid migrering av kunskapsstöden på 1177.se. Specialistpsykiatrin har fått ett uppdrag att ta fram ett utbildningsmaterial riktat till den somatiska vården. Parallellt undersöks hur utbildningen kan nå ut till aktuella målgrupper samt vilka dessa är. Målsättningen är att kunna genomföra en pilotomgång av utbildningen under senare delen av 2026. Arbete pågår med att ta fram strukturerade och automatiserade hälsodata för att ge en samlad lägesbild och möjliggöra analys och beslut om åtgärder. Processgrupp psykos har påbörjat implementeringen av VIP; från insjuknande till regelbunden uppföljning av stabil patient. Fysisk aktivitet på recept skrivs och följs upp. Samverkan med primärvården förstärks genom informationsinsatser om remissgrunder, gemensamma formulär för årliga hälsosamtal och test av regelbunden konsultationstid mellan vårdcentral och psykiatrisk enhet.
Tillhandahålla en rationell och hållbar läkemedelsförsörjning.	Arbeta med kritiska bristsituationer av läkemedel i öppen och sluten vård” pågår med fokus under tertial 2 på onkologiska läkemedel samt vissa andra grupper som antibiotika och insulin. Arbete pågår för att förenkla läkemedelsrelaterade arbetsmoment inom slutenvården och det digitala verktyget för narkotikajournal införs nu i drift med successiv anslutning av fler vårdenheter.
Arbeta för en jämlik och kostnadseffektiv läkemedelsbehandling.	Läkemedelsdialoger genomförs med fokus på kvalitet samt kostnadseffektivitet och har genomförts med åtta verksamheter, inklusive två vårdcentraler. Planen är att fortsatt erbjuda tre vårdcentraler per termin till läkemedelsdialog. Arbetet med att följa och utveckla upphandling och ordnat införande inom Sydöstra sjukvårdsregionen pågår, där cirka 15 leverantörsdialoger har genomförts för att kartlägga behov kring avtalens utformning. Även arbeta med behandlingsrekommendationer och uppföljning kring läkemedel fortskrider enligt årshjul i samverkan med FAKTA/LPO, med planerade nätverksträffar för astma/KOL-sjuksköterskor i oktober och digital träff under hösten.
Skapa förutsättningar för patientdelaktighet i läkemedelsbehandling.	Vårdriktlinjen kring dokumentation av läkemedel har uppdaterats tillsammans med chefläkare. Sökord Läkemedelsgenomgång har justerats tillsammans med Sektion eHälsa. Arbete med självadministrering pågår fortsatt i liten skala på flera enheter. Vi har dock inte lyckats

Uppdrag	Analys
	breddinföra arbetssättet och letar nya verktyg för att kunna öka antalet patienter som på ett tryggt sätt kan få självmedicinera sina ordinarie läkemedel under vårdtiden. Sedan en längre tid tillbaka finns samarbete mellan infektionskliniken, vårdfarmaci samt läkemedelsstrateg gällande OPAT, Outpatient parenteral antimicrobial therapy, vilket möjliggör att patienter kan behandlas med intravenös antibiotika i hemmiljö.
Följa alla delar i överenskommelsen ”Riktlinjer för länskliniker”.	Riktlinjen anger fyra områden: fast bemanning, kompetensutveckling, ansvar för akutsjukhus och ansvar för den nära vården i alla regiondelar. Inom Medicinsk vård finns sex länskliniker: barnkliniken, hudkliniken, infektionskliniken, barn- och ungdomsenheten, barnhälsovården och ambulanssjukvården. Av dessa är det två kliniker som endast har verksamhet på en ort: barnkliniken och infektionskliniken. Barnklinikens samarbete med barn- och ungdomsmedicinsk mottagningen bidrar till att säkra ansvaret för den nära vården, den fasta bemanningen och kompetensutveckling. I verksamhetsplanen finns aktiviteter kopplad till fokusområdet ”ansvar för akutsjukhus”. Infektionskliniken har i verksamhetsplanen aktiviteter och/eller mätetal som inkluderar länsperspektivet för alla fyra fokusområden. Infektionskliniken har konsultverksamhet i Eksjö och Värnamo två dagar per vecka. Alla verksamheter inom kirurgisk vård arbetar för att erbjuda sitt vårdutbud jämlikt i länet. Detta innebär att utifrån var utbudet erbjuds så fördelas resurser efter behov. Bra exempel är kvinnohälsovården och onkologiska behandlingsenheter. Onkologkliniken har öppnat behandlingsenhet i Eksjö 2026, utöver Värnamo, och följer löpande att patienter från alla länsdelar får både strål- och läkemedelsbehandling, med jämn kommunal representation trots begränsade strålbehandlingslokaler. Smärtkliniken säkerställer jämlik vård genom gemensam remissbedömning mellan tre enheter och en gemensam behandlingsalgoritm. Länsgemensam väntelista som hos urolog- och ÖNH kliniken är ett arbetssätt som främjar jämlik vård.
Åstadkomma bästa möjliga resultat till lägsta möjliga kostnad varje gång.	Verksamheterna har fortsatt arbetet med kloka kliniska val. Klinisk fysiologi bedriver ett långvarigt arbete med kloka kliniska val i dialog med både sluten- och öppenvård, inklusive regelbundna möten med remittenterna, samt deltagande i process- och faktagrupper. Tillsammans med processgrupp kardiologi och allmänmedicin har Klinisk fysiologi förtydligat riktlinjer för klaffsjukdom och aortaaneurysm, samt genomfört en pilotstudie kring nydebuterad hjärtsvikt där tydligare remissfrågeställning och specificerade parametrar lett till snabbare undersökning och behandling. Klinisk fysiologi beskriver också veckovisa multidisciplinära

Uppdrag	Analys
	ronder med deltagande från Eksjö och Värnamo samt införande av anpassade undersökningsprotokoll, främst ultraljud, med effektivare arbetssätt som resultat. De flesta verksamheterna inom Kirurgisk vård arbetar med Kloka kliniska val (KKV) och RAK (rätt använd kompetens) för att eliminera waste och öka nyttan av använda resurser. Verksamheterna har kommit olika långt i att utveckla mätetal och aktiviteter i Stratsys kopplade till KKV. Goda exempel sprids genom ledningsgrupp, verksamhetsutvecklar- och verksamhetschefsnätverk. Fortsatt fokus på arbetet med kloka kliniska val inom Medicinsk vård. Verksamheterna delar erfarenheter och kunskap mellan varandra genom att delta och bjuda in kollegor från andra kliniker för att få fler och nya perspektiv. För att skapa engagemang i frågan sprids goda exempel mellan verksamheter genom verksamhetsområdets ledningsgrupp
Arbeta med övergången från barn till vuxna i vården.	Insatser genomförs för att skapa mer strukturerade och trygga övergångar från barn- till vuxenvård. Dessa omfattar dialog mellan berörda verksamheter, utsedda kontaktpersoner, information och möten inför övergången samt ökad delaktighet och självständighet för patienten. Arbetssätten varierar mellan verksamheterna med möjligheter till fortsatt utveckling och ökad systematik. Barn med vissa kroniska diagnoser har kontakt med verksamheter inom Kirurgisk vård redan under barndomen, till exempel kontakt med öron- näs- och halskliniken eller barnortopediskt regioncentrum i sydöstra sjukvårdsregionen som geografiskt är förlagt till Länssjukhuset Ryhov. Barn med andra diagnoser, till exempel cancer, har kontakt med barnkliniken under uppväxten och övergång till exempelvis onkologkliniken sker vid 18 års ålder. Etablerade arbetssätt för tryggt och säkert mottagande i övergången från barnverksamheter till specialistvård för vuxna finns etablerade i verksamheterna. Två huvudområden framträder i arbetet med övergången från barn- till vuxenpsykiatri. För det första utvecklas strukturer och roller. BUP beskriver etablerad rutin för övergång, inklusive extra arbete våren 2026 för patienter med ADHD. Psykiatriska kliniken Eksjö lyfter återkommande samverkansmöten med BUP och en upparbetad samverkansstruktur med Habiliteringscentrum. Psykiatriska kliniken Värnamo rapporterar tydliga, fungerande arbetssätt där BUP alltid medverkar vid första bedömning. Habiliteringscentrum har fått klartecken att tillsätta tre lotsar med central roll för vuxna patienter med funktionsnedsättningar, med fokus på att lotsa till rätt vårdnivå i den fortsatta medicinska hälsouppföljningen. För det andra kvarstår praktiska utmaningar. BUP beskriver svårigheter att tidsmässigt matcha tidigare behandlare med ny behandlare inom vuxenpsykiatrisk vård, trots rutin om tidig kontakt och gemensamt övergångssamtal. Samtidigt

Uppdrag	Analys
	framhåller Psykiatriska kliniken Värnamo en god dialog kring remittering till vuxen, vilket visar på fungerande samverkan i Värnamo.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Standardiserade vårdförlopp - andel inom max ledtid	80 %	43 %	Under den senaste 12-månadsperioden har behandlingsstart skett inom totalt 1996 cancerförlopp. Av dessa har 43 procent skett inom angiven ledtid vilket är något lägre jämfört med motsvarande period föregående år. SVF Akut leukemi når som enda förlopp uppsatt målvärde med ett resultat på 80 procent. För förlopp med mer än 300 startade behandlingar under perioden, SVF Prostatacancer samt SVF Bröstcancer är variationen 21-49 procent inom ledtid.
Standardiserade vårdförlopp - andel utredda patienter i SVF	70 %	89 %	Målet är uppfyllt. Region Jönköpings län uppnår vad som förväntas enligt det nationella beräkningsunderlaget för standardiserade vårdförlopp.
Nämnd Antal hembesök läkare	5 804	5 331	Arbetssätt med tillgänglighet till läkarbesök i hemmet finns vid samtliga vårdcentraler vilka ofta sker i samverkan med den kommunala hemsjukvården. Antalet hembesök läkare minskar dock totalt sett jämfört med samma period föregående år.
Nämnd Antal vårdplaneringar enligt SiP	2 271	2 152	Sammantaget något färre vårdplaneringsbesök jämfört med samma period föregående år. Minskningen sker såväl inom Bra Liv vårdcentralerna som privata vårdgivare. Bankeryds VC, Rosenhälsan VC samt Väster VC är exempel på enheter där det gjorts några fler vårdplaneringsbesök.

Verksamhetsstatistik

Primärvård

Egenproducerad vård (inkl såld vård)	Utfall 2025-08	Utfall 2026-08	Förändring % 2026-2025
Antal besök, läkare	263 734	257 653	-2,3 %
Antal besök, annan personalkategori	408 035	406 512	-0,4 %
-varav distansbesök utomlänare	512	366	-28,5 %
-varav distansbesök länsbor	17 449	16 212	-7,1 %
Andel distansbesök länsbor	2,7 %	2,5 %	-6,6 %
Länets vårdkonsumtion			
Antal besök, läkare	286 351	275 697	-3,7 %
Antal besök, annan personalkategori	450 702	446 618	-0,9 %

Under 2026 har antal läkarbesök och besök annan personal inom primärvården minskat jämfört med 2025. Det är dock med små variationer mellan åren, även på längre sikt än två år.

I länets vårdkonsumtion ingår köpt vård från andra län. Inom den köpta vården ses en relativt stor minskning av antalet distansbesök. Denna minskning bedöms ha att göra med granskningen av digitala leverantörer i Sörmland.

Specialiserad somatisk vård

Egenproducerad vård (inkl såld vård)	Utfall 2025-08	Utfall 2026-08	Förändring % 2026-2025
Antal disponibla vårdplatser	529	547	3,4 %
Vårdtid i dagar	107 102	108 889	1,7 %
Antal vårdtillfällen	30 029	30 360	1,1 %
Medelvårdtid, dagar	3,6	3,6	0,3 %
Antal läkarbesök	236 383	238 454	0,9 %
Antal besök annan personalkategori	233 545	235 924	1,0 %
Varav distansbesök	6 374	6 589	3,4 %
Andel distansbesök	1,36 %	1,39 %	2,4 %
Länets vårdkonsumtion			
Vårdtid i dagar	116 155	118 030	1,6 %
Antal vårdtillfällen	38 156	38 549	1,0 %
Antal läkarbesök	247 780	249 993	0,9 %
Antal besök annan personalkategori	236 892	240 416	1,5 %

Inom den somatiska vården har antalet disponibla vårdplatser ökar jämfört med 2025 vilket beror på att vi räknar tekniska platser som vårdplatser numera. Anpassning av uppföljningen har skett till hur disponibla vårdplatser rapporteras till socialstyrelsen från och med januari 2026.

Antalet producerade läkarbesök ligger väldigt stabilt över åren. Antalet övriga besök har ökat. Distansbesök har ökat något, men fortfarande rör det sig om relativt små volymer.

Både vårdtid och vårdtillfällen har ökat något i jämförelse med föregående år.

Specialiserad psykiatrisk vård

Egenproducerad vård (inkl såld vård)	Utfall 2025-08	Utfall 2026-08	Förändring % 2026-2025
Antal disponibla vårdplatser	104	106	1,9 %
Vårdtid i dagar	19 104	19 929	4,3 %
Antal vårdtillfällen	2 658	2 559	-3,7 %
Medelvårdtid, dagar	7	8	8,3 %
Antal läkarbesök	23 434	20 645	-11,9 %
Antal besök annan personalkategori	73 315	73 781	0,6 %
Varav distansbesök	5 338	5 708	6,9 %
Varav andel distansbesök	5,5 %	6,0 %	9,6 %
Länets vårdkonsumtion			
Vårdtid i dagar	27 713	28 787	3,9 %
Antal vårdtillfällen	3 044	2 865	-5,9 %
Antal läkarbesök	23 578	21 219	-10,0 %
Antal besök annan personalkategori	75 900	76 808	1,2 %

Inom den specialiserade psykiatriska vården minska antal läkarbesök. Det gäller samtliga kliniker förutom på Höglandssjukhuset i Eksjö som ökar något. Däremot har andelen distansbesök ökat och ligger nu strax under 10 procent för samtliga besök.

I jämförelse med 2025 har antalet vårdtillfällen minskat men patienterna ligger kvar längre och medelvårdtiden har därför ökat med drygt 8 procent.

Lärande och förnyelse

Strategiska mål: Bäst på att förbättra och förnya

Framgångsfaktorer: Förbättringskunskap

Uppdrag	Analys
Kortare ledtider från kontakt till utförd vårdåtgärd.	Informationsdriven verksamhetsutveckling är etablerad och fördjupas brett. Diver-portalen används dagligen i akutflödesarbetet och Astrada i kapacitets- och produktionsstyrning, med flera välutvecklade dashboards. Medicinsk vård har genomfört en gapanalys för Astrada, Dashboard akuten, Cosmic Insight, ”Min verksamhet för Medicinsk vård” i Diver samt Heroma, där gemensamma behov av standardisering, utbildning, forum, ansvarsfördelning och mötesstruktur identifierats och ett samarbete mellan verksamhetsområden har inletts. Kirurgisk vård deltar i regionala initiativ kring AI-kompetensgrupp, visualiseringsstöd för akutprocessen och beslutsunderlag för datalager och kompetenser, samt använder dashboard och Cosmic Insight för realtidsuppföljning. Vårdcentralerna Bra Liv har lanserat nya dashboards för samverkan med kommuner och för daglig styrning, nu på prov vid sex vårdcentraler.

Framgångsfaktorer: Professionell kunskap

Uppdrag	Analys
Arbeta aktivt med kompetensutveckling, samt erbjuda utbildnings- och forskningsmöjligheter.	Ett avtal om samverkan inom Sydöstra sjukvårdsregionen om läkarutbildning och forskning (RALF) finns sedan juni 2025. I detta avtal regleras hur stöd till universitetssjukvård kan se ut. Det fortsatta arbetet får fokusera hur regionen praktiskt skall stödja våra USV-enheter.
Utredning av konsekvenserna vid övergången från AT till BT tjänstgöring.	Arbetet med övergången från AT till BT pågår. De första studenterna som går BT kommer att komma från årsskiftet. Arbete pågår med att utveckla BT-modellen så att utbildningstjänster inom primärvården blir mer attraktiva och lättare att inrätta.

Framgångsfaktorer: Forskning

Uppdrag	Analys
Identifiera, kartlägga, samordna och stödja strategiska forskningsområden och kunskapsunderlag i arbetet med nära vård.	Det pågår ett antal forskningsprojekt inom området. Futurum stödjer dessa på olika sätt.

Ekonomi

Strategiska mål: God och hållbar hushållning

Framgångsfaktorer: Kostnadseffektiv verksamhet

Uppdrag	Analys
Följa omställningen och förstärkningen av den nära vården.	Omställningen följs och analyseras löpande som en del av ett pågående arbete. FS-nämnden får regelbundet en presentation med fokus på omställningen och förstärkningen av den nära vården. Presentationen har bland annat fokus på resursförstärkningen inom primärvården, utvecklingen av antalet medarbetare inom Bra Liv, tillgänglighet och kontakter i primärvården, utvecklingen av överenskommelser vid kronisk sjukdom samt befolkningens uppfattning om vården. En fortsatt utmaning är att identifiera ändamålsenliga mått som på ett heltäckande sätt fångar begreppet nära vård.
Se över att resurserna har en jämlik fördelning utifrån länsinvånarnas behov av vård.	Region Jönköpings län använder sedan flera år kostnad per patient (KPP) för att jämföra produktivitet mellan regioner. Många kliniker arbetar också med kapacitet- och produktionsstyrning (KPS). Genom att väga samman produktivitet och behov av produktion för att nå tillgänglighetsmålen kan en ekonomisk styrmodell användas för att styra mot önskade resultat och vid behov omfördela resurser mellan kliniker och verksamhetsområden. En nyttoanalys har tagits fram. Nyttoanalysen syftar till att vara ett stöd i arbetet med att värdera ett investerings-, utvecklings- eller förbättringsinitiativs nyttor och den insats som krävs för att nå nyttorna.

Mätetal	Målvärde	Resultat	Analys
Ekonomi i balans	0 tkr	-35 544 tkr	Nämnden för folkhälsa och sjukvård redovisar efter augusti ett underskott på -35,5 miljoner kronor, vilket motsvarar en avvikelse på -0,4 procent i förhållande till budget för perioden. Det är 11,2 miljoner kronor bättre än i juli.
Prognos	0 tkr	-22 400 tkr	Nämnden för folkhälsa och sjukvårds prognos för helår 2026 är ett minusresultat på 22 miljoner kronor. Det är 167 miljoner kronor bättre än utfallet 2025, då resultatet var -189 miljoner kronor. Folktandvården och centrala områden prognosticerar överskott, Vårdcentralerna Bra Liv prognosticerar +/-0, och övriga områden ett underskott.

Avvikelse mot budget i miljoner kronor

Verksamhetsområde	Utfall	Budget	Avvikelse
Vårdcentralerna Bra Liv	37,0	29,9	7,1
Folktandvården	-67,2	-86,4	19,2
Medicinsk vård	-2 135,1	-2 129,5	-5,6

Verksamhetsområde	Utfall	Budget	Avvikelse
Kirurgisk vård	-2 316,9	-2 211,5	-105,3
Psykiatri rehab o diagnostik	-1 004,9	-991,2	-13,7
Summa verksamhetsområde inkl privata	**-5 487,1**	**-5 388,8**	**-98,4**
Privata vårdgivare	-25,7	-40,3	14,6
Regionövergripande FS	-2 581,8	-2 630,0	48,2
Summa FS centralt	-2 607,5	-2 670,3	62,8
Totalt	**-8 094,6**	**-8 059,1**	**-35,5**

Nämnden för folkhälsa och sjukvård redovisar efter augusti ett underskott på -35,5 miljoner kronor, vilket motsvarar en avvikelse på -0,4 procent i förhållande till budget för perioden. Det är 11,2 miljoner kronor bättre än i juli.

Bra Liv har en positiv avvikelse mot budget på 7,1 miljoner kronor. Bra Livs intäkter har ökat med 3,0 procent jämfört med motsvarande period föregående år och kostnaderna har ackumulerat ökat med 2,2 procent. Ackumulerat nettoutfall uppgår till +36,9 miljoner kronor, vilket är 10,9 miljoner kronor bättre än 2025. Vissa vårdcentraler har fortsatt hyrläkarbehov. Det totala underskottet avseende läkarbemanning uppgår till -23,4 miljoner kronor. Lab- och röntgenkostnader har ökat med 5procent respektive 11 procent jämfört med föregående år. Läkemedelskostnaderna är till och med augusti 7 procent lägre än 2025, men en stor del av detta beror på ändrade nivåer inom högkostnadsskyddet för läkemedel samt en patentutgång för ett DOAK-läkemedel.

Folktandvården redovisar ett positivt resultat på 19,2 miljoner kronor per aug vilket är bättre än prognosen inför året. Jämfört med föregående år är resultatet 18,6 miljoner kronor bättre. Den korta förklaringen till det goda resultatet är att Folktandvården med 25 färre faktiska årsarbetare ändå ökat intäkter jämfört med motsvarande period föregående år. Allmäntandvårdens ackumulerade resultat uppgår till plus 10,7 miljoner kronor och specialisttandvården plus 8,5 miljoner kronor.

Inför 2025 sänktes åldern för avgiftsfri tandvård vilket bidrar till att Folktandvården numer har högre andel vuxna patienter vilket bidrar positivt till resultatet. Inför 2026 infördes tandvårdsreformen Särskild tandvårdsersättning (tiotandvård) vilket bidrar till att fler äldre vill genomföra mer behandling per besök då behandlingen genom reformen är subventionerad för patienten.

Medicinsk vård redovisar ett budgetunderskott till och med augusti om 5,6 miljoner kronor. Budgetunderskottet i perioden augusti om 4,1 miljoner kronor. I huvudsak är det högre lönekostnader än förväntat och högre kostnader för receptläkemedel än budgeterat som bidrar till budgetunderskottet i perioden augusti.

Huvudsakliga avvikelser (ackumulerat) :

- Lönekostnaden har ökat (i fast pris) med 2,2 miljoner kronor (0,2%) jämfört med föregående år motsvarande period.
- Kostnaden avseende hyrbemanning (läkare) uppgick till 4,3 miljoner kronor. Kostnaden har ökat med 2 miljoner kronor jämfört med föregående år motsvarande period.
- Kostnaden (i fast pris) avseende laboratorieprover har minskat med 5,9 miljoner kronor (5 procent) jämfört med föregående år motsvarande period.
- Kostnaden (i fast pris) avseende röntgenundersökningar har ökat med 8,6 miljoner kronor (8 procent) jämfört med motsvarande period föregående år.
- Budgetöverskott läkemedel 135 tkr. Budgetunderskott i perioden augusti om 4,7 miljoner kronor.

Kirurgisk vård har efter augusti en negativ budgetavvikelse på cirka 105 miljoner kronor. De största budgetavvikelserna finns inom Kirurgkliniken (67 mnkr), Op-IVA klinikerna samt Onkologen. Det förhållandevis stor underskottet inom Kirurgkliniken beror delvis på att det "lån" som tidigare funnits från kirurgisk vård centralt nu är återställt (50 mnkr på helår). Onkologkliniken har en negativ budgetavvikelse delvis beroende av ökade personalkostnader till följd av nya läkemedelsbehandlingar. Läkemedel kompenseras enligt rutin men inte tillkommande personalkostnader. Det behövs en modell

som tar hänsyn till dessa kostnader. Ett förslag till modell är framtaget inom verksamhetsområdet.

Kostnadsutvecklingen för personal har bromsat in men ligger högre än vad uppräkningen för löner är 2026. Kostnader för hyrbemanning fortsätter att minska något men största minskningen skedde mellan 2023 och 2024.

Handlingsplaner för ekonomi i balans finns för såväl Kirurgisk vård totalt som för kliniker med ekonomisk obalans. Planen syftar till att minska kostnader för personal och övertid, lab och röntgen, material, läkemedel samt för köp av bemanningsföretag. Verksamhetsområdet arbetar även för att maximera intäkter för tillgänglighet och minska kostnader för köpt vård inom vårdgaranti. Fortsatt fokus är att via arbete med kloka (kliniska) val identifiera och eliminera kvalitetsbristkostnader och därmed minska kostnader. Exempelvis jobbar onkologkliniken med skörhetsbedömningar som förväntas minska kostnader för läkemedel och diagnostik. Extra fokus ligger på att minska personalkostnader bland annat genom införande av årsarbetartak relaterat till budgetutrymme. Exempel på insatser som pågår är att identifiera och ta bort uppgifter som skapar lågt värde.

Psykiatri, rehab och diagnostik har en betydande resultatförbättring från förra årets budgetavvikelse vid samma tid som var -79 miljoner kronor till nuvarande budgetavvikelse med -13,7 miljoner kronor. Flera enheter har negativa budgetavvikelser, främst kopplat till höga kostnader för hyrpersonal, höga kostnader för köpt vård, material och externa tjänster samt lägre intäkter än budget. Detta gäller exempelvis Habiliteringen, Psykiatriska kliniken i Värnamo och Laboratoriemedicin. Samtidigt redovisar flera verksamheter positiva resultat, däribland psykiatriska klinikerna i Jönköping och Eksjö, Barn och ungdomspsykiatrin, Klinisk fysiologi, rehabiliteringscentrum och rehabiliteringsmedicin samt röntgenkliniken. Förbättrade resultat förklaras bland annat av lägre personalkostnader, minskat beroende av hyrpersonal, ökade intäkter samt tillgänglighetsmedel.

Övergripande är bemanning, tillgänglighet och kostnadskontroll fortsatt centrala faktorer. Flera verksamheter arbetar aktivt med rekrytering, kompetensförsörjning och åtgärdsplaner för att nå ekonomisk balans, men osäkerheter kvarstår kring intäktsutveckling, externa kostnader och framtida resursbehov.

FS centralt har ett resultat till och med augusti på +48 miljoner kronor.

Köpt vård har ett budgetunderskott på -89 mnkr. Underskottet är i lägre än förra året, men då tyngdes även resultatet att en periodiseringseffekt. Överlag beror underskottet på att den köpta högspecialiserade vården konstant har en högre kostnadsutveckling än index. Mönstret är samma som det varit under lång tid.

Resultatet för tandvård centralt är -7 miljoner kronor. Underskottstäckningsklinikerna har en avvikelse på -1,9 miljoner kronor, men merparten av avvikelsen kommer från att intäkterna för moms från Folktandvården är -5 miljoner kronor. Anledningen till detta är att Folktandvården inte har gjort några större inköp under året jämfört med tidigare år.

De negativa avvikelserna vägs upp av ett överskott för vårdval primärvård, politiskt beslutade budgetsatsningar som ännu inte har adresserats till slutanvändaren, samt intäkter från statsbidrag. 22 miljoner kronor beror också på högre intäkter från läkemedelsrabatter än budgeterat.

Bokslut och prognos, budgetavvikelse i miljoner kronor

Verksamhetsområde	Bokslut 2024	Bokslut 2025	Prognos 2026 T2
Vårdcentralerna Bra Liv	-28,3	9,6	0,0
Folktandvården	4,4	6,8	25,0
Medicinsk vård	6,4	-2,4	-25,0
Kirurgisk vård	-105,7	-85,2	-140,0
Psykiatri rehab o diagnostik	-181,1	-102,7	-22,0
Summa verksamhetsområde inkl privata	**-304,3**	**-173,9**	**-162,0**
Privata vårdgivare	-4,8	10,2	22,0

Verksamhetsområde	Bokslut 2024	Bokslut 2025	Prognos 2026 T2
Regionövergripande FS	84,5	-25,5	117,6
Summa centralt	79,7	-15,3	139,6
Totalt FS nämnd	**-224,5**	**-189,2**	**-22,4**

Nämnden för folkhälsa och sjukvårds prognos för helår 2026 är ett minusresultat på 22 miljoner kronor. Det är 167 miljoner kronor bättre än utfallet 2025, då resultatet var -189 miljoner kronor. Folktandvården och centrala områden prognosticerar överskott, Vårdcentralerna Bra Liv prognosticerar +/-0, och övriga områden ett underskott.

Bra Liv prognostiserar en budget helt i balans för helår 2026. Finns flera avvikelser både på kostnads- och intäktssidan.

På grund av fortsatt behov av hyrläkare är prognosen för personalkostnader inkl hyrläkare - 35 miljoner kronor. I prognosen uppgår kostnaderna för hyrläkare till ca 59 miljoner kronor. Cirka 10 miljoner kronor av underskottet avser merkostnader till följd av det särskilda uppdraget att på ett antal vårdcentraler minska antal listade invånare per heltidsanställd läkare från 1 500 st till 1 100 st.

Sammanfattningsvis prognosticeras även bl.a. följande avvikelser på helår: +8 miljoner kronor netto läkemedel (orsaken till detta är bl.a. lägre kostnader för DOAK läkemedel), - 5 miljoner kronor röntgen, +14 miljoner kronor bidrag tillgänglighet, +4 miljoner kronor extra utbetalning från vårdval och +13 miljoner kronor övrigt (inkl resultatkrav på vårdcentralerna).

Folktandvården prognostiserar ett resultat på +25 miljoner kronor, och därmed en ekonomi i balans. Både allmän- och specialisttanvård förväntas avsluta året med ett positivt resultat.

Trots att Folktandvården har en ekonomi i balans finns uteblivna, planerade ombyggnationer och fastighetsrenoveringar som bidrar positivt till resultatet på kort sikt. Därmed finns en underhålls- och ombyggnationsskuld som framöver kommer leda till ökade kostnader vad gäller såväl hyra som ombyggnationskostnad. Folktandvården satsar också mer resurser på utveckling av IT och journalsystem för att digitalisera tandvården, och ska kommande år starta utbildning för att ställa om bland annat förskolepersonal till tandsköterskor vilket sammantaget snabbt kan komma upp i en årlig kostnad om 10 miljoner kronor som inte återfinns i 2026 års kostnadsnivå.

Medicinsk vård prognostiserar ett budgetunderskott på 25 miljoner kronor för helåret 2026. Till och med andra tertialet hade verksamhetsområdet ett budgetunderskott om 5,6 miljoner kronor. En stor del av budgetunderskottet utgörs av högre lönekostnader än budgeterat samt budgetunderskott avseende läkemedel. I prognosen förväntas nettokostnaden utvecklas på motsvarande sätt som andra tertialet 2026. Verksamhetsområdet kommer under hösten att intensifiera aktiviteterna i handlingsplanen för att minska kostnaderna och då främst lönekostnaderna.

Kirurgisk vård prognostiserar en negativ budgetavvikelse med 140 miljoner kronor för 2026. Det är en avvikelse på -4 procent. Till och med augusti har verksamhetsområdet en negativ budgetavvikelse på 105 miljoner kronor. Prognosen bygger i princip på att kostnader och intäkter fördelar sig över årets månader som de gjorde 2025. Undantag är främst internt fördelade statsbidrag där eventuell ersättning för ökade volymer för höft, knä mm ej är beaktade i prognosen.

Det finns en tydlig handlingsplan för ekonomi i balans men den har inte gett avsedd effekt. Handlingsplanen har troligen minskat en än högre kostnadsutveckling men det finns samtidigt saker som driver på kostnaderna. En allmänt hög kostnadsnivå/inflation, även om inflationstakten har återgått till det mer normala, så är kostnadsnivån betydligt högre idag än för några år sedan. Vissa verksamheter har också ökade materialkostnader till följd av ökade operationsvolymer, t.ex. inom ortopedi.

För ekonomi i balans krävs ytterligare åtgärder. Regionens långtidsplan visar på en fortsatt minskning av såväl vårdtillfällen som vårdplatser. Det borde för Kirurgisk vård innebära en möjlig minskning av vårdplatser. Det bör vara ett långsiktigt arbete (10 år?) och det kräver en tydlig plan för att säkerställa patientsäkerhet/beläggning, arbetsmiljö, ekonomiska effekter med mera. Samtidigt krävs mer strategisk dialog på regional nivå. Det är viktigt att minska de resurser som är kopplade till

vårdplatserna för att hämta hem de ekonomiska effekterna. Oftast ger inte en minskning med någon plats här och där några ekonomiska effekter utan det behövs minskningar där hela vårdlag berörs.

Psykiatri, rehabilitering och diagnostik redovisar en prognos med underskott mot budget på 22 miljoner kronor för helåret 2026.

Laboratoriemedicin har den enskilt största budgetavvikelsen inom området med en prognos på -46 miljoner kronor. Verksamheten är mycket belastade av omfattande arbete med införande av automation och förändringar i lokaler kopplat till det. Dessutom pågår förflyttning av ansvar för laboratorieverksamheten till Bra liv vilket kommer att påverka antalet övertaliga årsarbetare och därmed följande risk för ett tillfälligt sämre resultat.

Röntgenkliniken bedömer ett överskott på cirka 10,5 miljoner kronor, där ökade intäkter och svårigheter att bemanna är viktiga faktorer.

Habiliteringscentrum prognostiserar ett underskott på cirka 4 miljoner kronor, främst kopplat till ökande personalkostnader och köp av externa utredningar.

Flera verksamheter redovisar positiva prognoser. Psykiatriska klinikerna i Jönköping och Eksjö beräknar överskott. Bidragande orsaker till överskottet är stabil produktion och förväntad tilldelning av tillgänglighetsmedel. Även Klinisk fysiologi och Rehabiliteringsmedicinska kliniken prognostiserar positiva resultat, delvis beroende på ökade intäkter, tillgänglighetsmedel och ännu ej fullt utnyttjade resurser.

Tillgängligheten är fortsatt en utmaning inom flera verksamheter, med ökade remissvolymer och påverkan från sjukfrånvaro. Samtidigt pågår rekryteringar som förväntas förbättra både produktion och tillgänglighet på sikt. Kostnader för neuropsykiatriska utredningar beställda av BUP belastar verksamhetsområdets ekonomi samtidigt som inga nya budgetmedel alltså har tillförts. Ett utfall på ca -20 miljoner kronor är prognosticerat vad köpta utredningar.

Årsprognosen för **Regionövergripande FS** och **Privata vårdgivare** är +118 miljoner kronor för 2026. Orsakerna är främst följande poster:

- Riktade statsbidrag, 40 mnkr
- Reserverade budgetmedel för läkemedel som ej fördelats ut ännu på 82 miljoner kronor
- Reserverade budgetmedel som ej disponerats ännu på 96 miljoner kronor
- Vårdval primärvård beräknas få ett överskott på 12 miljoner kronor
- Såld vård prognosticeras ge ett positivt resultat på 20 miljoner kronor
- Återbäringsavtal för läkemedel prognosticeras ge ett överskott på 22 miljoner kronor
- Köpt vård prognostiseras ett underskott på -155 miljoner kronor
- Tandvård centralt samt asyl beräknas ha ett underskott på -13 miljoner kronor respektive -18 miljoner kronor.

På samma sätt som tidigare prognosticeras köpt vård, till allra största del högspecialiserad vård, ha ett stort underskott när året är slut. Prognosen har dock förbättrats med 45 miljoner kronor jämfört med i april, från -200 miljoner kronor till -155 miljoner kronor.

Prognosen för läkemedelsbudgeten på 82 miljoner kronor bidrar starkt till den positiva prognosen. Där kommer eventuellt delar av den att under hösten fördelas ut till verksamheter med underskott i läkemedelsbudgeten, men som förhåller sig väl till rikets kostnadsnivå. Verksamhetsområdena har med detta som en negativ post i sina prognoser vid tertialet, eftersom omdisponeringen inte är beslutad ännu.

Utökningar 2026

Förändring jämfört med budget 2025, totalt

Miljoner kronor	2026	Kommentar/hänvisning till uppdrag
Primärvård	-40	Utfördelad. Ingår i ramen för vårdval primärvård.
TBE-vaccin barn	7	Enligt beslut från tidigare budget med tanke på tillfälligt ökade kostnader.

Miljoner kronor	2026	Kommentar/hänvisning till uppdrag
Habilitering	-5	Utfördelad till verksamheten.
Vaccinationer	-10	Ej utfördelad.
Tillgänglighet 1177	-5	Ej utfördelad.
BUP/BUH	-5	Utfördelad till verksamheten.
Rehabiliteringscentrum och Öron-näsa-hals (audionom, logopeder, arbets terapeuter med flera)	-5	Utfördelad till verksamheten.
Medicinsk vård (spec palliativ vård, reumatologen, barnobesitas)	-7	Utfördelad till verksamheten.

§ 109

Remiss: Ett första steg i genomförandet av en nationell digital infrastruktur på hälsodataområdet

Diarienummer: RJL 2026/2570

Beslut

Presidiet

- lämnar ärendet till nämnden för behandling utan eget förslag till beslut.

Sammanfattning

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig avseende promemorian Ett första steg i genomförandet av en nationell digital infrastruktur på hälsodataområdet.

Förvaltningen är positiv till målsättningen att skapa bättre förutsättningar för nationellt informationsutbyte och vårdförmedling. En nationell digital infrastruktur som förbättrar tillgången till relevant patientinformation och gör det lättare att hitta vård i hela landet, kan stärka patientsäkerheten, minska patientens ansvar för att själv förmedla sin vårdhistorik och bidra till ett mer effektivt nyttjande av vårdens samlade resurser. Förvaltningen bedömer däremot att underlaget inte i alla delar är tillräckligt för att bedöma behovet av och konsekvenserna av de föreslagna nya nationella registren och uppgiftsskyldigheterna.

Förvaltningen bedömer samtidigt att flera centrala förutsättningar behöver tydliggöras innan förslagen kan genomföras fullt ut. Det gäller särskilt ansvar för informationsförsörjning, återanvändning av befintlig nationell infrastruktur, hantering av journalinformation mellan vårdgivare, uppgifter om vårdutbud och kapacitet, integritet och spärrar, möjligheterna att följa upp åtkomst samt de ekonomiska och administrativa konsekvenserna.

I utredningen konstateras att uppskattningar av kostnader, besparingar och nyttor är förenade med stor osäkerhet eftersom huvudmän och vårdgivare ännu inte känner till de slutliga förutsättningarna. Det anges också att kostnaderna kan bli betydande och ojämnt fördelade mellan aktörerna.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse: Remiss – Ett första steg i genomförandet av en nationell digital infrastruktur på hälsodataområdet

- Yttrande: Remiss – Ett första steg i genomförandet av en nationell digital infrastruktur på hälsodataområdet (S2026/01360)
- Missiv: Remiss – Ett första steg i genomförandet av en nationell digital infrastruktur på hälsodataområdet
- Remiss: Ett första steg i genomförandet av en nationell digital infrastruktur på hälsodataområdet

Beslutet skickas till
Nämnden för folkhälsa och sjukvård

Regionledningskontoret

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Ett första steg i genomförandet av en nationell digital infrastruktur på hälsodataområdet

Förslag till beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- godkänner yttrandet som svar till Socialdepartementet.

Sammanfattning

Förvaltningen är positiv till målsättningen att skapa bättre förutsättningar för nationellt informationsutbyte och vårdförmedling. En nationell digital infrastruktur som förbättrar tillgången till relevant patientinformation och gör det lättare att hitta vård i hela landet, kan stärka patientsäkerheten, minska patientens ansvar för att själv förmedla sin vårdhistorik och bidra till ett mer effektivt nyttjande av vårdens samlade resurser. Förvaltningen bedömer däremot att underlaget inte i alla delar är tillräckligt för att bedöma behovet av och konsekvenserna av de föreslagna nya nationella registren och uppgiftsskyldigheterna.

Förvaltningen bedömer samtidigt att flera centrala förutsättningar behöver tydliggöras innan förslagen kan genomföras fullt ut. Det gäller särskilt ansvar för informationsförsörjning, återanvändning av befintlig nationell infrastruktur, hantering av journalinformation mellan vårdgivare, uppgifter om vårdutbud och kapacitet, integritet och spärrar, möjligheterna att följa upp åtkomst samt de ekonomiska och administrativa konsekvenserna.

I utredningen konstateras att uppskattningar av kostnader, besparingar och nyttor är förenade med stor osäkerhet eftersom huvudmän och vårdgivare ännu inte känner till de slutliga förutsättningarna. Det anges också att kostnaderna kan bli betydande och ojämnt fördelade mellan aktörerna.

Ärendebeskrivning

Förslagen i promemorian utgör ett första steg i genomförandet av en nationell digital infrastruktur på hälsodataområdet och ger rättsliga förutsättningar för att vårdgivare enklare ska kunna söka efter ledig kapacitet i syfte att underlätta nationell vårdförmedling. Promemorian lägger en nödvändig grund för det fortsatta lagstiftningsarbetet, men innebär inte en fullständig reglering av de frågor som aktualiseras i fråga om en nationell digital infrastruktur.

I promemorian lämnas förslag på tre nya lagar.

- Lagen om grundregister över vårdgivare - förslaget är ett register ska föras för att tillhandahålla samlad, kvalitetssäkrad och enhetligt strukturerad information om vårdgivare.
- Lagen om ett nationellt register över patienters vårdgivare - där information ges som behövs för att lokalisera patienters vårdgivare. Lagen syftar till att underlätta för informationsutbytet av hälsodata mellan vårdgivare i hela vårdkedjan.
- Lagen om en nationell vårdsökstjänst – ska stärka vårdgivares möjlighet att erbjuda vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård

I promemorian föreslås även ändringar i

- Lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation (2022:913) som innebär att det inte längre ska krävas att patienten samtycker till att en vårdgivare får behandla uppgifter som en annan vårdgivare har gjort tillgänglig. I stället lämnas förslag om att sådan behandling får göras om inte patienten motsatt sig det.
- Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

De nya lagarna och lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2027.

Förvaltningen är positiv till målsättningen att skapa bättre förutsättningar för nationellt informationsutbyte och vårdförmedling. En nationell digital infrastruktur som förbättrar tillgången till relevant patientinformation och gör det lättare att hitta vård i hela landet, kan stärka patientsäkerheten, minska patientens ansvar för att själv förmedla sin vårdhistorik och bidra till ett mer effektivt nyttjande av vårdens samlade resurser. Förvaltningen bedömer däremot att underlaget inte i alla delar är tillräckligt för att bedöma behovet av och konsekvenserna av de föreslagna nya nationella registren och uppgiftsskyldigheterna.

Förvaltningen bedömer samtidigt att flera centrala förutsättningar behöver tydliggöras innan förslagen kan genomföras fullt ut. Det gäller särskilt ansvar för informationsförsörjning, återanvändning av befintlig nationell infrastruktur, hantering av journalinformation mellan vårdgivare, uppgifter om vårdutbud och kapacitet, integritet och spärrar, möjligheterna att följa upp åtkomst samt de ekonomiska och administrativa konsekvenserna.

Ett starkt integritetsskydd förutsätter inte bara ändamålsenlig behörighetsstyrning utan även att vårdgivare har praktiska möjligheter att följa upp hur den egna personalen använder den nationella infrastrukturen. Nödvändiga logguppgifter bör därför kunna tillhandahållas vårdgivarna på ett standardiserat och säkert sätt för kontroll i befintliga systemstöd.

Förvaltningen delar inte promemorians bedömning att det saknas behov av övergångsbestämmelser.

Promemorian föreslår att lagarna träder i kraft den 1 juli 2027 och bedömer att några övergångsbestämmelser inte behövs. Samtidigt konstaterar promemorian själv att det behövs särskilda informationsinsatser och att de närmare tekniska och organisatoriska förutsättningarna ännu inte är fullt definierade.

För Region Jönköpings län kan förslagen innebära behov av nya integrationer, anpassningar av verksamhetssystem, nya krav på leverantörer, förändrade avtalsrutiner, nya processer för informationsförvaltning, anpassning av logg- och åtkomstkontrollsystem samt utbildning av personal. När de konkreta myndighetsföreskrifterna och tekniska kraven ännu inte är kända är det svårt att säkerställa att samtliga vårdgivare kan uppfylla kraven från ett gemensamt datum.

Förvaltningen anser därför att behovet av en stegvis implementering och lämpliga övergångsbestämmelser bör analyseras på nytt.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse: Remiss – Ett första steg i genomförandet av en nationell digital infrastruktur på hälsodataområdet
- Yttrande: Remiss – Ett första steg i genomförandet av en nationell digital infrastruktur på hälsodataområdet (S2026/01360)
- Missiv: Remiss – Ett första steg i genomförandet av en nationell digital infrastruktur på hälsodataområdet
- Remiss: Ett första steg i genomförandet av en nationell digital infrastruktur på hälsodataområdet

Beslutet skickas till

Socialdepartementet
Regionledningskontoret – Folkhälsa och sjukvård

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anette Peterson
Bitr. hälso- och sjukvårdsdirektör

Socialdepartementet

Remiss – Ett första steg i genomförandet av en nationell digital infrastruktur på hälsodataområdet

Sammanfattning

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över promemorian – Ett första steg i genomförandet av en nationell digital infrastruktur på hälsodataområdet (S2026/01360).

Region Jönköpings län är positiv till målsättningen att skapa bättre förutsättningar för nationellt informationsutbyte och vårdförmedling. En nationell digital infrastruktur som förbättrar tillgången till relevant patientinformation och gör det lättare att hitta vård i hela landet, kan stärka patientsäkerheten, minska patientens ansvar för att själv förmedla sin vårdhistorik och bidra till ett mer effektivt nyttjande av vårdens samlade resurser. Region Jönköpings län bedömer däremot att underlaget inte i alla delar är tillräckligt för att bedöma behovet av och konsekvenserna av de föreslagna nya nationella registren och uppgiftsskyldigheterna.

Region Jönköpings län bedömer samtidigt att flera centrala förutsättningar behöver tydliggöras innan förslagen kan genomföras fullt ut. Det gäller särskilt ansvar för informationsförsörjning, återanvändning av befintlig nationell infrastruktur, hantering av journalinformation mellan vårdgivare, uppgifter om vårdutbud och kapacitet, integritet och spärrar, möjligheterna att följa upp åtkomst samt de ekonomiska och administrativa konsekvenserna.

I utredningen konstateras att uppskattningar av kostnader, besparingar och nyttor är förenade med stor osäkerhet eftersom huvudmän och vårdgivare ännu inte känner till de slutliga förutsättningarna. Det anges också att kostnaderna kan bli betydande och ojämnt fördelade mellan aktörerna.

Synpunkter på förslaget

Region Jönköpings län är positiv till målsättningen att skapa bättre förutsättningar för nationellt informationsutbyte och vårdförmedling. En nationell digital infrastruktur som förbättrar tillgången till relevant patientinformation och gör det

Regionledningskontoret
Box 1024
551 11 Jönköping

Telefon: 010-241 00 00
E-post: regionen@rjl.se
Hemsida: www.rjl.se

Organisationsuppgifter
Bankgiro: 5216-2849
Orgnr: 232100-0057

lättare att hitta vård i hela landet, kan stärka patientsäkerheten, minska patientens ansvar för att själv förmedla sin vårdhistorik och bidra till ett mer effektivt nyttjande av vårdens samlade resurser. Region Jönköpings län bedömer däremot att underlaget inte i alla delar är tillräckligt för att bedöma behovet av och konsekvenserna av de föreslagna nya nationella registren och uppgiftsskyldigheterna.

Region Jönköpings län bedömer samtidigt att flera centrala förutsättningar behöver tydliggöras innan förslagen kan genomföras fullt ut. Det gäller särskilt ansvar för informationsförsörjning, återanvändning av befintlig nationell infrastruktur, hantering av journalinformation mellan vårdgivare, uppgifter om vårdutbud och kapacitet, integritet och spärrar, möjligheterna att följa upp åtkomst samt de ekonomiska och administrativa konsekvenserna.

Ett starkt integritetsskydd förutsätter inte bara ändamålsenlig behörighetsstyrning utan även att vårdgivare har praktiska möjligheter att följa upp hur den egna personalen använder den nationella infrastrukturen. Nödvändiga logguppgifter bör därför kunna tillhandahållas vårdgivarna på ett standardiserat och säkert sätt för kontroll i befintliga systemstöd.

Region Jönköpings län anser särskilt att:

- Befintliga nationella informationskällor och integrationer ska återanvändas så långt som möjligt och samma information inte ska behöva förvaltas parallellt i flera register
- Informationsutbyte mellan vårdgivare i första hand bör bygga på att information görs tillgänglig från den källa där den förvaltas, snarare än att journaluppgifter rutinmässigt skickas mellan vårdgivare
- Innehåll och detaljeringsgrad i den nationella vårdsökstjänsten behöver preciseras innan de ekonomiska och organisatoriska konsekvenserna kan bedömas
- Ansvar för information bör följa rådighet över informationen
- Integritetsfrågorna kring registret över patienters vårdgivare behöver analyseras ytterligare, särskilt när själva uppgiften om en vårdkontakt kan vara känslig
- Vårdgivare måste få tillgång till tillräckliga och standardiserade logguppgifter för att kunna kontrollera den egna personalens åtkomst
- Konsekvenserna av den förändrade regleringen av samtycke och spärr behöver tydliggöras, inte minst för barn och ungdomar
- Konsekvensanalysen för regioner och privata vårdgivare behöver fördjupas

- De huvudsakliga kraven på regioner och vårdgivare behöver vara tydliga när lagstiftningen beslutas och inte fastställas först genom senare myndighetsföreskrifter.
- Behovet av övergångsbestämmelser bör övervägas på nytt. Genomförandet bör ske stegvis och samordnat med befintliga och pågående nationella och regiongemensamma initiativ, så att den nya infrastrukturen inte skapar nya parallella informationsflöden och administrativa processer.

Kapitel 2.1 En nationell digital infrastruktur

Region Jönköpings län delar bedömningen att en mer sammanhållen nationell digital infrastruktur kan bidra till ökad kvalitet och patientsäkerhet och minska den administrativa bördan i vården.

Utvecklingen bör dock så långt som möjligt utgå från och återanvända redan etablerad infrastruktur, informationskällor och integrationer. Region Jönköpings län vill särskilt framhålla principen att en uppgift bör registreras och kvalitetssäkras en gång och därefter kunna återanvändas där den behövs.

I utredningen konstateras att Hälso- och sjukvårdens adressregister, HSA, redan används av samtliga regioner och kommuner samt ett stort antal privata vårdgivare och bland annat används för organisationsinformation och behörighetsstyrning. Samtidigt görs bedömningen att befintliga informationskällor, däribland HSA, i sin nuvarande form inte fullt ut uppfyller statens behov av strukturerad och standardiserad information. Region Jönköpings län anser därför att den fortsatta utvecklingen tydligt bör beskriva hur nya nationella register ska samspela med HSA och annan befintlig nationell infrastruktur. Målsättningen bör vara automatiserat informationsutbyte och återanvändning, inte nya parallella manuella registervårdsprocesser.

Region Jönköpings län anser också att det behöver klargöras hur den nationella infrastrukturen ska förhålla sig till HSA när det gäller organisationsinformation och behörighetsstyrning. Det bör framgå om och i vilken utsträckning befintliga uppgifter och strukturer i HSA ska återanvändas som grund för behörigheter och organisatoriska identiteter, samt hur den nationella organisationsstrukturen ska förhålla sig till den vårdgivarstruktur och det ansvar för åtkomst som följer av patientdatalagen. Om den nya infrastrukturen kräver förändringar i etablerade organisations- eller behörighetsstrukturer behöver omfattningen och konsekvenserna av sådana anpassningar beskrivas tydligt.

Om nya nationella strukturer införs parallellt med befintliga lösningar riskerar det att öka regionernas tekniska och administrativa belastning, eftersom samma information och integrationer behöver förvaltas i flera miljöer. Det kan också medföra undanträngningseffekter genom att resurser som annars skulle användas för verksamhetsutveckling och patientnära digitalisering behöver tas i anspråk för

anpassning, integration och löpande förvaltning av nya nationella lösningar. Sådana konsekvenser bör vägas in när den nationella infrastrukturen utformas. Samma princip bör gälla för de nationella tjänster och tekniska lösningar som redan används för informationsutbyte mellan vårdgivare, till exempel Nationell patientöversikt, NPÖ. Lösningar för de nya behoven kopplat till nationell digital infrastruktur bör utvecklas i samspel med dessa investeringar och inte skapa parallella informationsflöden eller onödigt dubbelarbete.

Kapitel 3 Grundregister över vårdgivare

Region Jönköpings län tillstyrker inriktningen att skapa tillgång till samlad, kvalitetssäkrad och strukturerad information om vårdgivare.

Region Jönköpings län anser att behovet av att inrätta ett helt nytt statligt grundregister bör motiveras tydligare. Innan en ny nationell registerstruktur etableras bör det visas varför befintliga register och informationsflöden, exempelvis Inspektionen för vård och omsorgs vårdgivarregister och HSA, inte kan vidareutvecklas för att tillgodose behovet. Införande av ytterligare ett system skulle innebära ökad administrativ belastning.

I utredningen föreslås att förändringar av exempelvis organisationsnummer, kontaktuppgifter och verksamhetsinriktning ska anmälas skyndsamt. Om denna rapportering inte kan ske genom befintliga informationsflöden riskerar grundregistret att skapa betydande löpande förvaltningsbörda. För Region Jönköpings län innebär detta inte bara en teknisk rapporteringsskyldighet utan även behov av interna processer för att fånga upp, kvalitetssäkra och vidareförmedla förändringar. Organisationsförändringar är återkommande inom Region Jönköpings län och verksamhetsutvecklingar kan medföra att en verksamhets inriktning förändras utan att den organisatoriska strukturen gör det. Om sådana förändringar ska rapporteras skyndsamt behöver ansvar, informationsägarskap och rutiner etableras i hela organisationen. Det innebär en ny löpande administrativ uppgift och en risk för parallell förvaltning om samma förändring samtidigt behöver registreras i regionens egna system, HSA och det nationella grundregistret. Region Jönköpings län efterfrågar därför en tydligare nationell målbild för vilken informationskälla som ska vara auktoritativ för olika uppgifter och hur synkronisering mellan befintliga och nya register ska ske. Det behöver också klargöras hur identiteter för organisatoriska enheter ska mappas mellan informationskällorna, så att samma enhet kan identifieras entydigt i olika system.

Det bör vidare tydliggöras vilken detaljeringsnivå av en organisatorisk förändring eller förändrad verksamhetsinriktning som utlöser anmälningsskyldigheten. Vid delning, sammanslagning eller avveckling av organisatoriska enheter behöver det finnas en nationellt enhetlig hantering av identiteter och historik, så att kopplingar till exempelvis behörigheter, vårdinformation och digitala tjänster inte går förlorade eller blir felaktiga.

Om dessa frågor inte löses finns risk för dubbelregistrering och divergerande organisationsstrukturer mellan olika informationskällor. Det kan i sin tur ge följdfel i journalsystem, 1177 och andra tjänster som är beroende av korrekta organisationsuppgifter. Uppgiftsskyldigheten bör därför så långt som möjligt kunna fullgöras genom automatiserad återanvändning av kvalitetssäkrade uppgifter i stället för genom parallell manuell förvaltning.

Kapitel 4 Nationellt register över patienters vårdgivare

Region Jönköpings län ser en patientsäkerhetsnytta med att en vårdgivare kan identifiera var relevant information om en patient finns, men identifierar flera brister och möjliga risker med förslaget som det nu är utformat. Registret kan minska beroendet av att patienten själv känner till och kan redogöra för samtliga tidigare vårdkontakter. Region Jönköpings län anser därför att förslaget behöver utvecklas på flera områden.

Tillgång till information bör inte innebära onödig kopiering

Promemorian beskriver att registret ska användas för att lokalisera andra vårdgivare så att ytterligare uppgifter därefter kan efterfrågas. Informationsutbytet anges exempelvis kunna ske genom sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Region Jönköpings län anser att det behöver tydliggöras vad detta innebär i praktiken. Regionernas etablerade modell för informationsdelning har under lång tid byggt på att journalinformation i första hand förvaltas hos den vårdgivare som dokumenterat informationen och görs tillgänglig för andra vårdgivare via NPÖ.

Om den nya infrastrukturen i stället medför att journaluppgifter i större omfattning ska beställas, överföras och lagras hos mottagande vårdgivare uppstår ökad belastning för journalföring och bevarande. Samma information kan då komma att finnas i flera versioner hos flera vårdgivare. Region Jönköpings län anser därför att målbilden i första hand bör vara att registret används för att lokalisera information, varefter relevant information kan göras tillgänglig från den källa där den förvaltas genom säker och behörighetsstyrd åtkomst.

Uppgiften om var patienten fått vård kan i sig vara känslig

Registret föreslås bland annat innehålla patientens identitet, vårdgivarens identitet, vilket elektroniskt journalsystem som innehåller patientens uppgifter samt vårdgivarens elektroniska kontaktuppgifter.

Region Jönköpings län vill framhålla att redan informationen om att en person förekommer hos en viss vårdgivare kan avslöja känsliga förhållanden. Kontakt med exempelvis vissa psykiatriska verksamheter, ungdomsmottagningar, abortmottagningar eller andra särskilt känsliga verksamheter kan i sig ge information om en persons hälsa eller livssituation.

I utredningen konstateras att uppgifter om att en patient är eller har varit registrerad hos en vårdgivare kan omfattas av sekretess eller tystnadsplikt.

Region Jönköpings län anser därför att regleringen tydligare behöver beskriva vilka möjligheter patienten ska ha att begränsa synligheten av sådana uppgifter och vilka särskilda skydd som ska gälla för särskilt känsliga vårdkontakter. Det behöver även klargöras om patienten ska kunna begränsa synligheten av själva uppgiften att patienten förekommer hos en viss vårdgivare. För särskilt känsliga vårdkontakter kan redan denna uppgift innebära ett betydande integritetsintrång, även om journalinnehållet är spärrat.

Omfattning och aktualitet innebär stora tekniska krav

För att registret ska fylla sin funktion måste det kontinuerligt tillföras aktuella uppgifter. Promemorian anger att uppgiftslämnandet bör ske genom regelbunden överföring och att vårdgivarna så snart som möjligt ska lämna de uppgifter som behövs.

Det behöver också tydliggöras vad som avses med regelbunden överföring i praktiken, exempelvis vilken överföringsfrekvens och vilka händelser som ska utlösa en uppdatering, vilka aktualitetskrav som ska gälla samt hur ansvaret för att uppgifterna är aktuella ska fördelas mellan vårdgivaren och registermyndigheten. Promemorians konsekvensanalys anger dessutom att flera miljoner patientuppgifter kommer att behöva registreras eller uppdateras årligen och att uppdateringen behöver ske i nära anslutning till vårdtillfällena. Det innebär omfattande integrations- och förvaltningskrav. Region Jönköpings län anser att lösningen måste bygga på automatiserad informationsöverföring. Manuell eller dubbel registrering är inte realistisk. De tekniska kraven behöver därför vara tillräckligt preciserade innan kostnader och införandetid kan bedömas.

Centrala krav bör framgå av lag eller förordning

Region Jönköpings län anser att skyldigheternas huvudsakliga omfattning måste kunna överblickas när lagstiftningen beslutas. Centrala frågor om vilka uppgifter som ska lämnas, informationsmängdernas omfattning, åtkomst, lagring, säkerhet samt grundläggande tekniska och organisatoriska krav behöver därför tydliggöras i lagförslag.

Om centrala delar i stället avgörs först genom senare myndighetsföreskrifter och tekniska specifikationer blir det svårt för regionerna och övriga vårdgivare att på förhand bedöma ansvar, kostnader, systemanpassningar och genomförbarhet. Detta försvårar också bedömningen av om föreslagen tidpunkt för ikraftträdande är realistisk. Region Jönköpings län anser därför att bemyndiganden och framtida föreskrifter bör avgränsas så att de huvudsakliga skyldigheterna är förutsägbara redan när lagstiftningen beslutas.

Kapitel 5 En nationell vårdsökstjänst

Region Jönköpings län tillstyrker ambitionen att ge vårdgivare bättre möjligheter att hitta vård i andra regioner. En nationell vårdsökstjänst kan bidra till kortare väntetider och ett bättre nyttjande av landets samlade vårdkapacitet. Förslaget behöver dock preciseras väsentligt när det gäller vilken information som ska finnas i tjänsten och vem som ansvarar för att den är korrekt.

Kapitel 5.3 Innehållet i vårdsöksregistret

Region Jönköpings län har i dag strukturerad information om vårdens organisation, bland annat genom HSA, men saknar en heltäckande strukturerad beskrivning av det faktiska vårdutbudet på den detaljnivå som vårdsökstjänstens användningsfall kan komma att kräva.

Promemorian beskriver att vårdsökstjänsten ska kunna användas för att söka efter vårdkapacitet utifrån ett specifikt vårdbehov och att registret bland annat ska innehålla information om medicinska områden och vilka vårdgivare som utför vården.

Det är en väsentlig skillnad mellan att beskriva att en verksamhet exempelvis bedriver ortopedi och att på ett strukturerat sätt beskriva exakt vilka behandlingar, patientgrupper och medicinska tillstånd verksamheten kan ta emot. För Region Jönköpings läns avtalade vård tillkommer ytterligare komplexitet. Avtal med privata vårdgivare innehåller ofta specifika villkor om patientgrupper, remisskrav, medicinska kriterier, volymer, ersättningsformer och avtalsperioder.

Om informationen förenklas för mycket finns risk att vårdsökstjänsten ger en missvisande bild av vilken vård som faktiskt kan erbjudas. Om samtliga avtalsvillkor i stället ska struktureras riskerar tjänsten att utvecklas till en mycket omfattande nationell avtalsdatabas med stora förvaltningskrav. Region Jönköpings län anser därför att detaljeringsgraden, den nationella informationsmodellen samt gemensamma kodverk och begreppsdefinitioner behöver vara fastställda innan uppgiftsskyldigheten träder i kraft. Det är en förutsättning för att vårdutbud ska kunna beskrivas enhetligt och jämförbart mellan regioner och vårdgivare.

5.5 Regionens skyldighet att lämna uppgifter

Region Jönköpings län anser att ansvar bör följa rådighet. Region Jönköpings län bör ansvara för de uppgifter som regionen faktiskt förfogar över, exempelvis avtalsrelation, avtalsperiod, avtalat vårdutbud och avtalsvillkor. Däremot bör den vårdgivare som faktiskt disponerar resurserna ansvara för uppgifter om aktuell organisation, kapacitet och tillgänglighet.

Kapacitet är en dynamisk uppgift. Den påverkas löpande av bland annat bokningar, bemanning, sjukfrånvaro, produktionsplanering och akuta patienter. Privata vårdgivare kan dessutom ha avtal med flera regioner samtidigt. För sådana vårdgivare krävs en nationellt enhetlig modell för ansvarsfördelning och informationsförsörjning, så att samma uppgifter inte behöver hanteras på olika sätt beroende på vilken region som är avtalspart. Region Jönköpings län anser därför att den fortsatta regleringen tydligt bör skilja mellan avtalat vårdutbud, faktiskt tillgänglig kapacitet och vård som faktiskt är möjlig att erbjuda den enskilda patienten.

Ledig kapacitet innebär inte automatiskt att vården är lämplig eller praktiskt tillgänglig för patienten. Kontinuitet, medicinska förutsättningar, behov av uppföljning, anhörigstöd och patientens möjlighet att resa kan påverka detta.

Betalnings- och kostnadsansvar

Det behöver tydliggöras att en träff i vårdsökstjänsten inte innebär att patientens hemregion automatiskt har godkänt eller finansierar vården. Bedömning av vårdgaranti, kostnadsansvar, betalningsförbindelse och fakturakontroll måste fortsatt kunna göras i regionens ordinarie processer.

En nationell vårdförmedling kan dessutom förändra patientflöden. För regioner som redan har god tillgänglighet finns risk för ett ökat inflöde från andra regioner, med undanträngning av den egna befolkningen eller ökade kostnader som följd. Det är därför viktigt att analysera och följa upp kvalitets-, jämlikhets-, kapacitets-, produktions- och ersättningskonsekvenser.

Konsekvenserna bör inte enbart analyseras ur ett ekonomiskt perspektiv. Det behöver även följas upp hur förändrade patientflöden påverkar vårdens kvalitet, jämlikhet, kapacitet och långsiktiga produktionsplanering. En nationell vårdförmedling bör inte utformas så att den minskar incitamenten att åtgärda strukturella tillgänglighets- eller kapacitetsproblem hos den vårdgivare eller region där de uppstår.

Region Jönköpings län anser därför att ersättningsprinciper och ekonomiskt ansvar mellan regionerna behöver beskrivas tydligare.

Kapitel 6 Det ska inte längre krävas samtycke för vårdgivares tillgång till och behandling av personuppgifter

Region Jönköpings län ser fördelar med att minska risken för informationsbrist när en patient får vård hos flera vårdgivare. Det är dock viktigt att betona att förändringen från aktivt samtycke till en ordning där patienten i stället måste motsätta sig behandling en betydande förändring för patienterna.

Förslaget innebär att vårdgivaren får behandla information som en annan vårdgivare gjort tillgänglig om det finns en aktuell patientrelation, patienten inte har motsatt sig behandlingen och uppgifterna kan antas ha betydelse för vården. Region Jönköpings län anser att det behöver bli tydligare hur patientens rätt att motsätta sig informationsdelning ska fungera i praktiken. Utifrån nuvarande lagstiftning har vårdinformationssystem och Ineras tjänsteplattform utvecklats med funktionalitet för hur samtycke visas och hanteras via dessa system. Det är viktigt att upparbetad teknik fortsatt används men med anpassningar för att möta förändrad lagstiftning.

Region Jönköpings län anser också att det behöver tydliggöras hur en patients invändning mot informationsdelning ska verkställas tekniskt och organisatoriskt. Det bör framgå om ett sådant motstånd i praktiken innebär att journaluppgifter ska

spärras eller om någon annan mekanism ska användas, samt hur patientens inställning ska få genomslag i berörda vårdinformationssystem och nationella tjänster. Patienterna behöver tydlig information om förändringen och om sina rättigheter. Förändringen kan leda till ett ökat antal spärrar och därmed ökad administration för vårdgivarna.

Barn och ungdomars självbestämmande

Region Jönköpings län vill särskilt uppmärksamma konsekvenserna för barn och ungdomar som uppnått sådan ålder och mognad att de själva kan ta ställning till behandling av sina personuppgifter.

Enligt nuvarande regler kan ett sådant barn själv lämna samtycke. I den föreslagna ordningen ersätts samtycket av en möjlighet att motsätta sig behandling. Samtidigt har vårdnadshavare inte rätt att spärra barnets uppgifter. Den nuvarande möjligheten för ett moget barn att självständigt samtycka får därmed inte någon tydlig motsvarighet i förslaget, och barnets självbestämmande riskerar att försvagas.

Region Jönköpings län anser att frågan behöver analyseras ytterligare ur ett barnrätts- och integritetsperspektiv innan förändringen genomförs.

8.3.5 Särskilda skydds- och säkerhetsåtgärder

Region Jönköpings län delar bedömningen att tillgången till personuppgifter ska begränsas till vad varje person behöver för sina arbetsuppgifter och att åtkomsten ska kontrolleras och följas upp regelbundet. Promemorian föreslår att E-hälsomyndigheten ska få meddela närmare föreskrifter om kontroll och uppföljning av åtkomsten.

Region Jönköpings län vill här framhålla att en effektiv åtkomstkontroll förutsätter att vårdgivarna får tillgång till de logguppgifter som krävs för att fullgöra sitt eget ansvar.

Vårdgivare har etablerade processer och systemstöd för systematisk kontroll av personalens åtkomst till patientuppgifter. Sådana systemstöd är nödvändiga för att kontrollen ska kunna genomföras både kvalitativt och i tillräcklig omfattning när informationsmängderna är stora.

Den nationella infrastrukturen bör därför utformas så att relevanta logguppgifter från registermyndigheten på ett standardiserat och säkert sätt kan överföras till eller inhämtas av vårdgivarnas befintliga systemstöd för loggkontroll.
Det är enligt Region Jönköpings läns bedömning inte tillräckligt om vårdgivaren endast kan genomföra enstaka manuella kontroller eller ta fram rapporter i registermyndighetens eget system. För att möjliggöra systematisk och riskbaserad kontroll behöver det finnas tekniska gränssnitt och standardiserade informationsmängder som gör att tillräckligt loggunderlag kan behandlas i vårdgivarens ordinarie kontrollprocesser.

Promemorian anger att åtkomsten till uppgifter ska kontrolleras och följas upp regelbundet, men de närmare förutsättningarna för sådan kontroll är ännu inte fastställda. Region Jönköpings län anser att möjligheten till standardiserad loggförsörjning bör beaktas när dessa föreskrifter och tekniska krav tas fram.

9 Samlad integritets- och proportionalitetsanalys

Region Jönköpings län delar bedömningen att förbättrad informationsförsörjning kan innebära stor nytta för patientsäkerheten. Region Jönköpings län anser dock att koncentrationen av information i nationella register samtidigt innebär nya risker.

Registret över patienters vårdgivare kommer att omfatta en mycket stor del av befolkningen och innehålla uppgifter som kan vara känsliga även utan att själva journalinnehållet lagras där. Vid en personuppgiftsincident eller otillbörlig åtkomst kan konsekvenserna därför bli omfattande. En sådan samlad information kan vid otillbörlig åtkomst även möjliggöra profilering eller annan negativ särbehandling, exempelvis utifrån omfattningen eller karaktären av en persons vårdkontakter. Denna risk bör uttryckligen beaktas i den fortsatta integritets- och proportionalitetsanalysen.

Region Jönköpings län efterfrågar en fortsatt tydlig analys av krav på informationssäkerhet, tillgänglighet, kontinuitet och driftssäkerhet. Även ansvar för långsiktig förvaltning och utveckling av registren behöver vara tydligt.

Region Jönköpings län vill också betona att integritetsskydd inte enbart handlar om att begränsa behörigheter, utan även om möjligheten att i efterhand upptäcka och utreda felaktig eller obehörig åtkomst. Promemorian föreslår att registermyndigheten ska kontrollera och regelbundet följa upp åtkomsten till personuppgifter. Den nationella lösningen behöver samtidigt stödja vårdgivarnas motsvarande ansvar genom tillgång till ändamålsenliga och standardiserade logguppgifter.

Kapitel 10 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Region Jönköpings län delar inte promemorians bedömning att det saknas behov av övergångsbestämmelser.

Promemorian föreslår att lagarna träder i kraft den 1 juli 2027 och bedömer att några övergångsbestämmelser inte behövs. Samtidigt konstaterar promemorian själv att det behövs särskilda informationsinsatser och att de närmare tekniska och organisatoriska förutsättningarna ännu inte är fullt definierade.

För Region Jönköpings län kan förslagen innebära behov av nya integrationer, anpassningar av verksamhetssystem, nya krav på leverantörer, förändrade avtalsrutiner, nya processer för informationsförvaltning, anpassning av logg- och åtkomstkontrollsystem samt utbildning av personal.

När de konkreta myndighetsföreskrifterna och tekniska kraven ännu inte är kända är det svårt att säkerställa att samtliga vårdgivare kan uppfylla kraven från ett gemensamt datum.

Region Jönköpings län anser därför att behovet av en stegvis implementering och lämpliga övergångsbestämmelser bör analyseras på nytt.

Kapitel 11 Konsekvenser av förslagen

Kapitel 11.5 Konsekvenser för kommuner och regioner

Region Jönköpings län anser inte att konsekvenserna för regionerna i nuläget är tillräckligt belysta.

Förslagen kan innebära kostnader för tekniska integrationer och systemutveckling, informationsförvaltning och kvalitetssäkring, förändringar i avtal och avtalsuppföljning, nya arbetssätt och organisatorisk samordning, vårdförmedlings- och vårdlotsfunktioner, informationsinsatser och utbildning, löpande registerförvaltning samt informations- och cybersäkerhet.

Till detta kommer behovet av att anpassa befintliga system och processer för behörighetsstyrning, loggning och systematisk åtkomstkontroll så att vårdgivaren även i den nya nationella infrastrukturen kan fullgöra sitt ansvar.
För Region Jönköpings län kan förslagen medföra behov av förstärkta eller förändrade arbetssätt för vårdförmedling och samordning av patienter som erbjuds vård hos andra vårdgivare.

Promemorian utgår delvis från att befintliga integrationer kan återanvändas och att en stor del av rapporteringen på sikt ska automatiseras. Samtidigt konstateras att det i dag saknas motsvarande rapportering till registret över patienters vårdgivare och att kostnaderna därför sannolikt blir större.

Region Jönköpings län anser att den ekonomiska analysen behöver uppdateras när informationsmodeller, tekniska specifikationer, integrationskrav och ansvarsfördelning är fastställda.

Kapitel 11.6 Konsekvenser för företag

Privata vårdgivare kommer också att få nya administrativa och tekniska krav.
Det gäller bland annat informationsleveranser, systemintegrationer, nya avtalskrav och ett löpande ansvar för aktuell information om verksamhet och kapacitet.
Särskild hänsyn behöver tas till privata vårdgivare som har avtal med flera regioner.

Region Jönköpings län efterfrågar också ett förtydligande av hur regleringen ska förhålla sig till vårdgivare som verkar enligt olika avtals- och ersättningsformer, inklusive lagen om valfrihetssystem (LOV), lagen om offentlig upphandling (LOU), lagen om läkarvårdsersättning (LOL) och lagen om ersättning för fysioterapi (LOF).

Thomas Gustafsson
Ordförande i nämnden för folkhälsa
och sjukvård

Regeringskansliet

Remiss

2026-06-18
S2026/01360

Socialdepartementet
Enheten för sjukvård och läkemedelsfrågor

Remittering av promemorian Ett första steg i genomförandet av en nationell digital infrastruktur på hälsodataområdet

Av Tidöavtalet, som är en politisk överenskommelse mellan Sverigedemokraterna, Moderaterna, Kristdemokraterna och Liberalerna, framgår att hälsodata ska bli tillgängliga i hela vårdkedjan för all vård, såväl kommunal som regional, och för tandvård oavsett huvudman. Regeringen har mot den bakgrunden påbörjat arbetet med att inrätta en nationell digital infrastruktur för elektroniskt informationsutbyte inom hälso- och sjukvården och för hälsodata där staten tar ett större ansvar.

Förslagen i promemorian utgör ett steg i genomförandet av en nationell digital infrastruktur på hälsodataområdet för såväl primär- som sekundäranvändning och ger rättsliga förutsättningar för att regioner enklare ska kunna söka efter ledig kapacitet i syfte att underlätta nationell vårdförmedling.

De förslag som lämnas i promemorian är även ett steg mot anpassning av nationell reglering avseende vårdgivares tillgång till elektronisk information om en patient enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2025/327 av den 11 februari 2025 om det europeiska hälsodataområdet och om ändring av direktiv 2011/24/EU och förordning (EU) 2024/2487, här benämnd EU:s hälsodataförordning.

Promemorian lägger en nödvändig grund för det fortsatta lagstiftnings-arbetet och fokuserar på lokalisering av patientens information. Den största effekten för patienten av informationslokaliseringen är att ansvaret för att förmedla relevanta uppgifter om den egna vårdhistoriken i mindre utsträckning behöver bäras av patienten själv. Vården ges bättre

Telefonväxel: 08-405 10 00
Fax: 08-24 46 31
Webb: www.regeringen.se

Postadress: 103 33 Stockholm
Besöksadress: Fredsgatan 8
E-post: s.registrator@regeringskansliet.se

förutsättningar att identifiera och ta del av relevanta uppgifter, oavsett hos vilken vårdgivare uppgifterna tidigare har dokumenterats. Patienten behöver därmed i mindre utsträckning återge sin sjukdoms- och vårdhistorik vid nya vårdkontakter.

Samtycket i lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation tas bort. Detta i syfte att underlätta för vårdgivare att få tillgång till uppgifter från en annan vårdgivare, vilket även på kort sikt kommer underlätta frivillig delning av uppgifter inom vården. Samtidigt bibehålls möjligheten för patient att spärra eller begränsa tillgången till egna uppgifter, vilket gör att patienten även framöver har kontroll över hur deras hälsodata delas inom vården. Denna förändring av samtyckeskravet i lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation ligger i linje med både det fortsatta lagstiftningsarbetet och EU:s hälsodataförordning. Skiftet bidrar till ökad patientsäkerhet, enklare administration och säkrare arbetsprocesser som underlättar för vårdpersonalen att få den information som behövs inför ett vårdbesök. Både representanter från hälso- och sjukvården och patientorganisationer har uttryckt ett behov av att förändra den rådande synen på informationssäkerhet, från att i första hand undvika oönskad åtkomst till att i större utsträckning undvika otillräcklig åtkomst.

Den största effekten av en nationell digital infrastruktur för vårdens medarbetare är att informationslokaliseringen möjliggör att all relevant information finns tillgänglig i varje vårdmöte. Det innebär att vårdpersonalens tid och resurser kan användas mer effektivt eftersom uppgifter som patienten redan har lämnat inte behöver hämtas in på nytt. En förbättrad tillgång till relevanta uppgifter kan också bidra till ökad patientsäkerhet. Det gäller särskilt sådan uppmärksamhetsinformation som är av betydelse för vårdens bedömningar och åtgärder, exempelvis uppgifter om allergier mot vissa läkemedel.

Informationslokalisering är också en grundförutsättning för flera andra sekundära ändamål såsom forskning, innovation och utveckling. Ett exempel är hur informationslokalisering möjliggör enklare nationell antalsberäkning och skapar förutsättningar för att utveckla tjänster för att ytterligare underlätta forskares tillgång till patienter och data, samtidigt som det skapar bättre möjlighet för patienter att hitta och ingå i kliniska studier.

Informationslokaliseringen i kombination med exempelvis den nya väntetidsinsamlingen som påbörjats vid Socialstyrelsen skapar nya möjligheter till nationell uppföljning av patientens hela vårdförlopp. Det är en förutsättning för att kunna förbättra flera typer av vård, inte minst den högspecialiserade vården där flera patienter påbörjar.

Förslagen i promemorian innebär inte i sig en fullständig reglering av den nationella digitala infrastrukturen för hälsodata. Promemorians förslag lägger en ändamålsenlig grund och bidrar därmed till det fortsatta lagstiftningsarbetet.

Förslagen i denna promemoria utgör förutsättningar för det framtida införandet av till EU:s hälsodataförordning (EU) 2025/327. De kompletterande bestämmelser och åtgärder som behövs för att anpassa svensk rätt till förordningen hanteras fortsatt inom ramen för Uppdraget att möjliggöra en nationell digital infrastruktur för hälsodata (S 2024:A) , och kommer att ingå i framtida lagstiftningsprodukter. Utredningen ska även i det fortsatta arbetet analysera vilken ytterligare kompletterande nationell reglering som behövs för att möjliggöra övergången från frivillig delning av hälsodata till ett obligatoriskt tillgängliggörande enligt EU:s hälsodataförordning. I detta ingår att ta fram förslag om registrering och tillgängliggörande av hälsodata enligt förordningen samt, i den utsträckning det behövs, hälso- och sjukvårdens tillgång till sådana uppgifter.

Utredningens arbete omfattar även fortsatta analyser av patienträttigheterna enligt EU:s hälsodataförordning, däribland invånares elektroniska tillgång till sina hälsodata, möjligheten att påverka hur de egna uppgifterna görs tillgängliga, samt fortsatta möjligheter att utse företrädare och att få uppgifter överförda genom dataportabilitet. Utredningen ska vidare analysera hur det gränsöverskridande utbytet av hälsodata bör regleras i nationell rätt.

En viktig utgångspunkt i såväl promemorians som utredningens fortsatta förslag är att de nationella behoven och genomförandet av EU:s hälsodataförordning bör omhändertas samlat.

Remissinstanser

1. Alvesta kommun
2. Barnombudsmannen
3. Barnrättsbyrån
4. Bjurholms kommun
5. Bromölla kommun
6. Brottsförebyggande rådet
7. E-hälsomyndigheten
8. Ekobrottsmyndigheten
9. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd
10. Folkhälsomyndigheten
11. Funktionsrätt Sverige
12. Försäkringskassan
13. Förvaltningsrätten i Luleå
14. Förvaltningsrätten i Växjö
15. Försvarsmakten
16. Gällivare kommun
17. Göteborgs kommun
18. Helsingborgs kommun
19. Hultsfreds kommun
20. Hässleholms kommun
21. Inspektionen för vård och omsorg
22. Integritetsskyddsmyndigheten
23. Kammarrätten i Stockholm
24. Kinda kommun
25. Kriminalvården
26. Kungsörs kommun
27. Köpings kommun
28. Ludvika kommun
29. Läkemedelsverket

30. Mag- och tarmförbundet
31. Malmö kommun
32. Marks kommun
33. Munkedals kommun
34. Myndigheten för digital förvaltning
35. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
36. Mölndals kommun
37. Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa
38. Neuroförbundet
39. Nora kommun
40. Nätverket mot cancer
41. Pensionärernas riksorganisation
42. Privattandläkarnas branschorganisation
43. Polismyndigheten
44. Psykologförbundet
45. Regelrådet
46. Regionala cancercentrum i samverkan
47. Region Blekinge
48. Region Dalarna
49. Region Gotland
50. Region Gävleborg
51. Region Halland
52. Region Jämtland Härjedalen
53. Region Jönköping
54. Region Kalmar län
55. Region Kronoberg
56. Region Norrbotten
57. Region Skåne
58. Region Stockholm
59. Region Sörmland

60. Region Uppsala
61. Region Värmland
62. Region Västerbotten
63. Region Västernorrland
64. Region Västmanland
65. Region Örebro län
66. Region Östergötland
67. Reumatikerförbundet
68. Riksdagens ombudsmän (JO)
69. Riksförbundet HjärtLung
70. Riksförbundet Sällsynta diagnoser
71. Rädda barnen
72. Rättviks kommun
73. Sigtuna kommun
74. Socialstyrelsen
75. Sollefteå kommun
76. SPF Seniorerna
77. Statens Institutionsstyrelse
78. Statistiska centralbyrån
79. Statskontoret
80. Stockholms kommun
81. Svenska Läkaresällskapet
82. Svensk förening för allmänmedicin
83. Svensk Sjuksköterskeförening
84. Sveriges Kommuner och Regioner
85. Sveriges Läkarförbund
86. Sveriges tandläkarförbund
87. Sveriges tandhygienistförening
88. Sundsvalls kommun
89. Säffle kommun

90. Säkerhetspolisen
91. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
92. Tibro kommun
93. Trelleborgs kommun
94. Totalförsvarets plikt- och prövningsverk
95. Tyresö kommun
96. Upphandlingsmyndigheten
97. Umeå universitet
98. Vetlanda kommun
99. Vetenskapsrådet
100. Vårdförbundet
101. Vårdföretagarna
102. Västra Götalandsregionen
103. Ystads kommun
104. Åklagarmyndigheten
105. Ödeshögs kommun
106. Överkalix kommun

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast den 19 oktober 2026**. Svaren bör lämnas per e-post till s.remissvar@regeringskansliet.se och med kopia till s.sl@regeringskansliet.se. Ange diarienummer S2026/01360 och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

Svaret bör lämnas i två versioner: den ena i ett bearbetningsbart format (t.ex. Word), den andra i ett format (t.ex. pdf) som följer tillgänglighetskraven enligt lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service. Remissinstansens namn ska anges i namnet på respektive dokument. Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i promemorian.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Promemorian kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se. Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria Svara på remiss (SB PM 2021:1). Den kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Cecilia Halle
Departementsråd

Promemoria

Ett första steg i genomförandet av en nationell digital infrastruktur på hälsodataområdet

Promemorians huvudsakliga innehåll

Förslagen i promemorian utgör ett första steg i genomförandet av en nationell digital infrastruktur på hälsodataområdet och ger rättsliga förutsättningar för att vårdgivare enklare ska kunna söka efter ledig kapacitet i syfte att underlätta nationell vårdförmedling. Promemorian lägger en nödvändig grund för det fortsatta lagstiftningsarbetet, men innebär inte en fullständig reglering av de frågor som aktualiseras i fråga om en nationell digital infrastruktur.

I promemorian lämnas förslag på tre nya lagar. I lagen om grundregister över vårdgivare föreslås att ett register ska föras för att tillhandahålla samlad, kvalitetssäkrad och enhetligt strukturerad information om vårdgivare. Genom lagen om ett nationellt register över patienters vårdgivare ges information som behövs för att lokalisera patienters vårdgivare. Lagen syftar till att underlätta för informationsutbytet av hälsodata mellan vårdgivare i hela vårdkedjan. Lagen om en nationell vårdsökstjänst stärker vårdgivares möjlighet att erbjuda vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård. Därtill lämnas förslag på tre förordningar till respektive lag.

I promemorian föreslås även ändringar i lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation som innebär att det inte längre ska krävas att patienten samtycker till att en vårdgivare får behandla uppgifter som en annan vårdgivare har gjort tillgänglig. I stället lämnas förslag om att sådan behandling får göras om inte patienten motsatt sig det.

Därtill görs ändringar i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Denna promemoria utgår från promemoriorna Rättsliga förutsättningar för en nationell vårdförmedling och i delar Hälsodata ska vara tillgänglig i hela vårdkedjan som båda har tagits fram inom Socialdepartementet av Utredningen med uppdraget att möjliggöra en nationell digital infrastruktur för hälsodata (S 2024:A).

Denna promemoria föreslår inte några kompletterande bestämmelser till EU:s hälsodataförordning. De kompletterande bestämmelser och åtgärder som behövs för att anpassa svensk rätt till den förordningen hanteras fortsatt inom ramen för Uppdraget att möjliggöra en nationell digital infrastruktur för hälsodata.

De nya lagarna och lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2027.

Innehållsförteckning

1 Författningsförslag 5
1.1 Förslag till lag om grundregister över vårdgivare 5
1.2 Förslag till lag om ett nationellt register över patienters vårdgivare 7
1.3 Förslag till lag om en nationell vårdsökstjänst 10
1.4 Förslag till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) 13
1.5 Förslag till lag om ändring i lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation 15
1.6 Förslag till förordning om grundregister över vårdgivare 18
1.7 Förslag till förordning om ett nationellt register över patienters vårdgivare 20
1.8 Förslag till förordning om en nationell vårdsökstjänst 21

2 Hälsodatas tillgänglighet i hela vårdkedjan 23
2.1 En nationell digital infrastruktur 23
2.2 Lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation 24
2.3 EU:s hälsodataförordning 24
2.4 En nationell vårdförmedling 24
2.5 Utgångspunkter för regleringen 25

3 Grundregister över vårdgivare 26
3.1 Det ska införas en ny lag 26
3.2 Uttrycken vårdgivare och hälso- och sjukvård i lagen 31
3.3 Innehållet i grundregistret över vårdgivare 34
3.4 Vårdgivares uppgiftsskyldighet gentemot registermyndigheten 36
3.5 Inspektionen för vård och omsorgs uppgiftsskyldighet gentemot registermyndigheten 39
3.6 Registermyndighetens skyldighet att tillhandahålla uppgifter 40
3.7 Vårdgivares skyldighet att uppfylla tekniska och organisatoriska krav 43

4 Nationellt register över patienters vårdgivare 44
4.1 Det ska införas en ny lag 44
4.2 Uttrycken vårdgivare och hälso- och sjukvård i lagen 48
4.3 Registermyndighetens skyldighet att lämna ut uppgifter 49
4.4 Vårdgivares skyldighet att lämna uppgifter 52
4.5 Vårdgivares skyldighet att uppfylla tekniska och organisatoriska krav 55

5 En nationell vårdsökstjänst 56
5.1 Det ska införas en ny lag 56
5.2 Uttrycken vårdgivare och hälso- och sjukvård i lagen 61
5.3 Innehåll i vårdsöksregistret 63

5.4 Ansvarig myndighets skyldighet att lämna ut uppgifter genom den nationella vårdsökstjänsten 65
5.5 Regionens och Socialstyrelsens skyldighet att lämna uppgifter 67
5.6 Regionens skyldighet att uppfylla tekniska och organisatoriska krav 70

6 Det ska inte längre krävas samtycke för vårdgivares tillgång till och behandling av personuppgifter 71

7 Offentlighets- och sekretessfrågor 78
7.1 Sekretess vid sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation 78
7.2 Sekretess hos E-hälsomyndigheten 80

8 Personuppgiftsbehandling 84
8.1 Behandling av personuppgifter regleras i EU:s dataskyddsförordning 84
8.2 Behandling av personuppgifter i lagen om grundregister över vårdgivare och lagen om en nationell vårdsökstjänst 86
8.2.1 Det kommer att finnas en rättslig grund för behandlingen av personuppgifter 86
8.2.2 Personuppgiftsansvaret och förhållandet till annan dataskyddsreglering 92
8.3 Behandling av personuppgifter i lagen om ett nationellt register över patienters vårdgivare 94
8.3.1 Den rättsliga grunden för nödvändig behandling av personuppgifter 94
8.3.2 Behandling av personuppgifter ska regleras i lag 96
8.3.3 Ändamål för behandling av personuppgifter 100
8.3.4 Känsliga personuppgifter 102
8.3.5 Särskilda skydds- och säkerhetsåtgärder 106
8.4 Längsta tid som personuppgifter får behandlas 109

9 Samlad integritets- och proportionalitetsanalys 111

10 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser 121

11 Konsekvenser av förslagen 122
11.1 Inledning 122
11.2 Alternativa lösningar 123
11.2.1 Nollalternativet 123
11.2.2 Uppdraget att möjliggöra en nationell digital infrastruktur för hälsodata 124
11.3 Samlad bedömning av nyttan av förslagen 125
11.4 Konsekvenser för enskilda 126
11.4.1 Konsekvenser för patienter 126
11.5 Konsekvenser för offentlig sektor 127
11.5.1 Konsekvenser för E-hälsomyndigheten 127
11.5.2 Konsekvenser för Inspektionen för vård och omsorg 130

11.5.3 Konsekvenser för Socialstyrelsen.....131
11.5.4 Konsekvenser för andra statliga myndigheter.....132
11.5.5 Konsekvenser för kommuner och regioner....132
11.5.6 Kommunala självstyrelsen.....134
11.5.7 Finansieringsprincipen 135
11.6 Konsekvenser för företag 136
11.7 Övriga konsekvenser.....137
11.7.1 Konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet 137
11.7.2 Konsekvenser för cybersäkerheten.....137
11.7.3 Förslagens förenlighet med internationella åtaganden.....138
11.7.4 Behov av informationsinsatser 138

12 Författningskommentar.....139
12.1 Förslaget till lag om grundregister över vårdgivare 139
12.2 Förslaget till lag om ett nationellt register över patienters vårdgivare 144
12.3 Förslaget till lag om en nationell vårdsökstjänst 154
12.4 Förslaget till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).....161
12.5 Förslaget till lag om ändring i (2022:913) om sammanhållen vård-och omsorgsdokumentation 162

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om grundregister över vårdgivare

Härigenom föreskrivs följande.

Lagens syfte och tillämpningsområde

1 § Syftet med denna lag är att ge den myndighet som regeringen bestämmer (registermyndigheten) möjlighet att på ett ändamålsenligt sätt föra ett register över uppgifter om vårdgivare (grundregistret).

2 § Grundregistret ska föras för att tillhandahålla samlad, kvalitetssäkrad och enhetligt strukturerad information om vårdgivares organisation.

Uttryck i lagen

3 § I denna lag avses med

1. *vårdgivare*: statlig myndighet, kommun och region i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för, samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård, och
2. *hälso- och sjukvård*: verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar, smittskyddslagen (2004:168), lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar, lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter och lagen (2021:363) om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar samt verksamhet inom detaljhandel med läkemedel enligt lagen (2009:366) om handel med läkemedel.

Lagens förhållande till annan dataskyddsreglering

4 § Denna lag kompletterar Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävandet av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning), här benämnd EU:s dataskyddsförordning. Ord och uttryck i lagen har samma betydelse som i förordningen.

Vid behandling av personuppgifter enligt denna lag gäller lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning och föreskrifter som har meddelats i anslutning till den lagen, om inte annat följer av denna lag eller föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen.

Innehåll i registret

5 § Grundregistret får innehålla uppgifter om vårdgivares organisation.

Registret får inte innehålla uppgifter om patienter.

Personuppgiftsansvar

6 § Registermyndigheten är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som myndigheten utför enligt denna lag eller enligt föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen.

Tillhandahållande av uppgifter ur registret

7 § Registermyndigheten ska elektroniskt tillhandahålla uppgifter ur grundregistret för

1. att ge information om vårdgivare,
2. att möjliggöra utbyte av information mellan vårdgivare, och
3. nationella digitala tjänster på hälso- och sjukvårdsområdet.

Registret ska hållas tillgängligt hos registermyndigheten.

Uppgifts- och anmälningsskyldighet för vårdgivare

8 § En vårdgivare ska lämna de uppgifter som är nödvändiga för att föra grundregistret till registermyndigheten.

Skyldigheten gäller inte sådana uppgifter som är säkerhetsskyddsklassificerade enligt säkerhetsskyddslagen (2018:585).

9 § Om de förhållanden för vilka uppgifter lämnats enligt 8 § ändras, ska det skyndsamt anmälas av vårdgivaren till registermyndigheten.

Tekniska och organisatoriska krav på vårdgivaren

10 § En vårdgivare ska uppfylla de tekniska och organisatoriska krav som är nödvändiga för att uppgifter i elektronisk form ska kunna lämnas enligt 8 och 9 §§.

Rätt att meddela föreskrifter

11 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela ytterligare föreskrifter om uppgifts- och anmälningsskyldigheten enligt 8 och 9 §§.

12 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela närmare föreskrifter om

1. innehållet i registret enligt 5 §,
2. tillgängliggörandet av registret enligt 7 § andra stycket, och
3. de tekniska och organisatoriska kraven enligt 10 §.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2027.

1.2 Förslag till lag om ett nationellt register över patienters vårdgivare

Härigenom föreskrivs följande.

Lagens syfte och tillämpningsområde

1 § Syftet med denna lag är dels att ge den myndighet som regeringen bestämmer (registermyndigheten) möjlighet att behandla personuppgifter i ett register över patienters vårdgivare (registret över patienters vårdgivare) på ett ändamålsenligt sätt, dels att skydda patienter mot att deras personliga integritet kränks vid behandlingen.

2 § Registret över patienters vårdgivare ska föras för att ge information om sådana uppgifter som behövs för att lokalisera en patients vårdgivare.

Uttryck i lagen

3 § I denna lag avses med

1. *vårdgivare*: statlig myndighet, kommun och region i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för, samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård, och
2. *hälso- och sjukvård*: verksamhet som avses i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, smittskyddslagen (2004:168), lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m., lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter, lagen (2024:237) om vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen, den upphävda lagen (1944:133) om kastrering samt den upphävda lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall.

Lagens förhållande till annan dataskyddsreglering

4 § Denna lag kompletterar Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävandet av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning), här benämnd EU:s dataskyddsförordning. Ord och uttryck i denna lag har samma betydelse som i förordningen.

Vid behandling av personuppgifter enligt denna lag gäller lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning och föreskrifter som har meddelats i anslutning till den lagen, om inte annat följer av denna lag eller föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen.

Innehåll i registret

5 § Registret över patienters vårdgivare får innehålla uppgifter om

1. patientens personnummer, samordningsnummer eller motsvarande identitetsbeteckning,

2. patientens vårdgivares organisationsnummer eller motsvarande identitetsbeteckning,
3. vilket elektroniskt journalsystem som innehåller uppgifter om patienten, och
4. vårdgivarens elektroniska kontaktuppgifter.

Utlämnande av uppgifter ur registret

6 § Registermyndigheten ska på begäran av en vårdgivare lämna ut uppgifter ur registret över patienters vårdgivare för att vårdgivaren ska kunna lokalisera andra vårdgivare för vård av en viss patient.

Uppgifterna får lämnas ut elektroniskt på annat sätt än genom direktåtkomst.

Personuppgiftsansvar

7 § Registermyndigheten är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som myndigheten utför enligt denna lag eller enligt föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen.

Ändamål

8 § Registermyndigheten får behandla personuppgifter om det är nödvändigt för att
1. föra registret över patienters vårdgivare, och
2. ge information om sådana uppgifter som behövs för att lokalisera vilka vårdgivare som behandlar personuppgifter för vård av en viss patient.

9 § Personuppgifter som behandlas enligt 8 § får behandlas även för uppgiftslämnande som sker i överensstämmelse med lag eller förordning.

10 § Personuppgifter som behandlas enligt 8 § får behandlas även för andra ändamål, under förutsättning att uppgifterna inte behandlas på ett sätt som är oförenligt med de ändamål som uppgifterna samlades in för.

Känsliga personuppgifter

11 § Sådana känsliga personuppgifter som avses i artikel 9.1 i EU:s dataskyddsförordning får behandlas om det är nödvändigt med hänsyn till ändamålet med behandlingen.

Sökbegränsningar

12 § Det är förbjudet att utföra sökningar i syfte att få fram ett urval av personer grundat på känsliga personuppgifter.

Åtkomst till personuppgifter

13 § Tillgången till personuppgifter ska begränsas till det som var och en behöver för att kunna fullgöra sina arbetsuppgifter.

Tillgången till personuppgifter ska kontrolleras och följas upp regelbundet.

Längsta tid för behandling

14 § Personuppgifter får inte behandlas under längre tid än vad som behövs med hänsyn till ändamålet med behandlingen.

Uppgiftsskyldighet för vårdgivare

15 § En vårdgivare ska skyndsamt lämna de uppgifter som är nödvändiga för registret över patienters vårdgivare enligt 2 § till registermyndigheten.

Skyldigheten gäller inte sådana uppgifter som är säkerhetsskyddsklassificerade enligt säkerhetsskyddslagen (2018:585).

Tekniska och organisatoriska krav på vårdgivaren

16 § En vårdgivare ska uppfylla de tekniska och organisatoriska kraven som är nödvändiga för att uppgifter i elektronisk form ska kunna lämnas enligt 15 §.

Rätt att meddela föreskrifter

17 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela närmare föreskrifter om

1. innehållet i registret enligt 5 § 4,
2. kontroll och uppföljning enligt 13 § andra stycket,
3. uppgiftsskyldigheten enligt 15 §, och
4. de tekniska och organisatoriska kraven enligt 16 §.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2027.

1.3 Förslag till lag om en nationell vårdsökstjänst

Härigenom föreskrivs följande.

Lagens syfte och tillämpningsområde

1 § Syftet med denna lag är att förenkla för vårdgivare att hitta tillgänglig hälso- och sjukvård hos andra vårdgivare i en annan region.

2 § Den myndighet som regeringen bestämmer (ansvarig myndighet) ska tillhandahålla en nationell vårdsökstjänst som möjliggör för vårdgivare att hitta andra vårdgivare som kan erbjuda vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård.

3 § Den ansvariga myndigheten ska föra ett register över uppgifter om regioners utbud av hälso- och sjukvård (vårdsöksregistret).

Registret ska föras för att ge information om sådana uppgifter som behövs för den nationella vårdsökstjänsten.

4 § Det som sägs om regioner i denna lag gäller också kommuner som inte ingår i en region.

Lagens förhållande till annan dataskyddsreglering

5 § Denna lag kompletterar Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävandet av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning), här benämnd EU:s dataskyddsförordning. Ord och uttryck i lagen har samma betydelse som i förordningen.

Vid behandling av personuppgifter enligt denna lag gäller lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning och föreskrifter som har meddelats i anslutning till den lagen, om inte annat följer av denna lag eller föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen.

Uttryck i lagen

6 § I denna lag avses med

1. *vårdgivare*: region och annan juridisk person eller enskild näringsidkare som ingått avtal med en region enligt 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och som erbjuder hälso- och sjukvård, och
2. *hälso- och sjukvård*: åtgärder enligt 2 kap. 1 § 1 hälso- och sjukvårdslagen.

Personuppgiftsansvar

7 § Den ansvariga myndigheten är personuppgiftsansvarig för behandlingen av personuppgifter som myndigheten utför enligt denna lag och föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen.

Innehåll i registret

8 § Vårdsöksregistret får innehålla uppgifter om den hälso- och sjukvård som

1. regionen erbjuder, och
2. någon annan vårdgivare erbjuder genom avtal med regionen enligt 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Registret får inte innehålla uppgifter om patienter.

Utlämnande av uppgifter ur registret

9 § Den ansvariga myndigheten ska på begäran av en vårdgivare lämna ut uppgifter ur vårdsöksregistret om det behövs för att vårdgivare ska kunna hitta andra vårdgivare som kan erbjuda vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård.

10 § Den ansvariga myndigheten ska på begäran av en vårdgivare lämna ut uppgifter om andra vårdgivares väntetider om det behövs för att vårdgivare ska kunna hitta andra vårdgivare som kan erbjuda vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård.

11 § Uppgifter enligt 9 och 10 §§ ska lämnas ut genom den nationella vårdsökstjänsten enligt 2 §.

Uppgifts- och anmälningsskyldighet för regionen

12 § En region, i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvård, ska lämna uppgifter till den ansvariga myndigheten om det egna utbudet av hälso- och sjukvård som regionen erbjuder eller avtalat utbud enligt 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

13 § Skyldigheten att lämna uppgifter enligt 12 § gäller inte uppgifter som är säkerhetsskyddsklassificerade enligt säkerhetsskyddslagen (2018:585).

14 § Om de förhållanden för vilka uppgifter lämnats enligt 12 § ändras, ska detta skyndsamt anmälas till den ansvariga myndigheten.

Tekniska och organisatoriska krav på regionen

15 § En region ska uppfylla de tekniska och organisatoriska kraven som är nödvändiga för att uppgifter i elektronisk form ska kunna lämnas enligt 12 och 14 §§.

Rätt att meddela föreskrifter

16 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela ytterligare föreskrifter om

1. villkor för åtkomst till sådana uppgifter som ska lämnas ut enligt 11 §, och
2. uppgifts- och anmälningsskyldigheten enligt 12 och 14 §§.

17 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela närmare föreskrifter om

1. innehållet i vårdsöksregistret enligt 8 §, och
2. de tekniska och organisatoriska kraven enligt 15 §.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2027.

1.4 Förslag till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

Härigenom föreskrivs att 25 kap. 2 och 17 c §§ offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
25 kap.	
2 §[1]	
Sekretess gäller hos en myndighet som bedriver verksamhet som avses i 1 § för uppgift om en enskilds personliga förhållanden som gjorts tillgänglig av en annan vårdgivare eller omsorgsgivare enligt lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, om inte förutsättningarna enligt 3 kap. 1, 3, 5 eller 6 § samma lag för att myndigheten ska få behandla uppgiften är uppfyllda.	Sekretess gäller hos en myndighet som bedriver verksamhet som avses i 1 § för uppgift om en enskilds personliga förhållanden som gjorts tillgänglig av en annan vårdgivare eller omsorgsgivare enligt lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, om inte förutsättningarna enligt 3 kap. 1, *1 a,* 3, 5 eller 6 § samma lag för att myndigheten ska få behandla uppgiften är uppfyllda.
Om de förutsättningar som anges i första stycket är uppfyllda eller myndigheten har behandlat uppgiften enligt 3 kap. 1, 3, 5 eller 6 § lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation tidigare, gäller sekretess, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men. Sekretessen gäller inte om annat följer av 7, 8 eller 10 § eller 26 kap. 6 §.	Om de förutsättningar som anges i första stycket är uppfyllda eller myndigheten har behandlat uppgiften enligt 3 kap. 1, *1 a,* 3, 5 eller 6 § lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation tidigare, gäller sekretess, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men. Sekretessen gäller inte om annat följer av 7, 8 eller 10 § eller 26 kap. 6 §.

För uppgift i en allmän handling gäller sekretessen i högst sjuttio år.

17 c §[2]

Sekretessen enligt 17 a och 17 b §§ hindrar inte att

1. uppgift i den nationella läkemedelslistan lämnas enligt lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista till hälso- och sjukvårdspersonal som har behörighet att förskriva läkemedel eller andra varor, en sjuksköterska utan behörighet att förskriva läkemedel eller andra varor, en dietist, en farmaceut i hälso- och sjukvården eller till expedierande personal på öppenvårdsapotek,

[1] Senaste lydelse 2022:916.
[2] Senaste lydelse 2021:1128.

2. uppgift lämnas enligt lagen (2016:526) om behandling av personuppgifter i ärenden om licens för läkemedel till öppenvårdsapotek eller den som är behörig att förordna läkemedel, *eller*	2. uppgift lämnas enligt lagen (2016:526) om behandling av personuppgifter i ärenden om licens för läkemedel till öppenvårdsapotek eller den som är behörig att förordna läkemedel,
3. uppgift om förordnande och expediering av läkemedel för behandling av djur lämnas till expedierande personal på öppenvårdsapotek.	3. uppgift om förordnande och expediering av läkemedel för behandling av djur lämnas till expedierande personal på öppenvårdsapotek*, eller*
	4. uppgift lämnas enligt lagen (2027:000) om ett nationellt register över patienters vårdgivare till enskilda vårdgivare.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2027.

1.5 Förslag till lag om ändring i lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation

dels att 2 kap. 1 § och 3 kap. 1 och 3 §§ ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas en ny paragraf, 3 kap. 1 a § av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
2 kap.	
1 §	
En vårdgivare får, under de förutsättningar som anges i 2–6 §§ och 3 kap. 1, 3, 5 och 6 §§, ges tillgång, genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande, till personuppgifter som behandlas av andra vårdgivare eller av omsorgsgivare. En omsorgsgivare får, under de förutsättningar som anges i 2–6 §§ och 3 kap. 2 och 4 §§, ges tillgång, genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande, till personuppgifter som behandlas av andra vårdgivare eller av omsorgsgivare.	En vårdgivare får, under de förutsättningar som anges i 2–6 §§ och 3 kap. 1, *1 a,* 3, 5 och 6 §§, ges tillgång, genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande, till personuppgifter som behandlas av andra vårdgivare eller av omsorgsgivare. En omsorgsgivare får, under de förutsättningar som anges i 2–6 §§ och 3 kap. 2 och 4 §§, ges tillgång, genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande, till personuppgifter som behandlas av andra vårdgivare eller av omsorgsgivare.

Tillgången enligt första stycket får bara avse personuppgifter som behandlas

1. för ändamål som anges i 2 kap. 4 § 1 och 2 patientdatalagen (2008:355), eller

2. för att ansvara för eller utföra insatser eller för administration av sådana insatser eller sådan dokumentation som avses i 1 kap. 3 § andra stycket.

3 kap.	
1 §	
En vårdgivare får behandla uppgifter som en *annan vårdgivare eller* omsorgsgivare har gjort tillgängliga enligt 2 kap. 4 eller 6 § om	En vårdgivare får behandla uppgifter som en omsorgsgivare har gjort tillgängliga enligt 2 kap. 4 eller 6 § om

1. uppgifterna rör en patient som det finns en aktuell patientrelation med,

2. patienten samtycker till det, och

3. uppgifterna kan antas ha betydelse

a) för att inom hälso- och sjukvården förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador hos patienten, utföra insatser enligt lagen

(2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter eller bedöma behovet av sådana insatser, eller

b) vid utfärdande av ett sådant intyg som avses i 3 kap. 16 § patientdatalagen (2008:355).

I fall som avses i första stycket 3 b gäller detta också när uppgifterna avser någon som det tidigare har funnits en patientrelation till.

Patientens samtycke krävs inte om denne är ett barn som inte självt kan samtycka.

1 a §

En vårdgivare får behandla uppgifter som en annan vårdgivare har gjort tillgängliga enligt 2 kap. 4 eller 6 § om

1. uppgifterna rör en patient som det finns en aktuell patientrelation med,

2. patienten inte motsatt sig det, och

3. uppgifterna kan antas ha betydelse

a) för att inom hälso- och sjukvården förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador hos patienten, utföra insatser enligt lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter eller bedöma behovet av sådana insatser, eller

b) vid utfärdande av ett sådant intyg som avses i 3 kap. 16 § patientdatalagen (2008:355).

I fall som avses i första stycket 3 b gäller detta också när uppgifterna avser någon som det tidigare har funnits en patientrelation till.

3 §

En vårdgivare får ta del av uppgift om vilka andra vårdgivare eller omsorgsgivare som har gjort uppgifter tillgängliga enligt 2 kap. 4 eller 6 § om en patient inte endast tillfälligt saknar förmåga att lämna samtycke enligt 1 § första stycket 2.

En vårdgivare får ta del av uppgift om vilka andra vårdgivare eller omsorgsgivare som har gjort uppgifter tillgängliga enligt 2 kap. 4 eller 6 § om en patient inte endast tillfälligt saknar förmåga att

1. lämna samtycke enligt 1 § första stycket 2*, eller*

2. motsätta sig det enligt 1 a § första stycket 2.

Vårdgivaren får i en sådan situation behandla också de uppgifter som avses i 2 kap. 4 eller 6 §, om

1. vårdgivaren bedömer att dessa kan antas ha betydelse för den vård som är nödvändig med hänsyn till patientens hälsotillstånd,
2. patientens inställning till sådan behandling av personuppgifter så långt som möjligt har klarlagts, och
3. det inte finns anledning att anta att patienten skulle ha motsatt sig behandlingen av personuppgifterna.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2027.

1.6 Förslag till förordning om grundregister över vårdgivare

Härigenom föreskrivs följande.

Inledande bestämmelser

1 § Grundläggande bestämmelser om grundregistret över vårdgivare finns i lagen (2027:000) om grundregister över vårdgivare. Denna förordning innehåller kompletterande bestämmelser till den lagen.

2 § Denna förordning är meddelad med stöd av
– 11 § lagen (2027:000) om grundregister över vårdgivare i fråga om 7 §,
– 12 § samma lag i fråga om 8 §, och
– 8 kap. 7 § regeringsformen i fråga om övriga bestämmelser.

Uttryck i förordningen

3 § Uttryck i denna förordning har samma betydelse som i lagen (2027:000) om grundregister över vårdgivare.

Ansvarig myndighet

4 § E-hälsomyndigheten är registermyndighet enligt 1 § lagen (2027:000) om grundregister över vårdgivare.

Innehåll i registret

5 § Registret som förs enligt 1 och 2 §§ lagen (2027:000) om grundregister över vårdgivare får innehålla uppgifter om
1. vårdgivares namn och organisationsnummer,
2. kontaktuppgifter till de organisatoriska enheterna inom vårdgivares organisation och befattningshavare inom vårdgivares organisation,
3. var vårdgivare bedriver verksamhet,
4. vårdgivares verksamhetsinriktning,
5. organisationssamband mellan olika vårdgivare och deras verksamheter, och
6. vårdgivares tillstånd eller förbud att bedriva verksamhet enligt patientsäkerhetslagen (2010:659).

Uppgifts- och informationsskyldighet för Inspektionen för vård och omsorg

6 § Inspektionen för vård och omsorg ska till E-hälsomyndigheten lämna de uppgifter som är nödvändiga för att föra grundregistret enligt 1 och 2 §§ lagen (2027:000) om grundregister över vårdgivare.

Inspektionen för vård och omsorg ska skyndsamt informera E-hälsomyndigheten om de förhållanden för vilka uppgifter lämnats enligt första stycket ändras.

Rätt att meddela föreskrifter

7 § E-hälsomyndigheten får att meddela ytterligare föreskrifter om vårdgivares uppgifts- och anmälningsskyldighet enligt 8 och 9 §§ lagen (2027:000) om grundregister över vårdgivare.

8 § E-hälsomyndigheten får meddela närmare föreskrifter om

1. tillgängliggörandet av uppgifter ur grundregistret över vårdgivare enligt 7 § andra stycket lagen (2027:000) om grundregister över vårdgivare, och
2. de tekniska och organisatoriska kraven enligt 10 § lagen om grundregister över vårdgivare.

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2027.

1.7 Förslag till förordning om ett nationellt register över patienters vårdgivare

Härigenom föreskrivs följande.

Inledande bestämmelser

1 § Grundläggande bestämmelser om registret över patienters vårdgivare finns i lagen (2027:000) om ett nationellt register över patienters vårdgivare. Denna förordning innehåller kompletterande bestämmelser till den lagen.

2 § Denna förordning är meddelad med stöd av 17 § lagen (2027:000) om ett nationellt register över patienters vårdgivare.

Uttryck i förordningen

3 § Uttryck i denna förordning har samma betydelse som i lagen (2027:000) om ett nationellt register över patienters vårdgivare.

Ansvarig myndighet

4 § E-hälsomyndigheten är registermyndighet enligt 1 § lagen (2027:000) om ett nationellt register över patienters vårdgivare.

Innehåll i registret

5 § Registret som förs enligt 1 och 2 §§ lagen (2027:000) om ett nationellt register över patienters vårdgivare får innehålla uppgifter om anropsadresser till vårdgivares informationssystem och tekniska tjänster.

Rätt att meddela föreskrifter

6 § E-hälsomyndigheten får meddela närmare föreskrifter om

1. kontroll och uppföljning enligt 13 § andra stycket lagen (2027:000) om ett nationellt register över patienters vårdgivare,
2. uppgiftsskyldigheten enligt 15 § lagen om ett nationellt register över patienters vårdgivare, och
3. de tekniska och organisatoriska kraven enligt 16 § lagen om ett nationellt register över patienters vårdgivare.

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2027.

1.8 Förslag till förordning om en nationell vårdsökstjänst

Härigenom föreskrivs följande.

Inledande bestämmelser

1 § Grundläggande bestämmelser om en nationell vårdsökstjänst finns i lagen (2027:000) om en nationell vårdsökstjänst. Denna förordning innehåller kompletterande bestämmelser till den lagen.

2 § Denna förordning är meddelad med stöd av
– 16 § lagen (2027:000) om en nationell vårdsökstjänst i fråga om 7 §,
– 17 § samma lag i fråga om 8 §, och
– 8 kap. 7 § regeringsformen i fråga om övriga bestämmelser.

Uttryck i förordningen

3 § Uttryck i denna förordning har samma betydelse som i lagen (2027:000) om en nationell vårdsökstjänst.

Ansvarig myndighet

4 § E-hälsomyndigheten är ansvarig myndighet enligt 2 § lagen (2027:000) om en nationell vårdsökstjänst.

Innehåll i registret

5 § Registret som förs enligt 3 § lagen (2027:000) om en nationell vårdsökstjänst får innehålla uppgifter om
1. villkor för nyttjande av den hälso- och sjukvård som en vårdgivare erbjuder,
2. under vilken tid som det avtalade utbudet av hälso- och sjukvård gäller, och
3. samband mellan avtal som en vårdgivare har med olika regioner enligt 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Uppgiftsskyldighet för Socialstyrelsen

6 § Socialstyrelsen ska på begäran av E-hälsomyndigheten lämna uppgifter om väntetider om det behövs för att vårdgivare ska kunna hitta andra vårdgivare som kan erbjuda vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård.

Rätt att meddela föreskrifter

7 § E-hälsomyndigheten får meddela ytterligare föreskrifter om
1. villkor för åtkomst till sådana uppgifter som ska lämnas ut enligt 11 § lagen (2027:000) om en nationell vårdsökstjänst, och
2. uppgifts- och anmälningsskyldigheten enligt 12 och 14 §§ lagen om en nationell vårdsökstjänst.

8 § E-hälsomyndigheten får meddela närmare föreskrifter om de tekniska och organisatoriska kraven enligt 15 § lagen (2027:00) om en nationell vårdsökstjänst.

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2027.

2 Hälsodatas tillgänglighet i hela vårdkedjan

2.1 En nationell digital infrastruktur

Av Tidöavtalet, som är en politisk överenskommelse mellan Sverigedemokraterna, Moderaterna, Kristdemokraterna och Liberalerna, framgår att hälsodata ska bli tillgängliga i hela vårdkedjan för all vård, såväl kommunal som regional, och för tandvård oavsett huvudman.

Regeringen har mot den bakgrunden en målsättning om att inrätta en nationell digital infrastruktur för elektroniskt informationsutbyte inom hälso- och sjukvården och för hälsodata där staten tar ett större ansvar. Med en nationell digital infrastruktur avses tekniska och organisatoriska resurser som stöder och möjliggör informationsutbytet mellan och inom olika verksamheter och sektorer. Infrastruktur avser inte omfatta digitala tjänster såsom nationell jämförelsetjänst. Med hälsodata avses en persons dokumenterade information om vårddata, biologiska data, eller livsstilsdata.

Avsaknaden av en gemensam digital infrastruktur för hälsodata och brist på tydlig styrning och samordning har lett till åtskilliga separata lösningar runt om i landet, vilket försvårat datadelningen mellan olika vårdgivare. Följden blir att nödvändiga uppgifter om patientens vård inte alltid följer med patienten i dennas kontakter med hälso- och sjukvården. En nationell digital infrastruktur ska kunna bidra till att öka kvaliteten i vården, förbättra patientsäkerheten, stärka patientens ställning och minska den administrativa bördan för hälso- och sjukvårdens medarbetare. Regeringen beslutade därför den 22 januari 2024 att ge en utredare i uppdrag att biträda Socialdepartementet med att bl.a. analysera och föreslå åtgärder som möjliggör en nationell digital infrastruktur för hälsodata (S2024/00100). Utredningen (S 2024:A) lämnade sin delredovisning i promemorian Hälsodata ska vara tillgänglig i hela vårdkedjan i september 2025.

Regeringen har även gett E-hälsomyndigheten flera uppdrag i olika faser av arbetet med att inrätta en nationell digital infrastruktur för elektroniskt informationsutbyte inom hälso- och sjukvården. Den 1 april 2026 fick E-hälsomyndigheten i uppdrag att etablera en nationell digital infrastruktur för data inom hälsa, vård och omsorg. Uppdraget innebär att fortsätta genomföra och vidareutveckla den nationella digitala infrastrukturen för hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst (S2026/00701). Av uppdraget framgår att E-hälsomyndigheten ska etablera och vidareutveckla en robust och säker nationell digital infrastruktur som skapar förutsättningar för att samtliga vårdgivare i Sverige ska kunna dela data med varandra. I detta ingår även att E-hälsomyndigheten ska utveckla, etablera och driftsätta nödvändiga tekniska komponenter i infrastrukturen samt utveckla strukturer för samverkan med berörda aktörer. Arbetet ska bedrivas på ett sätt som möjliggör ett stegvis införande av en nationell digital infrastruktur.

2.2 Lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation

Sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation är ett elektroniskt system som gör det möjligt för en vårdgivare eller omsorgsgivare att ge eller få tillgång, genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande, till personuppgifter hos andra vårdgivare eller omsorgsgivare. Systemet regleras i lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och ger förutsättningar för ett informationsutbyte av hälsodata mellan vård- och omsorgsgivare.

Enligt 3 kap. 1 § samma lag krävs det att patienten samtycker till att hälsodata görs tillgängligt för andra. Detta försvårar möjligheten att dela information mellan olika vårdgivare och kravet på samtycke har kritiserats av flera statliga utredningar, som bl.a. Rätt information i vård och omsorg (SOU 2014:23), Utredningen om infrastruktur för hälsodata som nationellt intresse (SOU 2023:83) och Samordnaren för en nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården (SOU 2026:6). Kritiken består bl.a. i att nuvarande ordning inte fullt ut motsvarar vårdgivares behov av information för att ge rätt vård och att samtyckesinhämtningen kan vara onödigt betungande för hälso- och sjukvårdspersonal. Det är viktigt ur ett patientsäkerhetsperspektiv att vårdgivare ges tillgång till uppgifter, behandlingar, utredningar och bedömningar som har gjorts av andra vårdgivare. I vissa fall finns det en risk för informationsförlust om vårdgivaren inte känner till att det finns andra uppgifter och därför inte begär och får patientens godkännande.

2.3 EU:s hälsodataförordning

Kommissionen har beslutat att införa ett gemensamt hälsodataområde, European Health Data Space, EHDS. I Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2025/327 av den 11 februari 2025 om det europeiska hälsodataområdet och om ändring av direktiv 2011/24/EU och förordning (EU) 2024/2487, här benämnd EU:s hälsodataförordning, regleras området. Förordningen ska tillämpas från och med den 26 mars 2027. Syftet med förordningen är att underlätta delning och utbyte av hälsodata.

De förslag som lämnas i denna promemoria är ett steg mot anpassning av nationell reglering avseende vårdgivares tillgång till elektronisk information om en patient enligt EU:s hälsodataförordning. I promemorian föreslås dock inga kompletterande bestämmelser till den förordningen. De kompletterande bestämmelser och åtgärder som behövs för att anpassa svensk rätt till förordningen hanteras inom ramen för Uppdraget att möjliggöra en nationell digital infrastruktur för hälsodata (S 2024:A).

2.4 En nationell vårdförmedling

Av Tidöavtalet följer även att en nationell vårdförmedling i statlig regi ska inrättas. Syftet med nationell vårdförmedling är att tillgängliggöra hela landets vårdkapacitet för patienter i behov av vård och att förkorta vänte-

tiderna inom hälso- och sjukvården. Att korta vårdköerna är en av regeringens högsta prioriteringar. Vård kan i dag förmedlas mellan regioner, det saknas dock såväl nationellt sammanställda data och som digitala verktyg för att ge stöd och underlätta vårdförmedling nationellt. Mot den bakgrunden har regeringen gett E-hälsomyndigheten flera uppdrag. Bland annat gav regeringen den 15 maj 2025 Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten i uppdrag att utveckla och etablera arbetet med nationell vårdförmedling (S2022/01372, S2023/02117 och S2025/00971). Myndigheterna delredovisade uppdraget i februari 2026 i delredovisningen Utveckla och etablera arbetet med nationell vårdförmedling (E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsen, 2026). Genom det digitala stöd för nationell vårdförmedling som E-hälsomyndigheten utvecklat kommer väntande patienter enklare kunna erbjudas vård hos en annan vårdgivare med kortare väntetider oavsett var i landet denna vårdgivare finns.

En nationell vårdförmedling är även beroende av att det finns ett rättsligt ramverk. Av den anledningen ändrade regeringen den 3 juli 2024 utredningens (S 2024:A) uppdrag till att i en delredovisning analysera de rättsliga förutsättningarna för att kunna inrätta en nationell vårdförmedling. Utredningen redovisade i mars 2025 promemorian Rättsliga förutsättningar för en nationell vårdförmedling innehållande förslag om en ny lag som ger E-hälsomyndigheten i uppgift att samla in och tillhandahålla uppgifter om vårdgivare och deras organisation, utbud av hälso- och sjukvård samt regioners avtal med vårdgivare som erbjuder hälso- och sjukvårdstjänster.

2.5 Utgångspunkter för regleringen

Utgångspunkten för förslagen i denna promemoria är att skapa ett tydligt och transparent regelverk. I promemorian lämnas förslag på tre nya lagar. I lagen om grundregister över vårdgivare föreslås att ett register ska föras för att tillhandahålla en samlad, kvalitetssäkrad och enhetligt strukturerad informationsmängd om vårdgivares organisation. I lagen om ett nationellt register över patienters vårdgivare föreslås att ett register ska föras för att ge information om sådana uppgifter som behövs för att lokalisera en patients vårdgivare. Lagen om en nationell vårdsökstjänst syftar till att förenkla för vårdgivare att hitta tillgänglig hälso- och sjukvård hos andra vårdgivare i en annan region. Det lämnas även förslag på anslutande förordningar.

Förslagen utgör ett första steg i genomförandet av en nationell digital infrastruktur på hälsodataområdet och ska underlätta för informationsutbytet av hälsodata mellan vårdgivare i hela vårdkedjan. Förslagen är förberedande inför de krav som kommer ställas på vårdgivare i EU:s hälsodataförordning, t.ex. om skyldighet att dela hälsodata mellan vårdgivare.

Förslagen ger även rättsliga förutsättningar för att regioner enklare ska kunna söka efter ledig vårdkapacitet i syfte att underlätta nationell vårdförmedling.

3 Grundregister över vårdgivare

3.1 Det ska införas en ny lag

Förslag

Den myndighet som regeringen bestämmer (registermyndigheten) ska genom en ny lag ges möjlighet att på ett ändamålsenligt sätt föra ett register över uppgifter om vårdgivare (grundregistret).

Grundregistret över vårdgivare ska föras för att tillhandahålla samlad, kvalitetssäkrad och enhetligt strukturerad information om vårdgivares organisation.

Bedömning

Befintliga myndighetsregister eller andra källor med information om vårdgivare och deras organisation är inte heltäckande eller enhetligt strukturerade på ett sådant sätt att de kan användas för den nationella digitala infrastrukturen eller en nationell vårdsökstjänst.

E-hälsomyndigheten bör vara registermyndighet enligt den särskilda lagen.

Skälen för förslaget och bedömningen

Det finns behov av en samlad information om vårdgivare

I flera myndighetsrapporter påpekas att det finns ett behov av ändamålsenliga register över uppgifter om vårdgivare för att kunna identifiera vårdgivare i Sverige. Det kan t.ex. handla om myndigheters behov av uppgifter om vårdgivare för tillsyn, uppföljning av läkarintyg på vårdgivarnivå eller för brottsförebyggande åtgärder. Det framgår bl.a. av Socialstyrelsens rapport Kartläggning av datamängder av nationellt intresse på hälsodataområdet – slutrapport, oktober 2022, Försäkringskassans och Socialstyrelsens slutredovisning Rapport – Fortsatt uppdrag att skapa förutsättningar för uppföljningar av läkarintyg, oktober 2022, och Brottsförebyggande rådets rapport Välfärdsbrott mot kommuner och regioner (2022:1).

Behovet av en samlad information om landets vårdgivare har föranlett flera regeringsuppdrag till E-hälsomyndigheten. En nationell och gemensam informationsresurs för uppgifter över vårdgivare och på sikt även utförare av socialtjänst har i flera regeringsuppdrag benämnts vård- och omsorgsgivarkatalogen (S2023/02118, S2025/00971 och S2025/00972). Av E-hälsomyndighetens tredje delredovisning Nationell katalog över vårdgivare och utförare av socialtjänst framgår att katalogen över uppgifter om vård- och omsorgsgivare kan fungera som en gemensam, heltäckande och kvalitetssäkrad källa för information om aktörer inom sektorn hälsa, vård och omsorg samt som en del av den framväxande nationella digitala infrastrukturen (februari 2026).

Av promemoria Rättsliga förutsättningar för en nationell vårdförmedling framgår att en vårdgivarkatalog är en förutsättning för en nationell vårdförmedling eftersom det i den digitala tjänsten behövs information om

vilka vårdgivare som finns. Av promemorian framgår även att uppgifter ur ett sådant register kan återanvändas i verksamhetssystem och i e-tjänster hos t.ex. tandläkare, apotek eller andra aktörer som behöver information om vårdgivare i sin verksamhet.

Det kan därmed konstateras att det finns behov av en uttömmande informationskälla över vårdgivare som kan tillhandahållas myndigheter, aktörer inom hälso- och sjukvården samt andra berörda som har behov av kvalitetssäkrade uppgifter om vårdgivares organisationer och deras verksamhet. En sådan informationskälla är en förutsättning för nationell digital infrastruktur och nationell vårdförmedling.

Det som av E-hälsomyndigheten benämns vård- och omsorgsgivarkatalog bör delas upp i syfte att möjliggöra ett bredare användningsområde och skapa förutsättningar för en skalbar reglering av även framtida närliggande initiativ inom hälso- och sjukvårdssektorn. En grunddatamängd om vårdgivare bör regleras särskilt och i stället benämnas som ett register. Uppgifter om omsorgsgivare behandlas inte inom ramen för denna promemoria.

Vissa uppgifter om vårdgivare finns redan i befintliga informationskällor

Vissa av de informationskategorier om vårdgivare som bedöms vara nödvändiga för bl.a. den nationella digitala infrastrukturen för hälso- och sjukvården och nationell vårdförmedling finns redan i befintliga informationskällor.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) är skyldig att bl.a. föra ett automatiserat register över anmälda verksamheter samt över vissa sjukvårdsinrättningar och enheter, det s.k. vårdgivarregistret, enligt 2 kap. 11 § patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PSL. Registret får användas för tillsyn och forskning samt för framställning av statistik (2 kap. 11 § första stycket PSL). Den som avser att bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet är skyldig att anmäla sin verksamhet till IVO senast en månad innan verksamheten påbörjas. En anmälan ska även göras till IVO om verksamheten helt eller till väsentlig del förändras eller flyttas (2 kap. 1 och 2 §§ PSL).

Vid sidan av IVO:s register finns också andra register som innehåller vissa relevanta informationsmängder över vårdgivare, framför allt den elektroniska Hälso- och sjukvårdens adressregisterkatalog (HSA-katalogen). HSA-katalogen tillhandahålls av Inera AB, som är ett bolag som samägs av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och av kommuner och regioner. HSA-katalogen innehåller uppgifter om organisation och personer inom vård och omsorg i Sverige och utgör en källa för att styra behörighet när användare loggar in i tjänster och system tillhandahållna av Inera AB, bl.a. för åtkomst till personuppgifter.

Samtliga kommuner och regioner liksom ett stort antal privata vårdgivare använder HSA-katalogen. Innehållet i HSA-katalogen bygger på att uppgifter lämnas frivilligt till Inera AB, vilket samtidigt är en förutsättning för att kunna nyttja tillhandahållna tjänster, såsom Nationell patientöversikt (NPÖ), som ger tillgång till journaluppgifter från andra vårdgivare.

Befintliga informationskällor ger inte en heltäckande bild av vårdgivare

Av både E-hälsomyndighetens delredovisning Uppdrag att ta fram en nationell katalog över vårdgivare och utförare av socialtjänst (2023, s. 32) och utredningens (S 2024: A) promemoria Rättsliga förutsättningar för en nationell vårdförmedling (2025 s. 32–35) framgår att befintliga informationskällor, såsom bl.a. HSA-katalogen, IVO:s vårdgivarregister, omsorgsregister och säkerhetsregister, inte, var för sig, fullt ut kan tillgodose statens behov av strukturerade och standardiserade uppgifter om organisation och verksamheter för vårdgivare.

IVO:s vårdgivarregister, som innehåller uppgifter om vårdgivare, får användas för myndighetens tillsynsverksamhet och forskning samt för framställning av statistik och är därför, av förklarliga skäl, inte anpassat för att användas för sådana ändamål som är avsikten med den nationella digitala infrastrukturen eller nationell vårdförmedling. Det har tidigare identifierats att uppgifter som samlas in för tillsynsändamål är svåra att använda för andra ändamål än just tillsyn (se t.ex. Socialstyrelsens rapport Kartläggning av datamängder av nationella intresse på hälsodatområdet, 2022).

IVO:s vårdgivarregister, i sin nuvarande tekniska och semantiska utformning, bedöms inte heller innehålla information på den detaljeringsgrad som krävs för den nationella digitala infrastrukturen. De inlämnade uppgifterna är inte strukturerade på ett sådant sätt att dessa kan tillgodose behoven för den nationella digitala infrastrukturen eller nationell vårdförmedling (se avsnitt 5).

Även innehållet i HSA-katalogen är otillräckligt för den nationella digitala infrastrukturen eftersom denna förutsätter enhetligt strukturerade och interoperabla grunddata för att möjliggöra säkert och effektivt informationsutbyte mellan vårdgivare.

Bristen på enhetlighet mellan myndighetsregister och tjänster innebär även att definitioner av informationskategorier samt processer för insamling av uppgifter skiljer sig åt. Skillnaderna påverkar registeruppgifternas struktur och kvalitet. När uppgifter anges på olika sätt blir det ofta svårt och ibland inte möjligt för olika system att kommunicera på ett effektivt sätt.

Mot den bakgrunden bedöms att de befintliga myndighetsregister eller andra källor över information om vårdgivare och deras organisation, inte är heltäckande eller enhetligt strukturerade på ett sådant sätt att de kan återanvändas för den nationella digitala infrastrukturen eller nationell vårdförmedling. Det finns därmed ett behov av ett nytt grundregister över vårdgivare som kan tillgodose behovet av strukturerade och standardiserade uppgifter om vårdgivarens organisation och verksamheter.

Ett grundregister bör ha ett brett syfte

Ett nytt grundregister över vårdgivare bör kunna ha som syfte att ge en samlad och aktuell bild av vilka vårdgivare som finns i landet, hur deras verksamheter är organiserade, var verksamhet bedrivs och hur verksamheterna kan kontaktas. Av E-hälsomyndighetens slutredovisning, Uppdrag att ta fram en nationell katalog över vårdgivare och utförare av socialtjänst, framgår att ett sådant register bör utgöra en gemensam, kvalitetssäkrad och heltäckande informationskälla som kan användas både

i verksamhetsflöden och vid informationsutbyte mellan olika aktörer (april 2025, s. 4).

Ett grundregister över vårdgivare bedöms vara en viktig del i regeringens arbete med ökad interoperabilitet och förbättrad datadelning inom hälso- och sjukvården. Inom den nationella digitala infrastrukturen kan grundregistret över vårdgivare användas av infrastrukturens prioriterade komponenter för olika syften. Grundregistret över vårdgivare kan t.ex. användas tillsammans eller samköras med andra register. I avsnitt 4 lämnas förslag om ett nationellt register över patienters vårdgivare som syftar till att lokalisera en patients vårdgivare. Grundregistret över vårdgivare kan användas som kontrollfunktion som säkerställer att endast vårdgivare förekommer i registret över patienters vårdgivare, vilket förbättrar träffsäkerhet och kvalitet på uppgifterna i det registret (se avsnitt 3.2). Ett grundregister över vårdgivare kan även användas vid anslutning till den nationella digitala infrastrukturen. Registret kan i detta sammanhang nyttjas som referens som en del av identifieringen och verifieringen en vårdgivare.

Uppgifter från grundregistret över vårdgivare kan också användas för att stödja den nationella vårdsökstjänsten (se avsnitt 5.1). Utöver att vara korrekta och aktuella måste uppgifter om vårdgivare ha en detaljeringsgrad och vara strukturerade på ett sådant sätt som gör att vårdsökstjänsten kan uppnå nödvändig funktionalitet (se avsnitt 5.2). Det vårdsökssystem som E-hälsomyndigheten har i uppdrag att utveckla och förvalta är avsett att ge regionerna stöd i arbetet med att erbjuda vård inom vårdgarantins gränser (S2022/01372). Uppdraget har resulterat i en första version av en vårdsökstjänst i form av ett digitalt vårdsökssystem, som ska möjliggöra för regionerna att bl.a. se tillgänglig vårdkapacitet i hela landet (Uppdrag att genomföra en förstudie om hur ett nationellt vårdsöksystem kan utvecklas, organiseras och förvaltas, E-hälsomyndigheten, 2025). Ett grundregister över vårdgivare kan förse vårdsökstjänster med uppgifter om vårdgivare och bör ses som ett verktyg för den nationella vårdförmedling som regeringen inrättar för att korta köerna inom hälso- och sjukvården (se avsnitt 5.1).

Över tid bedöms även ett kvalitetssäkrat och aktuellt grundregister över vårdgivare kunna användas i fler sammanhang för fler samhällsnyttiga syften. Registret kan exempelvis få betydelse för samhällets beredskap genom att underlätta för att uppgifter snabbare kan delas och sammanställas vid kriser och andra allvarliga störningar. Därutöver finns ett tydligt kontroll- och tillsynsintresse för samlade uppgifter över vårdgivare i landet. I promemorian Förbättrade förutsättningar för IVO – förslag för att motverka oseriösa och kriminella aktörer inom hälso- och sjukvården (Ds 2025:17) framgår bl.a. hur oseriösa och kriminella aktörer kan undandra sig tillsyn genom att inte anmäla sig till IVO eller att underlåta att anmäla ändrade förhållanden om sin verksamhet. Detta försvårar en effektiv tillsyn och kan ytterst få konsekvenser för såväl patientsäkerheten som riktigheten i offentliga utbetalningar.

Ett grundregister över vårdgivare kan även användas som informationskälla i den webbaserade nationella jämförelsetjänsten av vårdgivare som E-hälsomyndigheten fått i uppdrag av regeringen att utveckla och tillhandahålla (S2025/01280). Utöver det kan grundregistret över vårdgivare vara en del i de tekniska lösningar som ska användas vid

lokalisering och delning av hälsodata enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2025/327 av den 11 februari 2025 om det europeiska hälsodataområdet och om ändring av direktiv 2011/24/EU och förordning (EU) 2024/2487, här benämnd EU:s hälsodataförordning.

Mot denna bakgrund görs bedömningen att ett grundregister över vårdgivare bör ha ett tydligt och övergripande syfte att tillhandahålla en samlad, kvalitetssäkrad och enhetligt strukturerad informationsmängd över vårdgivare så att informationen kan tillhandahållas i olika syften.

E-hälsomyndigheten bör vara ansvarig registermyndighet

E-hälsomyndigheten är expertmyndighet för frågor som rör digitala tjänster inom hälso- och sjukvårdsområdet. Enligt 1 § förordningen (2013:1031) med instruktion för E-hälsomyndigheten framgår bl.a. att E-hälsomyndigheten ska ansvara för och tillhandahålla den nationella digitala infrastrukturen för hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst och verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS-verksamhet) samt ansvara för de register och it-funktioner som öppenvårdsapotek och vårdgivare behöver ha tillgång till för en patientsäker och kostnadseffektiv läkemedelshantering.

E-hälsomyndigheten har även haft flera regeringsuppdrag om den nationella digitala infrastrukturen och om en nationell katalog över vårdgivare och utförare av socialtjänst.

Mot den bakgrunden bedöms E-hälsomyndigheten vara väl lämpad som ansvarig registermyndighet att föra ett grundregister över vårdgivare på ett ändamålsenligt sätt.

Bestämmelser om grundregistret över vårdgivare bör regleras i en särskild lag

Bestämmelser om grundregistret över vårdgivare innebär ett ansvar för registermyndigheten att föra ett register på ett ändamålsenligt sätt. I de informationsmängder som behövs för registret finns, om än i begränsad omfattning, uppgifter som innehåller personuppgifter (se avsnitt 8.2). Eftersom det inte kommer röra sig om en omfattande personuppgiftsbehandling eller ett särskilt känsligt innehåll bör det inte krävas reglering i lag enligt 2 kap. 6 § regeringsformen (se avsnitt 8.2). Informationsförsörjningen av registret förutsätter skyldigheter för såväl offentliga som privata vårdgivare att lämna uppgifter till registermyndigheten (se avsnitt 3.4 och 3.7). Det bedöms därför att bestämmelser om grundregistret över vårdgivare bör regleras i lag. Det är även ändamålsenligt att bestämmelser om uppgiftsskyldighet och övrig behövlig reglering hålls samman. Av den anledningen och eftersom det inte framstår som lämpligt att införa samtliga nya bestämmelser i gällande lagar på området, såsom hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, föreslås en särreglering i form av en ny lag. Den nya lagen ska benämnas lagen om grundregister över vårdgivare.

För att regleringen ska bli så flexibel som möjligt bör vissa bestämmelser om grundregistret över vårdgivare regleras i förordning eller myndighetsföreskrifter. Det handlar bl.a. om innehållet i grundregistret (se avsnitt 3.3), uppgiftsskyldighet för vårdgivare (se avsnitt 3.4), hur

uppgifter ur registret ska tillgängliggöras (se avsnitt 3.6) och vissa tekniska och organisatoriska krav som ska ställas på vårdgivare (se avsnitt 3.7).

3.2 Uttrycken vårdgivare och hälso- och sjukvård i lagen

Förslag

Den nya lagen ska innehålla följande definitioner:

1. vårdgivare: statlig myndighet, kommun och region i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för, samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård, och
2. hälso- och sjukvård: verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen, tandvårdslagen, lagen om psykiatrisk tvångsvård, lagen om rättspsykiatrisk vård, lagen om omskärelse av pojkar, smittskyddslagen, lagen om försäkringsmedicinska utredningar, lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter och lagen om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar samt verksamhet inom detaljhandel med läkemedel enligt lagen om handel med läkemedel.

Skälen för förslaget

Uttrycket vårdgivare i grundregistret över vårdgivare

För att det ska vara tydligt vilka aktörer som omfattas av lagens bestämmelser bör uttrycket vårdgivare definieras. Definitionen av uttrycket vårdgivare i den nya lagen bör bestämmas så att den motsvarar det identifierade informationsbehovet. Syftet med grundregistret över vårdgivare är att inhämta och tillgängliggöra information om relevanta verksamhetsutövare inom hälso- och sjukvårdssektorn i Sverige. Uppgifterna ska vara avsedda att stödja datakvaliteten i och funktionaliteten av andra förekommande delar i den digitala infrastrukturen, som t.ex. uppgifterna i registret över patienters vårdgivare (se avsnitt 4.1). Som en fristående informationskälla har innehållet ytterligare användningsområden, bl.a. för försörjning av befintliga och framtida digitala tjänster på hälso- och sjukvårdsområdet. Det bedöms även att grundregistret ska kunna tillhandahålla uppgifter över vårdgivare till den nationella vårdsökstjänsten (se avsnitt 5.1). Avsikten är också att andra myndigheter och aktörer som har behov av tillförlitliga uppgifter om vårdgivares organisation och verksamhet ska kunna använda informationen, exempelvis i tillsynsverksamhet eller för analyser relaterade till välfärdsbrottslighet.

I E-hälsomyndighetens uppdrag att ta fram en nationell katalog över vårdgivare och utförare av socialtjänst har regeringen framhållit att den nationella katalogen över vårdgivare ska möjliggöra att information kan tillhandahållas om samtliga vårdgivare och utförare av hälso- och sjukvård i Sverige (S2023/02118).

Mot den bakgrunden är det viktigt att lagen om grundregister över vårdgivare innehåller en bred definition av vilka verksamhetsutövare som ska innefattas i uttrycket vårdgivare.

Flertalet lagar som är relevanta för hälso- och sjukvården definierar på ett identiskt eller snarlikt sätt uttrycket vårdgivare, som i t.ex. patientdatalagen (2008:355), patientsäkerhetslagen, hälso- och sjukvårdslagen och lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. I de nämnda lagarna avses med vårdgivare en statlig myndighet, region och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård. Definitionen bör därför lämpligen utformas i enlighet med den vanligaste breda definitionen av vårdgivare i författningar på hälso- och sjukvårdsområdet.

Med vårdgivare bör därför avses vårdgivare med offentlig huvudman, dvs. både regionala och kommunala vårdgivare. En vårdgivare kan även vara en fysisk person som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet i en enskild firma eller en juridisk person t.ex. ett aktiebolag, en stiftelse, ett handelsbolag eller liknande. Sådana vårdgivare kan bedriva verksamhet med eller utan offentlig finansiering.

Den som samtidigt bedriver både hälso- och sjukvård och annan verksamhet kan anses som vårdgivare avseende den del som rör hälso- och sjukvård, bl.a. när det är fråga om elevhälsa enligt skollagen (2010:800), företagshälsovård enligt arbetsmiljölagen (1977:1160). Sådana vårdgivare omfattas också av definitionen.

Även statliga myndigheter som bedriver hälso- och sjukvård omfattas, t.ex. Kriminalvården, Försvarsmakten, Rättsmedicinalverket, Statens institutionsstyrelse samt universitet och högskolor. Typiskt för de statliga vårdgivarna är att hälso- och sjukvård inte utgör deras kärnverksamhet utan att den bedrivs parallellt med annan verksamhet. Myndigheterna är således underkastade sjukvårdslagstiftning endast i den del av deras verksamhet som innefattar hälso- och sjukvård.

Uttrycket hälso- och sjukvård i hälso- och sjukvårdslagen…

Den valda utformningen av definitionen av vårdgivare i grundregistret över vårdgivare förutsätter också att uttrycket hälso- och sjukvård behöver definieras.

Av 2 kap. 1 § HSL framgår att med hälso- och sjukvård avses sådana åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Det framgår även att åtgärder som sjuktransporter och omhändertagande av avlidna omfattas av uttrycket hälso- och sjukvård. Lagen är tillämplig på individinriktad patientvård och omfattar såväl sjukdomsförebyggande åtgärder som den egentliga sjukvården. Till individinriktade förebyggande åtgärder räknas bl.a. all verksamhet som har till syfte att uppspåra hälsoproblem av skilda slag, t.ex. allmänna och riktade hälsokontroller, vaccinationer, hälsoupplysning liksom mödra- och barnhälsovård (prop. 1981/82:97 s. 111).

Även hälso- och sjukvårdsåtgärder med anledning av medfödda skador samt graviditet och barnsbörd innefattas i uttrycket hälso- och sjukvård. I uttrycket ryms också exempelvis åtgärder i samband med abort och sterilisering (se prop. 1981/82:97 s. 111). Speciallagarna för dessa

verksamhetsområden, abortlagen (1974:595) och steriliseringslagen (1975:580), reglerar de närmare förutsättningarna för sådana ingrepp, men inte nödvändigtvis alla övriga förhållanden som hänger samman med verksamheterna.

Motsvarande gäller i fråga om transplantationer enligt lagen (1995:831) om transplantation m.m., och lagen (2024:237) om vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen. Även vård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, och smittskyddslagen (2004:168) är hälso- och sjukvård. Till hälso- och sjukvården hör även företagshälsovården, elevhälsan och studerandehälsovården, oaktat att dessa verksamhetsgrenar delvis faller utanför den hälso- och sjukvård som de offentliga huvudmännen i den egenskapen har att svara för.

Även sådan verksamhet som regleras i lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m. är hälso- och sjukvård.

Till sin ordalydelse kan alltså definitionen av hälso- och sjukvård i hälso- och sjukvårdslagen sägas vara icke uttömmande och förhållandevis vidsträckt. Enligt lydelsen omfattar definitionen – beskriven som åtgärder med vissa syften – också sjukdomar och skador i munhålan. Detta är dock inte avsikten. Från hälso- och sjukvårdslagens tillämpningsområde undantas uttryckligen tandvården (2 kap. 1 § andra stycket). Tandvården regleras i stället i tandvårdslagen (1985:125), och definieras däri som åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador i munhålan (1 § tandvårdslagen).

… och i patientsäkerhetslagen

Uttrycket hälso- och sjukvård har en bredare definition i patientsäkerhetslagen än den i hälso- och sjukvårdslagen och omfattar, utöver de verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen, fler verksamheter som är att anse som hälso- och sjukvård.

Av 1 kap. 2 § patientsäkerhetslagen framgår att med hälso- och sjukvård avses även verksamhet som omfattas av tandvårdslagen, lagen om omskärelse av pojkar, lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar, lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter, lagen (2021:363) om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar, lagen (2024:237) om vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen samt verksamhet inom detaljhandel med läkemedel enligt lagen (2009:366) om handel med läkemedel. Lagen syftar till att främja patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet (1 kap. 1 §). Av lagens förarbeten framgår att med uttrycket därmed jämförlig verksamhet avses sådan verksamhet som regleras i 5 kap. och 7 kap. 2 § patientsäkerhetslagen och verksamheter vid enheter för rättspsykiatriska undersökningar (prop. 2009/10:210 s. 188).

Uttrycket hälso- och sjukvård i grundregistret över vårdgivare

Med beaktande av den nya lagens syfte är den definition av hälso- och sjukvård som finns i hälso- och sjukvårdslagen inte tillräcklig. I stället är den bredare definitionen i patientsäkerhetslagen mer ändamålsenlig. Därigenom inkluderas hälso- och sjukvårdslagen och annan verksamhet som är medicinskt motiverad, som verksamheter enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård, lagen om rättspsykiatrisk vård och smittskyddslagen.

Verksamheter enligt tandvårdslagen och lagen om handel med läkemedel kommer också omfattas av definitionen av uttrycket hälso- och sjukvård.

Därutöver inkluderas vissa verksamheter som inte anses vara hälso- och sjukvård i hälso- och sjukvårdslagens mening, men som genererar hälsodata, såsom verksamheter enligt lagen om genetisk integritet m.m., lagen om försäkringsmedicinska utredningar och lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter. Andra verksamheter som inte heller anses vara hälso- och sjukvård i hälso- och sjukvårdslagens mening men för vilka det finnas behov av tillsyn och att säkerställa skyddet för den enskilde i dennes kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal, som lagen om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar samt lagen om vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen.

En sådan definition av uttrycket hälso- och sjukvård möter även regeringens ambition om en heltäckande informationskälla över vårdgivare. Både författningstekniskt och de föreslagna definitionernas sakliga innehåll överensstämmer även med hur uttrycken vårdgivare och hälso- och sjukvård är utformade i patientrörlighetsdirektivet (Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU av den 9 mars 2011 om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård), till vilka hänvisningar görs i EU:s hälsodataförordning. I båda rättsakterna avses således med vårdgivare varje fysisk eller juridisk person eller varje annan entitet som lagligen bedriver hälso- och sjukvård på en medlemsstats territorium. Med hälso- och sjukvård avses hälso- och sjukvårdstjänster som hälso- och sjukvårdspersonal tillhandahåller patienter i syfte att bedöma, bibehålla eller återställa deras hälsotillstånd, inbegripen förskrivning, utlämning och tillhandahållande av läkemedel och medicinska hjälpmedel (artikel 2.1 b i EU:s hälsodataförordning och artikel 3 a och 3 g i patientrörlighetsdirektivet).

I likhet med vad som är fallet med patientsäkerhetslagen bör definitionen av hälso- och sjukvård innehålla en förteckning över sådana författningar om verksamheter vilka anses utgöra hälso- och sjukvård enligt den föreslagna lagen. Därmed preciseras innebörden även för definitionen av vårdgivare.

3.3 Innehållet i grundregistret över vårdgivare

Förslag

Grundregistret över vårdgivare ska få innehålla uppgifter om vårdgivares organisation. Registret ska inte få innehålla uppgifter om patienter.

Det ska i lagen tas in en upplysning om att regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer kan meddela närmare föreskrifter om innehållet i grundregistret över vårdgivare.

Bedömning

Grundregistret över vårdgivare bör innehålla uppgifter om

1. vårdgivares namn och organisationsnummer,

2. kontaktuppgifter till de organisatoriska enheterna inom vårdgivares organisation och befattningshavare inom vårdgivares organisation,
3. var vårdgivare bedriver verksamhet,
4. vårdgivares verksamhetsinriktning,
5. organisationssamband mellan olika vårdgivare och deras verksamheter, och
6. vårdgivares tillstånd eller förbud att bedriva verksamhet patientsäkerhetslagen.

Skälen för förslaget och bedömningen

Syftet med grundregistret över vårdgivare är att inhämta och tillgängliggöra information om vårdgivares organisation. Uppgifterna är även avsedda att stödja datakvaliteten i och funktionaliteten av andra förekommande och avsedda delar i den nationella digitala infrastrukturen, som uppgiftssamlingarna i registret över patienters vårdgivare (se avsnitt 4). Grundregistret över vårdgivare är även en förutsättning för en nationell vårdsökstjänst (se avsnitt 5).

För att uppnå syftet med ett grundregister över vårdgivare behöver det således innehålla uppgifter om vårdgivares organisation. Av E-hälsomyndighetens slutredovisning Uppdrag att ta fram en nationell katalog över vårdgivare och utförare av socialtjänst framgår att en katalog över vårdgivare möjliggör tillhandahållande av olika typer av information om exempelvis uppgifter om huvudman, organisations- och kontaktuppgifter, geografisk plats samt verksamheternas innehåll och målgrupp (april 2025, s. 20).

Grundregistret över vårdgivare bör därför innehålla uppgifter om t.ex. vårdgivares namn, organisationsnummer, kontaktuppgifter till vårdgivares verksamhet, var vårdgivare bedriver verksamhet, vårdgivares verksamhetsinriktning, organisatoriska enheter inom vårdgivares verksamhet, organisationssamband mellan olika vårdgivares verksamheter och tillstånd eller förbud för vårdgivare att bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Grundregistret över vårdgivare syftar till att på ett korrekt sätt återspegla vilka aktörer som bedriver hälso- och sjukvård. De uppgifter som ska tillgängliggöras i grundregistret över vårdgivare bör därför inte innehålla uppgifter om patienter. Det bedöms även att uppgifter i grundregistret över vårdgivare inte ska innehålla sådana uppgifter som omfattas av sekretess. Överväganden om sekretess med anledning av förslagen om ett grundregister över vårdgivare behandlas närmare i avsnitt 7.2.

För att regleringen ska vara så flexibel som möjligt bör det närmare innehållet i grundregistret över vårdgivare framgå av förordning. Regeringen kan meddela sådana föreskrifter om verkställighet av lag med stöd av 8 kap. 7 § första stycket 1 regeringsformen. I vissa situationer kan det vara motiverat att ha en upplysningsbestämmelse om regeringens möjlighet att meddela sådana föreskrifter, då riksdagen lagstiftar inom området för regeringens restkompetens (jfr HFD 2023 ref. 2). När riksdagen har reglerat en viss fråga kan regeringen inte längre använda sin föreskriftsrätt i samma fråga, eftersom en lag endast får ändras genom lag (8 kap. 18 § regeringsformen). Det anses att det i det här fallet bör finnas en bestämmelse som upplyser om att regeringen kan meddela föreskrifter

på området. Det föreslås därför att det tas in en upplysning i lagen om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan meddela närmare föreskrifter om innehållet i grundregistret över vårdgivare med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen. Uttrycket närmare föreskrifter innebär att det är verkställighetsföreskrifter som avses.

3.4 Vårdgivares uppgiftsskyldighet gentemot registermyndigheten

Förslag

Vårdgivare ska till registermyndigheten lämna de uppgifter som är nödvändiga för att föra ett grundregister över vårdgivare. Skyldigheten gäller inte sådana uppgifter som är säkerhetsskyddsklassificerade enligt säkerhetsskyddslagen. Om de förhållanden för vilka uppgifter lämnats ändras, ska det skyndsamt anmälas till registermyndigheten.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela ytterligare föreskrifter om uppgifts- och anmälningsskyldigheten.

Bedömning

E-hälsomyndigheten bör få meddela ytterligare föreskrifter om vårdgivares uppgifts- och anmälningsskyldighet.

Skälen för förslaget och bedömningen

Behov av en uppgiftsskyldighet

För att förse grundregistret över vårdgivare med nödvändig information behöver de vårdgivare som omfattas av den nya lagen lämna uppgifter om sin organisation. Behovet av komplett och korrekt information kan inte fullt ut säkerställas genom ett uppgiftslämnande som vilar på frivilligt åtagande. Det finns därför behov av att det införs en skyldighet för vårdgivare att lämna de uppgifter om vårdgivarens organisation som är nödvändiga för att föra ett grundregister över vårdgivare till registermyndigheten.

Uppgiftsskyldigheten bör omfatta information om bl.a. vårdgivarens namn, organisationsnummer, kontaktuppgifter till vårdgivarens verksamhet, var vårdgivaren bedriver verksamhet, vårdgivarens verksamhetsinriktning och förutsättningarna för vårdgivaren att bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Av 2 kap. 1 § PSL följer redan en skyldighet för vårdgivare som omfattas av IVO:s tillsyn att anmäla sin verksamhet till myndigheten. Anmälan ska innehålla bl.a. uppgifter om verksamhetens inriktning, var verksamheten ska bedrivas, vem som är verksamhetschef och vem som ansvarar för anmälningsskyldigheten (2 kap. 1 § patientsäkerhetsförordningen [2010:1369]). Det kan därmed konstateras att flera av de uppgifter som omfattas av IVO:s anmälningsskyldighet överensstämmer med de uppgifter som behöver finnas i grundregistret över vårdgivare (se

avsnitt 3.3). Ett fåtal av de uppgifter som är nödvändiga för grundregister över vårdgivare skulle därför i stället kunna inhämtas från IVO. Det bedöms dock att det inte är möjligt att registermyndigheten inhämtar alla uppgifter om vårdgivare från IVO (se avsnitt 3.5). Som anges i avsnitt 3.1 är de uppgifter som finns i IVO:s vårdgivarregister inte anpassade för att användas för sådana ändamål som avses i den nationella digitala infrastrukturen eller den nationella vårdsökstjänsten. IVO:s vårdgivarregister i sin nuvarande tekniska och semantiska utformning bedöms inte heller innehålla information på den detaljeringsgrad eller i det format som krävs.

Det innebär att det kommer finnas en skyldighet för vårdgivare att till viss del lämna ut liknande uppgifter till två olika myndigheter. Frågan är om en sådan administrativ belastning som en ny uppgiftsskyldighet medför är godtagbar.

Syftet med en uppgiftsskyldighet till grundregistret över vårdgivare är att förse grundregistret med information om vårdgivare för samlad, kvalitetssäkrad och enhetligt strukturerad information över vårdgivare. Detta bidrar bl.a. till att höja kvaliteten i vården, stärka patientsäkerheten och förbättra patientens ställning genom att möjliggöra för en mer sömlös datadelning mellan vårdgivare. Ett grundregister över vårdgivare är även en förutsättning för att kunna tillhandahålla flera digitala tjänster såsom den nationella vårdsökstjänsten (se avsnitt 5.1). Med hänsyn härtill får den administrativa belastning som en ny uppgiftsskyldighet medför anses godtagbar. Eftersom några mindre ingripande åtgärder inte bedöms kunna uppfylla det angivna syftet bedöms uppgiftsskyldigheten också vara proportionerlig.

En ordning där dubbla uppgiftsskyldigheter innebär en tyngre administrativ börda för vårdgivare bör endast pågå under en övergångsperiod. För att underlätta för vårdgivare bör det utvecklas en inrapporteringskanal hos registermyndigheten och IVO. En dubbel uppgiftsskyldighet skulle därmed inte upplevas lika betungande om uppgifterna endast lämnas en gång.

Skyldigheten kommer att omfatta både privata och offentliga vårdgivare (se avsnitt 3.1). Personuppgiftsbehandling med anledning av förslagen om uppgiftsskyldighet behandlas i avsnitt 8.2.

Uppgiftsskyldigheten gäller inte säkerhetsskyddsklassificerade uppgifter

Grundregistret över vårdgivare ska tillhandahålla öppen information om vårdgivare. Bedömningen är därför att uppgiftsskyldigheten endast i sällsynta fall skulle kunna röra säkerhetsskyddsklassificerade uppgifter. Med säkerhetsskyddsklassificerade uppgifter avses enligt 1 kap. 2 § säkerhetsskyddslagen (2018:585) uppgifter som rör säkerhetskänslig verksamhet och som därför omfattas av sekretess enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) eller som skulle ha omfattats av sekretess enligt den lagen, om den hade varit tillämplig. När det gäller grundregistret över vårdgivare skulle det i undantagsfall kunna röra sig om uppgifter om vårdgivares inriktning och omfattning av verksamheten. För att säkerställa att säkerhetsskyddsklassificerade uppgifter inte lämnas med stöd av den nya lagen bör det införas ett undantag som innebär att skyldigheten att lämna uppgifter enligt lagen inte gäller säkerhetsskyddsklassificerade

uppgifter. Registermyndigheten bör också informera vårdgivarna om att säkerhetsskyddsklassificerade uppgifter inte ska lämnas till myndigheten.

Anmälningsskyldighet om ändrade förhållanden

Det är av central betydelse att grundregistret över vårdgivare speglar faktiska förhållanden och håller en hög grad av aktualitet och kvalitet. Registrets funktion som tillförlitlig informationskälla förutsätter att de uppgifter som ingår i registret är korrekta och uppdaterade. Det finns därför anledning att införa en skyldighet för vårdgivare att anmäla förändringar som påverkar de uppgifter som ligger till grund för registreringen. Det kan exempelvis avse förändringar av organisatoriska eller verksamhetsrelaterade förhållanden, såsom ändringar av verksamhetens organisationsnummer, kontaktuppgifter eller verksamhetens inriktning. Skyldigheten kan även omfatta förändringar som innebär att verksamheten upphör, överlåts eller på annat sätt inte längre bedrivs i den form som tidigare har registrerats.

En reglerad anmälningsskyldighet vid ändrade förhållanden bidrar till att minska risken för att uppgifter i registret blir inaktuella eller missvisande. Den kompletterar därmed den uppgiftsskyldighet som gäller när uppgifter lämnas på begäran av registermyndigheten och skapar bättre förutsättningar för en kontinuerligt uppdaterad och kvalitetssäkrad informationsmängd.

En sådan anmälan bör även göras skyndsamt för att inte riskera felaktigheter i grundregistret. Därför bör vårdgivare så snart det är möjligt anmäla ändrade förhållanden till registermyndigheten.

Ytterligare bestämmelser om vårdgivares uppgifts- och anmälningsskyldighet

Eftersom uppgifts- och anmälningsskyldigheten innebär ett åliggande för såväl kommuner och regioner som för enskilda gentemot det allmänna behöver skyldigheten regleras i lag. Ytterligare bestämmelser om uppgifts- och anmälningsskyldigheten, som t.ex. vilka uppgifter som ska lämnas, hur de ska lämnas och när de ska lämnas, bör dock framgå av föreskrifter på lägre normnivå än lag. Det föreslås därför regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela ytterligare föreskrifter om uppgifts- och anmälningsskyldigheten.

I avsnitt 3.1 bedöms det att E-hälsomyndigheten bör vara ansvarig registermyndighet. E-hälsomyndigheten bör därför få meddela ytterligare föreskrifter om uppgifts- och anmälningsskyldigheten.

3.5 Inspektionen för vård och omsorgs uppgiftsskyldighet gentemot E-hälsomyndigheten

Bedömning

Inspektionen för vård och omsorg bör vara skyldig att till E-hälsomyndigheten lämna de uppgifter som är nödvändiga för att föra grundregistret över vårdgivare.

Inspektionen för vård och omsorg bör även skyndsamt informera E-hälsomyndigheten om de förhållanden för vilka uppgifter lämnats ändras.

Skälen för bedömningen

Det finns behov av en uppgiftsskyldighet

För att grundregistret över vårdgivare ska kunna ge en korrekt och aktuell bild över vilka vårdgivare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet behöver registret innehålla uppgifter om förutsättningarna för vårdgivare att bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet. Sådana uppgifter finns i IVO:s tillsynsverksamhet. Det kan handla om uppgifter om att en privat vårdgivare för tandvård har tillstånd av IVO att bedriva verksamhet enligt 2 kap. 4 § PSL. Det kan även handla om uppgifter om att IVO helt eller delvis har förbjudit en vårdgivare att bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet eller beslutat att helt eller delvis återkalla tillståndet för verksamheten. Sådana uppgifter över vårdgivare kan ge en samlad och tillförlitlig bild av vårdgivarnas rättsliga status. Därigenom förbättras förutsättningarna för informationsutbyte inom den nationella digitala infrastrukturen och för att andra myndigheter, regioner och kommuner ska kunna förlita sig på att uppgifter om vilka aktörer som har förutsättningar att bedriva hälso- och sjukvård är korrekta och aktuella.

Eftersom IVO har uppgifter om vårdgivares förutsättningar att bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet bör IVO förse registermyndigheten med de nödvändiga uppgifterna. För att säkerställa att informationen ska komma registermyndigheten tillhanda bedöms det att informationsutbytet bör regleras särskilt och att en uppgiftsskyldighet bör regleras i förordning. Därigenom kommer det att stå klart för IVO att myndigheten ansvarar för uppgiftslämnandet och hur det ska ske. Det ges även ett tydligt stöd för den personuppgiftsbehandling som uppgiftsöverföringen kan medföra (se avsnitt 8.2). Uppgiftsskyldigheten bör inte omfatta uppgifter som omfattas av sekretess (se avsnitt 7.2).

I avsnitt 3.1 bedöms det att E-hälsomyndigheten bör vara registermyndighet. IVO bör därför ha en uppgiftsskyldighet gentemot E-hälsomyndigheten.

Informationsskyldighet om ändrade förhållanden

För att ett grundregister över vårdgivare ska ge en korrekt och aktuell bild av vilka aktörer som har rätt att bedriva hälso- och sjukvård är det även nödvändigt att registret återspeglar förändringar i vårdgivares rättsliga

förutsättningar att bedriva verksamhet. Sådana förändringar kan följa av IVO:s beslut inom tillståndsprövning eller av tillsynen.

Om en verksamhet inte längre har rätt att bedriva hälso- och sjukvård, exempelvis till följd av att ett tillstånd har återkallats eller att ett förbud har meddelats, är det av stor vikt att denna förändring snabbt återspeglas i registret. Mot denna bakgrund bör det även införas en skyldighet i förordning för IVO att informera E-hälsomyndigheten om sådana förändringar som är av betydelse för uppgifterna i grundregistret över vårdgivare.

3.6 Registermyndighetens skyldighet att tillhandahålla uppgifter

Förslag

Registermyndigheten ska elektroniskt tillhandahålla uppgifter ur grundregistret över vårdgivare för

1. att ge information om vårdgivare,
2. att möjliggöra utbyte av information mellan vårdgivare, och
3. nationella digitala tjänster på hälso- och sjukvårdsområdet.

Registret ska hållas tillgängligt hos registermyndigheten.

Det bör i lagen tas in en upplysning i om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan meddela närmare föreskrifter om tillgängliggörandet av grundregistret över vårdgivare.

Bedömning

E-hälsomyndigheten bör få meddela närmare föreskrifter om tillgängliggörandet av registret.

Skälen för förslaget

Registermyndigheten bör tillhandahålla uppgifter ur grundregistret över vårdgivare

Grundregister över vårdgivare ska föras för att tillhandahålla en samlad, kvalitetssäkrad och enhetligt strukturerad informationsmängd över vårdgivare (se avsnitt 3.1). Registermyndigheten bör därför ha ett ansvar för att försörja aktörer inom hälso- och sjukvården, liksom myndigheter och andra berörda aktörer med vårdgivarinformation.

Tillhandahållandet av uppgifter bör avgränsas utifrån syftet med registret och det behov som registret ska kunna tillgodose. Registermyndighetens tillhandahållande av uppgifter ska handla om att förse myndigheter med information om vårdgivare, som exempelvis för IVO:s tillsynsverksamhet eller för ett brottsförebyggande eller brottsbekämpande arbete. I avsnitt 4 lämnas förslag om ett register över patienters vårdgivare som syftar till att vårdgivare ska kunna lokalisera en patients andra vårdgivare. Uppgifter ur grundregistret över vårdgivare kan då användas för att kontrollera vårdgivare som förekommer i registret över patienters vårdgivare. I avsnitt 5 finns förslag om en nationell vårdsökstjänst som

möjliggör för vårdgivare att erbjuda hälso- och sjukvård åt den patient som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård. Uppgifter ur grundregistret över vårdgivare kan då användas för att förse vårdsökstjänsten med korrekt information om vårdgivare. Även andra digitala tjänster på hälso- och sjukvårdsområdet kan behöva förses med information om vårdgivare.

Mot den bakgrunden bör det införas en bestämmelse om en skyldighet för registermyndigheten att tillhandahålla uppgifter om vårdgivares organisation ur grundregistret över vårdgivare för att ge information om vårdgivare, möjliggöra utbyte av information mellan vårdgivare och för nationella digitala tjänster på hälso- och sjukvårdsområdet.

Registermyndigheten ska hålla grundregistret över vårdgivare tillgängligt

För att uppgifter ur grundregistret över vårdgivare ska kunna tillhandahållas i avsett syfte behöver de kunna tillgängliggöras för mottagaren. En vanlig ordning är att det inkommer en begäran till myndigheten om ett utlämnade av uppgifter. En begäran om att få tillgång till information från en myndighet förutsätter ett antal åtgärder från myndighetens sida, exempelvis att identifiera och ta fram efterfrågad information samt ställningstagande till om någon sekretessbestämmelse är tillämplig. Eftersom grundregistret över vårdgivare inte ska innehålla känsliga personuppgifter eller uppgifter som omfattas av sekretess bör det inte finnas behov av att ett utlämnande alltid föregås av en begäran av utlämnande av uppgifter eller ett ställningstagande kring sekretess. Däremot bör det ställas krav på att uppgifterna ska tillhandahållas elektroniskt. Att elektroniskt tillhandahålla uppgifter ur grundregistret över vårdgivare kan bidra till att minska den administrativa bördan hos berörda aktörer som har behov av uppgifterna.

I själva tillhandahållandet ligger också att avgöra på vilket sätt informationen elektroniskt ska tillgängliggöras. Flera former av elektroniska tillgängliggörande av information förekommer.

En form av elektroniskt utlämnande är direktåtkomst. Begreppet definieras inte i lag eller i någon annan författning. En myndighet som har direktåtkomst till en annan myndighets databas kan på egen hand söka efter uppgifter i samma databas. Den myndighet som mottar uppgifter kan även hämta in information till sitt eget system och bearbeta den där. Den mottagande myndigheten kan dock inte påverka innehållet i databasen. Andra former av elektroniskt utlämnande kan vara genom internet, via digitala lösningar såsom API, i en digital tjänst eller att en fil bifogas med e-post, genom s.k. bulknedladdning.

Att mottagaren har ett kontinuerligt eller stort behov av uppgifterna i sin verksamhet kan t.ex. tala för att direktåtkomst är lämpligt. Motsatsvis bör direktåtkomst till uppgifter som mottagaren sällan kan komma att behöva, eller som inte är av särskilt stor betydelse för mottagaren, inte aktualiseras särskilt ofta. Behov av direktåtkomst kan t.ex. aktualiseras i situationer som omfattar ett informationsförsörjningsuppdrag, när uppgifterna är offentliga eller vid informationsöverföring mellan olika självständiga verksamhetsgrenar inom en myndighet. Även i situationer där två eller flera myndigheter är gemensamt ansvariga för att utföra en viss uppgift

kan direktåtkomst komma att framstå som det mest ändamålsenliga sättet för utlämnande.

På vilket sätt ett tillgängliggörande ska göras, genom direktåtkomst eller genom att elektroniskt utlämnade bör inte regleras särskilt. Det bör i stället vara upp till registermyndigheten att avgöra vilket distributionssätt som är mest ändamålsenligt i det enskilda fallet. För att möta berörda aktörers behov förutsätts kontinuerlig utveckling av tekniska lösningar och anpassningar av tillgängliggörandet av informationen. Det brukar i dessa sammanhang även talas om digitala ekosystem för att beskriva hur olika aktörer, system, register och processer samverkar och är beroende av varandra. Att reglera ett visst distributionssätt är därför inte alltid nödvändigt eller lämpligt, utan distributionssätt kommer att kunna variera och nya kan utvecklas. Det bör mot den bakgrunden endast ställas krav på att grundregistret över vårdgivare ska hållas tillgängligt hos registermyndigheten.

Överväganden om personuppgiftsbehandling finns i avsnitt 8.2.

Närmare bestämmelser om tillgängliggörande av uppgifter

Mot bakgrund av den tekniska utvecklingen bedöms det mest ändamålsenligt att närmare bestämmelser om tillgängliggörande av uppgifter ur grundregistret över vårdgivare regleras i förordning och myndighetsföreskrifter. Det kan avse vilka uppgifter som ska tillgängliggöras och hur de ska tillgängliggöras. Det kan även avse lämpligt elektroniskt format och distributionssätt för tillgängliggörandet. Regeringen kan meddela sådana föreskrifter om verkställighet av lag enligt 8 kap. 7 § första stycket 1 regeringsformen. I vissa situationer kan det vara motiverat att ha en upplysningsbestämmelse om regeringens möjlighet att meddela sådana föreskrifter, då riksdagen lagstiftar inom området för regeringens restkompetens (jfr HFD 2023 ref. 2). När riksdagen har reglerat en viss fråga kan regeringen inte längre använda sin föreskriftsrätt i samma fråga, eftersom en lag endast får ändras genom lag (8 kap. 18 § regeringsformen). Det anses att det i det här fallet bör finnas en bestämmelse som upplyser om att regeringen kan meddela föreskrifter på området. Det föreslås därför att det tas in en upplysning i lagen om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan meddela närmare föreskrifter om tillgängliggörande av uppgifter ur grundregistret över vårdgivare med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen. Uttrycket närmare föreskrifter innebär att det är verkställighetsföreskrifter som avses.

I avsnitt 3.1 bedöms det att E-hälsomyndigheten bör vara registermyndighet. E-hälsomyndigheten bör därför få meddela närmare föreskrifter om tillgängliggörandet av registret.

3.7 Vårdgivares skyldighet att uppfylla tekniska och organisatoriska krav

Förslag

En vårdgivare ska uppfylla de tekniska och organisatoriska krav som är nödvändiga för att uppgifter i elektronisk form ska kunna lämnas till registermyndighet.

Det ska i lagen tas in en upplysning om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan meddela närmare föreskrifter om de tekniska och organisatoriska kraven.

Bedömning

E-hälsomyndigheten bör få meddela närmare föreskrifter om de tekniska och organisatoriska kraven.

Skälen för förslaget och bedömningen

I avsnitt 3.4 lämnas förslag om att vårdgivare ska ha en skyldighet att lämna de uppgifter som är nödvändiga för att föra ett grundregister över vårdgivare. Det föreslås även att om de förhållanden för vilka uppgifter lämnats ändras, ska det skyndsamt anmälas till registermyndigheten. Förslagen innebär således att vårdgivare ska kunna lämna ut uppgifter till registermyndigheten. Vårdgivaren bör därför ha ett ansvar att uppfylla tekniska och organisatoriska krav som är nödvändiga för att möjliggöra konsekvent och säkert informationsutbyte mellan vårdgivaren och myndigheten. De tekniska kraven syftar till att säkerställa att vårdgivarens informationssystem kan kommunicera med it-funktioner hos registermyndigheten. Med organisatoriska krav avses att vårdgivare bl.a. ska ha behovs- och riskanalyser som grund för behörighetstilldelning, policyer för informationssäkerhet och rutiner för incidenthantering.

Mot bakgrund av den tekniska utvecklingen bedöms det mest ändamålsenligt att närmare bestämmelser om skyldighet för vårdgivaren att uppfylla vissa tekniska och organisatoriska krav framgår av förordning och myndighetsföreskrifter. Regeringen kan meddela sådana föreskrifter om verkställighet av lag enligt 8 kap. 7 § första stycket 1 regeringsformen. I vissa situationer kan det vara motiverat att ha en upplysningsbestämmelse om regeringens möjlighet att meddela sådana föreskrifter, då riksdagen lagstiftar inom området för regeringens restkompetens (jfr HFD 2023 ref. 2). När riksdagen har reglerat en viss fråga kan regeringen inte längre använda sin föreskriftsrätt i samma fråga, eftersom en lag endast får ändras genom lag (8 kap. 18 § regeringsformen). Det anses att det i det här fallet bör finnas en bestämmelse som upplyser om att regeringen kan meddela föreskrifter på området. Det föreslås därför att det tas in en upplysning i lagen om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan meddela närmare föreskrifter om de tekniska och organisatoriska kraven med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen. Uttrycket närmare föreskrifter innebär att det är verkställighetsföreskrifter som avses.

I avsnitt 3.1 bedöms det att E-hälsomyndigheten bör vara registermyndighet. E-hälsomyndigheten bör därför få meddela närmare föreskrifter om de tekniska och organisatoriska kraven.

4 Nationellt register över patienters vårdgivare

4.1 Det ska införas en ny lag

Förslag

Den myndighet som regeringen bestämmer (registermyndigheten) ska föra ett register över uppgifter om patienters vårdgivare (registret över patienters vårdgivare).

Registret över patienters vårdgivare ska föras för att ge information om sådana uppgifter som behövs för att lokalisera patientens vårdgivare.

Registret över patienters vårdgivare ska få innehålla

1. patientens personnummer, samordningsnummer eller motsvarande identitetsbeteckning,
2. patientens vårdgivares organisationsnummer eller motsvarande identitetsbeteckning
3. vilket elektroniskt journalsystem som innehåller uppgifter om patienten, och
4. vårdgivares elektroniska kontaktuppgifter.

Bestämmelserna ska införas i en särskild lag.

Det ska i lagen tas in en upplysning om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan meddela närmare föreskrifter om innehållet i registret.

Bedömning

E-hälsomyndigheten bör vara registermyndighet enligt den särskilda lagen.

Registret över patienters vårdgivare bör få innehålla uppgifter om anropsadresser till vårdgivares informationssystem och tekniska tjänster.

Skälen för förslaget och bedömningen

Det finns behov av ett nationellt register över patienters vårdgivare

Regeringens ambition är att hälsodata ska tillgängliggöras mellan vårdgivare i hela vårdkedjan för all vård, både kommunal vård, regional sjukvård och tandvård, oavsett huvudman. I dag finns ingen nationell digital infrastruktur som möjliggör ett sådant informationsutbyte och som omfattar samtliga vårdgivare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet. Vårdgivare har även åtskilliga separata digitala lösningar runt

om i landet, vilket har försvårat kommunikationen mellan vårdgivares informationssystem och medfört att nödvändiga uppgifter inte alltid följer patienten vid olika kontakter med vården. En patient kan därför behöva upprepa sin sjukdomshistoria för flera vårdgivare eller genomgå samma undersökningar flera gånger, vilket i sin tur medför att hälso- och sjukvårdspersonal ibland behöver lägga onödig tid på att samla in uppgifter från flera källor, dubbeldokumentera, ta om prover som patienten redan tagit eller göra om undersökningar som patienten redan genomgått.

Lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, förkortad SVOD, möjliggör visserligen för vårdgivare att ge eller få tillgång, genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande, till ospärrade uppgifter om en patient hos vårdgivare. Att ansluta sig till ett elektroniskt system med sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation är dock frivilligt, vilket innebär att det t.ex. saknas fulltäckande information om var en patient har fått vård (prop. 2021/22:177 s. 193).

Nationell patientöversikt (NPÖ) är en tjänst som tillhandahålls av Inera AB på uppdrag av regionerna och kommunerna. NPÖ är den mest använda nationella tjänsten för att ta del av hälsodata från andra vårdgivare. Av utredningens (S 2024:A) promemoria Hälsodata ska vara tillgänglig i hela vårdkedjan framgår att samtliga regioner, drygt 70 kommuner och knappt 200 privata vårdgivare delar och tar del av information i NPÖ (september 2025, s. 171 och 172). Tjänsten erbjuds till offentligt finansierade vårdgivare vilket innebär att vårdgivare som endast driver privat finansierad verksamhet saknas. Eftersom det är frivilligt att tillgängliggöra hälsodata för en annan vårdgivare varierar det vilken information som de vårdgivare som använder tjänsten tillgängliggör. Detta gör att informationen om patienten inte blir heltäckande. Den vårdanställde som nyttjar tjänsten kan därför inte vara säker på att den ser all information om patienten inom ramen för de informationsmängder som finns att tillgå. NPÖ uppfyller inte heller kraven i Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2025/327 av den 11 februari 2025 om det europeiska hälsodataområdet och om ändring av direktiv 2011/24/EU och förordning (EU) 2024/2487, här benämnd EU:s hälsodataförordning. Förordningen träder i kraft 29 mars 2029 (i dessa delar), och reglerar bl.a. att vårdpersonal ska ha tillgång till sina patienters relevanta och nödvändiga hälsodata.

Inera AB har även en tjänsteadresseringskatalog som är en integrerad del av Inera AB:s nationella tjänsteplattform som används för tekniskt informationsutbyte mellan anslutna system inom vård och omsorg. Ineras tjänsteadresseringskatalog innehåller uppgifter som ligger till grund för adressering, vägval och kontroll av anropsbehörighet. Denna infrastruktur är dock inte tillgänglig för all vård. Mycket av datadelningen sker dessutom genom att vårdgivarna arbetar i samma vårdinformationssystem eller genom NPÖ och inte genom informationsutbyten mellan vårdinformationssystemen.

Mot den bakgrunden bedöms det att det finns ett behov av ett nationellt register som möjliggör för vårdgivare i hela vårdkedjan att få information om patienten varit eller är registrerad hos andra vårdgivare. Ett nationellt register bör därför föras över patienters vårdgivare för att ge information om sådana uppgifter som behövs för att lokalisera patientens vårdgivare. Uppgifter ur registret ska alltså visa var relevant information om patienten

finns och hos vilken vårdgivare. Detta innebär att den sökning vårdgivare behöver göra för att hitta en patients andra vårdgivare begränsas till de vårdgivare och vårdinformationssystemen som innehåller relevant hälsodata.

Ett sådant register är också ett steg mot anpassning av nationell reglering avseende vårdgivares tillgång till elektronisk information om en patient enligt EU:s hälsodataförordningen.

Innehållet i ett nationellt register över patienters vårdgivare

För att vårdgivare ska få tillgång till information om sin patient från andra vårdgivare behövs information om patienten varit eller är registrerad hos andra vårdgivare. För att kunna identifiera patienten behöver därför registret över patienters vårdgivare innehålla uppgifter om patientens personnummer, samordningsnummer eller motsvarande identitetsbeteckning samt vilket elektroniskt journalsystem som innehåller uppgifter om patienten. För att kunna hitta patientens vårdgivare behöver vårdgivarens organisationsnummer och elektroniska adressuppgifter också registreras. Det finns dock inte behov av att registret innehåller vårddokumentation om patienter, s.k. kliniska uppgifter, som t.ex. patientens diagnoser eller vård och behandling. Dessa uppgifter får i stället vårdgivaren hämta själv från andra vårdgivare. Det kan t.ex. ske genom sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.

För att vårdgivare enkelt ska kunna utbyta uppgifter om patienter med varandra genom sina vårdinformationssystemen behöver registret över patienters vårdgivare innehålla uppgifter om vårdgivares elektroniska adressuppgifter. Dessa uppgifter ska möjliggöra delning av hälsodata mellan samtliga vårdgivare oavsett om de har olika informationssystem eller inte. För att informationsutbytet ska fungera förutsätts att de elektroniska adressuppgifterna innehåller information om vårdgivares utbud av API:er samt dess anropsadresser. Genom registret kan sådana uppgifter tillhandahållas av registermyndigheten och vårdgivarna själva behöver inte hålla reda på och uppdatera sådan information i sina system. I stället kan anropsadresserna hämtas från registret när det behövs.

Sekretessfrågor och frågor om personuppgiftsbehandling behandlas i avsnitt 7, 8 och 9.

E-hälsomyndigheten bör vara ansvarig registermyndighet

E-hälsomyndigheten är expertmyndighet för frågor som rör digitala tjänster inom hälso- och sjukvårdsområdet. Enligt 1 § förordningen (2013:1031) med instruktion för E-hälsomyndigheten framgår det bl.a. att E-hälsomyndigheten ska ansvara för och tillhandahålla den nationella digitala infrastrukturen för hälso- och sjukvård och tandvård samt ansvara för de register och it-funktioner som öppenvårdsapotek och vårdgivare behöver ha tillgång till för en patientsäker och kostnadseffektiv läkemedelshantering.

Mot den bakgrunden bedöms E-hälsomyndigheten vara väl lämpad som ansvarig registermyndighet att föra ett nationellt register över patienters vårdgivare på ett ändamålsenligt sätt.

Bestämmelser om registret över patienters vårdgivare bör regleras i en särskild lag

Registermyndigheten kommer behöva behandla ett stort antal personuppgifter för att vårdgivare ska kunna lokalisera andra vårdgivare som behandlar personuppgifter för vård av en viss patient. Registret kommer också innehålla känsliga personuppgifter eftersom informationen avslöjar att en individs personuppgifter har behandlats inom ramen för hälso- och sjukvård. Uppgifterna om hos vilken vårdgivare patienten har varit kan, i vissa fall, avslöja något om patientens hälsa, t.ex. om det rör sig om en viss specialistklinik. I avsnitt 8.3 görs bedömningen att en särskild reglering av personuppgiftsbehandlingen i ett nationellt register över patienters vårdgivare bör införas i lag. Ramarna för registermyndighetens personuppgiftsbehandling slås därmed fast i lag och särskilda skyddsåtgärder kan tas fram. Även bedömningen att registermyndighetens behandling av personuppgifter i det nationella registret över patienters vårdgivare kan utgöra ett betydande intrång i den personliga integriteten enligt 2 kap. 6 § andra stycket regeringsformen medför att en reglering behöver ske i lag (se avsnitt 8.3).

Riksdagen och regeringen har uttalat att myndighetsregister som innehåller ett stort antal registrerade och ett särskilt känsligt innehåll bör regleras i lag (prop. 1990/91:60 s. 58, bet. 1990/91:KU11 s. 11, prop. 1997/98:44 s. 41 och bet. 1997/98:KU18 s. 48). Uttalandena har med åren kommit att tillämpas på såväl regleringen av regelrätta register som myndigheters behandling av personuppgifter i stort (prop. 1997/98:44 s. 41, bet. 1997/98:KU18 s. 43, prop. 1999/2000:39 s. 78 och prop. 2009/10:80 s. 183). Även dessa uttalanden från riksdag och regering utgör skäl till att en särskild reglering om ett nationellt register över patienters vårdgivare bör vara i form av lag.

Därtill förutsätter informationsförsörjningen av registret skyldigheter för såväl offentliga som privata vårdgivare att lämna uppgifter till registermyndigheten. Sådana bestämmelser behöver också regleras i lag.

Mot den bakgrunden och eftersom det inte framstår som lämpligt att införa samtliga dessa nya bestämmelser i gällande lagar på området, såsom hälso- och sjukvårdslagen, föreslås en särreglering i form av en ny lag. Den nya lagen ska benämnas lagen om ett nationellt register över patienters vårdgivare.

För att regleringen ska bli så flexibel som möjligt bör dock vissa mer preciserade bestämmelser om registret över patienters vårdgivare regleras i förordning eller myndighetsföreskrifter. Det handlar om närmare bestämmelser om innehållet i registret som behandlas i detta avsnitt. Det handlar även om närmare föreskrifter om vårdgivares uppgiftsskyldighet, som t.ex. vilka uppgifter som vårdgivare ska lämna ut och hur uppgiftsskyldighet ska fullgöras (se avsnitt 4.4). Regeringen kan meddela sådana föreskrifter om verkställighet av lag enligt 8 kap. 7 § första stycket 1 regeringsformen.

I vissa situationer kan det vara motiverat att ha en upplysningsbestämmelse om regeringens möjlighet att meddela sådana föreskrifter, då riksdagen lagstiftar inom området för regeringens restkompetens (jfr HFD 2023 ref. 2). När riksdagen har reglerat en viss fråga kan regeringen inte längre använda sin föreskriftsrätt i samma fråga, eftersom en lag endast får

ändras genom lag (8 kap. 18 § regeringsformen). Det anses att det i det här fallet bör finnas en bestämmelse som upplyser om att regeringen kan meddela föreskrifter på området. Det föreslås därför att det tas in en upplysning i lagen om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan meddela närmare föreskrifter om innehållet i registret med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen. Uttrycket närmare föreskrifter innebär att det är verkställighetsföreskrifter som avses.

4.2 Uttrycken vårdgivare och hälso- och sjukvård i lagen

Förslag

Den nya lagen ska innehålla följande definitioner:

1. vårdgivare: statlig myndighet, kommun och region i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för, samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård, och
2. hälso- och sjukvård: verksamhet som avses i hälso- och sjukvårdslagen, tandvårdslagen, lagen om psykiatrisk tvångsvård, lagen om rättspsykiatrisk vård, smittskyddslagen, lagen om genetisk integritet m.m., lagen om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter, lagen om vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen, den upphävda lagen om kastrering samt den upphävda lagen om fastställande av könstillhörighet i vissa fall.

Skälen för förslaget

Uttrycket vårdgivare i registret över patienters vårdgivare

För att det ska vara tydligt vilka aktörer som omfattas av lagens bestämmelser bör uttrycket vårdgivare definieras. Definitionen av uttrycket vårdgivare i den nya lagen bör bestämmas så att den motsvarar det identifierade informationsbehovet. Syftet med registret över patienters vårdgivare är att ge information om sådana uppgifter som behövs för att lokalisera en patients vårdgivare. Lagen ska alltså möjliggöra nödvändigt utbyte av patienters hälsodata mellan vårdgivare.

Lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation reglerar också utbyte av hälsodata mellan vårdgivare. Av den lagen framgår att med vårdgivare avses statliga myndigheter, region och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård (1 kap. 1 § SVOD). Denna definition överensstämmer i stort med hur uttrycket vårdgivare definieras i många andra lagar på hälso- och sjukvårdsområdet, såsom patientsäkerhetslagen (2010:659) och patientdatalagen (2008:355).

Mot den bakgrunden bedöms det att definitionen av uttrycket vårdgivare enligt 1 kap. 1 § SVOD är ändamålsenligt även för den nya lagens syfte. Med vårdgivare ska alltså avses statliga myndigheter, region och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller

kommunen har ansvar för samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård.

Det innebär att både kommuner och regioner omfattas av den ny lagen i de delar de bedriver hälso- och sjukvård. Även statliga myndigheter kan vara vårdgivare. Vissa myndigheter kan utföra hälso- och sjukvård parallellt med annan verksamhet som myndigheten bedriver, t.ex. universitet och högskolor, Statens institutionsstyrelse, Kriminalvården eller Totalförsvarets plikt- och prövningsverk. En vårdgivare kan även vara en fysisk person som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet i en enskild firma eller en juridisk person, t.ex. ett aktiebolag, en stiftelse, ett handelsbolag eller liknande, en s.k. privat eller enskild vårdgivare. Bolag, föreningar och stiftelser som avses i 2 kap. 3 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL, dvs. aktiebolag, handelsbolag, ekonomiska föreningar och stiftelser omfattas också av vårdgivardefinitionen.

Uttrycket hälso- och sjukvård i registret över patienters vårdgivare

Den valda utformningen av definitionen av vårdgivare i registret över patienters vårdgivare förutsätter att även uttrycket hälso- och sjukvård definieras. Som framgår under rubriken Uttrycket vårdgivare i registret över patienters vårdgivare möjliggör både den nya lagen om ett nationellt register över patienters vårdgivare och lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation informationsutbyte mellan vårdgivare. Uttrycket hälso- och sjukvård bör därför, såsom uttrycket vårdgivare, beskrivas på samma sätt i den nya lagen som i lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.

Av 1 kap. 1 § SVOD framgår att med uttrycket hälso- och sjukvård avses sådan verksamhet som i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, smittskyddslagen (2004:168), lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m., lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter, lagen (2024:237) om vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen, den upphävda lagen (1944:133) om kastrering samt den upphävda lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall.

4.3 Registermyndighetens skyldighet att lämna ut uppgifter

Förslag

Registermyndigheten ska på begäran av en vårdgivare lämna ut uppgifter ur det nationella registret över patienters vårdgivare för att vårdgivaren ska kunna lokalisera andra vårdgivare för vård av en viss patient.

Skälen för förslaget

Registermyndigheten ska vara skyldig att lämna ut uppgifter om patienters vårdgivare

Vårdgivare har generellt sett ett behov av att få tillgång till information om sin patient från andra vårdgivare så att rätt vård och behandling kan ges. Ett nationellt register över patienters vårdgivare ska möjliggöra vårdgivares tillgång till nödvändig information om var uppgifter om patienter finns så att vårdgivaren vet varifrån ytterligare uppgifter kan begäras för att välgrundade medicinska beslut kan fattas och att patienten inte längre ensam behöver vara bärare av sina egna hälsodata. I dag läggs ett stort ansvar på patienten att veta var och när denna fått vård samt att säkerställa att dessa uppgifter delas med relevanta vårdgivare. Ett nationellt register över patienters vårdgivare gör så att patienten inte längre behöver upprepa sin patienthistoria i samma utsträckning.

Registermyndigheten behöver därför, inom ramen för den nationella digitala infrastrukturen, ge vårdgivare tillgång till sådan information som kan lokalisera patientens andra vårdgivare, dvs. information om att patienten varit eller är registrerad hos andra vårdgivare och vårdgivarens elektroniska adressuppgifter. Med uppgifter från registermyndigheten kan vårdgivare efterfråga uppgifter om aktuell patient från andra berörda vårdgivare. Detta kan t.ex. ske mellan vårdgivarnas informationssystem genom sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation som gör det möjligt för en vårdgivare eller omsorgsgivare att ge eller få tillgång, genom elektroniskt utlämnande, till personuppgifter hos andra vårdgivare eller omsorgsgivare. Registermyndighetens informationssystem och register ska bidra till att flödet av hälsodata mellan vårdgivare kan ske på ett säkert och effektivt sätt.

Uppgifter som behöver lämnas ut ur registret över patienters vårdgivare handlar bl.a. om vilken vårdgivare som har information om aktuell patient, i vilket elektroniskt journalsystem som patientens uppgifter finns och vid vilken elektronisk adress som informationen finns hos den vårdgivaren (se avsnitt 4.1). Uppgifterna ska inte innehålla vårddokumentation om en patient, såsom patientens diagnoser eller vård och behandling. Det innebär att inga personuppgifter som behandlas för direkta vårdsyften får tillgängliggöras eller tas emot i registermyndighetens infrastruktur. I avsnitt 8.3 och 8.4 finns närmare överväganden kring frågor om personuppgiftsbehandling t.ex. personuppgiftsansvar, ändamål med behandlingen, känsliga personuppgifter, åtkomst till personuppgifter och längsta tid för behandling.

Uppgifter om att en patient är eller har varit registrerad hos en vårdgivare kan dock omfattas av sekretess enligt bestämmelserna i 25 kap. OSL. Eftersom det bedöms att ansvarig registermyndighet bör vara E-hälsomyndigheten kan uppgifterna omfattas av sekretess enligt 25 kap. 17 a § OSL (se avsnitt 4.1). Av den bestämmelsen framgår bl.a. att sekretess gäller hos E-hälsomyndigheten för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men. Av 10 kap. 28 § OSL framgår dock att sekretess inte hindrar att en uppgift lämnas till en annan myndighet, om uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning.

Mot den bakgrunden bedöms att det finns ett behov av att införa en skyldighet i lag för registermyndigheten att lämna ut uppgifter till vårdgivare för att lokalisera andra vårdgivare. Den föreslagna uppgiftsskyldigheten får därmed även en sekretessbrytande verkan och sekretessen hindrar därför inte ett utlämnade till offentliga vårdgivare. Av förslaget i avsnitt 7.2 följer även att inte heller sekretess enligt 25 kap. 17 a § OSL hindrar att uppgift lämnas till enskilda vårdgivare. Närmare överväganden om sekretess med anledning av förslagen i denna promemoria finns i avsnitt 7. En uppgiftsskyldighet ger även ett tydligt rättsligt stöd för den personuppgiftsbehandling som sker i samband med utlämnande av uppgifter. Närmare övervägande om personuppgiftsbehandling finns i avsnitt 8.3.

Uppgiftsskyldigheten bör dock endast gälla i den utsträckning som uppgifterna behövs för vårdgivaren ska kunna lokalisera patientens andra vårdgivare för vård av en viss patient. Det bedöms därför att uppgifterna ska lämnas till vårdgivare först efter att en begäran har gjorts. I samband med en begäran om uppgifter ur registret över patienters vårdgivare behöver den vårdgivare som begär uppgifter precisera vilka uppgifter som den vill få del av. Den utlämnande myndigheten får i samband med detta ta ställning till om uppgifterna omfattas av uppgiftsskyldigheten och därmed ska lämnas ut.

I avsnitt 8.3 lämnas förslag på att uppgifterna får lämnas ut elektroniskt på annat sätt än genom direktåtkomst.

När det gäller uppgifter om patienter som finns i patientjournaler som har omhändertagits enligt 9 kap. 1 § patientdatalagen av Inspektionen för vård och omsorg kommer dessa uppgifter inte ingå i registret eftersom inspektionen inte är en vårdgivare (se avsnitt 4.2). Uppkommer behov hos en vårdgivare av att ta del av uppgifter i dessa handlingar får det i stället ske genom en sedvanlig begäran om utlämnande av allmänna handlingar.

Uppgiftsskyldigheten bedöms vara proportionerlig

Vid bedömningen av om en uppgiftsskyldighet ska införas och hur den ska utformas bör en avvägning göras mellan de inblandade aktörernas behov av att utbyta uppgifterna i fråga och motstående intressen.

Bestämmelserna om sekretess och tystnadsplikt inom hälso- och sjukvården innebär ett relativt starkt skydd för den enskilde. Mot denna aspekt står vårdgivares behov av att få tillgång till information om sin patient från andra vårdgivare så att rätt vård och behandling kan ges.

Mottagande vårdgivare bedöms omfattas av antingen hälso- och sjukvårdssekretessen i 25 kap. 1 § OSL eller av tystnadsplikten i 6 kap. 12 § patientsäkerhetslagen.

Mot denna bakgrund bedöms vårdgivare ha ett berättigat intresse av information om hos vilken vårdgivare en patient är eller varit registrerad för vård av patienten. Ett införande av en uppgiftsskyldighet för registermyndigheten bedöms därmed som proportionerlig. En samlad integritets- och proportionalitetsanalys finns i avsnitt 9.

4.4 Vårdgivares skyldighet att lämna uppgifter

Förslag

Vårdgivare ska skyndsamt lämna de uppgifter som är nödvändiga för registret över patienters vårdgivare till registermyndigheten. Skyldigheten att lämna uppgifter ska inte gälla uppgifter som är säkerhetsskyddsklassificerade enligt säkerhetsskyddslagen.

Det ska i lagen tas in en upplysning om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan meddela närmare föreskrifter om uppgiftsskyldigheten.

Bedömning

E-hälsomyndigheten bör få meddela närmare föreskrifter om uppgiftsskyldigheten.

Skälen för förslaget och bedömningen

Behov av en skyldighet för vårdgivare att lämna uppgifter till registermyndigheten

Enligt 3 kap. 1 § patientdatalagen ska det vid vård av patienter föras patientjournal för varje patient. Av 3 kap. 6 § patientdatalagen följer att en patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Av samma bestämmelse framgår det även att, om uppgifterna finns tillgängliga, ska en patientjournal alltid innehålla uppgift om bl.a. patientens identitet, väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården, uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder, väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder.

För att förse det nationella registret över patienters vårdgivare med nödvändig information behöver vårdgivare lämna uppgifter om att en patient har varit eller är registrerad hos vårdgivaren och i vilket elektroniskt journalsystem som patientens uppgifter finns. Vårdgivare behöver även lämna uppgifter om sina elektroniska adressuppgifter (se avsnitt 4.1). Detta är nödvändigt eftersom syftet med registret är att tillgodose vårdgivares behov av att få tillgång till information om sin patient från andra vårdgivare så att rätt vård och behandling kan ges.

I 25 kap. 1 och 2 §§ OSL finns bestämmelserom sekretess inom den offentliga hälso- och sjukvården för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. För den enskilda hälso- och sjukvården gäller i stället bestämmelser om tystnadsplikt i 6 kap. 12 § patientsäkerhetslagen. Av den bestämmelsen framgår bl.a. att den som tillhör eller har tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen inom den enskilda hälso- och sjukvården inte obehörigen får röja vad han eller hon i sin verksamhet har fått veta om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden.

Enligt 10 kap. 28 § OSL hindrar inte sekretess att en uppgift lämnas till en annan myndighet, om det finns en uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning. Med uppgiftsskyldighet avses att det i annan lag eller av förordning följer att uppgift ska lämnas (prop. 1979/80:2 del A s. 322). Inte heller hindrar tystnadsplikt i 6 kap. 12 § patientsäkerhetslagen att någon

fullgör uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning. Något obehörigt röjande av en uppgift anses inte ske i dessa fall (prop. 1980/81:28 s. 23).

Eftersom uppgifter om att en patient är eller har varit registrerad hos vårdgivare kan omfattas av sekretess eller tystnadsplikt hos utlämnande vårdgivare, och för att ge ett tydligt rättsligt stöd för den personuppgiftsbehandling som utlämnandet medför, föreslås det att det införs en uppgiftsskyldighet som säkerställer överföring av uppgifter från vårdgivare till registermyndigheten.

Denna skyldighet bör omfatta de uppgifter som är nödvändiga för ett nationellt register över patientens vårdgivare, såsom patientens personnummer, i vilket elektroniska journalsystem som patientens uppgifter finns, vårdgivarens organisationsnummer och vårdgivares elektroniska kontaktuppgifter. Uppgiftsskyldigheten bör inte omfatta uppgifter om patienter som gallrats enligt 3 kap. 18 § patientdatalagen. Uppgiftsskyldigheten omfattar inte heller uppgifter som vårdgivaren har arkiverat (se avsnitt 8.4).

För att registermyndigheten på ett effektivt sätt ska kunna ge vårdgivare tillgång till information om sin patient från andra vårdgivare behöver myndigheten kontinuerligt tillföras aktuella uppgifter från vårdgivare. Det är ur effektivitetssynpunkt inte lämpligt att myndigheten inför varje inhämtning av uppgifter ska behöva framställa en begäran till respektive utlämnande vårdgivare. Uppgiftslämnandet bör i stället ske genom regelbunden överföring av uppgifter till myndigheten. Uppgifterna ska alltså lämnas utan någon uttrycklig begäran i varje enskilt fall.

Det föreslås även att det ställs ett krav på vårdgivare att skyndsamt lämna ut sådana uppgifter som är nödvändiga för registret över patienters vårdgivare till registermyndigheten. Det innebär att vårdgivare så snart som möjligt ska lämna uppgifter till registermyndigheten. Registermyndigheten får tillsammans med den berörda aktören närmare bestämma formerna för överlämnandet (se avsnitt 4.5).

Uppgiftsskyldigheten bör inte omfatta säkerhetsskyddsklassificerade uppgifter

Av 1 kap. 2 § säkerhetsskyddslagen (2018:585) framgår att säkerhetsskyddsklassificerade uppgifter är sådana som rör säkerhetskänslig verksamhet och som därför omfattas av sekretess enligt offentlighets- och sekretesslagen eller som skulle ha omfattats av sekretess enligt den lagen, om den hade varit tillämplig.

Registret över patienters vårdgivare ska innehålla uppgift om vilken vårdgivare som har behandlat en viss patient. Det kan inte uteslutas att det skulle kunna finnas uppgifter om patienter som skulle kunna omfattas av den s.k. försvarssekretessen i 15 kap. 2 § OSL. Av den bestämmelsen framgår att sekretess gäller för uppgift som rör verksamhet för att försvara landet eller planläggning eller annan förberedelse av sådan verksamhet eller som i övrigt rör totalförsvaret, om det kan antas att det skadar landets försvar eller på annat sätt vållar fara för rikets säkerhet om uppgiften röjs.

Det bedöms dock att uppgiftsskyldigheten endast i sällsynta fall skulle kunna röra säkerhetsskyddsklassificerade uppgifter. För att säkerställa att säkerhetsskyddsklassificerade uppgifter inte lämnas med stöd av den nya

lagen bör det införas ett undantag som innebär att skyldigheten att lämna uppgifter enligt lagen inte gäller säkerhetsskyddsklassificerade uppgifter. Registermyndigheten bör också informera vårdgivarna om att avsikten inte är att de ska lämna säkerhetsskyddsklassificerade uppgifter till myndigheten.

Uppgiftsskyldigheten bedöms vara proportionerlig

Vid bedömningen av om en uppgiftsskyldighet ska införas och hur den ska utformas bör en avvägning göras mellan de inblandade aktörernas behov av att utbyta uppgifterna i fråga och motstående intressen.

Bestämmelserna om sekretess och tystnadsplikt inom hälso- och sjukvården innebär ett relativt starkt skydd för den enskilde. Mot denna aspekt står registermyndigheten behov av att förse registret över patienters vårdgivare med information så att vårdgivare kan få tillgång till information om sin patient från andra vårdgivare så att rätt vård och behandling kan ges.

Eftersom det bedöms att E-hälsomyndigheten bör vara ansvarig registermyndighet gäller även sekretess enligt 25 kap. 17 a § OSL hos den mottagande myndigheten.

Mot denna bakgrund bedöms registermyndigheten ha ett berättigat intresse av information om patienters vårdgivare. Ett införande av en uppgiftsskyldighet för vårdgivare bedöms därmed som proportionerlig. En samlad integritets- och proportionalitetsanalys finns i avsnitt 9.

Närmare bestämmelser om uppgiftsskyldigheten bör regleras på lägre normnivå än lag

Eftersom förändringar i de tekniska förutsättningarna kan ge utrymme för andra, mer ändamålsenliga, informationsflöden, bedöms det inte lämpligt att en närmare beskrivning av vilka uppgifter som ska omfattas av uppgiftsskyldigheten framgår av lag. Närmare bestämmelser om uppgiftsskyldigheten, som t.ex. vilka uppgifter som ska lämnas, hur de ska lämnas och när de ska lämnas, bör framgå av föreskrifter på lägre normnivå än lag. Regeringen kan meddela sådana föreskrifter om verkställighet av lag enligt 8 kap. 7 § första stycket 1 regeringsformen. I vissa situationer kan det vara motiverat att ha en upplysningsbestämmelse om regeringens möjlighet att meddela sådana föreskrifter, då riksdagen lagstiftar inom området för regeringens restkompetens (jfr HFD 2023 ref. 2). När riksdagen har reglerat en viss fråga kan regeringen inte längre använda sin föreskriftsrätt i samma fråga, eftersom en lag endast får ändras genom lag (8 kap. 18 § regeringsformen). Det anses att det i det här fallet bör finnas en bestämmelse som upplyser om att regeringen kan meddela föreskrifter på området. Det föreslås därför att det tas in en upplysning i lagen om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan meddela närmare föreskrifter om uppgiftsskyldigheten med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen. Uttrycket närmare föreskrifter innebär att det är verkställighetsföreskrifter som avses.

I avsnitt 4.1 bedöms det att E-hälsomyndigheten bör vara ansvarig registermyndighet. E-hälsomyndigheten bör därför få meddela närmare föreskrifter om uppgiftsskyldigheten.

4.5 Vårdgivares skyldighet att uppfylla tekniska och organisatoriska krav

Förslag

En vårdgivare ska uppfylla de tekniska och organisatoriska krav som är nödvändiga för att uppgifter i elektronisk form ska kunna lämnas till registermyndighet.

Det ska i lagen tas in en upplysning om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan meddela närmare föreskrifter om de tekniska och organisatoriska kraven.

Bedömning

E-hälsomyndigheten bör få meddela närmare föreskrifter om de tekniska och organisatoriska kraven.

Skälen för förslaget och bedömningen

I avsnitt 4.4 lämnas förslag om att vårdgivare ska ha en skyldighet att lämna uppgifter som är nödvändig för att lokalisera en patients vårdgivare till registermyndigheten. Förslagen innebär således att vårdgivare behöver kunna lämna uppgifter till registermyndigheten. Vårdgivaren bör därför ha ett ansvar att uppfylla tekniska och organisatoriska krav som är nödvändiga för att möjliggöra konsekvent och informationsutbyte mellan vårdgivaren och myndigheten. De tekniska kraven syftar till att säkerställa att vårdgivarens informationssystem kan kommunicera med it-funktioner hos registermyndigheten. Med organisatoriska krav avses att vårdgivare bl.a. ska ha behovs- och riskanalyser som grund för behörighetstilldelning, policyer för informationssäkerhet och rutiner för incidenthantering.

Mot bakgrund av den tekniska utvecklingen bedöms det mest ändamålsenligt att närmare bestämmelser om skyldighet för vårdgivaren att uppfylla vissa tekniska och organisatoriska krav framgår av förordning och myndighetsföreskrifter. Regeringen kan meddela sådana föreskrifter om verkställighet av lag enligt 8 kap. 7 § första stycket 1 regeringsformen. Det föreslås därför att det tas in en upplysning i lagen om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan meddela närmare föreskrifter om de tekniska och organisatoriska kraven med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen. Uttrycket närmare föreskrifter innebär att det är verkställighetsföreskrifter som avses.

I avsnitt 4.1 bedöms att E-hälsomyndigheten bör vara ansvarig registermyndighet. E-hälsomyndigheten bör därför få meddela närmare föreskrifter om de tekniska och organisatoriska kraven.

5 En nationell vårdsökstjänst

5.1 Det ska införas en ny lag

Förslag

Den myndighet som regeringen bestämmer (ansvarig myndighet) ska tillhandahålla en nationell vårdsökstjänst som möjliggör för vårdgivare att hitta andra vårdgivare som kan erbjuda vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård.

Den ansvariga myndigheten ska även föra ett register över uppgifter om regioners utbud av hälso- och sjukvårdsjukvård (vårdsöksregistret). Registret ska föras för att ge information om sådana uppgifter som behövs för den nationella vårdsökstjänsten.

Bestämmelserna ska införas i en ny lag som ska syfta till att förenkla för vårdgivare att hitta tillgänglig hälso- och sjukvård hos andra vårdgivare i en annan region.

Bestämmelserna i lagen ska även tillämpas på kommuner som inte tillhör någon region.

Bedömning

E-hälsomyndigheten bör vara ansvarig myndighet enligt den särskilda lagen.

Skälen för förslaget och bedömningen

Regionens skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård

Av 8 kap. 1 § och 12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, följer att kommuner och regioner har ett ansvar för att erbjuda hälso- och sjukvård till personer som är folkbokförda i kommunen respektive i regionen. I vissa fall ska även hälso- och sjukvård erbjudas den som omfattas av en annan regions ansvar (8 kap. 2–5 §§ och 9 kap. 2 § HSL). Kommunen och regionen har alltså ett huvudmannaansvar för hälso- och sjukvården. Huvudmannaskapet innebär ingen skyldighet att bedriva hälso- och sjukvård i egen regi, utan utförandet kan överlåtas på någon annan enligt 15 kap. 1 § HSL. Privata vårdgivare inom hälso- och sjukvård kan därmed ha vårdavtal med en region. Ansvaret för att erbjuda vård definieras då av avtalet, som ofta avser avgränsade delar av den hälso- och sjukvård som regioner är skyldiga att erbjuda. En offentlig såväl som privat vårdgivare kan bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet inom sluten eller öppen vård (2 kap. 4 och 5 §§ HSL), eller inom båda. Huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården går dock inte att avtala bort, dvs. det är alltid kommunen eller regionen som har det yttersta ansvaret för att erbjuda vård (jfr 15 kap. 1 § HSL).

Av 7 kap. HSL framgår att regionen, i egenskap som huvudman för hälso- och sjukvården, har ansvar för att organisera och planera verksamheten samt att samverka i bl.a. frågor om hälso- och sjukvård som berör flera regioner (7 kap. 8 § HSL). Regionen ska vid planeringen bl.a. beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare (7 kap.

2 § andra stycket HSL). Varje region bestämmer själv i vilken utsträckning utförandet av hälso- och sjukvården ska överlåtas på annan enligt 15 kap. 1 § HSL.

Antal avtal och deras utformning skiljer sig åt mellan regioner

Det finns inte någon aktuell eller heltäckande uppgift om antalet befintliga avtal mellan regioner och privata vårdgivare. Fem år gamla uppgifter visar att det då fanns över 500 avtal med privata vårdgivare upphandlade enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling och lika många upphandlade enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem. Sifforna härrör från enkätsvar som redovisas i betänkandet Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar (SOU 2021:80). I underlaget återfinns dock inte avtal som rör primärvård. Vissa regioner har heller inte kunnat uppge ett exakt antal avtal eller har inte svarat på enkäten. Av utredningens (S 2024:A) promemoria Rättsliga förutsättningar för en nationell vårdförmedling framgår att en undersökning gjord av E-hälsomyndigheten uppskattar antalet avtal, hos sju intervjuade regioner, till totalt drygt 3 800. Detta innefattar avtal som är upphandlade enligt lagen om offentlig upphandling och lagen om valfrihetssystem samt samverkansavtal enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (mars 2025, s 12).

En nationell vårdförmedling ska tillgängliggöra vård i hela landet

I 9 kap. 1 § HSL finns bestämmelser om regionernas skyldighet att erbjuda vårdgaranti. Vårdgaranti innebär att regionen ska erbjuda en tillgänglighets- och besöksgaranti inom primärvården, en besöksgaranti inom den specialiserade vården och en behandlingsgaranti, åt den som omfattas av regionens ansvar enligt 8 kap. 1 eller 2 § HSL. Vårdgarantin är i allt väsentligt en garanti som anger den tid som en patient som längst ska behöva vänta på att få kontakt med, besök hos eller behandling i hälso- och sjukvården. Garantin reglerar inte huruvida vård ska ges eller vilken vård som kan komma i fråga. Inte heller reglerar vårdgarantin hur lång tid som utredningen av en patient får ta (prop. 2009/10:67 s. 38 och 39).

Om regionen inte kan uppfylla garantin ska regionen se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare (9 kap. 2 § HSL). Vårdgarantin medför att regionen har en skyldighet att hjälpa patienten att får vård hos en annan vårdgivare inom garanterad tid. Erbjudandet kan avse såväl andra vårdgivare inom regionen, som vårdgivare utanför regionen. Oavsett hos vilken vårdgivare regionen erbjuder patienten vård, så ska erbjudandet inte innebära några extra kostnader för patienten (prop. 2009/10:67 s. 52).

Tillhandahållande av vård enligt vårdgarantin kan vara en komplex process, särskilt om regionen erbjuder vård hos en annan vårdgivare i en annan region. I stort sett har alla regioner för närvarande någon form av stödjande funktion i den processen, ofta benämnd ”vårdlots” eller ”vårdgarantikansli”, som hjälper både patienter och verksamheter med frågor kopplade till vårdgarantin och väntetider. Organisatorisk placering och arbetssätt för dessa funktioner skiljer sig åt mellan regionerna.

Av Tidöavtalet följer att en nationell vårdförmedling i statlig regi ska inrättas. Syftet är att tillgängliggöra hela landets vårdkapacitet för patienter i behov av vård och att kapa köer inom hälso- och sjukvården. I samband

med budgetpropositionen 2026 aviserade regeringen att avsätta 275 miljoner kronor för 2026, och beräknar att avsätta 150 miljoner kronor för 2027 för inrättandet av en nationell vårdförmedling (prop. 2025/26:1 utg. omr. 9, avsnitt 3.7.6, s. 56).

Regeringen har gett ett flertal uppdrag till E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsen i syftet att en nationell vårdförmedling ska kunna inrättas. Regeringen gav den 16 maj 2025 Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten uppdraget att utveckla och etablera statens arbetet med nationell vårdförmedling (S2025/00971). Målet är att en nationell vårdförmedling ska skapa förutsättningar för att väntande patienter ska erbjudas vård hos en annan vårdgivare med kortare väntetider oavsett var i landet denna vårdgivare finns. Uppdraget har delredovisats (Utveckla och etablera arbetet med nationell vårdförmedling, delredovisning, mars 2026, Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten) och ska slutredovisas den 27 februari 2027.

Det saknas samlad information om vilken vård som finns tillgänglig i landets regioner för den nationella vårdförmedlingen

Den 3 mars 2022 gav regeringen E-hälsomyndigheten i uppdrag att genomföra en förstudie om hur ett nationellt vårdsöksystem kan utvecklas, organiseras och förvaltas (S2022/01372). Av E-hälsomyndighetens delredovisning av uppdraget Uppdrag att genomföra en förstudie om hur ett nationellt vårdsöksystem kan utvecklas, organiseras och förvaltas framgår bl.a. en kartläggning av arbetet med vårdlotsning. Av redovisningen framgår t.ex. att vårdlotsarna behöver uppgifter om regionernas upphandlade hälso- och sjukvård, organisationsuppgifter för vårdgivare, vårdtjänster och utbud samt kapacitets- och väntetidsinformation. Enligt E-hälsomyndigheten förutsätter vårdsökssystemet dels att alla för ändamålet erforderliga informationsmängder är utformade utifrån enhetliga strukturer och kodverk, dels att nationell vårdförmedlings informationsbehov avseende uppgifter om vårdgivares verksamhet inte möts av befintliga informationskällor, såsom vårdgivarregistret och de patientregister som IVO respektive Socialstyrelsen ansvarar för. Hälso- och sjukvårdens adresskatalog (HSA-katalogen) och utbudstjänsten som Inera AB tillhandahåller tillgodoser, enligt myndigheten, inte heller informationsbehovet (januari 2023, s. 18–21).

Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården framhåller i delbetänkandet Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan (SOU 2021:59) att uppgifter om vårdgivare samt hälso- och sjukvårdens produktion och kapacitet redan i dag löpande rapporteras in till bl.a. SKR:s väntetidsdatabas (som Socialstyrelsen numera ansvarar för), Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) register över vårdgivare och Socialstyrelsens patientregister. Delegationen har påtalat att ändamålen med registren inte är att vara en servicefunktion för regionerna i arbetet med att hitta alternativa vårdgivare och de är därför inte anpassade för att kunna användas på sådant sätt. I registren används dessutom olika kodverk vid benämning av verksamheter och olika processer för att inhämta uppgifter enligt delegationen. Det har även uppmärksammats av delegationen att det i befintliga register saknas nödvändiga uppgifter för att få en bild av vilken vård som finns tillgänglig, t.ex. uppgifter om villkor

för nyttjande av vård från olika vårdgivare. Även behov av större vetskap om i vilken utsträckning utförandet av hälso- och sjukvården har överlåtits från huvudman genom avtal på annan har påtalats av delegationen. Enligt delegationen består behovet av information om vårdgivare med vilka andra aktörer regioner har avtal med och tillhörande avtalsvillkor, samt vårdgivarnas tjänsteutbud, lediga kapacitet och väntetider (SOU 2021:59 s. 170). Enligt promemorian Förslag på statliga engångsinsatser för att korta väntetider i vården från utredningen Behovsstyrd vård (S2024:05) är bristande kännedomen om avtalen en förklaring till att regioners slutna avtal med bibehållet huvudmannaskap inte nyttjas på ett effektivt sätt (s. 34)

Det finns ett behov av en nationell vårdsökstjänst och ett vårdsöksregister

För att stödja och stärka regionernas möjlighet att erbjuda nationell vårdförmedling finns det ett behov av att det införs en skyldighet för en myndighet att tillhandahålla en nationell vårdsökstjänst. Den tjänsten bör kunna möjliggöra för vårdgivare i regionerna att se tillgänglig vårdkapacitet i hela landet i syfte att snabbare kunna erbjuda vård till väntande patienter och därmed uppfylla kravet på vårdgarantin. Som framgår av Socialstyrelsens och E-hälsomyndighetens delredovisning Utveckla och etablera arbetet med nationell vårdförmedling ska tjänsten innehålla en sökfunktion som gör det möjligt för vårdgivare att söka efter tillgängliga vårdgivare och vårdenheter utifrån ett specifikt vårdbehov (mars 2026, s. 21). En sådan tjänst kan alltså ses som ett komplement till nationell vårdförmedling som kan förenkla för vårdgivare att förmedla vård.

Det står även klart, enligt vad som anges under rubriken Det behöver finnas en bild av vilken vård som finns tillgänglig i landets regioner för nationell vårdförmedling, att det saknas nödvändiga uppgifter i befintliga register, såsom Socialstyrelsens väntetidsdatabas, IVO:s register över vårdgivare och Socialstyrelsens patientregister, som ger en bild över vilken vård som finns tillgänglig hos regionerna. Det kan därmed konstateras att en enhetlig uppgiftssamling över regionens utbud av hälso- och sjukvård behövs för en vårdsökstjänst och ytterst för en nationell vårdförmedling. Det finns därför ett behov av ett register över uppgifter som är nödvändiga för en nationell vårdsökstjänst som möjliggör för vårdgivare att hitta andra vårdgivare som kan erbjuda hälso- och sjukvård, ett s.k. vårdsöksregister.

Mot denna bakgrund bör det införas en skyldighet för en ansvarig myndighet att tillhandahålla en nationell vårdsökstjänst som möjliggör för vårdgivare att hitta andra vårdgivare som kan erbjuda hälso- och sjukvård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård. Det bör även införas en skyldighet för samma myndighet att föra ett register över regioners utbud av hälso- och sjukvård (vårdsöksregistret).

E-hälsomyndigheten bör vara ansvarig myndighet

Regeringen har i sitt arbete med en nationell vårdförmedling gett E-hälsomyndigheten successivt ansvar för de digitala funktioner som krävs för att nödvändiga system ska kunna byggas upp, drivas och vidareutvecklas. E-hälsomyndigheten har fått flera regeringsuppdrag om ett nationellt

vårdsökssystem, bl.a. ett uppdrag att genomföra en förstudie om hur ett nationellt vårdsöksystem kan utvecklas, organiseras och förvaltas i statlig regi (S2022/01372). Av Socialstyrelsens och E-hälsomyndighetens delredovisning Utveckla och etablera arbetet med nationell vårdförmedling framgår att E-hälsomyndigheten lanserade ett vårdsöksystem våren 2025 och har vidareutvecklat tjänsten till en mer samlad tjänst där flera olika digitala stöd ingår (mars 2026, s. 6). Under 2026 prioriteras förbättrad hantering av grunddata, information om avtalad vård, väntetidsunderlag, kommunikationslösning, digital informationsöverföring och stöd för vårdförmedlingsärenden.

Mot denna bakgrund framstår det som ändamålsenligt att E-hälsomyndigheten ska få ansvar för den nationella vårdsökstjänsten och vårdsöksregistret. Även grundregistret över vårdgivare, som innehåller uppgifter som behövs för vårdsökstjänstens funktion, föreslås placeras på E-hälsomyndigheten (se avsnitt 3.1).

Det behövs en ny lag för en nationell vårdsökstjänst

Bestämmelser om en nationell vårdsökstjänst innebär ett ansvar för registermyndigheten att tillhandahålla en vårdsökstjänst och föra ett vårdsöksregister. I de informationsmängder som behövs för den nationella vårdsökstjänsten finns, om än i begränsad omfattning, uppgifter som innehåller personuppgifter (se avsnitt 8.2). Eftersom det inte kommer röra sig om en omfattande personuppgiftsbehandling eller ett särskilt känsligt innehåll bör det inte krävas reglering i lag enligt 2 kap. 6 § regeringsformen (se avsnitt 8.2).

Informationsförsörjningen av vårdsöksregistret förutsätter även skyldigheter för såväl offentliga som privata vårdgivare att lämna uppgifter till registermyndigheten. Det bedöms därför att bestämmelser om ett vårdsöksregister bör regleras i lag. Det är även ändamålsenligt att bestämmelser om uppgiftsskyldighet och övrig behövlig reglering hålls samman. Av den anledningen och eftersom det inte framstår som lämpligt att införa samtliga dessa nya bestämmelser i gällande lagar på området, såsom hälso- och sjukvårdslagen, föreslås en ny lag. Den nya lagen ska benämnas lagen om en nationell vårdsökstjänst och ska syfta till att förenkla för vårdgivare att hitta tillgänglig hälso- och sjukvård hos andra vårdgivare i en annan region.

För att regleringen ska bli så flexibel som möjligt bör vissa mer detaljerade bestämmelser regleras i förordning eller myndighetsföreskrifter. Det handlar bl.a. om innehållet i registret (se avsnitt 5.3) och uppgiftsskyldighet för olika aktörer (se avsnitt 5.5) och organisatoriska krav på vårdgivare som möjliggör för vårdgivare att lämna ut uppgifter till registermyndigheten (se avsnitt 5.6).

Kommuner som inte tillhör någon region

I dagsläget tillhör inte Gotlands kommun någon region. Gotland är en kommun som utför en regions uppgifter, har ett utvecklingsansvar och får besluta att kommunfullmäktige och kommunstyrelsen i stället ska betecknas regionfullmäktige och regionstyrelsen (4 § lagen [2010:630] om regionalt utvecklingsansvar). Eftersom Gotlands kommun inte tillhör någon region men utför en regions uppgifter behövs en särskild reglering

i lagen om kommuner som inte tillhör någon region. Det föreslås därför en reglering som innebär att lagens bestämmelser om regioner även ska tillämpas på en kommun som inte tillhör någon region.

5.2 Uttrycken vårdgivare och hälso- och sjukvård i lagen

Förslag

Den nya lagen ska innehålla följande definitioner:

1. vårdgivare: region och annan juridisk person eller enskild näringsidkare som ingått avtal med en region enligt hälso- och sjukvårdslagen och som erbjuder hälso- och sjukvård.
2. hälso- och sjukvård: åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.

Skälen för förslaget

Uttrycket vårdgivare ska endast omfatta regioner i en nationell vårdsökstjänst

Definitionen av uttrycket vårdgivare bör överensstämma med den nationella vårdsökstjänstens syfte att uppfylla vårdgarantin och korta väntetiderna inom vården.

Det är enbart regioner som är skyldiga att erbjuda vårdgaranti till de personer som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård (9 kap. HSL). I Socialstyrelsens och E-hälsomyndighetens delredovisning Utveckla och etablera arbetet med nationell vårdförmedling, framhåller myndigheterna att nationell vårdförmedling oftast gäller specialiserad vård och att avgränsningen i grunden utgår från vårdgarantin och inte från en viss vårdform (mars 2026, s. 7). Vårdgivare som erbjuder sådan hälso- och sjukvård en region är skyldig att erbjuda enligt 8 kap. 1 § HSL bör därför omfattas av uttrycket vårdgivare i lagen om en nationell vårdsökstjänst.

Kommuner i egenskap av huvudman för den kommunala hälso- och sjukvården omfattas inte av vårdgarantin. Den hälso- och sjukvård som tillhandahålls inom ramen för det kommunala huvudmannaskapet avser, till skillnad från det regionala ansvaret, endast öppen vård och i huvudsak primärvårdsinsatser (2 kap. 6 § och 13 a kap. 1 § HSL). En kommun ska även erbjuda hälso- och sjukvård till den som har beviljats en insats i form av särskilt boende eller vistelse i dagverksamhet (12 kap. 1 § HSL). En kommun får också erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet, benämnd hemsjukvård, i ordinärt boende och i s.k. biståndsbedömda trygghetsboenden, om en överenskommelse om detta träffats med regionen (12 kap. 2 § och 14 kap. 1 § HSL). Mot den bakgrunden bör inte, i nuläget, vårdgivare som tillhandahåller kommunal hälso- och sjukvård omfattas av uttrycket vårdgivare i lagen om en nationell vårdsökstjänst.

Det finns även statliga myndigheter som är vårdgivare och bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet. De statliga myndigheter som tillhandahåller hälso- och sjukvård är förvisso vårdgivare som omfattas av uttrycket vårdgivare i grundregistret över vårdgivare (se avsnitt 3.1), men är inte

sådana vårdgivare som kan aktualiseras för nationell vårdförmedling och bör därför inte omfattas av uttrycket vårdgivare i lagen om en nationell vårdsökstjänst.

Det finns även andra huvudmän eller aktörer som har ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård, ofta av primärvårdskaraktär. Bland annat är kommunen huvudman för elevhälsan om det är en kommunal skola (2 kap. 2 och 25 §§ skollagen [2010:800]). Arbetsgivare ansvarar för att den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver (3 kap. 2 c § arbetsmiljölagen [1977:1160]). Även om elevhälsa och företagshälsovård i och för sig hör till hälso- och sjukvården och kommuner och arbetsgivare är vårdgivare i dessa delar är de inte aktuella för nationell vårdförmedling.

Mot den bakgrunden bedöms det att endast de vårdgivare som bör aktualiseras för en nationell vårdsökstjänst är dels regionerna, dels annan juridisk person eller enskild näringsidkare som ingått avtal med en region enligt 15 kap. 1 § HSL och som erbjuder sådan hälso- och sjukvård som omfattas av regionen huvudmannasvar.

Uttrycket hälso- och sjukvård för en nationell vårdsökstjänst

Den valda utformningen av definitionen av vårdgivare i den nationella vårdsökstjänsten förutsätter att också uttrycket hälso- och sjukvård definieras.

Eftersom nationell vårdförmedling endast kommer omfatta vårdgivare som erbjuder sådan hälso- och sjukvård en region är skyldig att erbjuda enligt 8 kap. 1 § HSL, bör utgångspunkten för definitionen av hälso- och sjukvård vara den som framgår av hälso- och sjukvårdslagen. Av 2 kap. 1 § HSL följer att hälso- och sjukvård avser åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador samt åtgärder som avser sjuktransporter, och omhändertagande av avlidna.

Eftersom nationell vårdförmedling inte kommer omfatta åtgärder som sjuktransporter eller omhändertagna av avlidna bör uttrycket hälso- och sjukvård begränsas till endast åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador enligt 2 kap. 1 § 1 HSL (se avsnitt 5.1). Begränsningen bör emellertid inte förstås snävt som enbart diagnostik och behandling i läkarcentrerad mening. Av förarbetena till 1982 års hälso- och sjukvårdslag framgår att uttrycket medicinskt tillkom för att undvika en alltför vid tolkning av uttrycket hälso- och sjukvård och för att markera avgränsningen mot annan samhällsverksamhet, inte för att inskränka till rent biologiska eller kurativa insatser (prop. 1981/82:97 s. 27). Regeringen uttalade samtidigt att hälso- och sjukvårdens vårdansvar i princip bör omfatta sådana vårdbehov som kräver insatser av medicinskt utbildad personal eller sådan personal i samverkan med annan kompetens, och preciserade att med medicinskt utbildad personal även avses personal vars utbildning är inriktad på patientomvårdnad och rehabilitering (prop. 1981/82:97 s. 44 och 45).

Den allmänna definitionen i 2 kap. 1 § 1 HSL är sannolikt vidare än den vård som för närvarande aktualiseras för nationell vårdförmedling. Den vård som primärt aktualiseras i vårdförmedlingssammanhang har sin naturliga utgångspunkt i bestämmelserna om vårdgaranti. Av 9 kap. 1 § första stycket 3 och 4 HSL följer att vårdgarantin i dessa delar avser besök i den specialiserade vården och planerade vård. Det framgår även av

E-hälsomyndighetens och Socialstyrelsens delredovisning Utveckla och etablera arbetet med nationell vårdförmedling att nationell vårdförmedling oftast gäller specialiserad vård och att avgränsningen i grunden utgår från vårdgarantin och inte från en viss vårdform (mars 2026, s. 7).

Utredningen Behovsstyrd vård (S 2024:05) ska bl.a. föreslå en ny vårdgaranti (dir. 2024:50 och 2025:94). Av direktiven framgår att utredningen bl.a. ska föreslå en vårdgaranti inom den specialiserade vården med väsentligt kortare tidsgränser än i dag, som bl.a. innebär att barn och unga som är i behov av specialiserad vård vid psykisk ohälsa inte ska behöva vänta längre än 30 dagar på en första bedömning samt ytterligare 30 dagar på en fördjupad utredning eller behandling. Utredningen ska som ska lämna sin slutredovisning senast den 18 juni 2026.

Mot denna bakgrund framstår det som mindre lämpligt att bygga regleringen på en snäv definition som i hög grad speglar dagens vårdgarantimodell. En sådan definition riskerar att bli inaktuell om vårdgarantin förändras på det sätt som nu övervägs. Genom en definition av hälso- och sjukvård som följer av 2 kap. 1 § 1 HSL kan regleringen av vårdförmedlingen vila på en fast och välkänd definition av uttrycket hälso- och sjukvård, samtidigt som den lämnar utrymme för att anpassa vårdförmedlingens närmare räckvidd till den fortsatta utvecklingen av vårdgarantin och övriga reformer på området.

Sammantaget bedöms därför att 2 kap. 1 § 1 HSL bör utgöra den allmänna legala utgångspunkten för definitionen av hälso- och sjukvård i den föreslagna lagen om en nationell vårdsökstjänst.

5.3 Innehåll i vårdsöksregistret

Förslag

Registret över uppgifter om regioners utbud av hälso- och sjukvård (vårdsöksregistret) ska få innehålla uppgifter om den hälso- och sjukvård som

1. regionen erbjuder, och
2. någon annan vårdgivare erbjuder genom avtal med regionen enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Registret ska inte få innehålla uppgifter om patienter.

Det ska i lagen tas in en upplysning om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan meddela närmare föreskrifter om innehållet i registret.

Bedömning

Vårdsöksregistret bör få innehålla uppgifter om

1. villkor för nyttjande av den hälso- och sjukvård som en vårdgivare erbjuder,
2. under vilken tid som det avtalade utbudet av hälso- och sjukvård gäller, och
3. samband mellan avtal som en vårdgivare har med olika regioner.

Skälen för förslaget och bedömningen

Syftet med ett vårdsöksregistret är att ge information om sådana uppgifter som behövs för en nationell vårdförmedling som möjliggör för vårdgivare att erbjuda hälso- och sjukvård åt den patient som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård. I avsnitt 5.2 görs bedömningen att det är den regionala hälso- och sjukvården enligt hälso- och sjukvårdslagen som kommer i fråga för nationell vårdförmedling. Det innebär att regionerna själva, i egenskap av vårdgivare, och andra offentliga eller privata vårdgivare, som har avtal med regionen enligt 15 kap. 1 § HSL, omfattas av nationell vårdförmedling.

Mot denna bakgrund bör vårdsöksregistret innehålla uppgifter över regioners egna utbud av hälso- och sjukvård. Det handlar om uppgifter om vilken hälso- och sjukvård som regionen erbjuder, såsom vård och behandling, och vilka regionala vårdgivare som utför den vården.

Vårdsöksregistret bör också innehålla information om regioners avtalade utbud av hälso- och sjukvård enligt 15 kap. 1 § HSL. Det kan t.ex. handla om de villkor som gäller för nyttjande av den hälso- och sjukvård som erbjuds inom ramen för ifrågavarande avtal, under vilken tid som det avtalade utbudet av hälso- och sjukvårdstjänster gäller och samband mellan avtal som en vårdgivare har med olika regioner. Vissa uppgifter som innehåller information om personalens kompetens, lokalernas utformning, utrustning och sjukvårdsprodukter kan också vara relevanta. Det kan också handla om vissa mer grundläggande uppgifter av administrativ karaktär, såsom avtalsidentifikation, med stöd av vilken lagstiftning hälso- och sjukvårdstjänsterna har upphandlats och på vilken webbplats som, i förekommande fall, avtalet finns lagrat. Det bedöms dock att det inte finns behov av uppgifter om priser.

Eftersom ett vårdsöksregistrets syfte är att underlätta nationell vårdförmedling bedöms det inte finns behov av uppgifter om patienter i registret. Närmare överväganden om personuppgiftsbehandling med anledning av en nationell vårdsökstjänst och vårdsöksregistret finns i avsnitt 8.2. Överväganden om sekretess finns i avsnitt 7.2.

För att regleringen ska vara så flexibel som möjligt bör det närmare innehållet i registret framgå av förordning. Det kan t.ex. handla om uppgifter om villkor för nyttjande av den hälso- och sjukvård som en vårdgivare erbjuder, under vilken tid som det avtalade utbudet av hälso- och sjukvård gäller, och samband mellan avtal som en vårdgivare har med olika regioner enligt hälso- och sjukvårdslagen. Regeringen kan meddela sådana föreskrifter om verkställighet av lag enligt 8 kap. 7 § första stycket 1 regeringsformen. I vissa situationer kan det vara motiverat att ha en upplysningsbestämmelse om regeringens möjlighet att meddela sådana föreskrifter, då riksdagen lagstiftar inom området för regeringens restkompetens (jfr HFD 2023 ref. 2). När riksdagen har reglerat en viss fråga kan regeringen inte längre använda sin föreskriftsrätt i samma fråga, eftersom en lag endast får ändras genom lag (8 kap. 18 § regeringsformen). Det anses att det i det här fallet bör finnas en bestämmelse som upplyser om att regeringen kan meddela föreskrifter på området. Det föreslås därför att det tas in en upplysning i lagen om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan meddela närmare föreskrifter om innehållet i registret över vårdgivare med stöd av 8 kap. 7 § regerings-

formen. Uttrycket närmare föreskrifter innebär att det är verkställighetsföreskrifter som avses.

5.4 Ansvarig myndighets skyldighet att lämna ut uppgifter genom den nationella vårdsökstjänsten

Förslag

Den ansvariga myndigheten ska på begäran av en vårdgivare lämna ut uppgifter ur vårdsöksregistret om det behövs för att vårdgivare ska kunna hitta andra vårdgivare som kan erbjuda vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård.

Den ansvariga myndigheten ska på begäran av en vårdgivare lämna ut uppgifter om andra vårdgivares väntetider om det behövs för att vårdgivare ska kunna hitta andra vårdgivare som kan erbjuda vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård.

Uppgifterna ska lämnas ut genom den nationella vårdsökstjänsten.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela ytterligare föreskrifter om villkor för åtkomst till sådana uppgifter som ska lämnas ut från vårdsökstjänsten.

Bedömning

E-hälsomyndigheten bör få meddela ytterligare föreskrifter om villkor för åtkomst av uppgifter som ska lämnas ut från vårdsöksregistret.

Skälen för förslaget och bedömningen

Ansvarig myndighet ska på begäran av en vårdgivare lämna ut uppgifter ur vårdsöksregister

För att snabbare och mer effektivt kunna erbjuda vård till väntande patienter och därmed uppfylla kravet på vårdgarantin behöver vårdgivare få tillgång till uppgifter om tillgängligt vårdutbud i hela landet. Ansvarig myndighet behöver därmed ge vårdgivare tillgång till information om andra vårdgivares vårdutbud ur vårdsöksregistret. Det handlar t.ex. om uppgifter om vilken hälso- och sjukvård som regionen erbjuder, såsom typ av specialistvård och vilka regionala vårdgivare som utför den vården. Det kan även handla om uppgifter om villkor för nyttjande av en vårdgivares hälso- och sjukvård och under vilken tid som det avtalade utbudet av hälso- och sjukvård gäller. Uppgifterna ska inte innehålla vårddokumentation om en patient (se avsnitt 5.3). Av avsnitt 7.2 framgår att uppgifter från avtal kan innehålla enskilds affärs- eller driftsförhållande men att uppgifterna inte bör vara av sådan karaktär att de omfattas av sekretess.

Mot den bakgrunden bedöms att det finns ett behov av att införa en skyldighet i lag för myndigheten att på begäran av en vårdgivare lämna ut uppgifter ur vårdsöksregistret. En sådan reglering ger ett tydligt uppdrag till den ansvariga myndigheten att lämna ut uppgifter ur vårdsökregister

och ett tydligt stöd för den personuppgiftsbehandling som det kan medföra (se avsnitt 8.2).

Uppgiftsskyldigheten bör endast gälla i den utsträckning som uppgifterna behövs för vårdgivaren att hitta andra vårdgivare som kan erbjuda hälso- och sjukvård. Uppgifterna bör därför lämnas till vårdgivare först efter en begäran. I samband med en begäran om uppgifter ur vårdsökssregistret behöver den begärande vårdgivaren precisera vilka uppgifter som den vill få del av. Den utlämnande myndigheten får i samband med detta ta ställning till om uppgifterna omfattas av uppgiftsskyldigheten och därmed ska lämnas ut.

Uppgifter om vårdgivares väntetider och uppgifter om vårdgivare ur grundregistret över vårdgivare

För att kunna erbjuda vård till väntande patienter hos andra vårdgivare behöver vårdgivare på ett enkelt sätt kunna hitta information om aktuella väntetider. Det är först när uppgifter om vilken vård som kan utföras kopplas till uppgifter om väntetid som en vårdsökstjänst kan erbjuda avsedd överblick över aktuella vårdgivare med kortare väntetider och därmed möjliggöra att väntande patienter får vård snabbare.

Regionerna omfattas i dag av en skyldighet att rapportera in uppgifter om väntetider till en nationell databas enligt 9 kap. 3 § HSL. Av 6 kap. 3 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) framgår att registreringsskyldigheten ska fullgöras genom att regionerna lämnar uppgifter om väntetider till den nationella väntetidsdatabas som förs av Socialstyrelsen.

Mot den bakgrunden bedöms det att ansvarig myndighet behöver samla in uppgifter om vårdgivares väntetider och tillgängliggöra sådana uppgifter till vårdgivare. När det gäller insamling av uppgifter om vårdgivares väntetider bör det i nuläget ske från Socialstyrelsens väntetidsdatabas (se avsnitt 5.6).

Av utredningens (S 2024:A) promemoria Rättsliga förutsättningar för nationell vårdförmedling framgår att uppgifter om vårdgivares väntetider består av faktiska väntetider som mäts varje månad och som visar hur länge de patienter som besökte sjukhusen under månaden hade väntat. Uppgifterna innehåller även information om väntande patienter som fastställs varje månadsskifte och visar hur många som väntar på vård och hur länge de har väntat. Uppgifterna består även av information om aktuellt väntetidsläge som rapporteras vid behov och visar hur lång tid nya patienter förväntas behöva vänta som längst. Väntetiderna avser normalt besök, undersökningar eller behandlingar (s. 79).

Det bedöms att de uppgifter som är nödvändiga för vårdsökssystemet bör vara aggregerade och utgöras av ett antal väntande patienter och deras faktiska väntetid. Uppgifterna bör vara aggregerade till en sådan nivå att de inte utgör personuppgifter. Eftersom uppgifterna bör vara på aggregerad nivå bör de heller inte omfattas av sekretess. Det bör trots detta införas en skyldighet för den ansvariga myndigheten att lämna ut uppgifter om vårdgivares väntetider. En sådan reglering ger ett tydligt uppdrag till den ansvariga myndigheten att lämna ut uppgifterna. Se även bedömningen om att Socialstyrelsen bör har en uppgiftsskyldighet gentemot den ansvariga myndigheten (se avsnitt 5.5).

Det bedöms även finnas behov av andra uppgifter för vårdsökstjänstens funktionalitet. Det handlar om uppgifter om vårdgivares organisation, som t.ex. organisationsnummer för den som bedriver verksamheten, var verksamheten bedrivs, verksamhetens inriktning. Sådana uppgifter kan dock den ansvariga myndigheten inhämta från grundregistret över vårdgivare (se avsnitt 3.1).

Ansvarig myndighet ska lämna ut uppgifter till vårdgivare genom den nationella vårdsökstjänsten

Uppgifter ur vårdsöksregistret och uppgifter om väntetider och vårdgivares organisation bör tillgängliggöras elektroniskt på ett samlat och enhetligt sätt. En sådan ordning bidrar även till att minska den administrativa bördan hos berörda aktörer. Den nationella vårdsökstjänsten beskrivs i avsnitt 5.1 som ett digitalt system som kan möjliggöra för vårdgivare i regionerna att få tillgång till uppgifter om vårdkapacitet i hela landet i syfte att snabbare kunna erbjuda vård till väntande patienter. Tjänsten ska innehålla en sökfunktion som gör det möjligt för vårdgivare att söka efter tillgängliga vårdgivare och vårdenheter utifrån ett specifikt vårdbehov.

Mot den bakgrunden bör utlämnande av uppgifter ur vårdsökregistret och uppgifter om väntetider och vårdgivares organisation kunna göras elektroniskt genom den nationella vårdsökstjänsten. Det kan t.ex. ske till en regions ”vårdlots” eller ”vårdgarantikansli”, som hjälper bl.a. verksamheter med frågor kopplade till vårdgarantin och väntetider.

Ytterligare bestämmelser om uppgiftsskyldigheten

För att regleringen ska vara så flexibel som möjligt bör vissa bestämmelser om uppgiftsskyldigheten framgå av förordning. Det handlar bl.a. om hur uppgiftsskyldighet ska fullgöras och villkor för åtkomst till vårdsökstjänsten. Det föreslås därför att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela ytterligare föreskrifter om villkor för åtkomst till sådana uppgifter som ska lämnas ut från vårdsöksregistret.

I avsnitt 5.1 bedöms det att E-hälsomyndigheten bör vara ansvarig myndighet. E-hälsomyndigheten bör därför få meddela ytterligare föreskrifter om villkor för åtkomst av uppgifter som ska lämnas ut från vårdsöksregistret.

5.5 Regionens och Socialstyrelsens skyldighet att lämna uppgifter

Förslag

En region, i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvård, ska lämna uppgifter till den ansvariga myndigheten om sitt utbud av hälso- och sjukvård som regionen erbjuder eller har avtalat om enligt hälso- och sjukvårdslagen. Uppgiftsskyldigheten ska inte gälla uppgifter som är säkerhetsskyddsklassificerade enligt säkerhetsskyddslagen.

Om de förhållanden för vilka uppgifter lämnats ändras, ska detta skyndsamt anmälas till den ansvariga myndigheten.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela ytterligare föreskrifter om uppgifts- och anmälningsskyldigheten.

Bedömning

Socialstyrelsen bör på begäran av E-hälsomyndigheten lämna uppgifter om väntetider om det behövs för att vårdgivare ska kunna hitta andra vårdgivare som kan erbjuda vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård.

E-hälsomyndigheten bör få meddela ytterligare föreskrifter om regionens uppgifts- och anmälningsskyldighet.

Skälen för förslaget och bedömningen

Behov av en skyldighet för regioner att lämna ut uppgifter

För att förse vårdsöksregistret med nödvändig information behöver regionerna lämna ut uppgifter om sitt eget utbud av hälso- och sjukvård och sitt avtalade utbud av hälso- och sjukvård enligt 15 kap. 1 § HSL (se avsnitt 5.3). Detta är nödvändigt eftersom syftet med vårdsöksregistret är att ge information om sådana uppgifter som behövs för att en nationell vårdsökstjänst ska kunna möjliggöra för vårdgivare att erbjuda hälso- och sjukvård åt den patient som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård. Behovet av komplett och korrekt information kan inte fullt ut säkerställas genom ett uppgiftslämnande som vilar på frivilligt åtagande. Det finns därför behov av att införa en skyldighet för regionen att lämna ut uppgifter om regionens utbud av hälso- och sjukvård till den ansvariga myndigheten.

Uppgiftsskyldigheten bör omfatta uppgifter om vilken hälso- och sjukvård som regionen erbjuder, både egen och upphandlad, såsom typ av specialistvård och vilka vårdgivare som utför den vården. Den bör även omfatta uppgifter ur avtal som regionen har med en annan vårdgivare enligt 15 kap. 1 § HSL. Det kan t.ex. röra sig om uppgifter om villkor för nyttjande av en vårdgivares hälso- och sjukvård och under vilken tid som det avtalade utbudet av hälso- och sjukvård gäller. Uppgifterna ska inte innehålla vårddokumentation om en patient (se avsnitt 5.3). Innehållet i uppgifterna ska inte heller vara sådana att de omfattas av sekretess (se avsnitt 7.2). I samband utlämnade av uppgifter behöver den utlämnande regionen ta ställning till om uppgifterna omfattas av uppgiftsskyldigheten och ska lämnas ut.

Uppgiftsskyldigheten gäller inte säkerhetsskyddsklassificerade uppgifter

Med säkerhetsskyddsklassificerade uppgifter avses i 1 kap. 2 § Av 1 kap. 2 § säkerhetsskyddslagen (2018:585) framgår att säkerhetsskyddsklassificerade uppgifter är sådana som rör säkerhetskänslig verksamhet och som därför omfattas av sekretess enligt offentlighets- och sekretesslagen eller som skulle ha omfattats av sekretess enligt den lagen, om den hade varit tillämplig.

Vårdsöksregistret ska föras för att ge information om sådana uppgifter som behövs för en nationell vårdsökstjänst. Det kan i ett fåtal fall finnas

uppgifter om en vårdgivares vårdutbud som skulle kunna omfattas av den så kallade försvarssekretessen i 15 kap. 2 § OSL och därmed utgöra säkerhetsskyddsklassificerade uppgifter. Av bestämmelsen framgår att sekretess gäller för uppgift som rör verksamhet för att försvara landet eller planläggning eller annan förberedelse av sådan verksamhet eller som i övrigt rör totalförsvaret, om det kan antas att det skadar landets försvar eller på annat sätt vållar fara för rikets säkerhet om uppgiften röjs. För att säkerställa att säkerhetsskyddsklassificerade uppgifter inte lämnas med stöd av den nya lagen bör det införas ett undantag som innebär att skyldigheten att lämna uppgifter inte gäller säkerhetsskyddsklassificerade uppgifter.

Den ansvariga myndigheten bör också informera vårdgivarna om att avsikten inte är att vårdgivaren ska lämna in säkerhetsskyddsklassificerade uppgifter.

Anmälningsskyldighet för ändrade förhållanden

För att säkerställa att informationen är korrekt i vårdsöksregistret krävs att uppgifter lämnas när förhållandena förändras. Det finns av det skälet anledning att införa en skyldighet för regioner att anmäla förändringar som påverkar de uppgifter som ligger till grund för registreringen. Det kan exempelvis avse förändringar i utbudet av hälso- och sjukvård eller vilken vårdgivare som erbjuder vården. Det kan också handla om när avtal eller avtalsvillkor ändras eller om avtal upphör i förtid.

En reglerad anmälningsskyldighet vid ändrade förhållanden bidrar till att minska risken för att uppgifter i vårdsöksregistret blir inaktuella eller missvisande. Den kompletterar därmed regionernas uppgiftsskyldighet och skapar bättre förutsättningar för en kontinuerligt uppdaterad och kvalitetssäkrad informationsmängd.

Sådan anmälan bör även göras skyndsamt för att inte riskera felaktigheter i vårdsöksregistret. Därför bör regionen så snart det är möjligt anmäla ändrade förhållanden till den ansvariga myndigheten.

Uppgifter om väntetider behövs för vårdsöksregistret

Som framgår av avsnitt 5.4 bedöms det att den ansvariga myndigheten behöver samla in uppgifter om vårdgivares väntetider och tillgängliggöra sådana uppgifter till vårdgivare. Regionerna omfattas redan av en skyldighet att rapportera in uppgifter om väntetider till en nationell databas enligt 9 kap. 3 § HSL. Av 6 kap. 3 § hälso- och sjukvårdsförordningen framgår att registreringsskyldigheten ska fullgöras genom att regionerna lämnar uppgifter om väntetider till den nationella väntetidsdatabas som förs av Socialstyrelsen.

För att minska den administrativa belastningen på de vårdgivare som ska lämna in uppgifter bör uppgifter som redan finns i myndighetsregister, i möjligaste mån, hämtas därifrån i stället för att lämnas in igen till ansvarig myndigheten. Att en sådan återanvändning av uppgifter i vissa fall inte är möjlig beror på bl.a. den tidigare nämnda avsaknaden av semantisk interoperabilitet mellan myndighetsregister samt att det saknas teknisk infrastruktur för att kunna hämta uppgifterna på ett enkelt och automatiserat sätt. Det bedöms dock att uppgifter om vårdgivares väntetider kan inhämtas från Socialstyrelsens väntetidsdatabas.

Som framgår av avsnitt 5.4 ska uppgifter om väntetider vara aggregerade och inte innehålla uppgifter som omfattas av sekretess eller är personuppgifter. Trots det bedöms det att det bör införas en skyldighet för Socialstyrelsen att lämna ut uppgifter om vårdgivares väntetider till ansvarig myndighet. En sådan reglering ger ett tydligt uppdrag till Socialstyrelsen att lämna ut uppgifterna. En sådan uppgiftsskyldighet bör regleras i förordning. I avsnitt 5.1 bedöms det att E-hälsomyndigheten bör vara ansvarig myndighet. Socialstyrelsen bör därför ha en uppgiftsskyldighet gentemot E-hälsomyndigheten.

Ytterligare bestämmelser om uppgifts- och anmälningsskyldigheten

Eftersom förändringar i de tekniska förutsättningarna ger utrymme för andra, mer ändamålsenliga, informationsflöden, bedöms det inte lämpligt att närmare beskrivning av vilka uppgifter som ska omfattas av regionens uppgiftsskyldighet eller när sådana uppgifter ska lämnas framgår av lag. Det föreslås därför regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela ytterligare föreskrifter om uppgifts- och anmälningsskyldigheten.

I avsnitt 5.1 bedöms det att E-hälsomyndigheten bör vara ansvarig registermyndighet. E-hälsomyndigheten bör därför få meddela ytterligare föreskrifter om uppgifts- och anmälningsskyldigheten.

5.6 Regionens skyldighet att uppfylla tekniska och organisatoriska krav

Förslag

En region ska uppfylla de tekniska och organisatoriska krav som är nödvändiga för att uppgifter i elektronisk form ska kunna lämnas till den ansvariga myndigheten.

Det ska i lagen tas in en upplysning om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan meddela närmare föreskrifter om de tekniska och organisatoriska kraven.

Bedömning

E-hälsomyndigheten bör få meddela närmare föreskrifter om de tekniska och organisatoriska kraven.

Skälen för förslaget och bedömningen

I avsnitt 5.5 lämnas förslag om att en region, i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvård, ska lämna uppgifter till den ansvariga myndigheten om sitt utbud av hälso- och sjukvård som regionen erbjuder eller har avtalat om enligt 15 kap. 1 § HSL. Det föreslås även att om de förhållanden för vilka uppgifter lämnats ändras, ska detta skyndsamt anmälas till den ansvariga myndigheten. att vårdgivare ska kunna begära ut uppgifter om var en patients andra vårdgivare. Förslagen innebär således att regioner har en skyldighet att kunna lämna uppgifter till ansvarig

myndighet. Regionen bör därför ha ett ansvar att uppfylla tekniska och organisatoriska krav som är nödvändiga för att möjliggöra konsekvent och säkert informationsutbyte mellan vårdgivaren och myndigheten. De tekniska kraven syftar till att säkerställa att vårdgivarens informationssystem kan kommunicera med it-funktioner hos den ansvariga myndigheten. Med organisatoriska krav avses att regionen bl.a. ska ha behovs- och riskanalyser som grund för behörighetstilldelning, policyer för informationssäkerhet och rutiner för incidenthantering.

Mot bakgrund av den tekniska utvecklingen bedöms det mest ändamålsenligt att närmare bestämmelser om skyldighet för vårdgivaren att uppfylla vissa tekniska och organisatoriska krav framgår av förordning och myndighetsföreskrifter. Regeringen kan meddela sådana föreskrifter om verkställighet av lag enligt 8 kap. 7 § första stycket 1 regeringsformen. I vissa situationer kan det vara motiverat att ha en upplysningsbestämmelse om regeringens möjlighet att meddela sådana föreskrifter, då riksdagen lagstiftar inom området för regeringens restkompetens (jfr HFD 2023 ref. 2). När riksdagen har reglerat en viss fråga kan regeringen inte längre använda sin föreskriftsrätt i samma fråga, eftersom en lag endast får ändras genom lag (8 kap. 18 § regeringsformen). Det anses att det i det här fallet bör finnas en bestämmelse som upplyser om att regeringen kan meddela föreskrifter på området. Det föreslås därför att det tas in en upplysning i lagen om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan meddela närmare föreskrifter om de tekniska och organisatoriska kraven med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen. Uttrycket närmare föreskrifter innebär att det är verkställighetsföreskrifter som avses.

I avsnitt 5.1 bedöms det att E-hälsomyndigheten bör vara ansvarig myndighet. E-hälsomyndigheten bör därför få meddela närmare föreskrifter om de tekniska och organisatoriska kraven.

6 Det ska inte längre krävas samtycke för vårdgivares tillgång till och behandling av personuppgifter

Förslag

Kravet på patientens samtycke för att en vårdgivare ska få behandla uppgifter som en annan vårdgivare har gjort tillgängliga ska tas bort. I stället ska en vårdgivare få behandla uppgifter som en annan vårdgivare har gjort tillgängliga om patienten inte motsatt sig det.

En vårdgivare ska få ges tillgång till personuppgifter som behandlas av andra vårdgivare genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande, om en patient inte motsatt sig att en vårdgivare behandlar uppgifter som en annan vårdgivare har gjort tillgängliga.

En vårdgivare ska få ta del av uppgift om vilka andra vårdgivare som har gjort uppgifter tillgängliga om det inte finns anledning att anta att patienten skulle ha motsatt sig det.

Bedömning

Någon bestämmelse om att patientens samtycke inte krävs om patienten är ett barn som inte kan lämna något samtycke behövs inte.

Några ytterligare åtgärder för att tillvarata patientens integritetsskydd behövs inte.

Det finns inget behov av ändring i patientdatalagen avseende den enskildes inställning till personuppgiftsbehandling.

Skälen för förslaget och bedömningen

Bestämmelser om hälso- och sjukvårdspersonalens åtkomst till patienters hälsodata

Bestämmelser som rör hälso- och sjukvårdspersonalens åtkomst till hälsodata finns i olika lagar. I patientdatalagen (2008:355), förkortad PDL, finns bestämmelser om åtkomsten avser uppgifter som finns hos samma vårdgivare. I lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, förkortad SVOD, finns bestämmelser om åtkomsten avser uppgifter som finns hos olika vårdgivare eller omsorgsgivare. Lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation reglerar åtkomsten till hälsodata mellan vårdgivare och omsorgsgivare genom det elektroniska systemet sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.

Av 1 kap. 1 § PDL framgår bl.a. att lagen tillämpas vid vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården och att det i lagen även finns bestämmelser om skyldigheten att föra patientjournal. I 4 kap. PDL finns bestämmelser om sekretess och elektronisk åtkomst inom en vårdgivares verksamhet. Det finns inte något krav på patientens samtycke i patientdatalagen för att en vårdgivare ska få ta del av uppgifter eller för att få tillgängliggöra uppgifter om patienten som förs helt eller delvis automatiserat elektroniskt. Patientens möjlighet att begränsa den elektroniska åtkomsten till personuppgifter för vårdändamål är enligt 4 kap. 4 § PDL i stället utformad som en rätt att motsätta sig sådan åtkomst för den som arbetar vid en annan vårdenhet eller inom en annan vårdprocess hos samma vårdgivare.

Enligt 1 kap. 3 § SVOD tillämpas lagens bestämmelser på vårdgivares behandling av personuppgifter enligt patientdatalagen. Med sammanhållen vård och omsorgsdokumentation avses ett elektroniskt system som gör det möjligt för en vårdgivare eller omsorgsgivare att ge eller få tillgång, genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande, till personuppgifter hos andra vårdgivare eller omsorgsgivare (1 kap. 1 § SVOD). En vårdgivare får under vissa förutsättningar ges tillgång, genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande, till vissa personuppgifter som behandlas av andra vårdgivare (2 kap. 1 § SVOD).

Innan uppgifter om en patient görs tillgängliga för andra vårdgivare ska patienten av vårdgivare informeras om vad sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation innebär, och möjligheten att motsätta sig att uppgifter görs tillgängliga för andra vårdgivare eller omsorgsgivare genom sådan dokumentation (2 kap. 2 § första stycket SVOD). För att en vårdgivare ska få behandla personuppgifter som tillgängliggjorts av en annan vårdgivare krävs enligt 3 kap. 1 § SVOD bl.a. att patienten samtycker till det.

En patient ska också informeras om att uppgiften om att det finns spärrade uppgifter om patienten och vilken vårdgivare som har spärrat uppgifterna ska göras tillgängliga för andra vårdgivare, och vid fara för patientens liv eller när det annars finns allvarlig risk för dennes hälsa får en annan vårdgivare ta del av uppgift om vilken vårdgivare som har spärrat uppgifterna (2 kap. 2 § andra stycket SVOD). Motsätter sig patienten det, får uppgifter om patienten inte tillgängliggöras för andra vårdgivare och uppgifterna ska genast spärras av vårdgivaren. En vårdnadshavare kan inte motsätta sig att uppgifter om ett barn görs tillgängliga för andra vårdgivare (2 kap. 3 § SVOD). Ordningen har motiverats av en avvägning mellan skyddet för den personliga integriteten och behovet av informationsutbyte för att hälso- och sjukvården ska kunna uppmärksamma barn som far illa samt ta ställning till om en anmälan till socialnämnden ska göras, i syfte att säkerställa att barnet får ett tillräckligt skydd (prop. 2021/22:177 s. 94).

Ospärrade uppgifter om en patient ska göras tillgängliga för de vårdgivare som är anslutna till sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Om det finns ospärrade uppgifter om patienten, ska det föras in en uppgift om detta. Andra vårdgivare ska kunna ta del av denna uppgift utan att ta del av uppgiften om vilken vårdgivare som har gjort uppgiften tillgänglig eller av de ospärrade uppgifternas innehåll (2 kap. 4 § SVOD). Av 2 kap. 5 § SVOD följer att uppgift om att det finns spärrade uppgifter om en patient samt uppgift om vilken vårdgivare som har spärrat uppgifterna ska göras tillgängliga för andra vårdgivare. Uppgift om vilken vårdgivare som har spärrat uppgifterna får endast göras tillgängliga för andra vårdgivare under de förutsättningar som anges i 3 kap. 5 och 6 §§ SVOD. Det handlar bl.a. om det finns fara för en patients liv eller det finns allvarlig risk för dennes hälsa. I 2 kap. 6 § SVOD regleras tillgängliggörande av uppgifter avseende en patient eller en omsorgsmottagare som inte endast tillfälligt saknar förmåga att ta ställning.

Samtyckeskravet har varit omdiskuterat

Bestämmelser om sammanhållen journalföring reglerades fram till den 1 januari 2023 i 6 kap. patientdatalagen. Samtyckeskravet i dåvarande 6 kap. 3 § PDL har under de senaste 15 åren diskuterats och utretts av flera statliga utredningar.

Den statliga utredningen Rätt information i vård och omsorg föreslog i sitt betänkande Rätt information på rätt plats i rätt tid att samtyckeskravet i samband med sammanhållen journalföring skulle tas bort (SOU 2014:23 s. 376). Förslaget motiverades med att patientens samtycke är en grundläggande förutsättning för att vårda en patient, och att det därför är rimligt att utgå från att patienten även samtycker till den informationshantering som behövs för att få bästa möjliga vård. Integritetskyddsmyndigheten var dock kritisk till förslaget. I ett särskilt yttrande till utredningen anförde myndighetens expert att förslagen kunde leda till en obefogad och okontrollerad spridning av hälsodata bl.a. mot bakgrund att vårdgivarna inte lever upp till bestämmelserna om behörighetsstyrning och åtkomstkontroll (SOU 2014:23 s. 1219–1228).

Riksdagen tillkännagav för regeringen bl.a. det som socialutskottet anfört om digitalisering i vården att regeringen bör se över om dagens krav på ett aktivt samtycke för sammanhållen journalföring bör ändras så att

patienten antas samtycka till att vårdgivarna tar del av patientinformation till dess att motsatsen har meddelats (bet. 2019/20:SoU11 p. 18).

I en rapport från Sveriges Kommuner och Regioner den 13 maj 2022 föreslogs att samtycke skulle omvärderas vad gäller överföring av hälsodata mellan vårdgivare för att möjliggöra så kallad populationshälsa (Digitala möjligheter som stöd i den nära vården, s. 63).

I propositionen Sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation påtalades risken med integritetsintrång i och med regler som ökar möjligheten att utbyta information om enskilda genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande inom och mellan vissa verksamheter inom bland annat sjukvården (prop. 2021/22:177). Flera remissinstanser menade att krav på samtycke var onödigt vid utlämnanden av uppgifter inom och mellan verksamheter eftersom det finns en annan rättslig grund än samtycke för informationsutbytet utifrån ett dataskyddsperspektiv. Regeringen konstaterade dock att det är angeläget att patientens förtroende för hälso- och sjukvården inte skadas. Ett krav på samtycke bedömdes därför vara nödvändigt för att säkerställa patientens delaktighet i, och förtroende för vården. Genom att patienten själv kan kontrollera spridningen av sina personuppgifter sätts han eller hon i centrum för informationshanteringen. Regeringen delade därför inte remissinstansernas synpunkter om att möjligheten att kunna begära att uppgifter spärras skulle vara en tillräcklig integritetsstärkande åtgärd och samtyckeskravet togs inte heller bort (s. 113 och 114).

I Utredningen om infrastruktur för hälsodata som nationellt intresses betänkande Samordnat juridiskt stöd och vägledning för hälso- och sjukvårdens digitalisering (SOU 2023:83) påtalades behovet av ett samordnat juridiskt stöd och vägledning för hälso- och sjukvårdens digitalisering. Ett område som särskilt pekades ut var reglerna för samtycke när det gäller tillgång till bl.a. journaler. En kritik som framfördes avsåg tolkningsutrymmet av reglerna för samtycke. En annan kritik som lyftes var att samtyckesinhämtningen var onödigt betungande, framför allt vid täta och regelbundna läkarkontakter som sker med en och samma patient (s. 35 och 36).

I Samordnaren för en nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvårdens betänkande En nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården (SOU 2026:6) framfördes att en digital infrastruktur för hälso- och sjukvården inte bör utformas så att den skapar beroenden av samtycke (bilaga 2 s. 106). Det framhölls även att användningen av hälsodata just nu befinner sig i ett förändringsskede. Patientföreningar, huvudmän, vårdgivare och vårdprofessioner uppges vara positiva till reformen om en digital infrastruktur för hälso- och sjukvården. Man ser att reformen bidrar till ökad patientsäkerhet, enklare administration och att den skapar bättre och säkrare arbetsprocesser som underlättar för vårdpersonalen att få den information som behövs inför ett vårdbesök (s. 11). Av betänkandet framgår även att representanter från hälso- och sjukvården samt patientorganisationer har uttryckt ett behov av att förändra den rådande synen på informationssäkerhet, från att i första hand undvika oönskad åtkomst till att i större utsträckning undvika otillräcklig åtkomst. En digital infrastruktur för hälso- och sjukvården bör inte utformas så att den skapar beroenden av samtycke. I betänkandes konstateras att krav på samtycke kan leda till problem och ofta tvingas personalen att utveckla temporära

lösningar för att kunna utföra vård. Av betänkandet framgår att det är viktigt att vårdgivare ges tillgång till uppgifter, behandlingar, utredningar och bedömningar som har gjorts av andra vårdgivare samt att det i vissa fall finns det en risk för informationsförlust om man inte begär och får patientens godkännande (bilaga 2 s. 104, 106 och 107).

Sammantaget kan det konstateras att den återkommande kritiken talar för att den nuvarande ordningen med krav på samtycke inte fullt ut motsvarar vårdgivares behov av information för att ge rätt vård. Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2025/327 av den 11 februari 2025 om det europeiska hälsodataområdet och om ändring av direktiv 2011/24/EU och förordning (EU) 2024/2487, förkortad EU:s hälsodataförordning, som träder i kraft 29 mars 2029 (i dessa delar), medför dessutom att svensk rätt behöver anpassas. I förordningen finns inget krav på att patienten först ska samtycka till att åtkomsten får användas. Tvärtom utgår förordningen ifrån att information ska finnas tillgänglig utan aktiv åtgärd från patienten. EU:s hälsodataförordning möjliggör dock begränsningar till åtkomst av personuppgifter genom artikel 8 (patients rättighet att begränsa åtkomst, s.k. spärr) och artikel 10 (patients rättighet till att motsätta sig tillgång, s.k. opt-out). I förhållande till lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation innebär det att samtycke kommer att ersättas av andra rättsliga grunder eller särskilda åtkomst- och skyddsmekanismer.

I promemorian Hälsodata ska vara tillgänglig i hela vårdkedjan från utredningen (S 2024:A) Uppdrag att möjliggöra en nationell digital infrastruktur för hälsodata, görs bedömningar och lämnas förslag om patientens rättigheter att dels motsätta sig tillgång till hälsodata (opt-out), dels rättigheten att begränsa tillgången för hälso- och sjukvårdspersonal (spärr) och hur dessa rättigheter ska harmoniseras i nationell rätt och då med anledning av de krav som EU:s hälsodataförordning ställer. Dessa förslag bereds i Regeringskansliet och kommer att hanteras tillsammans med andra bestämmelser om patienters rättigheter och där krav återfinns i EU:s hälsodataförordning.

Mot denna bakgrund finns det skäl att överväga om kravet på patientens samtycke i 3 kap. 1 § 2 SVOD för att en vårdgivare ska få behandla uppgifter som en annan vårdgivare har gjort tillgängliga bör tas bort. Kravet på samtycke vid en vårdgivares behandling av uppgifter som en omsorgsgivare har gjort tillgängliga, eller en omsorgsgivares behandling av uppgifter som en vårdgivare har gjort tillgängliga behandlas dock inte i denna promemoria.

Samtyckeskravet bör tas bort i lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation för vårdgivare

Hälso- och sjukvården har genomgått stora strukturförändringar, patienter vårdas och behandlas av olika vårdgivare, inte sällan i en vårdkedja vilket innebär att antalet yrkesutövare som direkt involveras i vården av en enskild patient har ökat genom åren. Pandemin har tydliggjort vikten av en ökad tillgång till digitala tjänster inom hälsosektorn och komplicerade regelverk, strukturer och processer i medlemsstaterna försvårar tillgång till och att dela hälsodata, särskilt vad gäller gränsöverskridande datadelning (Regeringskansliet Faktapromemoria, 2021/22: FPM97).

Tillgång till fullständig och aktuell patientinformation är en central förutsättning för säker diagnostik, behandling och uppföljning. När informationsåtkomst är beroende av samtycke, såsom i lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, kan det uppstå risker för informationsbrist, dubbelarbete eller fördröjd behandling. En reglering som i praktiken begränsar åtkomsten till medicinskt relevant information mellan vårdgivare kan därmed stå i konflikt med grundläggande krav på god och säker vård samt vårdgivarens ansvar att fatta välgrundade medicinska beslut. Därutöver medför administrativ hantering av samtycken tids- och resursåtgång för vårdpersonal, vilket kan påverka verksamhetens effektivitet. När personalen behöver säkerställa samtycke innan nödvändig information kan inhämtas, riskerar arbetsprocesser att fördröjas och resurser att omfördelas från patientnära arbete till administration. Detta kan motverka målet om en effektiv och ändamålsenlig offentlig verksamhet.

Patientens förtroende för hälso- och sjukvården liksom skyddet för den personliga integriteten är fortsatt viktigt att ta hänsyn till. Men den omständigheten att patientinformation inte finns tillgänglig och därmed kan påverka vården negativt väger också tungt. Om information inte finns tillgänglig kan det även påverka patientens förtroende för hälso- och sjukvården på ett negativt sätt.

Samtidigt är det viktigt att lyfta fram de integritetsrisker som kan finnas med att ta bort samtyckes kravet. Ett borttagande av innebär enligt ett särskilt yttrande i SOU 2014:23 att patientens medbestämmande försvinner. Av yttrandet framgår även att det innebär en risk för en obefogad och okontrollerad spridning av uppgifterna eftersom vårdgivarna i dag inte lever upp till bestämmelserna om behörighetsstyrning och åtkomstkontroll.

Till skillnad från vad som framförs i SOU 2014:23 bedöms ett borttagande av samtycke i lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation inte innebära att patientens inflytande över uppgifterna försvinner. Det bedöms inte heller finns belägg, i dagsläget, för att ett borttagande av kravet på samtycke skulle leda till okontrollerad spridning av hälsodata. Möjligheten att motsätta sig att en annan vårdgivare får behandla uppgifter, krav på information och behörighetsstyrning och kontroll av åtkomst, kvarstår för patientens inflytande över sina uppgifter. För att tillvarata patientens integritetsskydd finns även bestämmelser om information till patienten och patientens inflytande över tillgängliggörandet av uppgifterna i 2 kap. 2–5 §§ SVOD.

Integritetsskyddet upprätthålls även genom ett system av materiella och organisatoriska skyddsåtgärder. Liksom tidigare är det av central betydelse att vårdgivare har ändamålsenliga rutiner och processer som säkerställer att hälso- och sjukvårdspersonal endast får tillgång till de personuppgifter som är nödvändiga för att fullgöra sina arbetsuppgifter liksom tydliga krav på tilldelning och uppföljning av behörighet till elektronisk åtkomst, och regelbunden kontroll av sådan åtkomst.

Den information som lämnas till patienten ska, liksom tidigare, uppfylla kraven på information till den registrerade enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EU) nr 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG.

Ett borttagande av samtycket i lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation för vårdgivare innebär därmed inte att integritetsskyddets nivå sänks, utan att regleringen görs mer systematiskt sammanhållen och ändamålsenlig samtidigt som förutsättningarna för en säker och effektiv informationshantering i vården förbättras. Patientens delaktighet i och förtroende för vården bedöms därför inte påverkas negativt. Några ytterligare åtgärder för att tillvarata patientens integritetsskydd är inte nödvändiga.

Förslaget bedöms innebära en godtagbar avvägning mellan intresset av ett borttagande av samtycket och intresset av att skydda den enskildes personliga integritet. Det starka allmänintresset av att tillgängliggöra information om patienten och möjliggöra att all relevant information om patienter finns för vårdgivare i hela vårdkedja står i rimlig proportion till det intrång i den personliga integriteten. Intrånget bedöms följaktligen vara motiverat och proportionerligt i förhållande till vårdgivares behov att behandla patientens personuppgifter enligt de angivna ändamålen i lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och inom de övriga ramar som anges i den lagen.

Sammantaget bedöms det därför att kravet på samtycke till åtkomst inom sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation för vårdgivare i 3 kap. 1 § 2 SVOD bör tas bort och ersättas med en möjlighet för patienten att motsätta sig att uppgifter som en annan vårdgivare har gjort tillgängliga får behandlas. Förslaget att ta bort kravet på samtycke är också ett steg mot anpassning av nationell reglering avseende vårdgivares tillgång till elektronisk information om en patient enligt EU:s hälsodataförordning. Som nämns under rubriken Samtyckeskravet har varit omdiskuterat utreds och bereds för närvarande förslag om ytterligare anpassningar av svensk rätt gällande bl.a. patienternas rättigheter med anledning av de krav som ställs i EU:s hälsodataförordning av Utredningen (S 2024:A) Uppdrag att möjliggöra en nationell digital infrastruktur för hälsodata.

När samtycket tas bort och ersätts med en bestämmelse om att patienten kan motsätta sig att uppgifter som en annan vårdgivare har gjort tillgängliga får behandlas behöver även vissa följdändring göras i lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. En ändring som behövs handlar om att en vårdgivare ska få ges tillgång till personuppgifter som behandlas av andra vårdgivare genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande, om en patient inte motsatt sig att en vårdgivare behandlar uppgifter som en annan vårdgivare har gjort tillgängliga. En annan ändring som behöver göras innebär att en vårdgivare under vissa förutsättningar ska få ta del av uppgifter om vilka andra vårdgivare som gjort uppgifter tillgängliga om patienten för det fallet att patienten inte endast tillfälligt saknar förmåga att motsätta sig detta enligt den föreslagna nya bestämmelsen.

Det finns också behov av att göra följdändringar i 2 kap. 1 § SVOD som innebär att den föreslagna bestämmelsen läggs till och i 3 kap. 3 § SVOD som innebär att en vårdgivare under vissa förutsättningar får ta del uppgifter om patienten även i den situationen då patienten inte endast tillfälligt saknar förmåga att motsätta sig det.

Det bedöms inte finnas behov av ändringar i patientdatalagen (2008:355) avseende den enskildes inställning till personuppgiftsbehandling.

Barns personuppgifter förtjänar särskilt skydd

Av EU:s dataskyddsförordnings skäl 38 framgår att barns personuppgifter förtjänar ett särskilt skydd, eftersom barn kan vara mindre medvetna om de risker, följder och skyddsåtgärder som är förenade med personuppgiftsbehandling samt om sina rättigheter i detta avseende. Samtidigt ska barns integritet respekteras, och i takt med att barnet uppnår tillräcklig ålder och mognad bör barnet själv kunna utöva inflytande över och kontroll över sina personuppgifter (prop. 2021/22:177 s. 94–96).

På samma sätt som när det gäller samtycke för vuxna ska barns integritet respekteras, och i takt med att barnet uppnår tillräcklig ålder och mognad bör barnet själv kunna utöva inflytande och kontroll över sina personuppgifter även när det gäller att motsätta sig behandling av personuppgifter. Det innebär att även barn har rätt att t.ex. få information om personuppgiftsbehandlingen.

7 Offentlighets- och sekretessfrågor

7.1 Sekretess vid sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation

Förslag

Sekretess ska gälla hos en myndighet som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvård för uppgift om en enskilds personliga förhållanden som gjorts tillgänglig av en annan vårdgivare enligt lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, om patienten motsatt sig att en vårdgivare får behandla uppgifter som en annan vårdgivare har gjort tillgängliga.

Sekretess ska också gälla om patienten inte motsatt sig att en vårdgivare får behandla uppgifter som en annan vårdgivare har gjort tillgängliga eller om myndigheten tidigare har behandlat sådana uppgifter, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men.

Bedömning

Det behövs ingen ändring i bestämmelserna om tystnadsplikt i patientsäkerhetslagen.

Skälen för förslaget och bedömningen

Av 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL, framgår bl.a. att sekretess gäller inom hälso- och sjukvården för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående lider men.

Av 25 kap. 2 § första stycket OSL framgår att s.k. absolut sekretess gäller hos en myndighet som bedriver hälso- och sjukvård eller annan

medicinsk verksamhet för uppgift om en enskilds personliga förhållanden som gjorts tillgänglig av en annan vårdgivare eller omsorgsgivare enligt lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, förkortad SVOD, om inte förutsättningarna enligt 3 kap. 1, 3, 5 eller 6 § samma lag för att myndigheten ska få behandla uppgiften är uppfyllda. Förutsättningarna handlar bl.a. om krav på patientens samtycke för att en vårdgivare ska få behandla uppgifter som en annan vårdgivare har gjort tillgängliga. Med absolut sekretess avses att uppgifterna inte lämnas ut och att någon skadeprövning inte behöver göras. Den egna vårddokumentationen, som görs tillgänglig för andra anslutna vårdgivare och omsorgsgivare i systemet, regleras av den ordinarie hälso- och sjukvårdssekretessen i 25 kap. 1 § OSL.

Av 25 kap. 2 § andra stycket OSL framgår att om förutsättningarna enligt 3 kap. 1, 3, 5 eller 6 § SVOD är uppfyllda gäller sekretess för uppgift om enskilds personliga förhållanden i stället enligt detta stycke. Detsamma gäller om myndigheten tidigare har behandlat uppgiften med stöd av nämnda bestämmelser i den aktuella lagen. Sekretessen gäller om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men, dvs. med ett omvänt skaderekvisit. Det råder alltså en presumtion för sekretess.

I avsnitt 6 föreslås att regleringen om att en vårdgivare ska få behandla uppgifter som en annan vårdgivare har gjort tillgängliga, om patienten samtyckt, ska tas bort från bestämmelsen i 3 kap. 1 § SVOD. I stället ska det införas en ny bestämmelse om att en vårdgivare får behandla uppgifter som en annan vårdgivare har gjort tillgängliga om patienten inte motsatt sig det. Det bör även fortsättningsvis gälla absolut sekretess för uppgift om en enskilds personliga förhållanden som gjorts tillgänglig av en annan vårdgivare, om patienten motsatt sig att en vårdgivare får behandla uppgifter som en annan vårdgivare har gjort tillgängliga. Om patienten inte motsatt sig att en vårdgivare får behandla uppgifter som en annan vårdgivare har gjort tillgängliga eller om myndigheten tidigare har behandlat sådana uppgifter bör sekretess också gälla fortsättningsvis, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men.

När det gäller enskild verksamhet som bedriver hälso- och sjukvård eller annan medicinsk verksamhet finns bestämmelser om tystnadsplikt i 6 kap. 12–16 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659). Tystnadsplikt innebär att uppgifter inte obehörigen får lämnas ut utanför den verksamhet för vilken tystnadsplikten gäller. Enskilda vårdgivare och omsorgsgivare kan trots reglerna om tystnadsplikt lämna ut uppgifter med stöd av förarbetsuttalandena om att utlämnande från en enskild vårdgivare eller omsorgsgivare inte är att anse som ett obehörigt utlämnande om det sker i överensstämmelse med motsvarande regler i offentlighets- och sekretesslagen för offentliga vårdgivare och omsorgsgivare (se prop. 2021/22:177 s. 158 och prop. 1980/81:28 s. 23). Det bedöms därför inte finnas något behov av ändring av bestämmelserna om tystnadsplikt i patientsäkerhetslagen.

7.2 Sekretess hos E-hälsomyndigheten

Förslag

Sekretess hos E-hälsomyndigheten för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden ska inte hindra att uppgifter enligt lagen om ett nationellt register över patienters vårdgivare och lagen om en nationell vårdsökstjänst lämnas till enskilda vårdgivare.

Bedömning

Det finns inget behov av ytterligare bestämmelser om sekretess.

Skälen för förslaget och bedömningen

Sekretess i E-hälsomyndighetens verksamhet

E-hälsomyndigheten föreslås i denna promemoria vara ansvarig myndighet för de föreslagna registren och vårdsökstjänsten (se avsnitt 3.1, 4.1 och 5.1). Av 25 kap. 17 a § OSL framgår att sekretess gäller hos E-hälsomyndigheten för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men.

I E-hälsomyndighetens verksamhet förekommer också uppgifter som avser enskildas affärs- eller driftsförhållanden. För sådana uppgifter gäller sekretess hos myndigheten, om det kan antas att den enskilde lider skada om uppgiften röjs enligt 25 kap. 17 b § OSL. Det kan handla om uppgifter om försäljning av läkemedel, uppgifter som framkommer i samband med kontroll av en apoteksaktörs elektroniska system för direktåtkomst till uppgifter hos myndigheten eller uppgifter om företags affärsförhållanden i olika samarbeten som myndigheten deltar i.

I 25 kap. 17 c § OSL finns vissa sekretessbrytande bestämmelser som innebär att sekretessen enligt 17 a och 17 b §§ i samma kapitel inte hindrar att bl.a. uppgift i den nationella läkemedelslistan lämnas enligt lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista till hälso- och sjukvårdspersonal.

Uppgifter i grundregistret över vårdgivare bör inte omfattas av sekretess

Enligt avsnitt 3.3 ska grundregistret över vårdgivare bl.a. innehålla uppgifter om vårdgivares organisation, verksamhetens inriktning och kontaktuppgifter. Registret ska inte få innehålla uppgifter om patienter.

Uppgift om vårdgivare och deras organisation bedöms inte omfattas av någon bestämmelse om sekretess. Det rör sig om organisationsuppgifter som förekommer i flera olika myndighetsregister. Inte ens den omständigheten att hälso- och sjukvårdsverksamhet kan bedrivas av enskilda näringsidkare medför att ett företagsnamn (firma) eller personnummer alternativt samordningsnummer bedöms omfattas av sekretess. Det får anses ligga i sådana vårdgivares eget intresse att göra dessa uppgifter allmänt tillgängliga för att skapa kännedom om verksamheten. Inte heller bör information om var en verksamhet bedrivs eller om vissa utpekade befattningshavare omfattas av sekretess.

Det finns inte behov av nya sekretessbestämmelser för uppgifter i registret över patienters vårdgivare

I avsnitt 4.1 lämnas förslag om ett nationellt register över patienters vårdgivare. Där framgår att ett sådant register ska innehålla uppgifter om patientens personnummer, samordningsnummer eller annan identitetsbeteckning, patientens vårdgivares organisationsnummer eller motsvarande identitetsbeteckning och elektroniska kontaktuppgifter.

I detta register kommer det behandlas uppgifter om vilken patient som vårdas eller har vårdats hos en vårdgivare samt vårdgivarens identitet. Registret kommer innehålla känsliga personuppgifter eftersom informationen avslöjar att en individ har behandlats inom ramen för hälso- och sjukvård. Uppgifterna avser också hos vilken vårdgivare patienten har varit, vilket i vissa fall kan avslöja något om patientens hälsa, t.ex. om det rör sig om en specialistklinik.

Uppgifterna hos E-hälsomyndigheten om vilken patient som vårdas eller har vårdats hos en vårdgivare bedöms omfattas av sekretess enligt bestämmelserna i 25 kap. 17 a § OSL för enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden om förutsättningarna i den bestämmelsen är uppfyllda.

Det kan heller inte uteslutas att det skulle kunna finnas uppgifter om patienter som skulle kunna omfattas av den s.k. försvarssekretessen i 15 kap. 2 § OSL. Av den bestämmelsen framgår att sekretess gäller för uppgift som rör verksamhet för att försvara landet eller planläggning eller annan förberedelse av sådan verksamhet eller som i övrigt rör totalförsvaret, om det kan antas att det skadar landets försvar eller på annat sätt vållar fara för rikets säkerhet om uppgiften röjs. I avsnitt 4.4 föreslås det därför ett undantag från uppgiftsskyldigheten om att lämna säkerhetsskyddsklassificerade uppgifter enligt säkerhetsskyddslagen (2018:585).

Registret över patienters vårdgivare ska även innehålla uppgifter om vårdgivares elektroniska kontaktuppgifter. Sådana uppgifter avser uppgifter som innehåller information om anropsadresser till informationssystem och tekniska tjänster (API:er), dvs. tekniska gränssnitt en organisation tillhandahåller (se avsnitt 4.1). Elektroniska kontaktuppgifter är inte personuppgifter och bedöms inte vara känsliga i övrigt. Det bedöms därför att sådana uppgifter inte omfattas eller bör omfattas av sekretess.

Det föreslås även att det ska införas uppgiftsskyldighet för vårdgivare att lämna sådana uppgifter som behövs för registret över patienters vårdgivare (se avsnitt 4.4). Det handlar alltså om uppgifter om vilken patient som vårdas eller har vårdats hos en vårdgivare. Sådana uppgifter kan omfattas av sekretess enligt 25 kap. 1 § OSL. För den enskilda hälso- och sjukvården gäller i stället bestämmelser om tystnadsplikt i 6 kap. 12 § patientsäkerhetslagen. Av den bestämmelsen framgår bl.a. att den som tillhör eller har tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen inom den enskilda hälso- och sjukvården inte får obehörigen röja vad han eller hon i sin verksamhet har fått veta om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden.

Mot den bakgrunden bedöms det inte finnas skäl att införa ytterligare sekretessbestämmelser för uppgifter som hanteras i registret över patienters vårdgivare eller med anledning av föreslagen uppgiftsskyldighet. Befintliga sekretessbestämmelser bedöms vara tillräckliga.

Det finns inte behov av nya sekretessbestämmelser för uppgifter i vårdsökstjänsten och vårdsöksregistret

I avsnitt 5.1 lämnas förslag om att en myndighet ska tillhandahålla en nationell vårdsökstjänst och föra ett register över uppgifter om regioners utbud av hälso- och sjukvårdsjukvård (vårdsöksregistret). Det föreslås även att det ska införas en uppgiftsskyldighet för regionen att lämna sådana uppgifter som behövs för myndigheten att föra vårdsöksregistret (avsnitt 5.5).

Vårdsöksregistret ska få innehålla uppgifter om regionens egna utbud av hälso- och sjukvårdstjänster och regionens avtalade utbud av hälso- och sjukvård, enligt 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL. Registret ska inte få inte innehålla uppgifter om patienter (avsnitt 5.3).

Uppgifter om regionens utbud av hälso- och sjukvård kan sägas utgöra en detaljerad precisering av sådan information om inriktning för och omfattning av en verksamhet som (på en övergripande nivå) ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg enligt 2 kap. 1 § patientsäkerhetslagen. Dessa uppgifter bedöms därför som huvudregel inte omfattas av sekretess.

Det kan dock finnas uppgifter om vårdutbud som skulle kunna omfattas av den så kallade försvarssekretessen i 15 kap. 2 § OSL, dvs. uppgift som rör verksamhet för att försvara landet eller planläggning eller annan förberedelse av sådan verksamhet eller som i övrigt rör totalförsvaret, om det kan antas att det skadar landets försvar eller på annat sätt vållar fara för rikets säkerhet om uppgiften röjs. I avsnitt 5.5 föreslås det därför ett undantag från uppgiftsskyldigheten om att lämna sådana uppgifter som är säkerhetsskyddsklassificerade enligt säkerhetsskyddslagen.

Vårdsöksregistret ska även få innehålla uppgifter från avtal som en region har med en annan vårdgivare enligt 15 kap. 1 § HSL. Det kan t.ex. handla om uppgifter om villkor för nyttjande av den hälso- och sjukvård som en vårdgivare erbjuder, under vilken tid som det avtalade utbudet av hälso- och sjukvård gäller och samband mellan avtal som en vårdgivare har med olika regioner (avsnitt 5.3). Uppgifter från avtal som en region har med en annan vårdgivare och som ingår i registret skulle kunna direkt eller indirekt omfattas av enskilds affärs- eller driftsförhållande. Enskilds affärs- eller driftsförhållanden kan t.ex. vara uppgifter om anbud, kundlistor eller tillverkningsmetoder. Enligt 25 kap. 17 b § gäller sekretess hos E-hälsomyndigheten för uppgift om en enskilds affärs- eller driftsförhållanden, om det kan antas att den enskilde lider skada om uppgiften röjs. Hos regionen kan motsvarande uppgifter omfattas av sekretess enligt 19 kap. 1 § och 31 kap. 16 § OSL. Av bestämmelsen i 19 kap. 1 § OSL framgår bl.a. att sekretess gäller i en myndighets affärsverksamhet för uppgift om myndighetens affärs- eller driftförhållanden, om det kan antas att någon som driver likartad rörelse gynnas på myndighetens bekostnad om uppgiften röjs. Av 31 kap. 16 § OSL följer bl.a. att sekretess gäller för uppgift om en enskilds affärs- eller driftförhållanden när denne har trätt i affärsförbindelse med en myndighet, om det av särskild anledning kan antas att den enskilde lider skada om uppgiften röjs.

Med affärs- och driftförhållanden avses förvärv, överlåtelse, upplåtelser eller användning av egendom, tjänster eller annat, t.ex. elektricitet, gas,

vatten eller värme. Hit räknas också affärshemligheter av mera allmänt slag som marknadsundersökningar, marknadsplaneringar, prissättningskalkyler och planer rörande reklamkampanjer (prop. 1979/80:2 Del A s. 145).

När en region tecknar ett avtal med en privat vårdgivare angående erbjudande av hälso- och sjukvård ingås en affärsförbindelse mellan parterna. Om avtalet innehåller uppgifter om den enskildes affärs- eller driftförhållanden kan alltså uppgifterna omfattas av sekretess. De uppgifter som är relevanta för vårdsöksregistret och vårdsökstjänsten ska vara sådana som innehåller information om hälso- och sjukvårdsutbudet, personalens kompetens, lokalernas utformning, utrustning och sjukvårdsprodukter. Det handlar också om vissa grundläggande uppgifter av administrativ karaktär, såsom avtalsidentifikation, med stöd av vilken lagstiftning hälso- och sjukvårdstjänsterna har upphandlats och på vilken webbplats som, i förekommande fall, avtalet finns lagrat. Prisuppgifter ska inte samlas in.

Utifrån behovsbilden och angivna exempel kan de uppgifter som är aktuella för vårdsöksregistret och vårdsökstjänsten komma att innehålla information om regionens och enskildas affärs- eller driftförhållanden. Däremot bör inte uppgifterna för de fall de röjs vara av sådan karaktär att någon som driver likartad rörelse gynnas på myndighetens bekostnad eller att det kan antas att den enskilde lider skada. Det kan också tilläggas att det inte är ovanligt att regioner redovisar sina avtal och tillgängliggör dessa på sina för ändamålet avsedda webbplatser.

I övrigt kommer vårdsökstjänsten hantera uppgifter om vårdgivares väntetider från Socialstyrelsens väntetidsdatabas och uppgifter ur grundregistret över vårdgivare. Dessa uppgifter bedöms inte omfattas av sekretess (se avsnitt 5.4).

Sammantaget bedöms det inte finns anledning att införa ytterligare sekretessbestämmelser för uppgifter som hanteras i vårdsöksregistret och vårdsökstjänsten. Befintliga bestämmelser bedöms vara tillräckliga.

Det finns behov av ytterligare sekretessbrytande bestämmelser

Enligt 8 kap. 1 § OSL gäller sekretess som huvudregel både mot enskilda och mot andra svenska myndigheter. I vissa fall måste dock myndigheter kunna utbyta uppgifter för att kunna utföra sina uppgifter. Sekretessregleringen innehåller därför särskilda sekretessbrytande bestämmelser. Dessa har utformats efter en intresseavvägning mellan myndigheternas behov av att utbyta uppgifter och det intresse som den aktuella sekretessbestämmelsen avser att skydda. En sekretessbrytande bestämmelse innebär att en sekretessbelagd uppgift får lämnas ut under vissa förutsättningar (3 kap. 1 § OSL).

Sekretessbrytande bestämmelser som gäller i förhållande till svenska myndigheter kan införas i offentlighets- och sekretesslagen eller i lag eller förordning som offentlighets- och sekretesslagen hänvisar till (8 kap. 1 § OSL). Någon hänvisning till den lag eller förordning som innehåller en sekretessbrytande bestämmelse behöver dock inte tas in i offentlighets- och sekretesslagen, om bestämmelsen i fråga utformas som en uppgiftsskyldighet enligt 10 kap. 28 § första stycket OSL. Av den bestämmelsen framgår att sekretess inte hindrar att en uppgift lämnas till en annan

myndighet, om det finns en uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning. Författningsreglerade uppgiftsskyldigheter gör alltså att den sekretessbrytande bestämmelsen i 10 kap. 28 § blir tillämplig. För utlämnande till en privat aktör krävs däremot att en sekretessbrytande bestämmelse införs i offentlighets- och sekretesslagen för att en myndighet ska kunna fullgöra sin uppgiftsskyldighet.

I avsnitt 4.3 lämnas förslag om att registermyndigheten ska lämna ut uppgifter från registret över patienters vårdgivare till offentliga och privata vårdgivare. Det framgår även att vissa av de uppgifter som ska lämnas ut omfattas av sekretess enligt 25 kap. OSL. Uppgiftsskyldigheten gentemot offentliga vårdgivare får dock en sekretessbrytande effekt enligt 10 kap. 28 § OSL och ingen ny sekretessbrytande bestämmelse behöver därför föras in i offentlighets- och sekretesslagen. För utlämnande till privata vårdgivare krävs däremot att det införs en sekretessbrytande bestämmelse i offentlighets- och sekretesslagen för att myndigheten ska kunna fullgöra sin uppgiftsskyldighet. Eftersom E-hälsomyndigheten bedöms vara registermyndighet enligt avsnitt 4.1 regleras sekretess för uppgifter i registret över patienters vårdgivare och vårdsöksregistret i 25 kap. 17 a § OSL (avsnitt 4.1 och 5.1). En sekretessbrytande bestämmelse bör därför föras in i 25 kap. 17 c § OSL om att sekretess inte hindrar att uppgifter enligt lagen om ett nationellt register över patienters vårdgivare lämnas till enskilda vårdgivare.

8 Personuppgiftsbehandling

8.1 Behandling av personuppgifter regleras i EU:s dataskyddsförordning

Den primära regleringen av personuppgiftsbehandling finns i Europaparlamentets och rådets förordning (EU) nr 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG, här benämnd EU:s dataskyddsförordning. Med personuppgifter avses enligt förordningen varje upplysning som avser en identifierad eller identifierbar fysisk person som är i livet. Avgörande är om den personuppgiftsansvariga eller någon annan kan knyta den aktuella uppgiften, ensamt eller i kombination med andra uppgifter, till en individ. Behandling av personuppgifter innefattar exempelvis insamling, registrering, lagring, bearbetning, utlämnande genom överföring, spridning eller radering (artikel 4.1 och 4.2).

EU:s dataskyddsförordning syftar till, som framgår av dess benämning att skydda grundläggande rättigheter och friheter vid behandling av personuppgifter och att säkerställa det fria flödet av personuppgifter mellan medlemsstaterna. Förordningen är direkt tillämplig i alla medlemsstater, men både förutsätter och tillåter att det i vissa fall finns nationella bestämmelser som kompletterar eller utgör undantag från förordningens regler. Nationell rätt kan exempelvis föreskriva om vem

som är personuppgiftsansvarig för en viss behandling, vilka typer som av uppgifter som får samlas in och ändamålet för deras behandling.

I Sverige finns nationell reglering i bl.a. lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning (dataskyddslagen). Dataskyddslagen är subsidiär i förhållande till annan lag eller förordning, t.ex. patientdatalagen (2008:355) och andra så kallade registerförfattningar. I lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation finns ytterligare bestämmelser om vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården (se avsnitt 6).

All behandling av personuppgifter måste vara förenlig med de allmänna principer som anges i artikel 5.1 i EU:s dataskyddsförordning. Dessa innebär bland annat att personuppgifter ska behandlas på ett lagligt, korrekt och öppet sätt i förhållande till den registrerade, samt att uppgifter bara får samlas in för vissa särskilda och berättigade ändamål och inte senare behandlas på ett sätt som är oförenligt med dessa ändamål. I artikeln finns även principerna om uppgiftsminimering och lagringsminimering. Det är den personuppgiftsansvarige som ansvarar för och ska kunna visa att principerna i artikel 5 efterlevs. Med personuppgiftsansvarig avses en fysisk eller juridisk person, offentlig myndighet, institution eller annat organ som ensamt eller tillsammans med andra bestämmer ändamålen och medlen för behandlingen av personuppgifter (artikel 4.7).

Utöver de allmänna principerna utgår EU:s dataskyddsförordning från att varje behandling av personuppgifter ska vila på åtminstone en av de rättsliga grunder som uttömmande anges i artikel 6.1 i EU:s dataskyddsförordning. Dessa är samtycke (6.1 a), avtal (6.1 b), rättslig förpliktelse (6.1 c), skydd av vissa intressen (6.1 d), uppgift av allmänt intresse och myndighetsutövning (6.1 e), och intresseavvägning (6.1 f). Om ingen av de uppräknade rättsliga grunderna är tillämpliga är behandlingen av personuppgifter inte laglig och får därmed inte utföras. I vissa fall får dock personuppgifter vidarebehandlas för ändamål som är förenliga med de ändamål för vilka personuppgifterna ursprungligen behandlas (finalitetsprincipen). I så fall krävs inte någon annan separat rättslig grund. De rättsliga grunderna är i viss mån överlappande. Flera rättsliga grunder kan därför vara tillämpliga avseende en och samma behandling.

Utrymmet för att myndigheter ska kunna basera en behandling av personuppgifter på den rättsliga grunden samtycke är begränsat (skäl 43 till EU:s dataskyddsförordning). Det är inte heller tillåtet för myndigheter att behandla personuppgifter med stöd av den rättsliga grunden intresse-avvägning.

De rättsliga grunderna rättslig förpliktelse, uppgift av allmänt intresse och myndighetsutövning ska även fastställas i enlighet med unionsrätten eller en medlemsstats nationella rätt (artikel 6.3). Den rättsliga grunden ska vara tydlig och precis och dess tillämpning bör vara förutsägbar för de personer som omfattas av den (skäl 41 till EU:s dataskyddsförordning). Det innebär inte ett krav på att själva behandlingen av personuppgifter måste regleras, utan det är den rättsliga förpliktelsen respektive uppgiften av allmänt intresse som ska ha stöd i rättsordningen (prop. 2017/18:105 s. 48 och 49).

8.2 Behandling av personuppgifter i lagen om grundregister över vårdgivare och lagen om en nationell vårdsökstjänst

8.2.1 Det kommer att finnas en rättslig grund för behandlingen av personuppgifter

Bedömning

Registermyndigheten och den ansvariga myndigheten kommer behöva behandla personuppgifter för att kunna hantera grundregistret över vårdgivare, vårdsöksregistret och den nationella vårdsökstjänsten. Det kommer finnas en rättslig grund för registermyndighetens och den ansvariga myndighetens behandling av personuppgifter i verksamhet som avser register och den nationella vårdsökstjänsten. Personuppgiftsbehandlingen kommer vara nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse som registermyndigheten och den ansvariga myndigheten har. Personuppgiftsbehandlingen är även nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse. Den rättsliga grunden kommer att framgå av nationell rätt på det sätt som krävs enligt EU:s dataskyddsförordning.

Myndigheternas personuppgiftsbehandling omfattas inte av regeringsformens skydd mot betydande intrång i den personliga integriteten.

Det finns inget behov av bestämmelser om sökbegränsningar i de nya lagarna.

Det bör inte införas någon särskild reglering om finalitetsprincipen.

Skälen för bedömningen

Personuppgifter kommer att behandlas i grundregistret över vårdgivare, vårdsöksregistret och i den nationella vårdsökstjänsten

I avsnitt 3 lämnas förslag om att registermyndigheten ska föra ett grundregister över vårdgivare. Förslaget innebär att registermyndigheten kommer hantera uppgifter om vårdgivares organisation, som t.ex. organisationsnummer, namn, kontaktuppgifter till vårdgivarens verksamhet och befattningshavare inom organisationen, vårdgivarens verksamhetsinriktning och vårdgivares tillstånd och förbud att bedriva verksamhet. För att utföra detta uppdrag kommer registermyndigheten behöva behandla personuppgifter. Det kommer t.ex. ingå uppgifter om enskilda näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård, kontaktuppgifter till befattningshavare. En enskild näringsverksamhet är inte en juridisk person, och kan därför inte tilldelas ett organisationsnummer. Den enskilda näringsidkarens personnummer utgör i stället en identitetsbeteckning för den bedrivna näringsverksamheten. Grundregistret över vårdgivare ska dock inte få inte innehålla uppgifter om patienter (se avsnitt 3.3).

I avsnitt 5 lämnas förslag om att den ansvariga myndigheten ska föra ett register över uppgifter om regioners utbud av hälso- och sjukvård (vårdsökregister) och tillhandahålla en nationell vårdsökstjänst. Ansvarig myndighet kommer hantera uppgifter om regioners egna utbud av hälso- och sjukvård och avtalade utbud av hälso- och sjukvård enligt 15 kap. 1 §

hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) förkortad HSL (se avsnitt 5.1). I den nationella vårdsökstjänsten kommer myndigheten hantera uppgifter om vårdgivares väntetider och uppgifter från grundregistret över vårdgivare. För utföra dessa uppdrag kommer ansvarig myndighet behöva behandla personuppgifter. Det kan t.ex. förekomma personuppgifter, såsom i grundregistret över vårdgivare, uppgifter om vårdgivares namn som innehåller fysiska personers namn och personnummer alternativt samordningsnummer. Det kan även förekomma kontaktuppgifter till berörda personers arbetsplatser eller arbetsgivare. Vårdsöksregistret ska inte få innehålla uppgifter om patienter (se avsnitt 5.3).

Avsnitt 3 och 5 innehåller även förslag om skyldighet för registermyndigheten och den ansvariga myndigheten att tillhandahålla uppgifter ur grundregistret över vårdgivare och vårdsöksregistret. Den informationsöverföringen kommer innebära att det i viss utsträckning kommer att förekomma personuppgifter i informationsöverföringen. Det kan förekomma uppgifter om kontaktpersoner eller uppgiftslämnare som kan knytas till en enskild person i samband med informationsöverföringen med anledning av båda förslagen.

Vilka personuppgifter som kommer behandlas i lagen om nationella register över patienters vårdgivare framgår av avsnitt 8.3.

Myndigheternas personuppgiftsbehandling omfattas inte av regeringsformens skydd mot betydande intrång i den personliga integriteten

Enligt 2 kap. 6 § andra stycket regeringsformen är var och en gentemot det allmänna skyddad mot betydande intrång i den personliga integriteten, om det sker utan samtycke och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden. Enligt 2 kap. 20 § regeringsformen får skyddet begränsas genom lag enligt de förutsättningar som anges i 2 kap. 21 § regeringsformen. Skyddet får således inte begränsas genom förordning. Begreppet personliga förhållanden har samma innebörd som i sekretesslagstiftningen, och omfattar bl.a. namn och andra identifikationsuppgifter, adress, familjeförhållanden, hälsa och vandel. Även uppgifter som inte är direkt knutna till den enskildes privata sfär, t.ex. uppgift om anställning, omfattas av begreppet (se prop. 2009/10:80 s. 177).

Mot denna bakgrund kan det konstateras att uppgifter som kommer behandlas i grundregistret över vårdgivare, vårdsöksregistret och i en nationell vårdsökstjänst inte rör enskildas personliga förhållanden i den mening som avses i 2 kap. 6 § andra stycket regeringsformen. De typer av personuppgifter som kommer behandlas är främst vårdgivarens namn, om den innehåller fysiska personers namn och personnummer alternativt samordningsnummer, och kontaktuppgifter till berörda personers arbetsplatser eller arbetsgivare. Med beaktande av detta bedöms det att myndighetens personuppgiftsbehandling inte kommer innebära ett sådant betydande intrång i den personliga integriteten som avses i 2 kap. 6 § andra stycket regeringsform.

Den rättsliga grunden för nödvändig behandling av personuppgifter

En grundläggande förutsättning för att en behandling av personuppgifter ska vara laglig och tillåten är att den ryms inom någon av de rättsliga grunderna för behandling som finns i artikel 6.1 i EU:s dataskyddsförordning. I avsnitt 8.1 redogörs för EU:s dataskyddsförordnings krav på hur den rättsliga grunden fastställs.

Enligt artikel 6.2 och 6.3 i EU:s dataskyddsförordning är det tillåtet att ha bestämmelser om när myndigheter får behandla personuppgifter i nationell rätt för att reglera behandling som grundar sig på en uppgift av allmänt intresse enligt artikel 6.1 e.

Enligt 2 kap. 1 och 2 §§ dataskyddslagen kan den rättsliga grunden eller det allmänna intresset följa av lag eller annan författning, av kollektivavtal eller av beslut som har meddelats med stöd av lag eller annan författning. Av förarbetena till dataskyddslagen framgår att regeringen anser att alla uppgifter som riksdag eller regering har gett i uppdrag åt statliga myndigheter att utföra är av allmänt intresse (prop. 2017/18:105 s. 56 och 57). Därav följer att den verksamhet som en statlig eller kommunal myndighet bedriver, inom ramen för sin befogenhet, är av allmänt intresse.

Den rättsliga grunden i artikel 6.1 e bör därmed vanligen tillämpas av myndigheter, även utanför området för myndighetsutövning. Detta utesluter dock inte att också andra rättsliga grunder samtidigt kan vara tillämpliga i vissa situationer. I normalfallet utgör en myndighets uppdrag enligt författning, instruktion eller regleringsbrev en rättslig grund för behandling av personuppgifter enligt artikel 6.1 e (prop. 2017/18:105 s. 53–57). Tydliga uppdrag att behandla personuppgifter i författning, exempelvis en myndighets instruktion, kan också utgöra en rättslig förpliktelse enligt artikel 6.1 c.

Artikel 6.1 c i EU:s dataskyddsförordning gäller även behandling som är nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse som åvilar den personuppgiftsansvarige. Det kan exempelvis handla om författningar som anger en skyldighet för en myndighet att lämna personuppgifter till en annan myndighet.

Registermyndighetens och den ansvariga myndighetens verksamhet kommer huvudsakligen bestå i att föra register och tillhandahålla uppgifter till vårdgivare. All den behandling av personuppgifter som registermyndigheten och den ansvariga myndigheten behöver utföra enligt lagen om grundregister för vårdgivare och lagen om en nationell vårdsökstjänst bedöms utgöra uppgifter av allmänt intresse enligt artikel 6.1 e i EU:s dataskyddsförordning. Det kan därför ske med stöd av den artikeln.

Eftersom registermyndighetens och den ansvariga myndighetens uppgift att föra register och tillhandahålla uppgifter kommer regleras i lag och förordning kan artikel 6.1 c, dvs. att fullgöra en rättslig förpliktelse, även utgöra rättslig grund för behandlingen.

All behandling av personuppgifter som är nödvändig för att registermyndigheten och den ansvariga myndigheten ska kunna utföra sina uppgifter ryms således inom den rättsliga grunden i artikel 6.1 c och 6.1 e i EU:s dataskyddsförordning.

Sammantaget kommer det finnas rättslig grund för all den personuppgiftsbehandling som registermyndigheten och den ansvariga myndig-

heten kommer att behöva utföra. Den rättsliga grunden kommer att framgå av nationell rätt på det sätt som krävs enligt EU:s dataskyddsförordning.

Ändamålsbestämmelserna ska omfatta all nödvändig personuppgiftsbehandling

Ett fastställt ändamål är enligt EU:s dataskyddsförordning en grundläggande förutsättning för att personuppgifter ska få samlas in och i övrigt behandlas. Personuppgifter ska enligt artikel 5.1 b i EU:s dataskyddsförordning bara samlas in för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål. Dataskyddsregleringen ställer inte i sig krav på att ändamålen ska slås fast i författning. EU:s dataskyddsförordning ger dock enligt artiklarna 6.2 och 6.3 utrymme för att införa bestämmelser om tillåtna ändamål i nationella registerförfattningar. Ändamålsbestämmelser i registerförfattningar kan sägas anpassa tillämpningen av EU:s dataskyddsförordning och säkerställa en laglig och rättvis behandling av personuppgifter. Lagarna bör innehålla sådana bestämmelser. Ändamålsbestämmelserna behöver täcka all den behandling som är nödvändig för att myndigheten ska kunna utföra sin verksamhet i att föra föreslagna register. Det bör framhållas att kravet på nödvändighet inte innebär ett krav på att behandlingsåtgärden ska vara oundgänglig. En behandling kan anses nödvändig om den leder till effektivitetsvinster (se prop. 2017/18:105 s. 189). I kravet på nödvändighet ligger dock att personuppgifter inte får behandlas om syftet med behandlingen kan uppnås med andra medel, t.ex. genom att anonymisera uppgifterna (s. 117). Det bör också framhållas att även om det slås fast ändamålsbestämmelser i författning, kan registermyndigheten för att uppfylla kraven på tydliga ändamål behöva formulera mer preciserade ändamål för de specifika behandlingar av personuppgifter som sedermera sker i myndighetens verksamhet (jfr prop. 2019/20:106 s. 43).

Syftet med grundregistret, som beskrivs i avsnitt 3.1, och vårdsöksregistret, som beskrivs i avsnitt 5.1, medför att båda registren måste innehålla uppgifter om vårdgivare i Sverige, såväl offentliga som privata. Detta syfte kan inte uppnås om inte också uppgifter om vårdgivare som är enskilda näringsidkare ingår i registret. Det bedöms inte uppstå några integritetsrisker för den som har sitt personnummer som identitetsbeteckning för sin enskilda näringsverksamhet. Att bedriva verksamhet som enskild näringsidkare är ett aktivt val. Om näringsverksamhetens identitetsbeteckning inte är offentlig och kan användas, skulle inte heller någon verksamhet kunna bedrivas. I dessa fall kan syftet med behandlingen av personnummer inte uppnås på annat sätt. Det får därmed anses vara berättigat och klart motiverat att behandla personnummer i egenskap av beteckning för enskilda näringsidkare.

För att ge tillgång till uppgifter från vårdsöksregistret kommer den ansvariga myndigheten i vissa fall även behöva behandla personuppgifter för att administrera inloggnings- och behörighetsfunktioner. Även i dessa fall kommer det vara nödvändigt för myndigheten att behandla personnummer för att säkerställa en säker identifiering. Detsamma gäller beträffande nödvändig hantering av personnummer inom ramen för kontoadministration av registret och för att säkerställa att bara personer med korrekt behörighet administrerar uppgifter i registret. Villkor för

tilldelning av behörighet till uppgifter och tekniska krav för åtkomst utgör exempel på sådana åtgärder som avses i artikel 32 i EU:s dataskyddsförordning och som en personuppgiftsansvarig kan vidta för att säkerställa en lämplig säkerhetsnivå i samband med behandling av personuppgifter. Det är således även i dessa fall klart motiverat att behandla personnummer utan krav på särskilt samtycke (se 3 kap. 10 § dataskyddslagen). Registermyndigheten och den ansvariga myndigheten är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som myndigheten utför i sin registerverksamhet (se avsnitt 8.2.2).

Att vårdgivare och regioner som omfattas av uppgiftsskyldighet är personuppgiftsansvariga för den behandling som krävs för fullgörandet av skyldigheten behöver däremot inte särskilt författningsregleras. Med personuppgiftsansvaret föreligger en skyldighet att efterleva reglerna för behandling av personuppgifter i EU:s dataskyddsförordning.

Finalitetsprincipen

Enligt artikel 5.1 b i EU:s dataskyddsförordning ska personuppgifter samlas in för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål och inte senare behandlas på ett sätt som är oförenligt med dessa ändamål. Det sistnämnda ledet ger uttryck för finalitetsprincipen. Principen kommer även till uttryck i artikel 6.4, där det bland annat anges vad som i vissa fall ska beaktas vid en bedömning av om en behandling för andra ändamål är förenlig med de ändamål för vilka personuppgifterna ursprungligen samlades in. Finalitetsprincipen bör utgöra den yttersta ramen inom vilken personuppgifter får behandlas på EU:s dataskyddsförordnings område enligt de nya registerlagarna.

EU:s dataskyddsförordnings bestämmelser om finalitetsprincipen är direkt tillämpliga vid en statlig myndighet som ansvarar för personuppgiftsbehandling inom den nationella digitala infrastrukturen. Det föreslås därför inte någon sådan bestämmelse varken i lagen om grundregister över vårdgivare eller i lagen om en nationell vårdsökstjänst.

Behov av att införa sökbegränsningar

Sättet på vilket personuppgifter kan sammanställas anses ofta som en viktig fråga ur integritetssynpunkt. Ju större möjligheter till sammanställning av uppgifter om enskilda, särskilt om sammanställningarna kommer från olika register eller olika områden, desto större blir riskerna för otillbörliga intrång i de enskildas integritet.

De personuppgifter som kommer att behandlas i de föreslagna registren och vårdsökstjänsten innehåller inte detaljer eller uppgifter som möjliggör sammanställning av integritetskänsliga personuppgifter. Det kan också noteras att den så kallade finalitetsprincipen är tillämplig på alla behandlade personuppgifter vilket innebär att de inte får vidarebehandlas för ett ändamål som är oförenligt med det ursprungliga ändamålet vilken även det innebär ett visst skydd mot nya behandlingar. Det bedöms sammantaget att det inte finns något behov att införa regler om förbud mot sökbegrepp eller liknande begräsningar.

Ett elektroniskt utlämnande behöver inte regleras särskilt

Även om EU:s dataskyddsförordning inte ställer upp något generellt förbud mot att lämna ut uppgifter i en viss form är det vanligt att elektroniskt utlämnande regleras särskilt i en registerförfattning. Detta har sin grund i att ett elektroniskt utlämnande av uppgifter traditionellt sett har ansetts medföra en större risk för otillbörliga integritetsintrång, eftersom det ger en större möjlighet att bearbeta och sprida information jämfört med ett utlämnande som sker i pappersform. Av artikel 6.3 framgår att den rättsliga grunden, som ska fastställas i enlighet med unionsrätten eller medlemsstaternas nationella rätt, kan innehålla särskilda bestämmelser för att anpassa tillämpningen av bestämmelserna i förordningen, bl.a. vad gäller typer av behandling och förfaranden för behandling. Det är alltså möjligt att i nationell rätt införa regler som preciserar formerna för behandlingen av personuppgifter.

I Sverige skiljer lagstiftningen ofta mellan två former av elektroniskt utlämnande: direktåtkomst och annat elektroniskt utlämnande (även kallat utlämnande på medium för automatiserad behandling). Dessa två former av elektroniskt utlämnande får ur integritetssynpunkt olika effekter. Det finns inte någon legaldefinition av begreppet direktåtkomst. Den grundläggande innebörden anses vara att någon har tillgång till information hos någon annan, och på egen hand kan söka i den, dock utan att själv kunna påverka innehållet. Direktåtkomst kan ge användaren möjlighet att även hämta in information till sitt eget system och bearbeta den där (se t.ex. prop. 2016/17:58 s. 112). Vid direktåtkomst har den uppgiftslämnande myndigheten i det enskilda fallet inte någon kontroll över vilka uppgifter som mottagaren tar del av vid ett visst söktillfälle. Direktåtkomst kan generellt sägas öka riskerna för intrång i den personliga integriteten, eftersom den typiskt sett innebär att uppgifterna blir tillgängliga för fler personer och att den utlämnande myndighetens möjlighet att kontrollera utlämnandet minskar. Direktåtkomst innebär att en mottagare har direkt tillgång till någon annans register eller databas och därigenom på egen hand kan ta del av information (se HFD 2015 ref. 61).

Uttrycken annat elektroniskt utlämnande och utlämnande på medium för automatiserad behandling har samma innebörd. Det förra uttrycket förekommer i nyare registerförfattningar. Vad som avses med uttrycken har förändrats i takt med teknikutvecklingen, men de förhåller sig alltid på något sätt till utlämnande genom direktåtkomst. Med dagens teknik kan utlämnande av information ske genom annat elektroniskt utlämnande, exempelvis genom e-post, på ett usb-minne eller genom direkt överföring från ett datorsystem till ett annat. Vid ett mer omfattande informationsutbyte mellan myndigheter är det oftast den senare metoden, direkt överföring från ett datorsystem till ett annat, som används.

I avsnitt 3.6 lämnas förslag om att registermyndigheten ska elektroniskt tillhandahålla uppgifter ur grundregistret över vårdgivare. Det innebär att registermyndigheten ska tillgängliggöra uppgifter för en fysisk eller juridisk person, t.ex. genom en digital tjänst eller genom en direkt överföring från ett datorsystem till ett annat. I avsnitt 5.4 lämnas förslag om att ansvarig myndighet ska lämna ut uppgifter om vårdgivare ur vårdsöksregistret och uppgifter om vårdgivares organisation och väntetider genom vårdsökstjänsten. I tjänsten ska uppgifter tillgänglig-

göras genom en digital tjänst på ett samlat och enhetligt sätt. Den nationella vårdsökstjänsten beskrivs i avsnitt 5.1 som ett digitalt system som kan möjliggöra för vårdgivare i regionerna att få tillgång till uppgifter om vårdkapacitet i hela landet i syfte att snabbare kunna erbjuda vård till väntande patienter.

Det finns i dag integritetshöjande säkerhetsåtgärder vid elektroniskt utlämnande som innebär att ett sådant utlämnande inte kan anses utgöra en högre risk för integritetsintrång än ett utlämnande i pappersform. Mot denna bakgrund bedöms det att integritetsrisker inte nödvändigtvis alltid är lägre vid analogt utlämnande än vid elektroniskt utlämnande. Det bedöms även att det bör ankomma på registermyndigheten och ansvarig myndighet att välja lämpligt sätt för det elektroniska utlämnandet. Med hänsyn till att grundregistret över vårdgivare och den nationella vårdsökstjänsten ska hantera uppgifter om vårdgivares organisation, vårdutbud och väntetider bedöms det att en direktåtkomst till uppgifterna av den anledningen inte innebär någon närmare risk för intrång i den personliga integriteten. Elektroniskt utlämnande i form av direktåtkomst kan därför, om myndigheten bedömer det, utgöra en teknisk lösning för grundregistret över vårdgivare. Det kan dock ifrågasättas om direktåtkomst är en lämplig teknisk lösning för utlämnande ur vårdsökregistret (se avsnitt 5.4).

Det bör ankomma på den ansvariga myndigheten att vid tillhandahållandet en sådan tjänst vidta lämpliga säkerhetsåtgärder.

8.2.2 Personuppgiftsansvaret och förhållandet till annan dataskyddsreglering

Förslag

Registermyndigheten ska vara personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som får utföras enligt lagen om grundregister över vårdgivare eller enligt föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen.

Den ansvariga myndigheten ska vara personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som får utföras enligt lagen om en nationell vårdsökstjänst eller enligt föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen.

Lagen om grundregister över vårdgivare och lagen om en nationell vårdsökstjänst ska innehålla en bestämmelse som upplyser om att lagen kompletterar EU:s dataskyddsförordning. Lagarna ska även innehålla en bestämmelse som anger att vid behandling av personuppgifter enligt denna lag gäller lagen med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddförordning och föreskrifter som har meddelats i anslutning till den lagen, om inte annat följer av denna lag eller föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen.

Skälen för förslaget

Personuppgiftsansvar

Uttrycket personuppgiftsansvarig är centralt inom all dataskyddsreglering. Den personuppgiftsansvarige är skyldig att se till att behandling av personuppgifter sker i enlighet med gällande bestämmelser och enskilda ska alltid kunna vända sig till den personuppgiftsansvarige för att göra sina rättigheter gällande. Den personuppgiftsansvarige ska exempelvis ansvara för och kunna visa att de grundläggande principerna i artikel 5.1 i EU:s dataskyddsförordning efterlevs (artikel 5.2). Därutöver ska den personuppgiftsansvarige bl.a. genomföra lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder för att säkerställa och kunna visa att behandlingen utförs i enlighet med EU:s dataskyddsförordning (artikel 24.1) och för att säkerställa en lämplig säkerhetsnivå (artikel 32.1). Av definitionen i artikel 4.7 i EU:s dataskyddsförordning framgår att med personuppgiftsansvarig avses en fysisk eller juridisk person, offentlig myndighet, institution eller annat organ som ensamt eller tillsammans med andra bestämmer ändamålen och medlen för behandlingen av personuppgifter. Om ändamålen eller medlen för behandlingen bestäms i unionsrätten eller medlemsstaternas nationella rätt, kan den personuppgiftsansvarige eller de särskilda kriterierna för hur denne ska utses föreskrivas i unionsrätten eller i medlemsstaternas nationella rätt. Det är alltså tillåtet att i nationell rätt ange vem som är personuppgiftsansvarig för en viss behandling av personuppgifter. Registerförfattningar innehåller regelmässigt en reglering av vem som är personuppgiftsansvarig.

Det bör därför i lagen om grundregister över vårdgivare införas en bestämmelse som anger att registermyndigheten är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som myndigheten utför enligt lagen och föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen. Det bör även i lagen om en nationell vårdsökstjänst införas en bestämmelse om att den ansvariga myndigheten är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som myndigheten utför enligt lagen och föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen.

Det bör upplysas om att de nya lagarna kompletterar EU:s dataskyddsförordning

EU:s dataskyddsförordning är direkt tillämplig i varje medlemsstat och har företräde framför nationell lagstiftning. Principen om unionsrättens företräde innebär att en bestämmelse i en registerförfattning får tillämpas endast om den är förenlig med EU:s dataskyddsförordning och avser en fråga som enligt förordningen får särregleras eller specificeras genom nationell rätt (prop. 2017/18:105 s. 27). En ny lag får därmed bara innehålla bestämmelser som kompletterar eller tar över EU:s dataskyddsförordning när detta är tillåtet. För att det ska vara tydligt för tillämparen hur de olika regleringarna förhåller sig till varandra bedöms det att en bestämmelse med upplysning om att lagen kompletterar EU:s dataskyddsförordning bör införas i lagarna.

De nya lagarna bör upplysa om förhållandet till dataskyddslagen och föreskrifter till den

Lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning, förkortad dataskyddslagen, innehåller nationella kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning på en generell nivå. Dataskyddslagen är subsidiär i förhållande till annan lagstiftning om behandling av personuppgifter (se 1 kap. 6 § dataskyddslagen). Det behövs därför inte någon materiell bestämmelse för att bestämmelserna i de föreslagna ska ges företräde framför dataskyddslagen. Registerförfattningar innehåller trots det ofta en upplysning om att det kan finnas tillämpliga bestämmelser om behandling av personuppgifter i dataskyddslagen och föreskrifter som har meddelats i anslutning till dataskyddslagen.

Av tydlighetsskäl bör det därför införas en bestämmelse som klargör att dataskyddslagen och föreskrifter som har meddelats i anslutning till den lagen ska gälla vid behandling av personuppgifter enligt de nya lagarna, om inte annat följer av den nya lagen eller föreskrifter som har meddelats i anslutning till den lagen (jfr prop. 2017/18:171 s. 73).

8.3 Behandling av personuppgifter i lagen om ett nationellt register över patienters vårdgivare

8.3.1 Den rättsliga grunden för nödvändig behandling av personuppgifter

Bedömning

Registermyndigheten kommer behöva behandla personuppgifter för att kunna hantera ett nationellt register över patienters vårdgivare. Det kommer finnas en rättslig grund för registermyndighetens behandling av personuppgifter i verksamhet som avser register. Personuppgiftsbehandlingen kommer vara nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse som registermyndigheten har. Personuppgiftsbehandlingen är även nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse. Den rättsliga grunden kommer att framgå av nationell rätt på det sätt som krävs enligt EU:s dataskyddsförordning.

Skälen för bedömningen

Personuppgifter kommer att behandlas i stor omfattning

I avsnitt 4.1 lämnas förslag om att registermyndigheten ska föra registret över patienters vårdgivare i syfte att ge information om sådana uppgifter som behövs för att lokalisera en patients vårdgivare. Förslaget innebär registermyndigheten kommer hantera uppgifter om vilken patient som vårdas eller har vårdats hos en vårdgivare samt vårdgivarens identitet. Registret ska få innehålla uppgifter om patientens personnummer, samordningsnummer eller annan identitetsbeteckning samt uppgifter om patientens vårdgivares namn, organisationsnummer och vårdgivares elektroniska kontaktuppgifter. Registret kommer innehålla uppgifter om

alla personer i landet som är registrerade hos en vårdgivare. Det begränsas dock genom de regler som finns om skyldigheten att bevara journalhandlingar under 10 år enligt 3 kap. 17 § patientdatalagen. I registret över patienters vårdgivare kommer uppgifter om samtliga patienter behandlas och uppgifterna bedöms i allt väsentligt vara känsliga personuppgifter som har ett högt skyddsvärde.

Det förtjänar att påpekas att sådana personuppgifter redan behandlas för liknande ändamål i dag genom den infrastruktur som främst de offentliga vårdgivarna genom Sveriges kommuner och regioner och Inera AB byggt upp avseende den frivilliga delningen av hälsodata för hälso- och sjukvårdsändamål. Promemorians förslag innebär således inte att helt nya personuppgifter ska registreras utan snarare att behandlingen av dessa personuppgifter centraliseras och att behandlingen av dem inte längre är frivillig utan obligatorisk för samtliga vårdgivare.

Personuppgiftsbehandling aktualiseras även när det gäller vårdgivares organisationsuppgifter, om verksamhetens benämning är ett personnamn eller om det är fråga om en enskild näringsidkare. En enskild näringsverksamhet är inte en juridisk person, och kan därför inte tilldelas ett organisationsnummer. Den enskilda näringsidkarens personnummer utgör i stället en identitetsbeteckning för den bedrivna närings-verksamheten.

I avsnitt 4.3 lämnas förslag på skyldighet för registermyndigheten att lämna ut uppgifter ur registret över patienters vårdgivare för att vårdgivaren ska kunna lokalisera andra vårdgivare för vård av viss patient. Registermyndigheten behöver därför ge vårdgivare tillgång till sådan information som kan lokalisera patientens andra vårdgivare, dvs. information om att patienten varit eller är registrerad hos andra vårdgivare för vård och vårdgivarens elektroniska adressuppgifter. Med uppgifter från registermyndigheten kan alltså vårdgivare efterfråga uppgifter om aktuell patient från andra berörda vårdgivare. Det föreslås därtill i avsnitt 4.4 en skyldighet för vårdgivare att lämna uppgifter om bl.a. en patient är eller har varit registrerad hos vårdgivaren.

Även personuppgifter avseende hälso- och sjukvårdsanställda måste behandlas i högre utsträckning. Detta behövs inte minst för att möjliggöra säker autentisering till informationssystemen, behörighetstilldelningar och loggning av vem som tagit del av vilka informationsmängder för att uppnå spårbarhet i systemet. Dessa personuppgifter är till den största delen inte av känslig art, men kommer ändå att medföra en väsentlig ytterligare behandling och spridning av dessa informationsmängder jämfört med hur det ser ut i dag.

Sammantaget kan det konstateras att det kommer röra sig om en omfattande behandling av personuppgifter eftersom personer som någon gång har registrerats hos en vårdgivare under en 10-årsperiod ska omfattas av ett nationellt register över patienters vårdgivare. Personuppgiftsbehandlingen avser även uppgifter som kan avslöja något om patientens hälsa, t.ex. om det rör sig om en specialistklinik. Uppgifterna som ska behandlas innehåller därmed personuppgifter som anses känsliga enligt artikel 9.1 i EU:s dataskyddsförordning, eftersom informationen avslöjar att en individ har behandlats inom ramen för hälso- och sjukvård.

Det kommer finnas en rättslig grund för registermyndighetens behandling av personuppgifter i verksamhet som avser register

En grundläggande förutsättning för att en behandling av personuppgifter ska vara laglig och tillåten är att den ryms inom någon av de rättsliga grunderna för behandling som finns i artikel 6.1 i EU:s dataskyddsförordning. I avsnitt 8.1 redogörs för kraven i EU:s dataskyddsförordning om hur den rättsliga grunden fastställs (artikel 6.3). I avsnitt 8.2.1 finns överväganden om vilket rättsligt stöd som finns för behandling av personuppgifter i verksamhet som avser grundregistret över vårdgivare, vårdsöksregistret och nationell vårdsökstjänst. Motsvarande bedömning gäller även till viss del för registermyndighetens behandling av personuppgifter i verksamhet som avser registret över patienters vårdgivare.

Det kan därmed konstateras att registermyndighetens verksamhet huvudsakligen kommer bestå i att föra register och tillhandahålla uppgifter till vårdgivare. All den behandling av personuppgifter som registermyndigheten behöver utföra enligt lagen om ett nationellt register över patienters vårdgivare bedöms utgöra uppgifter av allmänt intresse enligt artikel 6.1 e i EU:s dataskyddsförordning. Det kan därför ske med stöd av den artikeln. Eftersom registermyndighetens uppgift att föra register och tillhandahålla uppgifter kommer regleras i lag och förordning kan artikel 6.1 c, dvs. att fullgöra en rättslig förpliktelse, även utgöra rättslig grund för behandlingen. All behandling av personuppgifter som är nödvändig för att registermyndigheten och den ansvariga myndigheten ska kunna utföra sina uppgifter ryms således inom den rättsliga grunden i artikel 6.1 c och 6.1 e i EU:s dataskyddsförordning.

Sammantaget kommer det finnas rättslig grund för all den personuppgiftsbehandling som registermyndigheten kommer att behöva utföra. Den rättsliga grunden kommer att framgå av nationell rätt på det sätt som krävs enligt EU:s dataskyddsförordning.

Att vårdgivare som omfattas av uppgiftsskyldighet är personuppgiftsansvariga för den behandling som krävs för fullgörandet av skyldigheten behöver däremot inte särskilt författningsregleras. Med personuppgiftsansvaret föreligger en skyldighet att efterleva reglerna för behandling av personuppgifter i EU:s dataskyddslag. När det gäller vårdgivares behandling av personuppgifter som de kan efterfråga av andra vårdgivare regleras den i patientdatalagen (2008:355).

8.3.2 Behandling av personuppgifter ska regleras i lag

Förslag

Lagens syfte ska dels vara att ge registermyndigheten möjlighet att behandla personuppgifter i registret över patienters vårdgivare på ett ändamålsenligt sätt, dels att skydda patienter mot att deras personliga integritet kränks vid behandlingen.

Registermyndigheten ska vara personuppgiftsansvarig för behandlingen av personuppgifter som myndigheten utför enligt lagen om ett nationellt register över patienters vårdgivare och föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen.

Lagen om ett nationellt register över patienters vårdgivare ska innehålla en bestämmelse som upplyser om att lagen kompletterar EU:s dataskyddsförordning. Lagen ska även innehålla en bestämmelse som anger att vid behandling av personuppgifter enligt denna lag gäller lagen med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddförordning och föreskrifter som har meddelats i anslutning till den lagen, om inte annat följer av denna lag eller föreskrifter som meddelas i anslutning till lagen.

Bedömning

Personuppgiftsbehandling i det nationella registret över patienters vårdgivare omfattas av det förstärkta grundlagsskyddet och måste därför regleras i lag. Kompletterande bestämmelser om personuppgiftsbehandling bör införas i lagen om ett nationellt register över patienters vårdgivare.

Skälen för förslaget och bedömningen

Personuppgiftsbehandlingen i det nationella registret över patienters vårdgivare omfattas av det grundlagsreglerade integritetsskyddet

Enligt 2 kap. 6 § andra stycket regeringsformen är var och en gentemot det allmänna skyddad mot betydande intrång i den personliga integriteten, om det sker utan samtycke och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden. Enligt 2 kap. 20 § regeringsformen får skyddet begränsas genom lag enligt de förutsättningar som anges i 2 kap. 21 § regeringsformen. Skyddet får således inte begränsas genom förordning.

I avsnitt 8.3.1 klargörs de övergripande typer av personuppgifter som registermyndigheten bedöms ha ett behov av att kunna behandla i det nationella registret över patienters vårdgivare vilket inbegriper uppgifter om enskilda personer vårdas eller har vårdats hos en vårdgivare. Det kan därmed konstateras att uppgifter som kommer behandlas rör enskildas personliga förhållanden i den mening som avses i 2 kap. 6 § andra stycket regeringsformen. Begreppet personliga förhållanden har samma innebörd som i sekretesslagstiftningen, och omfattar bl.a. namn och andra identifikationsuppgifter, adress, familjeförhållanden, hälsa och vandel. Även uppgifter som inte är direkt knutna till den enskildes privata sfär, t.ex. uppgift om anställning, omfattas av begreppet (se prop. 2009/10:80 s. 177).

Avgörande för bedömningen av om en åtgärd ska anses innebära övervakning eller kartläggning i den mening som avses i 2 kap. 6 § andra stycket regeringsformen är inte åtgärdens huvudsakliga syfte, utan åtgärdens effekt. Vad som avses med övervakning respektive kartläggning får bedömas utifrån vad som enligt normalt språkbruk läggs i dessa begrepp. Enligt förarbetena till bestämmelsen är uppgifter i myndighetsspecifika verksamhetsregister, och databaser med information som är knuten till en myndighets ärendehantering, i många fall tillgängliga för myndigheten på ett sådant sätt att lagringen och behandlingen av uppgifterna kan sägas innebära att enskilda kartläggs, även om det huvud-

sakliga ändamålet med behandlingen är ett helt annat (prop. 2009/10:80 s. 180).

Eftersom registret över vårdgivare ska innehålla uppgifter om alla personer i landet som är registrerad hos en vårdgivare kommer de personuppgifter som samlas in röra en betydande del av Sveriges befolkning. Uppgifterna kommer som utgångspunkt att samlas in löpande och kan avse enskilda i livets olika faser. Tillsammans kan de uppgifter som samlas in ge en tydlig bild av en enskilds personliga förhållanden.

Det bedöms att registermyndighetens personuppgiftsbehandling, med hänsyn till uppgifternas karaktär och den stora mängden uppgifter i fråga, kan innebära en sådan övervakning eller kartläggning som avses i regeringsformen. Behandlingen av personuppgifter sker inte med den enskildes samtycke. Den avgörande frågan är då om det intrång i den personliga integriteten som behandlingen kan innebära är betydande. Enligt förarbetena bör flera omständigheter vägas in vid denna bedömning. Stor vikt ska läggas vid uppgifternas karaktär. Ju känsligare uppgifterna är, desto mer ingripande måste hanteringen normalt sett anses vara. Vid bedömningen av intrångets karaktär är det också naturligt att stor vikt läggs vid ändamålet med behandlingen. Därutöver kan mängden uppgifter vara en betydelsefull faktor, liksom omfattningen av utlämnande av personuppgifter till andra, som sker utan omedelbart stöd av offentlighetsprincipen (prop. 2009/10:80 s. 183 och 184).

Ändamålet med registermyndighetens behandling av personuppgifter i registret över patienters vårdgivare syftar till att ge information om sådana uppgifter som behövs för att lokalisera vilka vårdgivare som behandlar personuppgifter för vård av en viss patient. Ändamålet är kopplat till angelägna samhällsintressen, att möjliggöra säkert, effektivt och ändamålsenligt informationsutbyte som tillgodoser god vårdkvalitet, patientsäkerhet och minskad administration för hälso- och sjukvårdens medarbetare. För detta syfte kan det vara nödvändigt med en relativt omfattande behandling av personuppgifter. På en övergripande nivå kommer registermyndighetens behandling av personuppgifter i registret vara av sådan karaktär att de är till gagn för patienten och för samhället i allmänhet och för säkerhet och kostnadseffektivitet inom hälso- och sjukvården i synnerhet. Oaktat detta bedöms det att, med hänsyn till uppgifternas karaktär och den stora mängden uppgifter som kommer att behandlas, personuppgiftsbehandlingen kan innebära ett sådant betydande intrång i den personliga integriteten som avses i 2 kap. 6 § andra stycket regeringsformen. För att personuppgifterna ska kunna behandlas krävs därmed enligt 2 kap. 20 § regeringsformen stöd i lag.

Överväganden om intrånget i den personliga integriteten står i proportion till de ändamål för vilka uppgifterna samlas in framgår av avsnitt 9.

Kompletterande bestämmelser om personuppgiftsbehandling ska införas i lagen om register över patienters vårdgivare

Det anses att en särskild reglering av personuppgiftsbehandlingen i registret över patienters vårdgivare bör införas i lag. Ramarna för registermyndighetens personuppgiftsbehandling slås därmed fast i lag och särskilda skyddsåtgärder kan tas fram. Även bedömningen att register-

myndighetens behandling av personuppgifter i registret över patienters vårdgivare kan utgöra ett betydande intrång i den personliga integriteten enligt 2 kap. 6 § andra stycket regeringsformen medför att en reglering behöver ske i lag.

Riksdagen och regeringen har uttalat att myndighetsregister som innehåller ett stort antal registrerade och ett särskilt känsligt innehåll bör regleras i lag (prop. 1990/91:60 s. 58, bet. 1990/91:KU11 s. 11, prop. 1997/98:44 s. 41 och bet. 1997/98:KU18 s. 48). Uttalandena har med åren kommit att tillämpas på såväl regleringen av regelrätta register som myndigheters behandling av personuppgifter i stort (prop. 1997/98:44 s. 41, bet. 1997/98:KU18 s. 43, prop. 1999/2000:39 s. 78 och prop. 2009/10:80 s. 183). Även dessa uttalanden från riksdag och regering utgör skäl till att en särskild reglering om behandling av personuppgifter i nationella register bör vara i form av lag.

Syftet med lagen bör dels vara att ge registermyndigheten möjlighet att behandla personuppgifter i registret över patienters vårdgivare på ett ändamålsenligt sätt, dels att skydda patienter mot att deras personliga integritet kränks vid sådan behandling. Det kan även konstateras att lagen inte ska tillämpas i någon annan del av registermyndighetens verksamhet än vid behandling av personuppgifter i registret över patienters vårdgivare.

Personuppgiftsansvar

I avsnitt 8.2.2 redogörs för den personuppgiftsansvariges skyldigheter. Den personuppgiftsansvarige ska exempelvis ansvara för och kunna visa att de grundläggande principerna i artikel 5.1 i EU:s dataskyddsförordning efterlevs (artikel 5.2). Därutöver ska den personuppgiftsansvarige bl.a. genomföra lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder för att säkerställa och kunna visa att behandlingen utförs i enlighet med EU:s dataskyddsförordning (artikel 24.1) och för att säkerställa en lämplig säkerhetsnivå (artikel 32.1).

På samma sätt som i lagen om grundregister över vårdgivare och i lagen om nationella register över patienters vårdgivare, bör även lagen om nationella register över patienters vårdgivare innehålla en reglering av vem som är personuppgiftsansvarig. Det bör därför i införas en bestämmelse som anger att registermyndigheten är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som myndigheten utför enligt lagen och föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen.

Lagen bör upplysa om förhållandet till EU:s dataskyddsförordning och dataskyddslagen

I avsnitt 8.2.2 redogörs för principen om att EU:s dataskyddsförordning är direkt tillämplig i varje medlemsstat och har företräde framför nationell lagstiftning och att en ny lag får därmed bara innehålla bestämmelser som kompletterar eller tar över EU:s dataskyddsförordning när detta är tillåtet. För att det ska vara tydligt för tillämparen hur de olika regleringarna förhåller sig till varandra bedöms det att en bestämmelse med upplysning om att lagen kompletterar EU:s dataskyddsförordning bör införas i lagen.

Som framgår av 8.2.2 innehåller registerförfattningar innehåller ofta en upplysning om att det kan finnas tillämpliga bestämmelser om behandling av personuppgifter i dataskyddslagen och föreskrifter som har meddelats i

anslutning till dataskyddslagen. Av tydlighetsskäl bör det därför införas en bestämmelse som klargör att dataskyddslagen och föreskrifter som har meddelats i anslutning till den lagen ska gälla vid behandling av personuppgifter enligt den nya lagen, om inte annat följer av den nya lagen eller föreskrifter som har meddelats i anslutning till den lagen (jfr prop. 2017/18:171 s. 73).

8.3.3 Ändamål för behandling av personuppgifter

Förslag

Registermyndigheten ska få behandla personuppgifter om det är nödvändigt för att föra registret över patienters vårdgivare och för att ge information om sådana uppgifter som behövs för att lokalisera vilka vårdgivare som behandlar personuppgifter för vård av en viss patient.

Det ska framgå av lagen att personuppgifter får behandlas även för att fullgöra uppgiftslämnande som sker i överensstämmelse med lag eller förordning.

Det ska tydliggöras att personuppgifter får behandlas även för andra ändamål, under förutsättning att uppgifterna inte behandlas på ett sätt som är oförenligt med de ändamål som uppgifterna samlades in för.

Skälen för förslaget

Ändamål för behandling av personuppgifter i nationella register över vårdgivare ska fastställas

Principen om att personuppgifter bara får samlas in för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål är en allmän dataskyddsprincip som följer av artikel 5.1 b i EU:s dataskyddsförordning. I skäl 39 till förordningen klargörs att de specifika ändamål som personuppgifterna behandlas för bör vara tydliga och legitima och ha bestämts vid den tidpunkt då personuppgifterna samlades in. Utifrån ändamålet avgörs vilka personuppgifter som får behandlas (artikel 5.1 c) och den registrerade har rätt att få information om ändamålet för behandlingen av personuppgifterna (artiklarna 13–15). Även lämplig säkerhetsnivå bestäms utifrån bl.a. behandlingens ändamål (artikel 32). Ändamålet fastställs av den personuppgiftsansvarige, i EU-rätt eller i nationell rätt (artiklarna 4.7, 6.2 och 6.3). Att personuppgifter bara får samlas in för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål är en allmän dataskyddsprincip. Enligt den s.k. finalitetsprincipen får personuppgifter inte vidarebehandlas för något annat ändamål som är oförenligt med insamlingsändamålen. Möjligheten att senare behandla personuppgifterna för andra ändamål är således begränsad.

Ändamålsbestämmelser anger alltså den yttersta ramen inom vilken uppgifter får behandlas. Ändamålsbestämmelser är sådana specifika bestämmelser som anpassar tillämpningen av EU:s dataskyddsförordning och säkerställer en laglig och rättvis behandling och är således tillåtna i nationell rätt enligt artikel 6.2 och 6.3 i EU:s dataskyddsförordning.

Ändamålsbestämmelserna behöver täcka all den behandling som är nödvändig för att myndigheten ska kunna utföra sin verksamhet i att föra

föreslaget register. Det bör framhållas att kravet på nödvändighet inte innebär ett krav på att behandlingsåtgärden ska vara oundgänglig. En behandling kan anses nödvändig om den leder till effektivitetsvinster (se prop. 2017/18:105 s. 189). I kravet på nödvändighet ligger dock att personuppgifter inte får behandlas om syftet med behandlingen kan uppnås med andra medel, t.ex. genom att anonymisera uppgifterna (s. 117).

Primära ändamål är sådana ändamål som avser myndigheters interna verksamhet. I registerförfattningar förekommer primära ändamål med varierande detaljeringsgrad. För att leva upp till kravet på särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål i EU:s dataskyddsförordning behöver myndigheten normalt också formulera mer preciserade ändamål för de specifika behandlingar av personuppgifter som sker i myndighetens verksamhet (prop. 2019/20:106 s. 39).

Det bedöms att utgångspunkten för utformningen av den primära ändamålsbestämmelsen i lagen bör spegla registermyndighetens behov av att behandla uppgifter i registret över patienters vårdgivare för att ge myndigheten förutsättningar för att kunna utföra sitt uppdrag på ett ändamålsenligt sätt. Registermyndigheten bör därför få behandla personuppgifter om det är nödvändigt för att föra registret över patienters vårdgivare och för att ge information om sådana uppgifter som behövs för att lokalisera vilka vårdgivare som behandlar personuppgifter för vård av en viss patient.

Sekundära ändamål

När registermyndigheten ska lämna uppgifter till bl.a. vårdgivare med anledning av lagen om ett nationellt register över patienters vårdgivare kommer utlämnandet ofta medföra behandling av personuppgifter. Uppgifter kan även lämnas ut till andra myndigheter med stöd av bestämmelser som ger en sådan möjlighet men som inte föreskriver en sådan skyldighet. Ett exempel på detta är utlämnande som sker med stöd av den s.k. generalklausulen i 10 kap. 27 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL.

Det kan inte uteslutas att det kan bli aktuellt med ett uppgiftslämnande till någon annan myndighet som inte omfattas av de s.k. primära ändamålsbestämmelserna som redogörs för under rubriken Ändamål för behandling av personuppgifter i ett nationellt register över vårdgivare ska fastställas. Det bör därför finnas en ändamålsbestämmelse som säkerställer att det är möjligt att behandla personuppgifter även i dessa fall, en s.k. sekundär ändamålsbestämmelse. Det är lämpligt att bestämmelsen omfattar både fall då det finns en skyldighet att lämna uppgifter och fall där det finns en möjlighet att lämna uppgifter. Det finns bestämmelser med en sådan uppbyggnad i ett flertal registerförfattningar, t.ex. 7 § lagen (2023:457) om behandling av personuppgifter vid Utbetalningsmyndigheten.

En sekundär ändamålsbestämmelse ger stöd för den behandling av personuppgifter som sker vid ett utlämnande av personuppgifter. Stöd för utlämnandet finns dock i annan lagstiftning. Vid uppgiftslämnande är den viktigaste frågan ur ett integritetsperspektiv om uppgifterna ska lämnas ut.

Det föreslås därför en sekundär ändamålsbestämmelse om att personuppgifter som får behandlas enligt den primära ändamålsbestämmelsen

också ska få behandlas för att fullgöra uppgiftslämnande som sker i överensstämmelse med lag eller förordning. Begränsningen till personuppgifter som behandlas enligt de angivna ändamålen innebär att det inte kan bli aktuellt att t.ex. samla in uppgifter i det enda syftet att lämna ut dessa med stöd av en bestämmelse om uppgiftsskyldighet. Uppgifter som får lämnas ut med stöd av denna bestämmelse måste således redan vara föremål för behandling enligt de primära ändamålen.

Finalitetsprincipen

Utöver de primära och sekundära ändamål som pekar ut ramarna för den behandling som är tillåten utgör principen om ändamålsbegränsning (kallad finalitetsprincipen) den yttersta gränsen för tillåten behandling på EU:s dataskyddsförordnings område. Finalitetsprincipen framgår av artikel 5.1 b i EU:s dataskyddsförordning och utgör en av de grundläggande principerna för behandling av personuppgifter. Denna princip medger att uppgifter behandlas för andra ändamål än de ändamål som uppgifterna samlats in för, under förutsättning att behandlingen inte är oförenlig med de ursprungliga ändamålen.

Det bedöms att finalitetsprincipen bör utgöra den yttersta ramen för personuppgiftsbehandlingen i ett nationellt register över patienters vårdgivare. Finalitetsprincipen innebär i sig ett integritetsskydd eftersom den förbjuder ytterligare behandling av personuppgifter som är oförenlig med ursprungsändamålen. Vid tillämpning av finalitetsprincipen ska kopplingar mellan de ändamål för vilka personuppgifterna har samlats in och ändamålen med den avsedda ytterligare behandlingen, det sammanhang inom vilket personuppgifterna har samlats in, personuppgifternas art, eventuella konsekvenser för registrerade av den planerade fortsatta behandlingen och förekomsten av lämpliga skyddsåtgärder beaktas (artikel 6.4 i EU:s dataskyddsförordning). Finalitetsprincipen kan alltså inte tillämpas utan avvägningar som i praktiken innebär att de nya ändamålen kommer att behöva ligga mycket nära de ursprungliga ändamålen eller kunna ses som en förlängning av de ursprungliga ändamålen (jfr prop. 2023/24:29 s. 50). Vid fråga om utlämnande av personuppgifter gäller bestämmelser om sekretess.

Bestämmelser om finalitetsprincipen i EU:s dataskyddsförordning är direkt tillämpliga vid registermyndighetens behandling av personuppgifter. Det anses dock att det av tydlighetsskäl bör införas en bestämmelse som ger uttryck för finalitetsprincipen genom att ange att personuppgifter som behandlas för något av de i lagen angivna ändamålen även får behandlas för andra ändamål, under förutsättning att uppgifterna inte behandlas på ett sätt som är oförenligt med det ändamål för vilket uppgifterna samlades in.

8.3.4 Känsliga personuppgifter

Förslag

Registermyndigheten ska få behandla känsliga personuppgifter om det är nödvändigt med hänsyn till ändamålet med behandlingen.

Skälen för förslaget

Reglering om känsliga personuppgifter i EU:s dataskyddsförordning och dataskyddslagen

Personuppgifter som avslöjar ras eller etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse eller medlemskap i fackförening och behandling av genetiska uppgifter, biometriska uppgifter för att entydigt identifiera en fysisk person, uppgifter om hälsa eller uppgifter om en fysisk persons sexualliv eller sexuella läggning benämns i EU:s dataskyddsförordning som särskilda kategorier av uppgifter (artikel 9.1). Av samma artikel framgår att behandling av sådana personuppgifter är förbjuden. I svensk rätt kallas uppgifterna känsliga personuppgifter (se t.ex. 3 kap. 1 § dataskyddslagen).

Förbudet i artikel 9.1 att behandla sådana personuppgifter kompletteras av ett antal undantag i artikel 9.2, t.ex. om behandlingen är nödvändig av hänsyn till ett viktigt allmänt intresse, på grundval av unionsrätten eller medlemsstaternas nationella rätt, vilken ska stå i proportion till det eftersträvade syftet, vara förenlig med det väsentliga innehållet i rätten till dataskydd och innehålla bestämmelser om lämpliga och särskilda åtgärder för att säkerställa den registrerades grundläggande rättigheter och intressen (artikel 9.2 g). Artikel 9.2 g är visserligen direkt tillämplig, men det är möjligt för medlemsstaterna att i nationell rätt införa mer specifika bestämmelser avseende känsliga personuppgifter (se artikel 6.2 och skäl 10). Enligt artikel 9.4 får medlemsstater också behålla eller införa ytterligare villkor, även begränsningar, för behandlingen av genetiska eller biometriska uppgifter eller uppgifter om hälsa.

Det finns bestämmelser om behandling av känsliga personuppgifter i dataskyddslagen. Enligt 3 kap. 3 § första stycket dataskyddslagen får känsliga personuppgifter behandlas av en myndighet med stöd av artikel 9.2 g i EU:s dataskyddsförordning om uppgifterna har lämnats till myndigheten och behandlingen krävs enligt lag, om behandlingen är nödvändig för handläggningen av ett ärende, eller i annat fall, om behandlingen är nödvändig med hänsyn till ett viktigt allmänt intresse och inte innebär ett otillbörligt intrång i den registrerades personliga integritet. Enligt andra stycket är det vid behandling som sker enbart med stöd av första stycket förbjudet att utföra sökningar i syfte att få fram ett urval av personer grundat på känsliga personuppgifter.

Registermyndigheten har ett behov av att behandla personuppgifter om hälsa

Registermyndigheten behöver kunna behandla ett stort antal personuppgifter för att kunna utföra sitt uppdrag enligt lagen om ett nationellt register över patienters vårdgivare på ett ändamålsenligt sätt. Behandlingen inbegriper även känsliga personuppgifter. I avsnitt 8.3.1 klargörs de övergripande typer av personuppgifter som registermyndigheten bedöms ha ett behov av att kunna behandla i registret över patienters vårdgivare vilket inbegriper uppgifter om personers hälsa. Registermyndigheten kommer hantera uppgifter om vilken patient som vårdas eller har vårdats hos en vårdgivare samt vårdgivarens identitet. Sådana uppgifter kan avslöja något om patientens hälsa, t.ex. om det rör sig om en specialist-

klinik, och att en individ har behandlats inom ramen för hälso- och sjukvård.

I registret över patienters vårdgivare kommer även personuppgifter om barn behandlas eftersom barn är patienter. Barns personuppgifter förtjänar ett särskilt skydd, eftersom barn kan vara mindre medvetna om risker, följder och skyddsåtgärder samt om sina rättigheter när det gäller behandling av personuppgifter (skäl 38 i EU:s dataskyddsförordning). Sådana uppgifter är visserligen inte känsliga personuppgifter i EU:s dataskyddsförordnings mening, men behandling av sådana personuppgifter är integritetskänslig.

Behandlingen är nödvändig med hänsyn till ett viktigt allmänt intresse

Eftersom behandling av känsliga personuppgifter som huvudregel är förbjuden enligt artikel 9.1 i EU:s dataskyddsförordning, måste något av undantagen i artikel 9.2 vara tillämpligt för att behandlingen ska vara tillåten. I detta sammanhang är det centralt om behandlingen kan anses vara nödvändig av hänsyn till ett viktigt allmänt intresse, på grundval av unionsrätten eller medlemsstatens nationella rätt (artikel 9.2 g). Vad som är ett allmänt intresse, dvs. uttrycket som används i artikel 6.1 e, respektive ett viktigt allmänt intresse som används i artikel 9.2 g, är inte definierat i EU:s dataskyddsförordning. I förarbetena till dataskyddslagen konstateras att det är svårt att på ett generellt plan definiera vad som skiljer ett allmänt intresse från ett viktigt allmänt intresse. Regeringen har dock uttalat att det utgör ett viktigt allmänt intresse att svenska myndigheter, även utanför området myndighetsutövning, kan bedriva den verksamhet som tydligt faller inom ramen för deras befogenheter på ett korrekt, rättssäkert och effektivt sätt (se prop. 2017/18:105 s. 83 och prop. 2022/23:34 s. 130).

Registermyndighetens uppgifter kommer att följa av lagen om ett nationellt register över patienters vårdgivare och anslutande föreskrifter. Syftet med registermyndighetens behandling av personuppgifter är att föra registret över patienters vårdgivare för att möjliggöra vårdgivares tillgång till nödvändig information om var uppgifter om patienter finns så att välgrundade medicinska beslut kan fattas.

När registermyndigheten behandlar känsliga personuppgifter som är nödvändiga för att utföra de uppgifter som framgår av författning rör det sig således om en sådan behandling som avses i artikel 9.2 g i EU:s dataskyddsförordning, dvs. en behandling som är ett viktigt allmänintresse på grundval av nationell rätt. Behandlingen av känsliga personuppgifter är alltså motiverad med hänsyn till ett viktigt allmänintresse.

För att det ska vara tillåtet att behandla känsliga personuppgifter enligt artikel 9.2 g i EU:s dataskyddsförordning måste behandlingen vara nödvändig. Kravet på nödvändighet i artikel 9 innebär detsamma som kravet på nödvändighet i artikel 6 (prop. 2017/18:105 s. 75 och 76). Om registermyndigheten inte får möjlighet att behandla känsliga personuppgifter skulle innebära informationen till vårdgivare blir mindre relevant och de sökningar som vårdgivare behöver göra för att hitta andra vårdgivare bli mer omfattande och tidskrävande. Det skulle i slutändan drabba patientens hälsa.

Vid registermyndighetens behandling av personuppgifter kommer det att finnas ändamålsbestämmelser som begränsar myndighetens möjligheter

att behandla personuppgifter och krav på att behandlingen ska vara nödvändig. Lagen kommer även att innehålla krav på skyddsåtgärder, som begränsning av tillgången till personuppgifter, sökbegränsningar och begräsningar i tiden för behandling av personuppgifter, för att balansera det integritetsintrång som behandlingen av känsliga personuppgifter innebär. Vad gäller vårdgivare och andra myndigheters uppgiftslämnande till registermyndigheten, som kan innefatta känsliga personuppgifter, innehåller lagen krav på att det ska finnas ett behov av uppgifterna. Behovsprövningen är således central för möjligheten att behandla personuppgifter.

Behandlingen bedöms därför uppfylla kraven i artikel 9.2 g att den nationella rätten ska stå i proportion till det eftersträvade syftet, vara förenlig med det väsentliga innehållet i rätten till dataskydd och innehålla bestämmelser om lämpliga och särskilda skyddsåtgärder för att säkerställa de registrerades grundläggande rättigheter.

Behandlingen bör regleras i lagen

I dataskyddslagen har det införts ett för myndigheter generellt undantag från förbudet mot att behandla känsliga personuppgifter. Känsliga personuppgifter får enligt 3 kap. 3 § första stycket dataskyddslagen behandlas av en myndighet med stöd av artikel 9.2 g i EU:s dataskyddsförordning om uppgifterna har lämnats till myndigheten och behandlingen krävs enligt lag, om behandlingen är nödvändig för handläggningen av ett ärende eller i annat fall, om behandlingen är nödvändig med hänsyn till ett viktigt allmänt intresse och inte innebär ett otillbörligt intrång i den registrerades personliga integritet.

Uppgifterna som registermyndigheten ska utföra, vilka utgör ett viktigt allmänt intresse, ska regleras i författning. Det innebär att myndighetens behandling av känsliga personuppgifter kan ske på grundval av nationell rätt på det sätt som föreskrivs i den direkt tillämpliga regleringen i artikel 9.2 g i EU:s dataskyddsförordning och i enlighet med 3 kap. 3 § första stycket dataskyddslagen.

Enligt artikel 6.2 och 6.3 i EU:s dataskyddsförordning är det tillåtet att ha bestämmelser om när myndigheter får behandla personuppgifter i nationell rätt för att reglera behandling som grundar sig på en uppgift av allmänt intresse enligt artikel 6.1 e i EU:s dataskyddsförordning. Det bedöms att det är förenligt med både EU:s dataskyddsförordning och det grundlagsreglerade integritetsskyddet att tillåta behandling av känsliga personuppgifter för ändamålet att föra registret över patienters vårdgivare och ge information om sådana uppgifter som behövs för att lokalisera vilka vårdgivare som behandlar personuppgifter för vård av en viss patient.

Andra skyddsvärda uppgifter

Av förslaget om ett register över patienters vårdgivare framgår att person- och samordningsnummer kommer behöva behandlas, dels ska sådana uppgifter registreras i registret, dels kommer sådana uppgifter användas som sökbegrepp i den sökning myndigheten gör för att lokalisera patientens vårdgivare (se avsnitt 4.1). Inget samtycke kommer att krävas för behandlingen av uppgifterna. Enligt 3 kap. 10 § dataskyddslagen gäller redan generellt att person- och samordningsnummer endast får behandlas

utan samtycke när det är klart motiverat med hänsyn till ändamålet med behandlingen, vikten av en säker identifiering eller något annat beaktansvärt skäl. Syftet med register över patienters vårdgivare är att visa vårdgivare var relevant information om patienten finns och hos vilken vårdgivare. Nödvändiga uppgifter följer alltså med patienten i olika kontakter med vården. Patienten ska inte behöva upprepa sin sjukdomshistoria för flera vårdgivare eller genomgå samma undersökningar flera gånger. Hälso- och sjukvårdspersonal behöver inte lägga onödig tid på att samla in uppgifter från flera källor, dubbeldokumentera och ta om samma prover. Med hänsyn till detta bedöms att behandlingen av person- och samordningsnummer är klart motiverat med hänsyn till ändamålet med behandlingen.

8.3.5 Särskilda skydds- och säkerhetsåtgärder

Förslag

Uppgifter i registret över patienters vårdgivare ska få lämnas ut elektroniskt på annat sätt än genom direktåtkomst.

Tillgången till personuppgifter ska begränsas till det som var och en behöver för att kunna fullgöra sina arbetsuppgifter. Åtkomsten till personuppgifter ska kontrolleras och följas upp regelbundet.

Det ska i lagen tas in en upplysning om att regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer kan meddela närmare föreskrifter om kontroll och uppföljning av åtkomsten till personuppgifter.

Det ska inte få utföras sökningar i syfte att få fram ett urval av personer grundat på känsliga personuppgifter.

Bedömning

E-hälsomyndigheten bör få meddela närmare föreskrifter om kontroll och uppföljning av åtkomsten till personuppgifter.

Skälen för förslaget och bedömningen

Elektroniskt utlämnande på annat sätt än genom direktåtkomst

I lagen regleras att uppgifter, på begäran av en vårdgivare får lämnas ut elektroniskt på annat sätt än genom direktåtkomst, se avsnitt 4.3. Direktåtkomst, som beskrivs i avsnitt i 8.2.1, bedöms inte vara nödvändigt för att tillgodose vårdgivares behov av att ta del av aktuella uppgifter på ett ändamålsenligt och effektivt sätt. Som framgår av avsnitt 8.2.1 utgör direktåtkomst en särskilt integritetsingripande form av uppgiftslämnande. Direktåtkomst medför också att uppgifter i en allmän handling som en myndighet har åtkomst till blir del av allmänna handlingar hos den myndigheten. Direktåtkomst bör därför endast komma i fråga om det finns ett verkligt behov av detta. En s.k. fråga-svar-teknik kräver inte någon direktåtkomst. Möjligheten att ge vårdgivare liknande tillgång till uppgifterna kan erbjudas utan att det rättsligt sett behöver vara fråga om direktåtkomst. Upplevelsen för vårdgivaren kan vara densamma även utan direktåtkomst. I registret över patienters vårdgivare kommer det före-

komma en stor mängd integritetskänsliga personuppgifter. Elektronisk överföring av sådana uppgifter bör övervägas noga. Riskerna med att överföra uppgifter elektroniskt, som bl.a. kan bestå i en ökad fara att uppgifter sprids eller att någon annan än den avsedda mottagaren får del av uppgifterna, måste vägas mot vårdgivarnas behov av att få tillgång till uppgifter om patientens hälsodata liksom ur ett patientsäkerhetsperspektiv. En ändamålsenlig avvägning mellan dessa intressen bedöms kunna uppnås genom en reglering som tydliggör att registermyndigheten får lämna ut uppgifter elektroniskt, men som samtidigt uttryckligen reglerar att direktåtkomst inte är tillåtet (jfr prop. 2019/20:106 s. 54 och 55). En sådan reglering är också att anse som en skyddsåtgärd enligt EU:s dataskyddsförordning (se t.ex. artikel 9.2 g).

Åtkomsten till personuppgifter ska begränsas och kontrolleras

EU:s dataskyddsförordning innehåller inte någon uttrycklig bestämmelse som begränsar tillgången till personuppgifter. I artikel 5.1 c uttrycks dock den grundläggande principen att personuppgifter som behandlas ska vara adekvata, relevanta och inte för omfattande i förhållande till de ändamål för vilka de behandlas (principen om uppgiftsminimering). Enligt artikel 25.2 ska den personuppgiftsansvarige också genomföra lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder för att säkerställa att endast personuppgifter som är nödvändiga för varje specifikt ändamål med behandlingen behandlas. Den skyldigheten gäller mängden insamlade personuppgifter, behandlingens omfattning, tiden för deras lagring och deras tillgänglighet. Framför allt ska dessa åtgärder säkerställa att personuppgifter i standardfallet inte utan den enskildes medverkan görs tillgängliga för ett obegränsat antal fysiska personer.

Möjligheten till spridning av personuppgifterna har stor betydelse vid en bedömning av integritetsriskerna med behandlingen. Om uppgifter sprids ökar det risken för att uppgifterna används på ett sätt som inte är avsett. Utan en begränsning av spridningen av personuppgifterna kan också personuppgiftsbehandling komma att genomföras som det inte finns behov av. Skyldigheten för personuppgiftsansvariga att på olika sätt begränsa tillgången till personuppgifter följer av EU:s dataskyddsförordning. Det har därför i en del lagstiftningsärenden bedömts inte finnas skäl att införa ytterligare krav i lag (jfr prop. 2019/20:166 s. 125 och prop. 2021/22:217 s. 53). Vissa författningar innehåller dock bestämmelser som reglerar tillgången till personuppgifter. Bestämmelser av detta slag anses utgöra en sådan specificering som enligt artikel 6.2 och 6.3 i EU:s dataskyddsförordning är tillåten i nationell rätt. Som exempel på sådan reglering kan nämnas 2 kap. 5 § lagen (2020:421) om Rättsmedicinalverkets behandling av personuppgifter, enligt vilken tillgången till personuppgifter ska begränsas till det som var och en behöver för att kunna fullgöra sina arbetsuppgifter.

För skyddet av den personliga integriteten är det viktigt att det vid registermyndigheten säkerställs att personuppgifter i verksamheten endast görs tillgängliga för de medarbetare som behöver uppgifterna i sitt arbete. En bestämmelse om att tillgången till personuppgifter ska begränsas till det som var och en behöver för att kunna fullgöra sina arbetsuppgifter bör

därför föras in i den nya lagen om ett nationellt register över patienters vårdgivare.

Det finns också skäl att ställa ytterligare krav på registermyndigheten i fråga om tillgången till personuppgifter. Det bör därför anges i lagen att åtkomsten till personuppgifter ska kontrolleras och följas upp regelbundet. Ett krav i lag på att åtkomsten ska kontrolleras utgör ännu en skyddsåtgärd i syfte att minska intrånget i enskildas personliga integritet. Det bör vara upp till registermyndigheten att närmare bestämma formerna för kontrollen. Sådana kontroller bör dock genomföras systematiskt och återkommande och inte endast om registermyndigheten av någon orsak har fått anledning att misstänka att obehörig åtkomst har förekommit. Kontroll kan t.ex. göras genom uppföljning av loggar. Det kan hävdas att en skyldighet att regelbundet kontrollera och följa upp åtkomsten av personuppgifter redan följer av EU:s dataskyddsförordning eller att det är en reglering som kan införas på förordningsnivå.

Det kan finnas skäl att ställa närmare krav avseende tillgången till personuppgifter. Det kan t.ex. röra rutiner för tilldelning av behörigheter för åtkomst till personuppgifter eller loggning därav. Det kan även handla om krav på att den som vid myndigheten utför arbetsuppgifter som innefattar behandling av personuppgifter ska genomgå utbildning. Sådana krav bör regleras på lägre normnivå än lag. Därför bör regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer få meddela närmare föreskrifter om kontroll och uppföljning av åtkomsten till personuppgifter.

I avsnitt 4.1 görs bedömningen att E-hälsomyndigheten bör vara ansvarig registermyndighet över registret över patienters vårdgivare. E-hälsomyndigheten bör därför även få meddela närmare föreskrifter om kontroll och uppföljning av åtkomsten till personuppgifter.

Sökbegränsningar

Registermyndighetens ska föra ett register över uppgifter om patienters vårdgivare för att ge information till vårdgivare om sådana uppgifter som behövs för att lokalisera patientens vårdgivare. Registermyndigheten bedöms därför ha behov av att kunna göra sökningar bland uppgifter där personuppgifter förekommer.

I EU:s dataskyddsförordning finns inget förbud mot att använda personuppgifter vid sökning, men vid behandling av känsliga personuppgifter krävs lämpliga och särskilda åtgärder för att säkerställa den registrerades grundläggande rättigheter och intressen (artikel 9.2 g). Regeringen har bedömt att en sökbegränsning är en sådan skyddsåtgärd som säkerställer den registrerades grundläggande rättigheter och intressen (prop. 2017/18:105 s. 90 och 91). En sökbegränsning utgör därför många gånger en förutsättning för att behandling av känsliga personuppgifter ska vara tillåten enligt EU:s dataskyddsförordning. Vid utformningen av en sökbegränsning måste en avvägning göras mellan å ena sidan intresset av effektivitet i en myndighets verksamhet och å andra sidan risken för integritetsintrång. Regler om begränsning av tillåtna sökbegrepp bör därför ta sikte på sådana sökningar som typiskt sett medför särskilda integritetsrisker.

I ett flertal lagstiftningsärenden på senare tid har sökbegränsningar utformats på ett sätt som utgår från syftet med sökningen (se t.ex. 10 §

lagen [2023:457] om behandling av personuppgifter vid Utbetalningsmyndigheten och 114 kap. 12 § socialförsäkringsbalken). En sådan utformning av sökbegränsningen innebär att det är förbjudet att utföra sökningar i syfte att få fram ett personurval grundat på känsliga personuppgifter. Det är således inte tillåtet att utföra sökningar som innebär en kartläggning av personer på grundval av uppgifter om t.ex. etnicitet eller religion. Däremot hindrar ett sådant sökförbud inte sökningar som görs för andra ändamål, t.ex. i syfte att utöva tillsyn, för att ta fram verksamhetsstatistik eller för registervård, dvs. när syftet med sökningen inte är att identifiera ett urval av individer (se prop. 2017/18:105 s. 91 och prop. 2017/18:254 s. 38). Det är dock viktigt att dokumentera syftet med en sökning, såvida det inte tydligt framgår av sammanhanget. Det underlättar både intern kontroll och tillsyn över verksamheten (jfr prop. 2017/18:232 s. 155 och 156).

Mot denna bakgrund bör det inte vara tillåtet att utföra sökningar i syfte att få fram ett urval av personer grundat på känsliga personuppgifter. En sådan skyddsåtgärd minimerar riskerna för att känsliga personuppgifter missbrukas och upprätthåller integritetsskyddet.

8.4 Längsta tid som personuppgifter får behandlas

Förslag

Det ska införas en bestämmelse i lagen om ett nationellt register över patienters vårdgivare om att personuppgifter inte ska få behandlas under längre tid än vad som behövs med hänsyn till ändamålet med behandlingen.

Bedömning

Det bör inte införas bestämmelser om längsta tid för behandling av personuppgifter i lagen om grundregister över vårdgivare eller i lagen om en nationell vårdsöktjänst.

Arkivlagstiftningens principer om bevarande bör vara utgångspunkten för uppgifterna i de nya lagarna.

Skälen för förslaget och bedömningen

Längsta tid som personuppgifter får behandlas enligt EU:s dataskyddsförordning och arkivlagen

Enligt artikel 5.1 e i EU:s dataskyddsförordning får personuppgifter inte förvaras i en form som möjliggör identifiering av den registrerade under en längre tid än vad som är nödvändigt för de ändamål för vilka personuppgifterna behandlas. Bestämmelsen ger uttryck för förordningens princip om lagringsminimering. Personuppgifter ska därför inte fortsätta behandlas om det saknas ett behov av behandling. När det inte längre finns något behov av att behandla personuppgifter bör dessa alltså tas bort eller avidentifieras på ett sådant sätt att alla identifieringsmöjligheter försvinner i verksamhetssystemen eller arkiveras. EU:s dataskyddsförordning är

direkt tillämplig i svensk rätt och principen om lagringsminimering kräver därför att de uppgifter som inte längre behöver behandlas för ett visst ändamål också slutar behandlas för det ändamålet.

I arkivlagen (1990:782) och arkivförordningen (1991:446) finns bestämmelser om bevarande av uppgifter hos myndigheter och vissa andra organ. Utgångspunkten enligt 3 § arkivlagen är att allmänna handlingar ska bevaras, hållas ordnade och vårdas så att myndigheternas arkiv kan tillgodose rätten att ta del av allmänna handlingar, behovet av information för rättskipningen och förvaltningen samt forskningens behov. Om arkivändamålen kan tillgodoses får under vissa förutsättningar allmänna handlingar dock gallras (10 § arkivlagen). Arkivlagens bestämmelser är subsidiära i förhållande till annan lagstiftning. Om det finns avvikande bestämmelser om gallring av vissa allmänna handlingar i annan lag eller förordning har de bestämmelserna företräde enligt 10 § tredje stycket arkivlagen. Med gallring avses att en handling förstörs på ett eller annat sätt. Statliga myndigheter får enligt 14 § arkivförordningen gallra allmänna handlingar endast i enlighet med föreskrifter eller beslut av Riksarkivet om inte särskilda gallringsbestämmelser finns i lag eller förordning. Gallring enligt det arkivrättsliga regelverket syftar till att begränsa arkivens omfattning, bl.a. för att därmed öka deras tillgänglighet, medan bestämmelser om längsta tid för behandling av personuppgifter enligt det dataskyddsrättsliga regelverket syftar till att skydda enskildas personliga integritet (prop. 2023/24:147 s. 75).

Längsta tid som personuppgifter får behandlas i registret över patienters vårdgivare

En bestämmelse om en längsta tid under vilken personuppgifter får behandlas i de föreslagna registren skulle kunna motiveras av tydlighets- och integritetsskäl. Till skillnad från vad som många gånger är fallet med uppgiftsinsamlingar som används för exempelvis ärendehandläggning, tappar dock uppgifter i registret över patienters vårdgivare inte alltid sin relevans med tiden. Det kan nämligen finnas relevant information om vilka vårdgivare en patient varit registrerad hos längre tillbaka i tiden. Uttryckliga tidsgränser för när personuppgifter ska upphöra att behandlas kan dock göra det mer tydligt för såväl den registrerade som den berörda myndigheten att överblicka hur länge personuppgifter får behandlas. En fast tidsgräns riskerar dock att kraftigt begränsa nyttan med ett nationellt register över patienters vårdgivare.

Mot den bakgrunden och med hänsyn till den omfattande behandlingen av känsliga personuppgifter bedöms det vara motiverat med en reglering som förtydligar att det är ändamålet med behandlingen som avgör hur länge uppgifterna får behandlas i nationella register över vårdgivare. Det innebär att när det inte längre, med hänsyn till ändamålet, finns något behov av att behandla personuppgifterna ska dessa tas bort eller avidentifieras på ett sådant sätt att alla identifieringsmöjligheter försvinner. En sådan bestämmelse ställer krav på registermyndigheten att kunna motivera fortsatt behandling av personuppgifter, t.ex. inför en tillsynsmyndighet. Det kan förekomma att behovet av att behandla personuppgifter upphör avseende behandling för ett ändamål, medan det kvarstår för ett annat ändamål. Personuppgifterna får då fortsätta att behandlas för det kvar-

stående ändamålet. Regleringen bör alltså inte innebära att all behandling ska upphöra om behovet upphör för ett av flera ändamål.

Längsta tid som personuppgifter får behandlas i grundregistret över vårdgivare och vårdsöksregistret

Grundregistret över vårdgivare och vårdsöksregistret ska inte innehålla uppgifter om patienter eller i övrigt innebära en omfattande personuppgiftsbehandling. Därför finns inte samma tydlighets- och integritetsskäl för en bestämmelse om en längsta tid under vilken personuppgifter får behandlas. EU:s dataskyddsförordning är dessutom direkt tillämplig i svensk rätt och principen om lagringsminimering kräver att de uppgifter som inte längre behöver behandlas för ett visst ändamål också slutar behandlas för det ändamålet. Det anses därför inte att det finns ett behov av att särskilt reglera frågan i lag om längsta tid för behandling av personuppgifter i grundregistret över vårdgivare och i vårdsöksregistret. I stället ska EU:s dataskyddsförordning och arkivlagen tillämpas.

Att personuppgifter upphör att behandlas innebär inte nödvändigtvis att handlingarna gallras. Av skäl 39 till EU:s dataskyddsförordning framgår att den personuppgiftsansvarige bör införa tidsfrister för radering eller för regelbunden kontroll för att säkerställa att personuppgifter inte sparas längre än nödvändigt. Att myndigheterna internt formulerar vissa mer specificerade tidsfrister för när behandling ska upphöra har därmed stöd i EU:s dataskyddsförordning.

9 Samlad integritets- och proportionalitetsanalys

Bedömning

Den personuppgiftsbehandling som möjliggörs genom förslagen utgör en proportionerlig inskränkning av det skydd för den personliga integriteten som finns i regeringsformen, Europakonventionen och EU:s rättighetsstadga. Förslagen är förenliga med kravet på proportionalitet i EU:s dataskyddsförordning.

Skälen för bedömningen

Utgångspunkter för bedömning av förslagens påverkan på den personliga integriteten och proportionalitet

Förslaget i avsnitt 4 om ett nationellt register över patienters vårdgivare innebär att registermyndigheten kommer samla in och behandla en omfattande mängd personuppgifter. Även förslagen om grundregistret över vårdgivare och vårdsöksregistret innebär viss behandling av personuppgifter (se avsnitt 3.1 och 5.1). Myndigheter, regioner och privata vårdgivare kommer också i en större utsträckning behöva behandla personuppgifter med anledning av de föreslagna uppgiftsskyldigheterna och de sekretessbrytandebestämmelserna (se avsnitt 3.4, 3.5, 4.4 och 5.5).

Förslaget i avsnitt 6 innebär att kravet på samtycke tas bort och ersätts med en annan integritetshöjande åtgärd där patienten kan motsätta sig behandlingen av sina personuppgifter. Förslaget bedöms dock inte påverka vårdgivarnas behandling av personuppgifter i övrigt.

Behandlingen som kommer att utföras med stöd av de föreslagna lagarna inkluderar bl.a. uppgifter som utgör känsliga personuppgifter enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning), här benämnd EU:s dataskyddsförordning, och andra personuppgifter av mer eller mindre integritetskänslig karaktär.

Registret över patienters vårdgivare är personnummerbaserat, rikstäckande och omfattar stora delar av Sveriges befolkning. Det innebär att behandlingen inbegriper personuppgifter om barn och andra särskilt skyddsvärda individer vilket kan medföra ett betydande intrång i den enskildes personliga integritet. Därför är det nödvändigt att särskilt bedöma hur lagen om nationella patienters vårdgivare förhåller sig till de regelverk som syftar till att värna om den personliga integriteten.

I det följande redovisas samlade överväganden i fråga om de föreslagna lagarnas risker för den personliga integriteten, integritetsstärkande åtgärder, behovet av den föreslagna regleringen och proportionalitet liksom förslagens förenlighet med EU:s dataskyddsförordning samt de begränsningar i annan reglering till skydd för enskildas personliga integritet som lagarna innebär.

Vissa faktorer har ansetts särskilt viktiga att ta hänsyn till när det gäller att bedöma integritetskänsligheten vid helt eller delvis automatiserad behandling av personuppgifter. Det gäller arten av personuppgifter som samlas in och registreras, varför detta görs, hur och av vem uppgifterna används samt mängden av uppgifter som samlas på ett och samma ställe eller som på något annat sätt är tillgängliga för bearbetningar och sammanställningar. Även rådande samhällsvärderingar kan ha viss påverkan på vilken reglering och begränsning av behandlingen av personuppgifter som är nödvändig för att skydda den personliga integriteten (se t.ex. prop. 2005/06:173 s. 15 och prop. 2022/23:34 s. 162).

Rättslig grund för behandling av personuppgifter som sker till följd av uppgiftsskyldigheter

Bedömningen av rättslig grund och stöd för behandling av känsliga personuppgifter för den behandling som registermyndigheten och ansvarig myndighet kommer att utföra med anledning av förslagen framgår av avsnitt 8.2.1, 8.3.1, 8.3.3 och 8.3.4.

Behandling av personuppgifter kommer att ske vid utlämnande till registermyndigheten och ansvarig myndighet till följd av de uppgiftsskyldigheter som föreslås i avsnitt 3.4, 3.5, 4.4 och 5.5. Myndigheter, regioner och privata vårdgivare kommer behöva behandla personuppgifter för att uppfylla sin uppgiftsskyldighet. Stöd för en sådan behandling finns i EU:s dataskyddsförordning i artikel 6.1 c (rättslig förpliktelse) och 6.1 e (allmänt intresse). Den rättsliga grunden för behandlingen kommer att vara fastställd i den nationella rätten på det sätt som krävs enligt artikel 6.3 i

EU:s dataskyddsförordning genom de föreslagna bestämmelserna om uppgiftsskyldighet i lag. Behandling av personuppgifter hos regionen och andra privata vårdgivare görs även med stöd av patientdatalagen (2008:355), förkortad PDL. Personuppgifter får enligt den lagen behandlas för att fullgöra uppgiftslämnande som sker i överensstämmelse med lag eller förordning (2 kap. 5 § PDL).

Det får göras begränsningar i skyddet för den personliga integriteten

Regler till skydd mot intrång i den personliga integriteten finns i bl.a. regeringsformen, olika internationella rättsakter, EU:s dataskyddsförordning och sekretesslagstiftningen. Den enskilde är skyddad mot betydande intrång i den personliga integriteten och har en rätt till respekt för sitt privatliv. Den enskildes personuppgifter ska skyddas. I de fall en myndighet vill behandla personuppgifter måste den beakta dessa rättigheter.

I avsnitt 8.3.2 konstateras att den behandling av personuppgifter som registermyndigheten kommer behöva utföra med anledning av det nationella registret över patienters vårdgivare, och som möjliggörs genom den föreslagna lagen om ett nationellt register över patienters vårdgivare, i vissa fall kan innebära ett betydande intrång i den enskildes personliga integritet. I avsnitt 8.3.5 och 8.4 beskrivs hur de föreslagna bestämmelserna bedöms bidra till att skydda den personliga integriteten. Även de behov som ligger till grund för förslaget redovisas, inbegripet bl.a. en bedömning av att registermyndigheten utför en uppgift av allmänt intresse.

Rätten till skydd för den personliga integriteten enligt regeringsformen är inte absolut utan kan inskränkas genom lag. Begränsningar får endast göras för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle och får aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett begränsningen, och inte heller sträcka sig så långt att den utgör ett hot mot den fria åsiktsbildningen såsom en av folkstyrelsens grundvalar (2 kap. 21 § regeringsformen). Enligt artikel 8.2 i den europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna, förkortad Europakonventionen, får rätten till skydd för privatlivet inte inskränkas annat än med stöd av lag och om det i ett demokratiskt samhälle är nödvändigt med hänsyn till den nationella säkerheten, den allmänna säkerheten, landets ekonomiska välstånd eller till förebyggande av oordning eller brott eller skydd för hälsa eller moral eller för andra personers fri- och rättigheter.

I artiklarna 3, 7 och 8 i Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna (2010/C 83/02), förkortad EU:s rättighetsstadga, slås det fast att var och en har rätt till fysisk och mental integritet, respekt för sitt privat- och familjeliv, sin bostad och sina kommunikationer samt skydd av de personuppgifter som rör honom eller henne. Även i EU:s rättighetsstadga är utgångspunkten att en inskränkning endast får göras i lag och måste vara förenlig med det väsentliga innehållet i de rättigheter och friheter som erkänns i stadgan. Begränsningar får med beaktande av proportionalitetsprincipen endast göras om de är nödvändiga och faktiskt svarar mot mål av allmänt samhällsintresse som erkänns av unionen eller behovet av skydd för andra människors rättigheter och friheter (artikel 52.1).

EU:s dataskyddsförordning förutsätter också att proportionalitetsbedömningar görs vid behandling av personuppgifter. Den rättsliga grunden som avser rättslig förpliktelse (artikel 6.1 c) och uppgift av allmänt intresse (artikel 6.1 e) ska vara proportionerlig mot det legitima mål som eftersträvas (artikel 6.3 andra stycket). Behandling av känsliga personuppgifter enligt artikel 9.2 g och j är endast tillåten om behandlingen står i proportion till det eftersträvade syftet. Rätten till skydd för den personliga integriteten måste också enligt skälen till EU:s dataskyddsförordning förstås utifrån sin uppgift i samhället och vägas mot andra grundläggande rättigheter utifrån proportionalitetsprincipen (skäl 4).

Ovanstående villkor innebär bl.a. att det vid en begränsning i skyddet för den personliga integriteten ska göras en proportionalitetsbedömning där integritetsriskerna med personuppgiftsbehandlingen vägs mot fördelarna med behandlingen. I detta ingår att bedöma om behandlingen av personuppgifterna är nödvändig utifrån det avsedda ändamålet med behandlingen och om det finns alternativ som är mindre integritetskänsliga.

För att det ska vara motiverat att införa möjligheter att samla in och behandla personuppgifter i registret över patienters vårdgivare enligt förslagen är alltså en förutsättning att det finns ett konkret och påtagligt behov av behandlingen och att ändamålet inte kan uppnås genom mindre ingripande åtgärder. Den nytta som den utökade personuppgiftsbehandlingen innebär måste med andra ord stå i proportion till integritetsskyddsintresset för de personer som berörs av den ökade spridning av personuppgifter som en utökad behandling medför.

Till grund för proportionalitetsbedömningen är det nödvändigt att närmare kartlägga riskerna för intrång i den personliga integriteten. Genom att det införs integritetsstärkande åtgärder kan behovet av behandling balanseras mot intresset av integritetsskydd.

Integritetsrisker vid behandling av personuppgifter i ett nationellt register över patienters vårdgivare

I registret över patienters vårdgivare kommer uppgifter om samtliga patienter behandlas och uppgifterna bedöms i allt väsentligt vara känsliga personuppgifter som har ett högt skyddsvärde. Det förtjänar att påpekas att sådana personuppgifter redan behandlas för liknande ändamål i dag genom den infrastruktur som främst de offentliga vårdgivarna genom Sveriges kommuner och regioner och Inera AB byggt upp avseende den frivilliga delningen av hälsodata för hälso- och sjukvårdsändamål. Promemorians förslag innebär således inte att helt nya personuppgifter ska registreras utan snarare att behandlingen av dessa personuppgifter centraliseras och att behandlingen av dem inte längre är frivillig utan obligatorisk för samtliga vårdgivare.

Genom den föreslagna lagen om ett nationellt register över patienters vårdgivare får registermyndigheten möjlighet att behandla både en stor mängd personuppgifter och flera personuppgifter per individ. Det innebär i sig en integritetsrisk, eftersom en omfattande behandling av personuppgifter generellt sett är förenad med större integritetsrisker än vad en mer begränsad behandling är. Uppgifter som avslöjar var enskilda får vård och var dessa uppgifter finns tillgängliga kommer att samlas in på ett

sådant sätt att informationen enkelt kan sammanställas och systematiseras, vilket innebär en möjlig kartläggning av individer. Uppgiftssamlingen i sig innebär därför en särskild integritetsrisk.

Utvecklingen av en nationell digital infrastruktur kommer i praktiken att innebära att personuppgifter samlas ihop nationellt från samtliga vårdgivare och göra s tillgängliga för samma krets. Personuppgifterna som behandlas får på så sätt en större spridning än de har i dag. Driften och skötseln av den digitala infrastrukturen kommer också att innebära att ett större antal personer än tidigare kommer att vara involverade i behandlingen av personuppgifterna. Spridningen av uppgifterna till ett nationellt register innebär också en ökad risk för att personuppgifter behandlas otillbörligt, t.ex. genom att uppgifter kan komma i orätta händer eller röjas i strid med gällande sekretessbestämmelser. Vid en obehörig befattning med uppgifterna är riskerna särskilt stora mot bakgrund av att stora mängder uppgifter är samlade hos en och samma aktör.

Vid en förlorad kontroll över uppgifterna, exempelvis vid en personuppgiftsincident eller otillbörlig åtkomst, skulle uppgifterna kunna komma i utomståendes händer och användas för negativ särbehandling, övervakning, kartläggning av enskildas personliga förhållanden eller för att utsätta de registrerade för fara eller kränkningar. Oavsett om en otillbörlig spridning av personuppgifterna medför att den enskilde kommer till skada eller blir behandlad på ett negativt sätt, kan den enskilde komma att uppleva ett lidande av att integritetskänslig information blivit känd för andra i omgivningen utanför den enskildes privata krets eller vårdgivares verksamhet.

Vårdgivare som åläggs en uppgiftsskyldighet kommer för detta ändamål behöva behandla fler personuppgifter. Även hos vårdgivarna finns det på samma sätt som hos registermyndigheten en risk för intrång, obehörig hantering av uppgifterna samt risk att uppgifter lämnas på ett sätt som leder till fara för uppgifterna kan komma i orätta händer.

Även det förhållandevis omfattande uppgiftslämnandet från registret över patienters vårdgivare till vårdgivare innebär en risk för att utomstående på ett otillbörligt sätt skaffar sig åtkomst till uppgifterna. Också i denna del av verksamheten finns alltså en risk för obehörig extern åtkomst. Eftersom registret över patienters vårdgivare utgör ett nationellt ansvar finns även en risk för att det skulle kunna användas på ett otillbörligt sätt av en icke-demokratisk makthavare eller på annat sätt leda till oönskade konsekvenser för de registrerade.

Utöver de risker som finns med själva spridningen av personuppgifterna innebär även personuppgifternas särskilt integritetskänsliga karaktär utökade integritetsrisker. Detta gäller i synnerhet den föreslagna tillåtna behandlingen av känsliga personuppgifter. Uppgifter i registret över patienters vårdgivare kommer omfatta personer som i något avseende har behov hälso- och sjukvård och i vissa fall vilken hälso- och sjukvård. Vårdgivare kommer därmed få del av många uppgifter om patientens tidigare vårdgivare och om patientens tidigare besök hos hälso- och sjukvården.

Risken för otillbörlig användning och spridning av sådana uppgifter utanför den enskildes förtroendekrets kan därför uppfattas som särskilt känslig. Vid förlorad kontroll skulle hälsouppgifter kunna vidareförmedlas till någon som använder dem för att selektera bort personer med vissa

hälsotillstånd i anställningsprocesser, höja försäkringspremier eller liknande som förutom integritetsintrånget i sig även kan leda till materiella nackdelar för den enskilde.

Också behandling av sådana personuppgifter som inte är känsliga på det sätt som avses i EU:s dataskyddsförordning kan vara förenad med integritetsrisker. Behandling av exempelvis personnummer och andra personuppgifter som direkt kan hänföras till den registrerade kan utgöra en integritetsrisk eftersom det möjliggör samkörning av uppgifter som finns i olika källor och behandling för andra ändamål än de ursprungligen avsedda. En samling av flera personuppgifter som är av mindre känslig karaktär kan tillsammans skapa en integritetskänslig sammanställning om en person som kan ligga till grund för utökad kartläggning.

I registret över patienters vårdgivare kommer det även att finnas personuppgifter om flera grupper med behov av särskilt skydd. Barns personuppgifter förtjänar t.ex. ett särskilt skydd, eftersom barn kan vara mindre medvetna om berörda risker, följder och skyddsåtgärder samt om sina rättigheter när det gäller behandling av personuppgifter (skäl 38 i EU:s dataskyddsförordning). Även personer med vissa kognitiva funktionsnedsättningar kan vara mindre medvetna om sådana faktorer. Äldre personer kan också vara sårbara registrerade, vilket innebär att det kan vara svårt för dem att på ett enkelt sätt utöva sina rättigheter. Det finns också särskilt stora integritetsrisker vid personuppgiftsbehandling som rör personer med skyddade personuppgifter och personer som i övrigt är utsatta för våld eller förtryck.

Utöver detta finns det en risk för att en individ upplever ett obligatoriskt insamlande av uppgifter från vårdgivares verksamheter till ett nationellt register över patienters vårdgivare som en kränkning av integriteten, något som i sin tur skulle kunna innebära att enskilda avhåller sig från att kontakta hälso- och sjukvården. Uppgiftsinsamlingen kan anses innebära att det förs in ett nytt moment i relationen mellan parterna, som inte handlar om anledningen till att den enskilde söker samhällets stöd eller hjälp. Bara vetskapen om att finnas i ett register kan skapa olust hos en enskild, oaktat om denne befarar att registrets uppgifter kommer ut eller att andra negativa konsekvenser kan uppstå. Vetskapen om att uppgifter samlas in till ett nationellt register skulle också kunna riskera att påverka behandlingsalliansen vid tillhandahållandet av olika hälso- och sjukvårdsinsatser, i synnerhet om sådana sker med tvång.

Även personuppgifter avseende hälso- och sjukvårdsanställda måste behandlas i högre utsträckning. Detta behövs inte minst för att möjliggöra säker autentisering till informationssystemen, behörighetstilldelningar och loggning av vem som tagit del av vilka informationsmängder för att uppnå spårbarhet i systemet. Dessa personuppgifter är till den största delen inte av känslig art, men kommer ändå att medföra en ytterligare behandling och spridning av dessa informationsmängder jämfört med hur det ser ut i dag.

Beskrivning av integritetsstärkande åtgärder

För att balansera de personuppgiftsbehandlingar som föreslås i promemorian, innefattar förslagen också vissa åtgärder för att stärka den enskildes integritet. En integritetsstärkande åtgärd i sig är att föreslå en

särskild reglering av behandlingen av personuppgifter i registerlagar så att dess rättsliga grund och olika förutsättningar regleras på ett tydligs sätt.

I avsnitt 8.2.2 och 8.3.2 utpekas registermyndigheten och den ansvariga myndigheten som personuppgiftsansvariga för de personuppgifter som behandlas i de föreslagna registren. Enligt EU:s dataskyddsförordning ska den personuppgiftsansvarige uppfylla krav på säkerhet vid behandling av personuppgifterna. Enligt artikel 5 f i EU:s dataskyddsförordning ska personuppgifter behandlas på ett sätt som säkerställer lämplig säkerhet för personuppgifterna, inbegripet skydd mot obehörig eller otillåten behandling och mot förlust, förstöring eller skada genom olyckshändelse, med användning av lämpliga tekniska eller organisatoriska åtgärder (integritet och konfidentialitet). Med beaktande av behandlingens art, omfattning, sammanhang och ändamål samt riskerna för fysiska personers rättigheter och friheter ska den personuppgiftsansvarige enligt artikel 24.1 genomföra lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder för att säkerställa och kunna visa att behandlingen utförs i enlighet med EU:s dataskyddsförordning. Dessa åtgärder ska ses över och uppdateras vid behov. Ytterligare krav på den personuppgiftsansvariges säkerhetsarbete regleras i artiklarna 25 och 32 i EU:s dataskyddsförordning.

I avsnitt 8.3.3 föreslås bestämmelser om ändamål för behandling av personuppgifter i registret över patienters vårdgivare. De föreslagna ändamålen utgör en grundläggande begränsning av all behandling i registret över patienters vårdgivare. Genom att det i lag fastställs för vilka ändamål myndigheten får behandla personuppgifter bestäms en yttersta ram för behandlingen, som endast kan ändras genom lag. Det bör noteras att ändamålsbestämmelserna ska läsas tillsammans med lagen i dess helhet och särskilt bestämmelsen om registrets syfte.

I avsnitt 4.1 föreslås även bestämmelser som reglerar tillåtet innehåll i registret över patienters vårdgivare. Att i den föreslagna lagen särskilt reglera vilka personuppgifter som får finnas i registret över patienters vårdgivare samt de yttre ramarna för dessa säkerställer också att endast de uppgifter som behövs behandlas i registret. Förutom att en sådan reglering begränsar den tillåtna personuppgiftsbehandlingen förutsätter också regleringen ett noggrant övervägande av nödvändigheten och proportionaliteten av varje enskild personuppgift som föreslås få behandlas. En utökning av de personuppgifter som får behandlas förutsätter likaså att en sådan avvägning görs av riksdag eller regering. Denna reglering av innehållet bedöms därmed tillsammans med de föreslagna ändamålsbestämmelserna i avsnitt 8.3.3 och den föreslagna syftesbestämmelsen i avsnitt 4.1 och 8.3.2 minska integritetsriskerna och därmed utgöra en skyddsåtgärd.

I avsnitt 8.3.4 föreslås att känsliga personuppgifter som utgångspunkt ska få behandlas om det är nödvändigt för ändamålet. I avsnitt 8.3.5 föreslås att sökningar inte ska få utföras i syfte att få fram ett urval av personer grundat på känsliga personuppgifter. Sökbegränsningen utgör en skyddsåtgärd då den begränsar möjligheten att analysera och sortera känsliga personuppgifter, vilket minskar risken för obefogad behandling av sådana uppgifter.

I avsnitt 8.3.5 föreslås att tillgången till personuppgifter ska begränsas till det som var och en behöver för att kunna fullgöra sina arbetsuppgifter och att åtkomsten till personuppgifter ska kontrolleras och följas upp

regelbundet. Förslaget om begränsad åtkomst till personuppgifterna säkerställer ett aktivt arbete med s.k. behörighetsstyrning. Det bör endast vara ett begränsat antal medarbetare som har ett behov av att ta del av de personuppgifter som finns i registret över patienters vårdgivare. Kravet på att regelbundet kontrollera och följa upp åtkomsten till personuppgifter bidrar till att missbruk av behörigheter, intrång och andra säkerhetsrisker kan förebyggas och upptäckas i ett tidigt skede, vilket minskar risken för att personuppgifter används på ett sätt som de inte var avsedda för vid insamlingen. Risken minskar också för att personuppgiftsincidenter i övrigt inträffar. Bestämmelsen utgör därmed en skyddsåtgärd.

Även de föreslagna bestämmelserna i avsnitt 8.3.5 om elektroniskt utlämnande bör betraktas som en skydds- och integritetshöjande åtgärd eftersom en sådan bestämmelse tydliggör och säkerställer att det alltid görs en lämplighetsavvägning innan personuppgifter lämnas ut elektroniskt. Vikten av en sådan avvägning blir särskilt relevant i förhållande till de mer integritetskänsliga formerna av elektroniskt utlämnande.

För att motverka risken för att enskilda pga. obehag av att finnas med i ett register drar sig för att söka hjälp hos hälso- och sjukvården, är det viktigt med tydlig information om såväl ändamålet och syftet med att uppgifterna behandlas som att säkerheten i behandlingen är rigorös, tillgången kontrollerad och sekretessen mycket stark. Registermyndigheten bör även informera om registren genom att hålla allmän information om registren tillgänglig på myndighetens webbplats. Ett tillhandahållande av information säkerställer transparens och öppenhet och bör bidra till att trygga skyddet för den enskilde och säkerställa dennes rättigheter och intressen.

Vissa personuppgifter omfattas av sekretess

E-hälsomyndigheten föreslås i promemorian vara ansvarig myndighet för de föreslagna register och vårdsökstjänsten (se avsnitt 3.1, 4.1 och 5.1). Av 25 kap. 17 a § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL, framgår att sekretess gäller hos E-hälsomyndigheten för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men.

Uppgifterna hos E-hälsomyndigheten om vilken patient som vårdas eller har vårdats hos en vårdgivare bedöms omfattas av sekretess enligt bestämmelserna i 25 kap. 17 a § OSL för enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden om förutsättningarna i den bestämmelsen är uppfyllda.

Sekretess gäller också vårdgivare som mottar uppgifter från E-hälsomyndigheten med anledning av den skyldighet som myndigheten har att lämna ut uppgifter (se avsnitt 4.3). Det framgår av 25 kap. 1 § OSL att sekretess gäller inom hälso- och sjukvården för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående lider men. Det framgår även att detsamma gäller i annan medicinsk verksamhet, exempelvis rättsmedicinsk och rättspsykiatrisk undersökning, insemination, befruktning utanför kroppen, abort, steriliserings, omskärelse och åtgärder mot smittsamma sjukdomar.

Behovet av personuppgiftsbehandlingen

Intrånget i den personliga integriteten måste vägas mot behovet av att behandla uppgifterna i det avsedda syftet. Som framgår av avsnitt 8.2 och 8.3 syftar registermyndighetens och den ansvariga myndighetens personuppgiftsbehandling till att tillgodose ett allmänt intresse som kan rättfärdiga en inskränkning av den personliga integriteten. I avsnitt 8.3 framgår också att det är nödvändigt för myndigheten att i vissa fall kunna behandla en stor mängd personuppgifter, inklusive känsliga personuppgifter.

Syftet med det föreslagna grundregistret över vårdgivare är att tillhandahålla en samlad, kvalitetssäkrad och enhetligt strukturerad informationsmängd över vårdgivare för att ge information om vårdgivare, att möjliggöra utbyte av information mellan vårdgivare och för nationella digitala tjänster på hälso- och sjukvårdsområdet (se avsnitt 3.1). Det kan t.ex. handla om myndigheters behov av uppgifter om vårdgivare för tillsyn eller för brottsförebyggande åtgärder. Det kan även handla om uppgifter för den nationella digitala infrastrukturen som ska möjliggöra ett enklare flöde av hälsodata mellan vårdgivare.

Registret över patienters vårdgivare ska föras för att ge information om sådana uppgifter som behövs för att lokalisera patientens vårdgivare (se avsnitt 4.1). Registret möjliggör att all relevant information om patienter finns för vårdgivare i hela vårdkedjan. Registret ska alltså visa var relevant information om patienten finns och hos vilken vårdgivare. Detta innebär att den sökning vårdgivare behöver göra för att hitta en patients andra vårdgivare begränsas till de vårdgivare och vårdinformationssystemen som innehåller relevant hälsodata om patienten. Det innebär att nödvändiga uppgifter följer med patienten i olika kontakter med vården. Patienten ska alltså inte behöva upprepa sin sjukdomshistoria för flera vårdgivare eller genomgå samma undersökningar flera gånger. Hälso- och sjukvårdspersonal behöver inte lägga onödig tid på att samla in uppgifter från flera källor, dubbeldokumentera och ta om samma prover.

Syfte med vårdsöksregistret i lagen om en nationell vårdsökstjänst är att ge information om sådana uppgifter som behövs för ett nationellt vårdförmedlingssystem som möjliggör för vårdgivare att identifiera en regions samlade utbud av hälso- och sjukvård och erbjuda hälso- och sjukvård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård (se avsnitt 5.1).

Behandlingen av personuppgifter bedöms vara proportionerlig

Lagen om ett nationellt register över patienters vårdgivare möjliggör för registermyndigheten att utan samtycke, och möjlighet att motsätta sig, från den registrerade samla in, behandla och även lämna ut uppgifter om enskildas personliga förhållanden. Särskilt mot bakgrund av den stora omfattningen av personuppgifter som får behandlas i registret över patienters vårdgivare innebär förslagen ett intrång i den personliga integriteten, ett intrång som måste vägas mot behovet av att behandla uppgifterna i det avsedda syftet.

Den föreslagna regleringen av registermyndighetens personuppgiftsbehandling i registret över patienters vårdgivare syftar till att balansera myndighetens behov av att utföra sitt samhällsviktiga uppdrag på ett

ändamålsenligt sätt och samtidigt säkerställa ett starkt skydd för enskildas personliga integritet. Det bedöms att detta skydd är tillräckligt starkt med hänsyn till de begränsningar och skyddsåtgärder som föreslås. Den omständighet att lagförslaget förutsätter kompletterande föreskrifter har vägts in i bedömningen. Även om den föreslagna regleringen syftar till att uppnå en rimlig balans mellan behov av ett register över patienters vårdgivare och de effekter på den personliga integriteten som förslagen kan komma att få, kommer vissa risker för integritetsintrång att kvarstå.

Förslagen om uppgiftsskyldighet och de sekretessbrytande bestämmelserna bedöms också uppnå en rimlig balans mellan behovet av ett nationellt register över patienters vårdgivare och det intrång i den personliga integriteten som detta kan medföra. Överföringen av personuppgifter ska ske på ett säkert sätt. Den personuppgiftsansvariga myndigheten eller vårdgivaren ansvarar för att genomföra lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder för att säkerställa en säkerhetsnivå som är lämplig i förhållande till risken samt för att säkerställa och kunna visa att behandlingen utförs i enlighet med EU:s dataskyddsförordning (artiklarna 24, 25 och 32 i EU:s dataskyddsförordning).

Personuppgiftsbehandlingen syftar alltså till att tillgodose ändamål som anses godtagbara i ett demokratiskt samhälle, och därför kan rättfärdiga en inskränkning av skyddet för den personliga integriteten i bl.a. regeringsformen. Det anses att det inte är möjligt att uppnå förslagens syfte med mindre integritetskänsliga alternativ. Därför bedöms det att det är nödvändigt att ge registermyndigheten en möjlighet att samla in och behandla personuppgifter för att ge information om sådana uppgifter som behövs för att lokalisera patientens vårdgivare och möjliggöra att all relevant information om patienter finns för vårdgivare i hela vårdkedjan. Nyttan med detta bedöms stå i rimlig proportion till det intrång som uppstår i de enskildas integritet. Den planerade behandlingen av personuppgifter bedöms därför inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de syften som ligger till grund för förslagen.

Behandlingen av uppgifterna hos registermyndigheten kommer även att omfattas av såväl generella bestämmelser i integritetshöjande syfte som bestämmelser om särskilda skydds- och säkerhetsåtgärder. Sekretesskyddet för uppgifterna hos myndigheten är mycket starkt. Genom de föreslagna skyddsbestämmelserna, det dataskyddsrättsliga regelverket i övrigt samt befintlig sekretesslagstiftning säkerställs ett hållbart och tillfredsställande integritetsskydd.

Den sammantagna bedömningen är att det föreslagna regelverket innebär en godtagbar avvägning mellan intresset av att uppgifterna samlas in och behandlas av registermyndigheten och den ansvariga myndigheten och intresset av att skydda den enskildes personliga integritet. Det starka allmänintresset av att ge information om sådana uppgifter som behövs för att lokalisera patientens vårdgivare och möjliggöra att all relevant information om patienter finns för vårdgivare i hela vårdkedja står i rimlig proportion till det intrång i den personliga integriteten som en utökad obligatorisk insamling av uppgifter i registret innebär. Intrånget bedöms följaktligen vara motiverat och proportionerligt i förhållande till registermyndighetens behov att behandla personuppgifter för de föreslagna ändamålen och inom de övriga ramar som anges i den föreslagna lagen.

Den personuppgiftsbehandling som möjliggörs av förslagen utgör en proportionerlig inskränkning av det skydd för den personliga integriteten som finns i regeringsformen, Europakonventionen samt EU:s rättighetsstadga. Förslagen bedöms även vara förenliga med kraven på proportionalitet enligt EU:s dataskyddsförordning. Det krävs därmed inte någon ytterligare reglering i dataskyddsrättsligt hänseende.

10 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Förslag

De nya lagarna och övriga lagändringar ska träda i kraft den 1 juli 2027.

Bedömning

Det finns inget behov av övergångsbestämmelser.

Skälen för förslaget och bedömningen

I promemorian föreslås två nya lagar med anslutande förordningar som ska reglera ett statligt ansvar för ett grundregister över vårdgivare och registret över patienters vårdgivare för att möjliggöra ett elektroniskt informationsutbyte på hälso- och sjukvårdsområdet. Det föreslås även en ny lag med anslutande förordning om statligt ansvar för en nationell vårdsökstjänst och ett vårdsöksregister som ska förbättra förutsättningarna för nationell vårdförmedling. Det föreslås även ändringar i lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). De nya lagarna och lagändringarna som föreslås behöver kunna fungera tillsammans. Det är därför ändamålsenligt att bestämmelserna som föreslås ska träda i kraft samtidigt.

Förslagen bör ses som ett första steg i ett bredare arbete med att förbättra förutsättningarna för ett säkert, enhetligt och ändamålsenligt elektroniskt informationsutbyte mellan vårdgivare. Tidpunkten för ikraftträdande behöver också ses mot bakgrund av angelägenheten om att korta landets vårdköer. En fungerande vårdsökstjänst förutsätter tillgång till aktuella och kvalitetssäkrade uppgifter om vårdgivare, vårdutbud och andra uppgifter som behövs för att regioner och andra berörda aktörer ska kunna söka efter och erbjuda vård hos en annan vårdgivare med kortare väntetider eller ledig kapacitet.

För att tillgodose behovet av att förbättra förutsättningarna för informationsutbyte på hälso- och sjukvårdsområdet och en nationell vårdförmedling i statlig regi är det angeläget att författningsförslagen träder i kraft så snart som möjligt. Ett snart ikraftträdande bedöms även vara motiverad mot bakgrund av behovet av att i god tid skapa inledande nationella rättsliga och organisatoriska förutsättningar inför de krav som följer av EU:s hälsodataförordning. Samtidigt måste det beaktas att

förslagen medför behov av omställningsarbete för berörda aktörer och visst fortsatt utvecklingsarbete för E-hälsomyndigheten. Myndigheten behöver viss tid för att kunna driftsätta en nationell digital infrastruktur för det elektroniska informationsutbytet och den nationella vårdsökstjänsten.

Uppgiftsskyldigheten för regioner och vissa vårdgivare innebär inledningsvis att en stor mängd uppgifter ska lämnas till registermyndigheten och den ansvariga myndigheten. Enligt förslagen ska uppgifterna lämnas skyndsamt. Den myndighet som ska ansvara för de register som föreslås (se avsnitt 3.1 och 4.1) och den myndighet som ska ansvara för vårdsökstjänsten och vårdsöksregistret (se avsnitt 5.1) bör därför redan innan lagen träder i kraft vidta förberedande åtgärder för att underlätta för regioner och vårdgivare. När väl lagen träder i kraft bör kravet på skyndsamhet bedömas från fall till fall och i förhållande till hur stor mängd uppgifter som ska lämnas ut. Det bedöms därför inte finnas behov av ett senare ikraftträdande när det gäller uppgiftsskyldigheten.

Eftersom förslagen bör träda i kraft så snart som möjligt bedöms det finnas behov av särskilda informationsinsatser inför ikraftträdandet. Informationsinsatserna bör riktas till de aktörer som berörs av de nya uppgiftsskyldigheterna och av den fortsatta anslutningen till de nationella digitala tjänsterna. Informationen bör avse bl.a. vilka uppgifter som ska lämnas, hur uppgiftsskyldigheterna ska fullgöras, hur uppgifterna ska användas och hur regleringen förhåller sig till arbetet med nationell digital infrastruktur, nationell vårdförmedling och EU:s hälsodataförordning.

Promemorians förslag om att ta bort samtycket i lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation medför behov av informationsinsatser både till vårdgivare och patienter. Det bör övervägas att ge en eller flera myndigheter i uppdrag att ta fram underlag för en informationsinsats i god tid innan ikraftträdandet. Vidare finns behov av att uppdatera stödmaterial till vårdgivare.

Mot den bakgrunden anses det att lagförslagen bör träda i kraft den 1 juli 2027. Det bedöms inte finnas behov av några övergångsbestämmelser.

11 Konsekvenser av förslagen

11.1 Inledning

I avsnittet redovisas en sammantagen analys av konsekvenserna av förslaget om ett grundregister över vårdgivare (avsnitt 3), förslaget om ett register över patienters vårdgivare (avsnitt 4), förslaget om ett vårdsöksregister och en nationell vårdsökstjänst (avsnitt 5) och förslaget om att det ska inte längre krävas samtycke för vårdgivares tillgång till och behandling av personuppgifter enligt lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation (avsnitt 6). Kostnader och intäkter har kvantifierats i den mån det varit möjligt och relevant och bedömning har gjorts av om regleringens utformning står i proportion till det eftersträvade syftet.

Av analysen nedan framgår bl.a. att uppskattningar av kostnader, besparingar och nyttor är behäftade med stor osäkerhet, eftersom huvud-

män och vårdgivare ännu inte har full kännedom om de slutliga förutsättningarna för tillgängliggörandet av hälsodata. Det finns en risk för betydande och ojämnt fördelade kostnader mellan aktörer, men också en avsevärd besparings- och nyttopotential på längre sikt. När förutsättningarna har klargjorts kan mer precisa bedömningar göras och en ändamålsenlig modell för finansiering utformas. Inom ramen för det fortsatta uppdraget att möjliggöra en nationell digital infrastruktur för hälsodata (S 2024:A) har utredningen att redovisa en förnyad och fördjupad konsekvensanalys som även har bäring på delar av de förslag som lämnas i denna promemoria.

11.2 Alternativa lösningar

En nationell digital infrastruktur kan utformas och regleras på flera olika sätt. Vilken lösning som bör väljas måste bedömas utifrån en samlad avvägning av bl.a. behovet av nationell styrning, ansvarsfördelningen mellan berörda aktörer, skyddet för personuppgifter och intresset av en ändamålsenlig och långsiktigt hållbar och skalbar reglering. I det följande presenteras nollalternativet, de förslag som lämnats av utredningen med uppdraget att möjliggöra en nationell infrastruktur för hälsodata (S 2024:A) i promemoriorna Rättsliga förutsättningar för en nationell vårdförmedling och Hälsodata ska vara tillgänglig i hela vårdkedjan. Mot bakgrund av att förslagen bygger vidare på den färdplan som E-hälsomyndigheten har föreslagit och som regeringen har för avsikt att följa har några andra huvudsakliga regleringsalternativ inte bedömts vara aktuella (E-hälsomyndigheten, Förslag till färdplan för genomförandet av en nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården, dnr 2023/02689).

11.2.1 Nollalternativet

Om förslaget om ett grundregister över vårdgivare inte införs skulle det fortsatt finnas en avsaknad av samlade, kvalitetssäkrade och kompletta informationsmängder om svenska vårdgivare. Uppgifter om vårdgivare skulle därmed även fortsättningsvis riskera att vara fragmenterade eller ofullständiga, eller i övrigt ha en sådan kvalitet att de inte kan tillgodose de informationsbehov som krävs för både den nationella digitala infrastrukturen och för Sveriges anpassningarna till EU:s hälsodata-förordning.

Om förslaget om ett nationellt register över patienters vårdgivare inte införs skulle det saknas lagstöd för de centrala komponenter som utpekad registermyndighet efterfrågat för den nationella infrastrukturens funktion. Det skulle bl.a. inte finnas stöd för den behandling av personuppgifter som krävs för informationsutbytets i den nationella digitala infrastrukturen. Utan den uppgiftsskyldighet som följer av förslaget undergrävs även infrastrukturens syfte om att skapa förutsättningar för olika system och aktörer att dela information med varandra. Därmed riskerar även syftet med den nationella digitala infrastrukturen att undergrävas. Sveriges möjligheter att inom givna tidsramar leva upp till de krav på delning av

hälsodata som följer av EU:s hälsodataförordning kommer också begränsas eller försenas.

Utan en nationell vårdsökstjänst har vårdgivare inte samma möjlighet att enklare och snabbare hitta andra vårdgivare som kan erbjuda vård åt patienter i behov inom vårdgarantins gränser. Utan korrekta och heltäckande uppgifter från både grundregister över vårdgivare och vårdsökregister så finns inte de nödvändiga uppgifter om vårdgivare, deras verksamhet och vårdutbud som behövs för att dessa ska tillgängliggöras på det sätt som en välfungerande nationell vårdsöktjänst är i behov av. Otillräckliga data i vårdsökstjänsten hade undergrävt dess syfte om att tillgängliggöra hela landets offentligt finansierade vårdkapacitet för patienter i behov av vård och att förkorta väntetiderna inom hälso- och sjukvården.

Nollalternativet till förslaget om att ta bort kravet på samtycke i lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation vore att informationsdelningen inom ramen för den lagen kvarstår oförändrad med de risker för patientsäkerheten som framgår av avsnitt 6.

11.2.2 Uppdraget att möjliggöra en nationell digital infrastruktur för hälsodata

I promemorian Rättsliga förutsättningar för en nationell vårdförmedling föreslog utredningen med uppdraget att möjliggöra en nationell digital infrastruktur för hälsodata (S 2024:A) en reglering av ett register som till stor del motsvarar de uppgifter som föreslås ingå i dels grundregistret över vårdgivare, dels i vårdsöksregistret. Utredningens alternativ innebär att uppgifter som behövs för den nationella digitala infrastrukturen och uppgifter som särskilt behövs för en nationell vårdsökstjänst samlas i ett och samma register. Förslaget togs fram med utgångspunkt i de behov som då identifierades för nationell vårdförmedling och har utgjort ett värdefullt underlag i det fortsatta arbetet med denna promemoria. I takt med att den nationella digitala infrastrukturen har utvecklats har det dock blivit tydligt att regleringen behöver utformas så att den kan utgöra en grund för fler nyttoområden än nationell vårdförmedling.

Det finns därför skäl att skilja mellan ett grundregister över vårdgivare, som bör kunna användas för flera samhällsnyttiga ändamål, inom den nationella digitala infrastrukturen och ett vårdsöksregister som bör avse de ytterligare uppgifter som särskilt behövs för nationell vårdförmedling. En sådan uppdelning ger bättre förutsättningar för en mer långsiktigt hållbar och skalbar reglering. Den innebär också att regleringen bättre tar höjd för att den krets av vårdgivare som behöver omfattas av den nationella digitala infrastrukturen är bredare än den krets som behöver omfattas av en vårdsökstjänst för nationell vårdförmedling.

I de delar av utredningens (S 2024:A) promemoria Hälsodata ska vara tillgänglig i hela vårdkedjan som avser en nationell digital infrastruktur föreslås en ny lag om nationell infrastruktur och tjänster för elektroniskt informationsutbyte på hälso- och sjukvårdsområdet. Den av utredningen föreslagna regleringen omfattar flera olika komponenter i infrastrukturen.

Dessa komponenter har olika funktioner, är fler till antalet än de som omhändertagits i denna promemoria och avser uppgifter av delvis olika

karaktär. Eftersom olika delar av infrastrukturen behöver innehålla olika typer av information och i delar behöver behandlas på olika sätt så blir det mer ändamålsenligt att separera infrastrukturens komponenter. En sådan ordning ger även bättre förutsättningar för en proportionerlig reglering. Den kan också möjliggöra ett mer ändamålsenligt tillhandahållande av sådana uppgifter som inte är integritetskänsliga eller som av andra skäl bör kunna delas mer öppet, samtidigt som uppgifter som kräver ett starkare skydd kan omfattas av särskilda begränsningar.

11.3 Samlad bedömning av nyttan av förslagen

Frågan om delade hälsodata mellan vårdgivare har utretts ett antal gånger. Redan i förarbeten till patientdatalagen uttalade regeringen att ett väl fungerande informationssystem där alla journalanteckningar om en patient samlas i strukturerad form skulle ha en stor nyttopotential (prop. 2007/08:126 s. 82–86). Tillgång till korrekta och lätt åtkomliga uppgifter skulle generellt sett öka patientsäkerheten vid alla kommande vårdtillfällen. Flera statliga utredningar i Sverige har beskrivit och i delar försökt beräkna nyttan med att dela hälsodata inom vården, som t.ex. Delbetänkande av Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (SOU 2021:4), Utredningen om e-recept och patientöversikter inom EES:s slutbetänkande Patientöversikter inom EES och Sverige (SOU 2023:13) och Utredningen om sekundäranvändning av hälsodatas betänkande Vidareanvändning av hälsodata för vård och klinisk forskning (SOU 2023:76).

I avsnitt 3.1 lämnas förslag om ett grundregister över vårdgivare som ska innehålla samlad, kvalitetssäkrad och enhetligt strukturerad information om vårdgivares organisation. I avsnitt 4.1 lämnas förslag om ett register över patienters vårdgivare som ska ge information om sådana uppgifter som behövs för att lokalisera en patients vårdgivare. Registren ska innehålla information som behövs för att lokalisera vilka vårdgivare som behandlar personuppgifter för vård av en viss patient. Förslagen syftar till att förenkla informationsutbytet av hälsodata mellan vårdgivare. Detta möjliggörs genom en samlad, kvalitetssäkrad och enhetligt strukturerad information om vårdgivares organisation och var patienters vårdgivare finns.

Ökad tillgänglighet till strukturerade och enhetliga hälsodata bedöms kunna ge direkta nyttor för hälso- och sjukvården. En fullt utbyggd och etablerad nationell digital infrastruktur kan minska dubbelarbete och dubbeldokumentation, vilket sparar tid och resurser i vårdmötet. En tydlig struktur bedöms även öka datakvaliteten, stärka patientsäkerheten och minska risken för felaktiga ordinationer eller upprepade undersökningar. En mer enhetlig informationshantering anses även förbättra sökbarhet, spårbarhet och jämförbarhet mellan vårdgivare, vilket kan bidra till effektivare informationsflöden.

Därutöver finns det indirekta nyttor med den nationella digitala infrastrukturen som kan förstärka vårdens utvecklingsförutsättningar på längre sikt. Strukturerade format av data bedöms underlätta verksamhetsstyrning och resursplanering, samt minska framtida kostnader

för systemutveckling och integration. De skapar även bättre förutsättningar för sekundäranvändning i forskning, kvalitetsuppföljning och statistik, samt för användning av nya tekniska verktyg såsom beslutsstöd och AI. Samtidigt förutsätter dessa vinster betydande insatser i implementeringen och nyttan realiseras endast om relevanta data faktiskt används i vårdens arbete.

Därutöver finns nyttor som inte enkelt kan översättas till ekonomiska termer, men som likväl bedöms vara värdeskapande. Det handlar framför allt om stärkt patientsäkerhet genom minskad risk för felaktiga ordinationer och informationsglapp, högre datakvalitet och spårbarhet som ger mer tillförlitliga underlag, samt ökat förtroende hos patienter. Men även att enhetliga format kan förbättra arbetsmiljön för vårdpersonal genom minskat dubbelarbete och tydligare rutiner. Detta framhålls som en central del av det mervärde som kan uppnås genom att strukturera och enhetliggöra hälsodata.

En återkommande synpunkt hos regionerna är att patientsäkerheten stärks när vårdpersonal får en mer heltäckande bild av patientens vårdhistorik. Det anses kunna minska risken för felaktiga ordinationer, dubbeldokumentation och upprepade undersökningar. En annan återkommande nyttokomponent är effektivitet: kortare ledtider, färre manuella kontroller och bättre resursutnyttjande. De ekonomiska vinsterna beskrivs främst i kvalitativa termer och kopplas till minskat dubbelarbete och tidsbesparingar.

Utöver att förbättra förutsättningarna för informationsdelning mellan vårdgivare består nyttan av förslagen i de stärkta möjligheterna för fler patienter att få vård inom vårdgarantins tidsgränser. Förslaget om en nationell vårdsökstjänst stärker regionernas förutsättningar att bedriva nationell vårdförmedling genom att göra det möjligt att samlat söka efter vårdgivare, vårdutbud och tillgänglig kapacitet. På så sätt kan väntande patienter lättare erbjudas vård hos en annan vårdgivare med kortare väntetider eller ledig kapacitet, oavsett var i landet vårdgivaren finns.

11.4 Konsekvenser för enskilda

11.4.1 Konsekvenser för patienter

Förslagen i avsnitt 3.1 om grundregister över vårdgivare och i avsnitt 4.1 om registret över patienters vårdgivare skapar som delar av den nationella digitala infrastrukturen bättre förutsättningar för ökad nationell datadelning, vilket exempelvis medför att patienten inte kommer behöva upprepa sin sjukdomshistoria och i vissa situationer själv behöver bära ansvaret för att vården har tillgång till den information som behövs för att ge en god vård. Registret över patienters vårdgivare föreslås innehålla information om sådana uppgifter som behövs för att lokalisera vilka andra vårdgivare som har tillgång till relevanta uppgifter om patienten för dess vård, se avsnitt 4.1. Genom förslagen ökar förutsättningarna för att det vid vårdtillfället finns tillgång till fullständig och aktuell patientinformation, vilket är centralt för säker diagnostik, behandling och uppföljning. Av betänkandet En nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården (SOU 2026:6) framgår bl.a. att patientföreningar anger att hälsodata ska

vara tillgänglig där den behövs för vård och behandling, bidra till forskning och nya behandlingsmetoder samt skyddas från obehöriga. Av betänkandet framgår även att huvudmän, vårdgivare och vårdproffessioner framfört att en nationell digital infrastruktur underlättar för vårdpersonalen att få den information som behövs inför ett vårdbesök. Det bidrar till ökad patientsäkerhet (s. 11 och 12).

Det tillkommer också mer indirekta nyttor av en nationell digital infrastruktur såsom att nya nationella tjänster kan utvecklas och tillhandahållas. Ett sådant exempel är den nationella vårdsökstjänsten som föreslås i avsnitt 5 och som underlättar för vårdgivare att ge sina patienter vård inom vårdgarantins gränser.

Förslaget i avsnitt 6 om att ta bort samtycket i lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation får även det konsekvenser för patienter. I stället för att samtycka vid varje tillfälle kan patienten fortsatt motsätta sig att en vårdgivare behandlar uppgifter som en annan vårdgivare har gjort tillgängliga. Att samtycket tas bort innebär därför inte att patientens inflytande försvinner. Genom att regleringen görs mer systematisk sammanhållen och ändamålsenlig förbättras förutsättningarna för en säker och effektiv informationshantering inom hälso- och sjukvården eftersom tillgång till fullständig och aktuell patientinformation är en förutsättning för säker diagnostik, behandling och uppföljning.

I avsnitt 8 finns överväganden om personuppgiftsbehandlingen och i avsnitt 9 finns en samlad integritets- och proportionalitetsanalys.

11.5 Konsekvenser för offentlig sektor

11.5.1 Konsekvenser för E-hälsomyndigheten

E-hälsomyndigheten kommer att bli registermyndighet och ansvarig myndighet för registren enligt förslagen i denna promemoria vilket kommer leda till ökade kostnader för myndigheten. Myndigheten har sedan tidigare ansvar för olika register såsom nationella läkemedelslistan, registren som föreslås innebär därmed ingen ny typ av verksamhet för myndigheten. Däremot utgör grundregistret över vårdgivare och registret över patienters vårdgivare två centrala komponenter i den nationella digitala infrastrukturen. Detta ställer höga krav på användbarhet och driftsäkerhet. Även om uppgiften inte är ny för myndigheten så är skalan och antalet aktörer som är beroende av myndighetens register långt mycket större än tidigare, vilket kommer innebära att myndigheten behöver samverka med fler aktörer än tidigare. För att möta dessa och andra krav ökades myndighetens anslag med 77 miljoner kronor under 2024, med 123 miljoner kronor för 2025 och med 403 miljoner kronor 2026. För 2027 har regeringen avsatt 369 miljoner kronor och 323 miljoner kronor för 2028.

Utöver dessa medel har myndigheten även fått medel för att arbeta med tjänster såsom nationell vårdförmedling vilket i delar också bekostat den del av den nationella infrastrukturen som behövts för att utveckla vårdsökstjänsten. De kostnader som uppkommer för E-hälsomyndigheten till följd av promemorians förslag bör därför hanteras inom myndighetens befintliga ekonomiska ramar.

Promemorians förslag om ett grundregister över vårdgivare

E-hälsomyndighetens kostnadsberäkningar utgår från en annan struktur än förslagen i denna promemoria. Det som i denna promemoria benämns grundregister över vårdgivare (avsnitt 3.1) benämns av E-hälsomyndigheten som grunddata organisation och vård- och omsorgsgivarkatalog. Förslagen i denna promemoria är mer lik den komponent som beskrivs som grunddata organisation. Flera av kostnadsberäkningar utgår dock från begreppet vård- och omsorgsgivarkatalog. Skillnaden mellan den komponenten och ett grundregister över vårdgivare är att grundregistret inte innehåller avtalsinformation, vårdutbud eller omsorgsgivare. Kostnaderna för grundregistret över vårdgivare utgör därmed en mindre del än de kostnader som framgår av E-hälsomyndighetens beräkningar. De fasta kostnaderna för registret gör dock att kostnadsminskningen inte står i proportion till den minskade omfattningen, framför allt avseende omsorgsgivare. Förslaget i denna promemoria är dock konstruerat på ett sådant sätt att omsorgsgivare senare kan läggas till grundregistret utan att det i stor utsträckning påverkar myndighetens fasta kostnader. Kostnaderna som redovisas i tabell 1 ska därmed tolkas med försiktighet eftersom de även innehåller kostnader för att inkludera omsorgsgivare, avtalsinformation samt vissa kostnader som är hänförliga till vårdsökregistret och vårdsöksystemet. Utöver att kostnaderna grupperats på olika sätt så innebär också den nya grupperingen av data i olika register i denna promemoria att vissa fasta och variabla kostnader förändras.

Exempelvis kommer det tillkomma ytterligare kostnader till följd av att avtalsinformation och vårdutbud nu separeras till ett nytt register. Kostnaderna för att hålla ytterligare ett register är beroende på typen av register. Vårdsöksregistret är ett litet register med förhållandevis enkla datamängder och innehåller dessutom inga känsliga personuppgifter. Därmed bedöms denna extra fasta kostnad vara marginell. Samtidigt hade samordningskostnaderna och den bristande skalbarheten som skulle följa av alternativet att ha dem i ett samlat register ökat allt eftersom den nationella digitala infrastrukturen byggs ut. De variabla kostnaderna för ett samlat register bedöms redan i detta skede överstiga de besparingar som skulle finnas i fasta kostnader med ett samlat register.

Kostnaderna relateras till utredning, investering och utveckling, drift och förvaltning, avskrivningar samt till samordning och informationsinsatser. Allt eftersom utvecklingskostnaderna går ner så ökar driftskostnaderna, men på totalen beräknas myndighetens kostnader för infrastrukturen att gå ner allt eftersom fler delar går in i löpande drift och behovet av utveckling minskar.

Tabell 1. E-hälsomyndighetens uppskattade kostnader för en nationell katalog över vårdgivare och utförare av socialtjänst

Aktiviteter och kostnadsberäkningar, per år, miljoner kronor	2027	2028	2029
Utredningskostnad	5	3	2
Investerings-/utvecklingskostnader	3	3	3
Drifts- och förvaltningskostnader	15	15	15

Avskrivningskostnader	3		
Övriga kostnader	2	2	2
Anslutningsstöd (inklusive juridiskt stöd)	13	10	10
Total	**41**	**33**	**32**

Källa: E-hälsomyndighetens redovisning av Uppdrag till E-hälsomyndigheten att tillhandahålla och vidareutveckla den nationella katalogen över vårdgivare och utförare av socialtjänst, Nationell katalog över vårdgivare och utförare av socialtjänst (S2025/00972) s. 28.

Promemorians förslag om ett nationellt register över patienters vårdgivare

E-hälsomyndighetens kostnadsberäkningar som är hänförliga till ett nationellt register över patienters vårdgivare utgörs av kostnaderna för patientdataindex (PDI) och en nationell tjänsteadresseringskatalog (NTK). Dessa komponenter innehåller i sin tur flera mindre delar och dessa utvecklas succesivt. Det innebär att driftkostnaderna ökar succesivt under perioden allt eftersom de utvecklas. Tabell 2 och 3 nedan beskriver E-hälsomyndighetens uppskattade kostnader för att införa PDI och NTK. Kostnaderna 2026 uppgår totalt till 57 miljoner kronor och sjunker sedan till 39 miljoner kronor årligen därefter.

Tabell 2. E-hälsomyndighetens uppskattade kostnader för att införa ett patientdataindex

Aktiviteter och kostnadsberäkningar, per år, miljoner kronor	2026	2027	2028	2029
Utredningskostnad	2			
Investerings-/utvecklingskostnader	18	5	5	5
Drifts- och förvaltningskostnader	11	18	18	18
Totalt	**31**	**23**	**23**	**23**

Källa: E-Hälsomyndighetens redovisning Etableringen av en nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården och för primäranvändningen enligt EHDS-förordningen, Slutredovisning av uppdrag i E-hälsomyndighetens regleringsbrev för 2025, s. 80.

Tabell 3. E-hälsomyndighetens uppskattade kostnader för att införa en nationell tjänsteadresseringskatalog

Aktiviteter och kostnadsberäkningar, per år, miljoner kronor	2026	2027	2028	2029
Utredning	4			
Utveckling	11	5	5	5
Förvaltning	11	11	11	11
Totalt	**26**	**16**	**16**	**16**

Källa: E-Hälsomyndighetens redovisning Etableringen av en nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården och för primäranvändningen enligt EHDS-förordningen, Slutredovisning av uppdrag i E-hälsomyndighetens regleringsbrev för 2025, s. 80.

Promemorians förslag om en nationell vårdsökstjänst

Vårdsöksregistret i avsnitt 5.1 är det register som utgör grunden för den nationella vårdsökstjänsten och utgör en del av det som tidigare kallades vård- och omsorgsgivarkatalogen. Eftersom E-hälsomyndighetens kostnadsberäkningarna i tabell 1 utgår från den bredare vård- och omsorgsgivarkatalogen så är det inte möjligt att med precision redogöra för kostnaderna hänförliga enbart till vårdsöksregistret. Det totala kostnaderna för E-hälsomyndigheten kommer dock vara relativt oförändrade, men det är i dagsläget inte möjligt att exakt precisera hur stora kostnaderna varit och kommer att vara för de enskilda register som föreslås i denna promemoria.

Kostnaden avser E-hälsomyndighetens egna kostnader för att utveckla, införa och förvalta de digitala stöd som behövs för digital nationell vårdförmedling. Kostnaderna omfattar bl.a. den nationella vårdsökstjänsten, digitalt ärendestöd och nödvändiga integrationer. Kostnaderna uppgår enligt myndighetens beräkningar till 54 miljoner kronor under 2026 för att senare öka till 67 miljoner kronor under 2029. Kostnadsberäkningarna ska dock som tidigare nämnts tolkas med försiktighet eftersom en stor del av kostnaderna är hänförliga till den nationella digital infrastrukturen och inte enbart till det nationella vårdsöksystemet.

Tabell 4: Kostnadsberäkningar för fortsatt arbete med digitala stöd för nationell vårdförmedling

Aktiviteter och kostnadsberäkningar, per år, miljoner kronor	2026	2027	2028	2029
Utredning	13	14	12	7
Utveckling	13	13	18	26
Drift och förvaltning	28	28	32	34
Totalt	54	55	62	67

Källa: Socialstyrelsens och E-hälsomyndighetens delredovisning Utveckla och etablera arbetet med nationell vårdförmedling, s. 31.

Promemorians förslag om att ta bort samtycket i lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation

Förslaget i avsnitt 6 om att ta bort samtycket i lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation kommer endast ha indirekta kostnader för E-hälsomyndigheten, exempelvis genom att vissa utredningar som gjorts behöver anpassas efter de nya förutsättningarna. Dessa kostnader bedöms dock vara marginella.

11.5.2 Konsekvenser för Inspektionen för vård och omsorg

Promemorians förslag i avsnitt 3.1 om ett grundregister över vårdgivare medför vissa kostnader för Inspektionen för vård och omsorg. Kostnaderna relateras till myndighetens skyldighet att till registermyndigheten lämna

uppgifter om vårdgivare i syfte att både initialt informationsförsörja grundregister över vårdgivare och för att hålla dessa uppgifter aktuella. Kostnader uppstår vidare vid samordningen med registermyndigheten kring inhämtning av uppgifter från vårdgivare. Kostnaderna omfattar bl.a. ombyggnad av kodverket för vårdgivarregistret, ombyggnad av e-tjänster för anmälan av verksamhet, uppdatering och migrering av information, utredningsarbete, informations- och utbildningsaktiviteter, informationssäkerhet, dataskydd, rättslig kvalitetsgranskning.

Inspektionen för vård och omsorg har uppskattat de initiala kostnaderna till 11–13 miljoner kronor för en sådan lösning. Den löpande förvaltningskostnaden uppskattas till en miljon kronor per år (Konsekvensutredning för nationell katalog över vårdgivare och utförare av socialtjänst, bilaga 2 till slutrapport, E-hälsomyndigheten, april 2025). Förslagen i övrigt bedöms inte medföra några kostnader för Inspektionen för vård och omsorg. De kostnader som uppkommer för Inspektionen för vård och omsorg till följd av förslagen bör hanteras inom myndighetens befintliga ekonomiska ramar.

11.5.3 Konsekvenser för Socialstyrelsen

Promemorians förslag i avsnitt 5.1 om införande av en nationell vårdsökstjänst medför även kostnader för Socialstyrelsen som behöver tillgängliggöra uppgifter från väntetidsdatabasen till E-hälsomyndigheten. Det är svårt att bedöma vilka kostnader för utvecklingen av väntetider hos Socialstyrelsen som är hänförliga till vårdsöksystemet. Väntetiderna behöver redan samlas in av myndigheten och tillgängliggöras till flera aktörer utöver registermyndigheten och väntetiderna kommer också användas i andra tjänster. Socialstyrelsen har redan tilldelats medel för sitt väntetidsarbete inom ramen för flera olika budgetposter och det är svårt att säga exakt vilka medel som använts för ändamålet att tillgängliggöra data för vårdsöksystemet. Kostnaderna för tillgängliggörandet för detta ändamål är dock små i förhållande till övriga kostnader som Socialstyrelsen haft och kommer att ha kopplat till väntetidsdata eftersom de stora kostnaderna kommer från att samla in och ansvara för relevanta data. Socialstyrelsens kostnader för tillgängliggörandet av väntetidsdatabasen enligt promemorians förslag bedöms därför kunna hanteras inom myndighetens befintliga ekonomiska ramar.

Socialstyrelsen kommer också ha vissa kostnader med anledning av förslaget i avsnitt 6 där det föreslås att kravet på patientens samtycke att behandla personuppgifter som andra vårdgivare har gjort tillgänglig tas bort. Socialstyrelsen ansvarar för kunskapsstöd till vårdgivare för deras användning av sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Detta stöd kommer behöva uppdateras och det kan också komma att tillkomma kostnader för att göra riktade informationsinsatser. Socialstyrelsens kostnader för detta bedöms vara marginell och därför kunna hanteras inom myndighetens befintliga ekonomiska ramar. Det är också rimligt att anta att informationen kommer nå ut till vårdgivarna eftersom systemleverantörerna av de stora vårdinformationssystemen, vilka är en handfull, kommer vara de aktörer som gör ändringen i vårdinformationssystemen. Behovet av informationsinsatser redovisas i avsnitt 11.7.4.

11.5.4 Konsekvenser för andra statliga myndigheter

Förslagen i avsnitt 3.1 och 4.1 kommer påverka statliga myndigheter i den uträckning de är vårdgivare. Även andra myndigheter som är i behov av information om vårdgivare kommer att påverkas av förslagen om grundregister i avsnitt 3.1. Eftersom syftet med den nationella digitala infrastrukturen är att aktörer ska kunna bygga tjänster med hjälp av den och möjliggöra datadelning så kommer samtliga statliga myndigheter som har behov av den nationella digitala infrastrukturen på något sätt kunna dra nytta av den. Det gäller framför allt myndigheter under Socialdepartementet eftersom de är stora konsumenter av hälsodata. Men även andra myndigheter, såsom de brottsförebyggande myndigheterna, kommer kunna dra nytta av infrastrukturen. Det är svårt att kvantifiera nyttan eftersom nyttan till stor del är beroende på vilka tjänster som utvecklas till följd av att det finns en nationell digital infrastruktur.

11.5.5 Konsekvenser för kommuner och regioner

Promemorians förslag om ett grundregister över vårdgivare

Kommuner och regioner är vårdgivare i den uträckning de bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet och påverkas därför av förslagen i avsnitt 3. Främst bedöms kommuner och regioner påverkas av förslagen genom dess skyldighet att lämna uppgifter till E-hälsomyndigheten om sin organisation.

Det finns i dag ingen tillförlitlig uppskattning på vad insamlingen av uppgifter kan komma att kosta kommuner och regioner. De uppgifter som ska lämnas in är dock uppgifter som redan idag samlas in i stor utsträckning av andra aktörer. Kommuner och regioner kommer också kunna dra nytta av infrastrukturen och kommer, beroende på vilka tjänster som utvecklas, även ha nytta av de insamlade uppgifterna. En av de stora nyttorna på kort sikt för kommuner och regioner ligger i förebyggande insatser på det brottsförebyggande området som infrastrukturen kommer möjliggöra. Skyldigheten att lämna uppgifter är också en följd av krav enligt EU:s hälsodataförordning.

I delredovisningen Hälsodata ska vara tillgänglig i hela vårdkedjan av utredningen med uppdraget att möjliggöra en nationell infrastruktur för hälsodata (S 2024:A) påpekas hur kommuner har betonat att kostnaderna i hög grad beror på systemleverantörernas lösningar. Vid återanvändning av befintliga nationella komponenter förväntas anpassningarna bli begränsade, medan ett scenario utan återanvändning kan medföra betydande kostnader för nyutveckling, integrationer och utbildning. Flera kommuner framhåller också att den relativa belastningen kan bli större för mindre kommuner med begränsade resurser.

Det är framför allt de krav som registermyndigheten kan ställa på hur uppgifterna ska struktureras och hur de ska skickas in som kommer medföra större delen av arbetet och kostnaden för kommuner och regioner. På sikt förväntas en stor del av uppgiftsinsamlingen ske automatiserat med utgångspunkt i principen om en uppgift en gång.

Förslagen i denna promemoria möjliggör även att uppgifter kan lämnas via ombud, t.ex. genom Inera AB. Därmed bör aktörers befintliga

integrationer kunna användas, vilket också indikerar att kostnaderna av förslagen kommer vara begränsade.

Promemorians förslag om ett nationellt register över patienters vårdgivare

Kommuner och regioner är vårdgivare i den uträckning de bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet och omfattas därför av förslagen i avsnitt 4. I avsnitt 4.4 lämnas förslag om en skyldighet för vårdgivare att lämna uppgifter om sina patienter till E-hälsomyndigheten. I likhet med den bedömning som görs av kostnader för grundregistret över vårdgivare ovan, så är det svårt att på förhand bedöma de övergripande kostnaderna för samtliga kommuner och regioner med anledning av förslagen om ett register över patienters vårdgivare. För detta register saknas i dag en motsvarande inrapportering vilket innebär att kostnaderna sannolikt kommer vara större. Uppgifter om patienters vårdgivare kommer även behöva uppdateras i nära anslutning till varje vårdtillfälle för att möjliggöra datadelning av för patientens vårds relevanta uppgifter inom ramen för den nationella digitala infrastrukturen vilket innebär att flera miljoner uppgifter om patienter ska antingen uppdateras eller registreras årligen. Dessa uppgifter kan dock uppdateras automatiskt efter att integrationen till infrastrukturen är upprättad och infrastrukturen är fullt utvecklad. Samtidigt så kommer också nyttorna av registret över patienters vårdgivare att vara större än nyttorna av grundregistret för vårdgivare för kommuner och regioner Register över patienters vårdgivare kommer tillsammans med andra nödvändiga komponenter av en fullt utvecklad och driftsatt nationell digital infrastruktur möjliggöra att kommuner och regioner både får tillgång till och kan dela samtliga uppgifter om sina patienter.

Promemorians förslag om en nationell vårdsökstjänst

Uppgiftsskyldigheten i avsnitt 5 träffar endast den regionala hälso- och sjukvårdens vårdgivare genom bl.a. en skyldighet för regionen att dels lämna uppgifter om sitt eget utbud av hälso- och sjukvård, dels sin upphandlade hälso- och sjukvård enligt 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

De direkta ekonomiska konsekvenserna av förslagen kommer framför allt ifrån den föreslagna lagens uppgiftsskyldighet. Regionen kan också få indirekta kostnader men även intäkter av förslagen eftersom själva syftet med vårdsökstjänsten är att underlätta nationell vårdförmedling.

Att vård blir enklare att förmedla bör också leda till minskade administrativa kostnader kopplat till den vårdförmedling som sker idag.

Vårdsöktjänsten skapar också möjligheter för regionerna att potentiellt korta sina vårdköer genom att fler av regionens patienter får vård inom vårdgarantins gränser.

Promemorians förslag om att ta bort samtycket i lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation

Förslaget i avsnitt 6 om att ta bort samtycket i lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation får konsekvenser för kommuner och

regioner. Hantering av samtycke medför att tid och resurser måste avsättas för administration vilket kan påverka verksamhetens effektivitet. Förslaget kommer innebära minskad administration även om hantering av att patienter motsätter sig att dela information nu måste administreras. Det är också viktigt att patienten förstår möjligheten och rättigheten att spärra åtkomst till vissa uppgifter. Det finns därför behov av information både till patienter och vårdgivare i tid innan lagändringen träder i kraft, se avsnitt 10. Det finns också konsekvenser som inte enkelt kan översättas till ekonomiska termer, men som likväl bedöms vara värdeskapande. Det handlar framför allt om stärkt patientsäkerhet genom minskad risk för felaktiga ordinationer och informationsglapp, samt ökat förtroende hos patienter.

11.5.6 Kommunala självstyrelsen

Enligt 14 kap. 3 § regeringsformen bör en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som föranlett den. Denna proportionalitetsprincip innebär att förslaget inte får vara onödigt långtgående och om syftet med det kan uppnås på ett mindre ingripande sätt så ska den väg väljas som lägger minst band på kommunernas självbestämmande. Vid proportionalitetsbedömningen ska det således göras dels en analys av de konsekvenser det tänkta förslaget får för den kommunala självstyrelsen, dels en avvägning mellan betydelsen av kommunal självstyrelse och de nationella intressen som den föreslagna lagstiftningen ska tillgodose.

I avsnitt 3–5 föreslås att det ska införas en skyldighet för kommuner och regioner i egenskap av vårdgivare att lämna uppgifter om bl.a. sin organisation, patienter och utbud av hälso- och sjukvård. Förslagen innebär att nya åligganden för kommuner och regioner införs i lag och därmed en inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Kommuner och regioner rapporterar visserligen redan i dag in uppgifter om sin organisation till Inspektionen för vård och omsorgs vårdgivarregister och uppgifter om patienter till Socialstyrelsens patientregister. Det bedöms därför att de föreslagna uppgiftsskyldigheterna inte innebär ett väsentligt avsteg från nuvarande åligganden. Förslagen innebär snarare en ambitionshöjning av kraven på att lämna uppgifter. Det anses därför att inskränkningen i den kommunala självstyrelsen är förhållandevis liten.

Inskränkningen i den kommunala självstyrelsen ska även vägas mot ändamålet med förslaget. Uppgiftsskyldigheten syftar till att informationsförsörja förslagen om ett grundregister över vårdgivare, registret över patienters vårdgivare och vårdsöksregistret. Skyldigheten syftar även till att grundregistret över vårdgivare ska ge samlad och tillförlitlig information om vårdgivare så att exempelvis andra vårdgivare och myndigheter, kan använda de registrerade uppgifterna i sin verksamhet. Grundregistret ska även tillgodose samhällets behov av strukturerade och standardiserade uppgifter om vårdgivare, exempelvis för att stärka tillsyn, samhällets beredskaps- och brottsförebyggande och nya digitala tjänster på hälso- och sjukvårdsområdet (se avsnitt 3). Uppgiftsskyldigheten i förslagen kopplade till registret över patienters vårdgivare syftar även till att ge information om sådana uppgifter som behövs för att lokalisera vilka

vårdgivare som har uppgifter för vård av en viss patient (se avsnitt 4). Därtill syftar skyldigheten till att vårdsöksregistret ska förse den nationella vårdsökstjänsten med uppgifter som ska förenkla för vårdgivare att hitta tillgänglig hälso- och sjukvård hos andra vårdgivare i en annan region (se avsnitt 5).

Det har övervägts om det finns mindre ingripande alternativ till förslagen. Bland annat har det prövats om det skulle var tillräckligt att inte ställa några krav på inrapportering av uppgifter till registren. Det bedöms dock att det är nödvändigt att det ställs krav på kommuner och regioner att rapportera in uppgifter så att informationsförsörjningen av registerna säkerhetsställs. Dessutom kommer det ställas krav på vårdgivare att utbyta hälsodata sinsemellan enligt EU:s hälsodataförordning. Det bedöms därför att en frivillig inrapportering av uppgifter till de föreslagna registren inte är tillräcklig och det behövs införas en uppgiftsskyldighet i lag.

Mot ovan bakgrund anses den föreslagna uppgiftsskyldighetens påverkan på den kommunala självstyrelsen vara proportionerlig i förhållande till sitt syfte.

11.5.7 Finansieringsprincipen

Promemorians förslag aktualiserar finansieringsprincipen genom att regioner och kommuner i lag i egenskap av vårdgivare åläggs nya uppgiftsskyldigheter i syfte att informationsförsörja centrala register för både vårdsökssystemet och den nationella digitala infrastrukturens funktion. Som framgår av avsnitt 11.5.6 så bedöms förslagens inskränkning av den kommunala självstyrelsen vara förhållandevis liten, men uppgiftsskyldigheten förväntas ändå medföra vissa kostnader. Insamlingen av relevanta uppgifter är dock något som redan görs i dag. En betydande del av de uppgifter som omfattas av förslagens uppgiftsskyldighet är uppgifter som i stor utsträckning redan lämnas av en majoritet av berörda vårdgivare.

Det är framför allt de krav som registermyndigheten kommer att ställa på hur uppgifterna ska struktureras och till vem samt hur de ska skickas in som kommer stå för den större delen av arbetet och kostnaden enligt förslagen. Kostnader kommer bl.a. uppstå till följd av att huvudmän och vårdgivare valt olika tekniska lösningar och format. Att skapa en harmonisering mellan dessa kommer påverka aktörerna olika eftersom väldigt få vårdgivare har exakt samma system och rutiner. Vårdgivare som inte arbetat med att strukturera sina data kommer sannolikt få högre kostnader än de som redan gjort den investeringen i den egna verksamheten. En sådan utveckling får ses som en naturlig del av den tekniska utvecklingen.

Samtidigt innebär statens utökade ansvar för den nationella digitala infrastrukturen att vissa betydande kostnader som annars hade belastat kommunsektorn i stället kommer att bäras av staten. Staten bekostar redan betydande investeringar genom framtagandet, utvecklingen, driften och förvaltningen av den nationella digitala infrastrukturen, vilket avlastar framför allt kommuner och regioner.

Promemorians föreslag innebär att uppgiftsskyldigheterna ska preciseras genom föreskrifter. Innan föreskrifternas närmare innehåll och

utformning är etablerad är det inte möjligt att med säkerhet bedöma vilka anpassningar som kommer att krävas varje vårdgivare. Därför är både initiala kostnader för anslutning, anpassning av befintliga system och löpande kostnader för uppgiftslämnandet behäftat med betydande osäkerhet. Kostnadsbedömningen försvåras ytterligare av att de genomförandeakter som precisera kraven enligt EU:s hälsodataförordning väntas antas först i mars 2027. Mot denna bakgrund avser regeringen att återkomma till frågan om finansieringsprincipens tillämpning i samband med beslut om myndighetsföreskrifter.

11.6 Konsekvenser för företag

Konsekvenserna som beskrivs för kommuner och regioner i egenskap av vårdgivare i avsnitt 11.5.5 gäller även de företag som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet och faller under förslagens definition av vårdgivare.

Marknaden för privata vårdgivare i Sverige kännetecknas av ett stort antal små aktörer. Enligt utredningen om hälsodataregister betänkande Ett nytt regelverk för hälsodataregister (SOU 2024:57) finns det totalt omkring 13 500 privata företag med en årsomsättning över 100 000 kronor. Av dessa är cirka 12 900 mikroföretag med färre än tio anställda, varav mer än hälften utgörs av enmansföretag. Endast drygt 550 företag har fler än nio anställda. Denna struktur innebär att marknaden är fragmenterad och dominerad av lokalt verksamma småföretag. Av det totala antalet företag bedöms minst 2 847 privata vårdgivare vara direkt berörda, eftersom de levererar primärvård eller specialiserad öppenvård till regionerna för mer än 250 000 kronor per år. Därutöver uppskattas att mellan 12 000 och 16 000 företag kan komma att omfattas av en utökad uppgiftsinsamling, även om det faktiska antalet sannolikt är lägre. Detta beror på att många av mikroföretagen hyr ut sin arbetskraft till andra vårdgivare eller bedriver verksamhet som inte omfattas av journalföringsplikt.

Det är framför allt mikroföretagen som kan komma att få en kostnad som är stor i förhållande till deras omsättning, främst med anledning av förslaget om register över patienters vårdgivare. Flera små företag använder dock etablerade vårdinformationssystem som kommer behöva erbjuda nödvändig funktionalitet för att kunna leva upp till kraven i EU:s hälsodataförordning. Därmed är det svårt att i nuläget bedöma exakt hur kostnaderna kommer fördela sig mellan aktörerna.

De privata vårdgivarna kommer inte påverkas av kostnaderna för insamling av avtal eftersom det enbart är regioner som åläggs en uppgiftsskyldighet att rapportera in uppgifter om avtal till registermyndigheten. Däremot kommer privata vårdgivare påverkas av att avtalat vårdutbud görs tillgängligt nationellt. En positiv effekt av vårdsöksystemet är att fler vårdgivare ges möjlighet att förmedla vård och därmed nyttja avtalat vårdutbud i högre utsträckning. Ökat synliggörande av regionalt avtalat vårdutbud innebär samtidigt att konkurrensen mellan privata vårdgivare förväntas öka.

Övriga bolag kommer framför allt påverkas av en förändrad kravställning på tjänster och produkter som är beroende av infrastrukturen.

Infrastrukturen kommer också möjliggöra utvecklingen av nya tjänster vilket bör ha en positiv effekt på företagens möjligheter att leverera eller förbättra befintliga tjänster och produkter.

11.7 Övriga konsekvenser

11.7.1 Konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet

Promemorians förslag om ett grundregister över vårdgivare innebär att det finns en samlad, kvalitetssäkrad och enhetligt strukturerad informationsmängd över vårdgivares organisation. Registret ska ge tillförlitlig information om vårdgivare så att andra, såsom vårdgivare och myndigheter, ska kunna använda de registrerade uppgifterna i sin verksamhet. Grundregistret ska även tillgodose samhällets behov av strukturerade och standardiserade uppgifter om vårdgivare, t.ex. för tillsyn, samhällets beredskap, brottsförebyggande syften eller digitala tjänster på hälso- och sjukvårdsområdet. Förslagen bedöms därför ha en positiv effekt på det brottsförebyggande arbetet.

11.7.2 Konsekvenser för cybersäkerheten

Enligt promemorians förslag är E-hälsomyndigheten registermyndighet enligt lagen om grundregister för vårdgivare och lagen om ett nationellt register över patienters vårdgivare samt ansvarig myndighet enligt lagen om en nationell vårdsökstjänst. Myndighetens uppdrag är att ansvara för och tillhandahålla den nationella digitala infrastrukturen för hälsa, vård och omsorg samt vissa register och it-funktioner.

E-hälsomyndigheten ska enligt förordningen (2022:524) om statliga myndigheters beredskap se till att myndighetens informationshantering uppfyller kraven på säkerhet samt rapportera incidenter. Myndigheten är även en beredskapsmyndighet enligt bilaga 1 till förordningen om statliga myndigheters beredskap och omfattas därmed av cybersäkerhetslagen (2025:1506). Cybersäkerhetslagen innebär att E-hälsomyndigheten bl.a. ska vidta säkerhetsåtgärder för att skydda sina nätverks- och informationssystem samt rapportera betydande incidenter. Dessutom ska verksamhetens ledning ska genomgå utbildning om säkerhetsåtgärder.

E-hälsomyndigheten kommer att behandla personuppgifter och ska därför även beakta säkerhetskraven i Europaparlamentets och rådets förordning (EU) nr 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG, förkortad EU:s dataskyddsförordning, föreskrifter meddelade i anslutning till den förordningen.

EU:s hälsodataförordning som ska tillämpas från och med mars 2027 innebär bl.a. att registrering av hälsodata ska ske i ett EHR-system samt att produkter med digitala element som klassificeras som elektroniska hälsosdatasystem ska överensstämma med kraven i Europaparlamentets och rådets för ordning (EU) 2024/2847 av den 23 oktober 2024 om

övergripande cybersäkerhetskrav för produkter med digitala element och om ändring av förordningarna (EU) nr 168/2013 och (EU) 2019/1020 och direktiv (EU) 2020/1828 (cyberresiliensförordningen).

De informationssystem som kommer användas för de föreslagna registren bedöms vara samhällsviktiga men inte av betydelse för Sveriges säkerhet och omfattas därmed inte av säkerhetsskyddslagen.

11.7.3 Förslagens förenlighet med internationella åtaganden

Flera av promemorians förslag aktualiserar EU:s dataskyddsförordning, europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna och Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna (2010/C 83/02). Överväganden i förhållande till dessa internationella åtaganden görs i avsnitt 8 och 9.

Promemorians förslag bedöms även aktualisera EU:s hälsodataförordning, som ska tillämpas från och med den 26 mars 2027. Promemorian innehåller inga kompletterande bestämmelser till förordningen. De kompletterande bestämmelser och åtgärder som behövs i för att anpassa svensk rätt till den förordningen hanteras fortsatt inom ramen för Uppdraget att möjliggöra en nationell digital infrastruktur för hälsodata (S 2024:A).

Förslagen bedöms i övrigt inte medföra några konsekvenser för Sveriges internationella åtaganden.

11.7.4 Behov av informationsinsatser

I avsnitt 10 föreslås att förslagen i promemorian ska träda i kraft den 1 juli 2027. Det bedöms finnas behov av särskilda informationsinsatser inför ikraftträdandet av de nya registerlagarna. Informationsinsatserna bör riktas till de aktörer som berörs av de nya uppgiftsskyldigheterna och av den fortsatta anslutningen till de nationella digitala tjänsterna. Informationen bör avse bl.a. vilka uppgifter som ska lämnas, hur uppgiftsskyldigheterna ska fullgöras, hur uppgifterna ska användas och hur regleringen förhåller sig till arbetet med nationell digital infrastruktur, nationell vårdförmedling och EU:s hälsodataförordning.

Promemorians förslag om att ta bort samtycket i lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation medför behov av informationsinsatser både till vårdgivare och patienter. Det bör övervägas att ge en eller flera myndigheter i uppdrag att ta fram underlag för en informationsinsats i god tid innan ikraftträdandet. Vidare finns behov av att uppdatera stödmaterial till vårdgivare.

12 Författningskommentar

12.1 Förslaget till lag om grundregister över vårdgivare

Lagens syfte och tillämpningsområde

1 § Syftet med denna lag är att ge den myndighet som regeringen bestämmer (registermyndigheten) möjlighet att på ett ändamålsenligt sätt föra ett register över uppgifter om vårdgivare (grundregistret).

Paragrafen anger lagens syfte och tillämpningsområde. Övervägandena finns i avsnitt 3.1.

Av bestämmelsen framgår att syftet med lagen är att den myndighet som regeringen bestämmer (registermyndigheten) på ett ändamålsenligt sätt ska föra ett register över uppgifter om vårdgivare (grundregistret). Med att registret ska föras på ett ändamålsenligt sätt avses främst att hanteringen av registret och de uppgifter som delas ska följa de krav som framgår av denna lag och övriga tillämpliga bestämmelser. Vad som avses med vårdgivare framgår av 3 §. Vilka uppgifter om vårdgivare som registret får innehålla framgår av 5 §.

2 § Grundregistret ska föras för att tillhandahålla samlad, kvalitetssäkrad och enhetligt strukturerad information om vårdgivares organisation.

I paragrafen anges det övergripande syftet med grundregistret över vårdgivare. Övervägandena finns i avsnitt 3.1.

Av bestämmelsen framgår att grundregistret över vårdgivare ska föras så att samlad, kvalitetssäkrad och enhetligt strukturerad information om vårdgivare kan tillhandahållas. Det innebär att grundregistret över vårdgivare ska ge samlad och tillförlitlig information om vårdgivare så att andra, såsom vårdgivare och myndigheter, kan använda de registrerade uppgifterna i sin verksamhet. Grundregistret ska även tillgodose samhällets behov av strukturerade och standardiserade uppgifter om vårdgivare, t.ex. för tillsyn, samhällets beredskaps och i brottsförebyggande syften eller för digitala tjänster på hälso- och sjukvårdsområdet. Vad som avses med vårdgivare framgår av 3 §. Vilka uppgifter som registret får innehålla framgår av 5 §.

Uttryck i lagen

3 § I denna lag avses med

1. *vårdgivare*: statlig myndighet, kommun och region i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för, samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård, och

2. *hälso- och sjukvård*: verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar, smittskyddslagen (2004:168), lagen (2018:744) om försäkringsmedicinska utredningar, lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter och lagen (2021:363) om estetiska kirurgiska ingrepp och

estetiska injektionsbehandlingar samt verksamhet inom detaljhandel med läkemedel enligt lagen (2009:366) om handel med läkemedel.

I paragrafen anges vad som avses med vissa uttryck i lagen. Övervägandena finns i avsnitt 3.2.

Med uttrycket vårdgivare i *punkt 1* avses de som är statliga myndigheter, regioner, kommuner och andra juridiska personer eller enskilda näringsidkare i Sverige och som bedriver hälso- och sjukvård. Det innebär att uttrycket vårdgivare omfattar vårdgivare med offentlig huvudman, dvs. både regionalt och kommunalt, liksom statligt tillhandahållen vård. Likaså omfattas vårdgivare som är en fysisk person som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet i en enskild firma eller en juridisk person t.ex. ett aktiebolag, en stiftelse, ett handelsbolag eller liknande. Sådana vårdgivare kan bedriva verksamhet med eller utan offentlig finansiering. Den som samtidigt bedriver både hälso- och sjukvård och annan verksamhet kan anses som vårdgivare avseende den del som rör hälso- och sjukvård. Det gäller bl.a. tillhandahållande av elevhälsa enligt skollagen (2010:800), företagshälsovård enligt arbetsmiljölagen (1977:1160), eller hälso- och sjukvård enligt fängelselagen (2010:610).

Med uttrycket hälso- och sjukvård i *punkt 2* avses verksamhet som omfattas av de i punkten uppräknade lagarna. Definitionen av hälso- och sjukvård i denna lag motsvarar den bredare definitionen i patientsäkerhetslagen (2019:659).

Uttrycken vårdgivare och hälso- och sjukvård överensstämmer i sakligt hänseende med hur uttrycken vårdgivare och hälso- och sjukvård är utformade i patientrörlighetsdirektivet (Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU av den 9 mars 2011 om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård).

Lagens förhållande till annan dataskyddsreglering

4 § Denna lag kompletterar Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävandet av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning), här benämnd EU:s dataskyddsförordning. Ord och uttryck i lagen har samma betydelse som i förordningen.

Vid behandling av personuppgifter enligt denna lag gäller lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddförordning och föreskrifter som har meddelats i anslutning till den lagen, om inte annat följer av denna lag eller föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen.

Paragrafen anger lagens förhållande till annan dataskyddsreglering. Övervägandena finns i avsnitt 8.2.

I paragrafens *första stycke* anges att lagen kompletterar EU:s dataskyddsförordning. Det innebär att lagen inte kan tillämpas fristående, utan endast tillsammans med EU:s dataskyddsförordning. EU:s dataskyddsförordning är direkt tillämplig men förutsätter eller tillåter i vissa avseenden nationella bestämmelser som kompletterar förordningen.

Av paragrafens *andra stycke* framgår lagens förhållande till lagen med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning, förkortad dataskyddslagen. Dataskyddslagen, som kompletterar EU:s dataskydds-

förordning på nationell generell nivå, är subsidiär i förhållande till denna lag. Bestämmelsen innebär att om inte annat följer av denna lag eller föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen, gäller dataskyddslagen.

Innehåll i registret

5 § Grundregistret får innehålla uppgifter om vårdgivares organisation.
Registret får inte innehålla uppgifter om patienter.

I paragrafen regleras innehållet i grundregistret över vårdgivare. Övervägandena finns i avsnitt 3.3.

Av paragrafens *första stycke* framgår att grundregistret över vårdgivare får innehålla uppgifter om vårdgivares organisation. Det kan t.ex. handla om uppgifter om vårdgivarens namn, organisationsnummer, verksamhetsinriktning, kontaktuppgifter till vårdgivarens verksamhet och befattningshavare.

Av paragrafens *andra stycke* framgår att registret inte får innehålla uppgifter om patienter. Det innebär att inga personuppgifter som behandlas för direkta vårdsyften får registreras.

Närmare bestämmelser om innehållet i registret får meddelas i verkställighetsföreskrifter enligt 12 §.

Personuppgiftsansvar

6 § Registermyndigheten är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som myndigheten utför enligt denna lag eller enligt föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen.

Av paragrafen framgår att registermyndigheten är personuppgiftsansvarig. Övervägandena finns i avsnitt 8.2.

Paragrafen anger att registermyndigheten är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som myndigheten utför enligt lagen eller enligt föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen. I artikel 4.7 i EU:s dataskyddsförordning finns definitionen av personuppgiftsansvarig.

Tillhandahållande av uppgifter ur registret

7 § Registermyndigheten ska elektroniskt tillhandahålla uppgifter ur grundregistret för
1. att ge information om vårdgivare,
2. att möjliggöra utbyte av information mellan vårdgivare, och
3. nationella digitala tjänster på hälso- och sjukvårdsområdet.

Registret ska hållas tillgängligt hos registermyndigheten.

Paragrafen innehåller en skyldighet för registermyndigheten att elektroniskt tillhandahålla uppgifter ur grundregistret över vårdgivare. Övervägandena finns i avsnitt 3.6.

Av paragrafens *första stycke* framgår att registermyndigheten elektroniskt ska tillhandahålla uppgifter ur grundregister över vårdgivare. Det innebär att myndigheten har en skyldighet att elektroniskt lämna ut uppgifter ur grundregistret till fysiska eller juridiska personer. Med

elektroniskt utlämnande avses såväl utlämnande genom direktåtkomst som annat elektroniskt utlämnande, t.ex. utlämnande via digitala lösningar för informationsöverföring av datamängder, exempelvis genom ett s.k. API. Tillhandahållandet av uppgifter ur registret ska uppfylla vissa ändamål.

Av *punkt 1* följer att ett tillhandahållande av uppgifter ska göras för att ge information om vårdgivare till exempelvis andra vårdgivare eller myndigheter. Det kan handla om utlämnande till Inspektionen för vård och omsorg för myndighetens tillsynsverksamhet.

Av *punkt 2* följer att tillhandahållandet av uppgifter ska göras för att möjliggöra utbyte av information mellan vårdgivare. Det kan handla om att en vårdgivare behöver hitta sin patients hälsodata hos en annan vårdgivare och därmed behöver få information om vårdgivarens kontaktuppgifter.

Av *punkt 3* framgår att tillhandahållandet av uppgifter ska göras för nationella digitala tjänster på hälso- och sjukvårdsområdet. Det kan handla om att tillhandahålla uppgifter om vårdgivares organisation till en nationell vårdsökstjänst enligt lagen (2027:000) om en nationell vårdsökstjänst.

Av *andra stycket* framgår att registret ska hållas tillgängligt hos registermyndigheten. Det innebär att myndigheten behöver distribuera uppgifter ur registret på ett ändamålsenligt sätt. Det kan t.ex. göras genom direktåtkomst, i en digital tjänst, på en webbplats, via digitala lösningar såsom API eller att en konsoliderad fil innehållande många olika filer med uppgifter bifogas med e-post, genom s.k. bulknedladdning. Att mottagaren har ett kontinuerligt eller stort behov av uppgifterna i sin verksamhet kan tala för att direktåtkomst är lämpligt. Motsatsvis bör direktåtkomst till uppgifter som mottagaren sällan kan komma att behöva, eller som inte är av särskilt stor betydelse för mottagaren, inte aktualiseras särskilt ofta. Behov av direktåtkomst kan t.ex. aktualiseras i situationer som omfattar ett informationsförsörjningsuppdrag, när uppgifterna är offentliga eller vid informationsöverföring mellan olika självständiga verksamhetsgrenar inom en myndighet.

Närmare bestämmelser om tillgängliggörandet av registret enligt andra stycket får meddelas i verkställighetsföreskrifter enligt 12 §.

Uppgifts- och anmälningsskyldighet för vårdgivare

8 § En vårdgivare ska lämna de uppgifter som är nödvändiga för att föra grundregistret till registermyndigheten.

Skyldigheten gäller inte sådana uppgifter som är säkerhetsskyddsklassificerade enligt säkerhetsskyddslagen (2018:585).

Paragrafen innehåller en uppgiftsskyldighet för vårdgivare. Övervägandena finns i avsnitt 3.4.

Av *första stycket* framgår att vårdgivare ska lämna sådana uppgifter som är nödvändiga för att föra grundregistret över vårdgivare till registermyndigheten. Det kan t.ex. handla om uppgifter om vårdgivarens organisationsnummer, kontaktuppgifter till vårdgivarens verksamhet, var vårdgivaren bedriver verksamhet eller om vårdgivarens inriktning och omfattning av verksamheten. Vad som avses med ett grundregister över vårdgivare framgår av 2 §.

I *andra stycket* regleras ett undantag från vårdgivarens skyldighet att lämna uppgifter. Grundregistret över vårdgivare ska tillhandahålla öppen information om vårdgivare. Uppgifter som är säkerhetsskyddsklassificerade enligt säkerhetsskyddslagen ska därför inte lämnas till registermyndigheten. Med säkerhetsskyddsklassificerade uppgifter avses uppgifter som rör säkerhetskänslig verksamhet, såsom specialiserad vård som har bedömts omfattas av säkerhetsskydd, och som därför omfattas av sekretess enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) eller som skulle ha omfattats av sekretess enligt den lagen om den hade varit tillämplig (1 kap. 2 § säkerhetsskyddslagen).

Ytterligare bestämmelser om uppgiftsskyldigheten får meddelas i föreskrifter enligt 11 §.

9 § Om de förhållanden för vilka uppgifter lämnats i enligt 8 § ändras, ska detta skyndsamt anmälas av vårdgivaren till registermyndigheten.

Paragrafen innehåller en anmälningsskyldighet för vårdgivare. Övervägandena finns i avsnitt 3.4.

Av paragrafen framgår att vårdgivare är skyldiga att anmäla ändrade förhållanden avseende de uppgifter som redan har lämnats till registermyndigheten. Det kan t.ex. handla om förändringar av organisatoriska eller verksamhetsrelaterade förhållanden, såsom ändringar av verksamhetens organisationsnummer, kontaktuppgifter eller verksamhetens inriktning. Skyldigheten kan även omfatta förändringar som innebär att verksamheten upphör, överlåts eller på annat sätt inte längre bedrivs i den form som tidigare har registrerats. Paragrafen innehåller även ett krav på att anmälan om ändrade förhållanden ska göras skyndsamt. Kravet i bestämmelsen innebär att anmälan måste hanteras så snart som möjligt.

Ytterligare bestämmelser om anmälningsskyldigheten får meddelas i föreskrifter enligt 11 §.

Tekniska och organisatoriska krav på vårdgivaren

10 § En vårdgivare ska uppfylla de tekniska och organisatoriska krav som är nödvändiga för att uppgifter i elektronisk form ska kunna lämnas enligt 8 och 9 §§.

Paragrafen innehåller en skyldighet för vårdgivare att uppfylla tekniska och organisatoriska krav. Övervägandena finns i avsnitt 3.7.

Av paragrafen framgår att vårdgivare har en skyldighet att uppfylla de tekniska och organisatoriska krav som är nödvändiga för att vårdgivare ska kunna fullgöra sin uppgifts- och anmälningsskyldighet enligt 8 och 9 §§. Det innebär att vårdgivaren har ett ansvar att uppfylla tekniska och organisatoriska krav som är nödvändiga för att möjliggöra konsekvent och säkert informationsutbyte enligt lagen. De tekniska kraven syftar till att säkerställa att vårdgivarens informationssystem kan kommunicera med it-funktioner hos registermyndigheten. Med organisatoriska krav avses att vårdgivare bl.a. ska ha behovs- och riskanalyser som grund för behörighetstilldelning, policyer för informationssäkerhet och rutiner för incidenthantering.

Närmare bestämmelser om tekniska och organisatoriska krav får meddelas i verkställighetsföreskrifter enligt 12 §.

Rätt att meddela föreskrifter

11 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela ytterligare föreskrifter om uppgifts- och anmälningsskyldigheten enligt 8 och 9 §§.

Paragrafen innehåller normgivningsbemyndiganden. Överväganden finns i avsnitt 3.4.

Paragrafen innehåller ett bemyndigande för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela ytterligare föreskrifter om uppgifts- och anmälningsskyldigheten enligt 8 och 9 §§. Sådana föreskrifter kan t.ex. avse vilka uppgifter som ska lämnas av vårdgivaren och när de ska lämnas.

12 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela närmare föreskrifter om

1. innehållet i registret enligt 5 §,
2. tillgängliggörandet av registret enligt 7 § andra stycket, och
3. de tekniska och organisatoriska kraven enligt 10 §.

Paragrafen innehåller en upplysning om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan meddela närmare föreskrifter. Överväganden finns i avsnitt 3.3, 3.6 och 3.7.

Av paragrafen framgår att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan meddela närmare föreskrifter om innehållet i registret enligt 5 §. Sådana föreskrifter kan bl.a. avse de närmare uppgifter som registret får innehålla. Av paragrafen framgår även att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan meddela närmare föreskrifter om tillgängliggörandet av registret enligt 7 § andra stycket. Sådana föreskrifter kan bl.a. avse vilka uppgifter som ska tillgängliggöras och hur de ska tillgängliggöras. Enligt paragrafen kan regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer även meddela närmare föreskrifter om vårdgivares skyldighet att uppfylla kraven enligt 10 §. Sådana föreskrifter kan bl.a. avse preciseringar av de organisatoriska och tekniska krav som framgår av 10 §.

Uttrycket närmare föreskrifter innebär att det är verkställighetsföreskrifter som avses.

12.2 Förslaget till lag om ett nationellt register över patienters vårdgivare

Personuppgiftsansvar

7 § Registermyndigheten är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som myndigheten utför enligt denna lag eller enligt föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen.

Av paragrafen framgår att registermyndigheten är personuppgiftsansvarig. Överväganden finns i avsnitt 8.3.2.

Paragrafen anger att registermyndigheten är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som myndigheten utför enligt lagen eller enligt föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen. I artikel

4.7 i EU:s dataskyddsförordning finns definitionen av personuppgiftsansvarig.

Lagens syfte och tillämpningsområde

1 § Syftet med denna lag är dels att ge den myndighet som regeringen bestämmer (registermyndigheten) möjlighet att behandla personuppgifter i ett register över patienters vårdgivare (registret över patienters vårdgivare) på ett ändamålsenligt sätt, dels att skydda patienter mot att deras personliga integritet kränks vid behandlingen.

Paragrafen anger lagens syfte och tillämpningsområde. Överväganden finns i avsnitt 4.1.

Av bestämmelsen framgår att syftet med lagen är att dels ge registermyndigheten möjlighet att behandla personuppgifter i registret över patienters vårdgivare på ett ändamålsenligt sätt, dels att skydda patienter mot att deras personliga integritet kränks vid sådan behandling. Definitioner av uttrycken personuppgifter och behandling finns i artikel 4.1 och 4.2 i Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning).

Av bestämmelsen följer att lagen endast är tillämplig vid registermyndighetens personuppgiftsbehandling i registret över patienters vårdgivare. Lagen är alltså inte tillämplig i någon annan del av registermyndighetens verksamhet. Vad som avses med ett register över patienters vårdgivare framgår av 2 §.

2 § Registret över patienters vårdgivare ska föras för att ge information om sådana uppgifter som behövs för att lokalisera en patients vårdgivare.

Paragrafen anger syftet med registret över patienters vårdgivare. Överväganden finns i avsnitt 4.1.

I bestämmelsen framgår att registret över patienters vårdgivare ska föras för att ge information om sådana uppgifter som behövs för att lokalisera vilka vårdgivare som behandlar personuppgifter för vård av en viss patient. Uppgifter ur registret ska alltså visa vårdgivare hos vilken annan vårdgivare som det finns relevant vårddokumentation om en patient. Med den informationen kan vårdgivaren i sin tur efterfråga uppgifter om aktuell patient från den andra berörda vårdgivaren, genom exempelvis inom ramen för sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, så att rätt vård eller behandling kan ges patienten. Vilka uppgifter som registret får innehålla framgår av 5 §.

Med patient avses en person som erhåller eller är registrerad för att erhålla hälso- och sjukvård, och omfattar både personer som får vård och personer som är i behov av vård, oavsett om det gäller undersökning, behandling, rehabilitering eller annan insats inom hälso- och sjukvården. Vad som avses med hälso- och sjukvård i denna lag framgår av 3 §.

Uttryck i lagen

3 § I denna lag avses med

1. *vårdgivare*: statlig myndighet, kommun och region i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för, samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård, och

2. *hälso- och sjukvård*: verksamhet som avses i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), tandvårdslagen (1985:125), lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, smittskyddslagen (2004:168), lagen (2006:351) om genetisk integritet m.m., lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter, lagen (2024:237) om vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen, den upphävda lagen (1944:133) om kastrering samt den upphävda lagen (1972:119) om fastställande av könstillhörighet i vissa fall.

I paragrafen anges vad som avses med vissa uttryck i lagen. Övervägandena finns i avsnitt 4.2.

Med uttrycket vårdgivare i *punkt 1* avses de som är statliga myndigheter, regioner, kommuner och andra juridiska personer eller enskilda näringsidkare i Sverige och som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet. Det innebär att uttrycket vårdgivare omfattar vårdgivare med offentlig huvudman, dvs. både regionalt och kommunalt, liksom statligt tillhandahållen vård. Likaså omfattas vårdgivare som är en fysisk person som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet i en enskild firma eller en juridisk person t.ex. ett aktiebolag, en stiftelse, ett handelsbolag eller liknande. Sådana vårdgivare kan bedriva verksamhet med eller utan offentlig finansiering. Den som samtidigt bedriver både hälso- och sjukvård och annan verksamhet kan anses som vårdgivare avseende den del som rör hälso- och sjukvård, bl.a. när det är fråga om tillhandahållande av t.ex. elevhälsa enligt skollagen, företagshälsovård enligt arbetsmiljölagen, eller hälso- och sjukvård enligt fängelselagen.

Med uttrycket hälso- och sjukvård i *punkt 2* avses verksamhet som omfattas av de i punkten uppräknade lagarna.

Lagens definition motsvarar definitionen i 1 kap. 1 § lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.

Lagens förhållande till annan dataskyddsreglering

4 § Denna lag kompletterar Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävandet av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning), här benämnd EU:s dataskyddsförordning. Ord och uttryck i denna lag har samma betydelse som i förordningen.

Vid behandling av personuppgifter enligt denna lag gäller lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddförordning och föreskrifter som har meddelats i anslutning till den lagen, om inte annat följer av denna lag eller föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen.

Paragrafen anger lagens förhållande till annan dataskyddsreglering. Övervägandena finns i avsnitt 8.3.2.

I *första stycket* anges att lagen kompletterar EU:s dataskyddsförordning. Det innebär att lagen inte kan tillämpas fristående, utan endast tillsammans med EU:s dataskyddsförordning. EU:s dataskyddsförordning är direkt tillämplig men förutsätter eller tillåter i vissa avseenden nationella bestämmelser som kompletterar förordningen.

Av *andra stycket* framgår lagens förhållande till lagen med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning, förkortad dataskyddslagen. Dataskyddslagen, som kompletterar EU:s dataskyddsförordning på nationell generell nivå, är subsidiär i förhållande till denna lag. Bestämmelsen innebär att om inte annat följer av denna lag eller föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen, gäller dataskyddslagen.

Innehåll i registret

5 § Registret över patienters vårdgivare får innehålla uppgifter om

1. patientens personnummer, samordningsnummer eller motsvarande identitetsbeteckning,
2. patientens vårdgivares organisationsnummer eller motsvarande identitetsbeteckning,
3. vilket elektroniskt journalsystem som innehåller uppgifter om patienten, och
4. vårdgivares elektroniska kontaktuppgifter.

I paragrafen regleras innehållet i registret över patienters vårdgivare. Övervägandena finns i avsnitt 4.1.

Av paragrafen framgår att registret över patienters vårdgivare får innehålla uppgifter om patientens personnummer, samordningsnummer eller motsvarande identitetsbeteckning. En motsvarande identitetsbeteckning kan t.ex. vara direkt hänförliga personuppgifter, såsom att personnummer ersätts med ett löpnummer i det analysmaterial som myndigheten arbetar med och att en kodnyckel med de direkt hänförliga personuppgifterna förvaras separat från övriga uppgifter i registret. Registret får också innehålla uppgifter om patientens vårdgivares organisationsnummer, vilket elektroniskt journalsystem som innehåller uppgifter om patienten och elektroniska kontaktuppgifter till vårdgivare. Med elektroniskt journalsystem avses hälso- och sjukvårdens elektroniska system som innehåller journalhandlingar med uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden eller om vidtagna eller planerade vårdåtgärder (jfr 1 kap. 3 § patientdatalagen [2008:355]). Med elektroniska kontaktuppgifter avses t.ex. anropsadresser till vårdgivares informationssystem och tekniska tjänster.

Närmare bestämmelser om innehållet i registret enligt punkt 4 får meddelas i verkställighetsföreskrifter enligt 17 §.

Utlämnande av uppgifter ur registret

6 § Registermyndigheten ska på begäran av en vårdgivare lämna ut uppgifter ur registret över patienters vårdgivare för att vårdgivaren ska kunna lokalisera andra vårdgivare för vård av en viss patient.

Uppgifterna får lämnas ut elektroniskt på annat sätt än genom direktåtkomst.

Paragrafen innehåller en uppgiftsskyldighet för registermyndigheten. Övervägandena finns i avsnitt 4.3 och 8.3.5.

Av *första stycket* framgår att registermyndigheten har en skyldighet att på begäran av en vårdgivare lämna ut uppgifter ur registret över patienters vårdgivare för att vårdgivare ska kunna lokalisera andra vårdgivare för vård av en viss patient. Uppgiftsskyldigheten syftar till att vårdgivare ska

få tillgång till information om sin patient från andra vårdgivare som patienten varit eller är registrerad hos. Uppgiftsskyldigheten omfattar endast sådana uppgifterna som behövs för vårdgivaren ska kunna lokalisera patientens andra vårdgivare för vård av en viss patient. Det handlar om uppgifter om vilken vårdgivare som har vårddokumentation som behövs för vård av patienten och vid vilken elektronisk adress som informationen finns hos den andra vårdgivaren. Med uppgifter från registermyndigheten kan alltså den begärande vårdgivaren efterfråga uppgifter om aktuell patient från andra berörda vårdgivare. Uppgifterna ur registret ska inte innehålla vårddokumentation om en patient. Det innebär att inga personuppgifter som behandlas för direkta vårdsyften får tillgängliggöras eller tas emot i registermyndighetens infrastruktur. Registermyndighetens informationssystem och registret ska i stället bidra till att flödet av hälsodata mellan vårdgivare kan ske på ett säkert och effektivt sätt.

I samband med en begäran om uppgifter ur registret över patienters vårdgivare behöver den begärande vårdgivaren precisera vilka uppgifter som den vill få del av. Den utlämnande myndigheten får i samband med detta ta ställning till om uppgifterna omfattas av uppgiftsskyldigheten och ska lämnas ut.

De uppgifter som lämnas ut kan komma omfattas av sekretess enligt 25 kap. 17 a eller 17 b § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL. Uppgiftsskyldigheten enligt paragrafen har sekretessbrytande verkan enligt 10 kap. 28 § OSL och sekretessen hindrar därför inte ett utlämnade till offentliga vårdgivare. Av 25 kap. 17 c § 4 OSL följer att sekretess enligt 25 kap. 17 a eller 17 b § OSL inte heller hindrar att uppgift lämnas enligt lagen till enskilda vårdgivare.

Enligt *andra stycket* får uppgifter lämnas ut elektroniskt på annat sätt än genom direktåtkomst. Ett elektroniskt utlämnande av personuppgifter måste vara förenligt med kraven i EU:s dataskyddsförordning på säkerhet och skydd av personuppgifter. Det innebär att det som utgångspunkt inte är tillåtet att lämna ut känsliga personuppgifter via vanlig e-post. Personuppgifter får inte lämnas ut genom direktåtkomst. Direktåtkomst innebär att en mottagare har direkt tillgång till någon annans register eller databas och därigenom på egen hand kan ta del av information (se HFD 2015 ref. 61). Som exempel på annat elektroniskt utlämnande än genom direktåtkomst kan nämnas utlämnande i en digital tjänst, på en webbplats, via digitala lösningar såsom API, på USB-minne eller genom e-post. Den form för utlämnande som sannolikt är mest vanlig vid överföring av större informationsmängder är dock direkt överföring från ett datorsystem till ett annat (jfr prop. 2022/23:34 s. 209).

Ändamål

8 § Registermyndigheten får behandla personuppgifter om det är nödvändigt för att

1. föra registret över patienters vårdgivare, och
2. ge information om sådana uppgifter som behövs för att lokalisera vilka vårdgivare som behandlar personuppgifter för vård av en viss patient.

I paragrafen anges för vilka primära ändamål som registermyndigheten får behandla personuppgifter enligt lagen. Övervägandena finns i avsnitt 8.3.3.

Ändamålen återspeglar de behov av personuppgiftsbehandling, såsom insamling och utlämnande, som finns för att registermyndigheten ska kunna utföra sina uppgifter enligt denna lag. De primära ändamålen ger tillsammans med den sekundära ändamålsbestämmelsen (9 §), bestämmelsen om finalitetsprincipen (10 §) och bestämmelsen om syftet med lagen och registret (1 och 2 §§) en ram för den personuppgiftsbehandling som är tillåten.

Av paragrafen framgår att en grundläggande förutsättning för att en personuppgift ska vara tillåten att behandla är att den är nödvändig för att utföra en uppgift som myndigheten har. I kravet på nödvändighet ligger dock att personuppgifter inte får behandlas om syftet med behandlingen kan uppnås med andra medel, t.ex. genom att anonymisera uppgifterna (prop. 2017/18:232 s. 117).

Enligt *punkt 1* får registermyndigheten behandla personuppgifter om det är nödvändigt för att föra registret över patienters vårdgivare. De personuppgifter som är föremål för behandling i registret är uppgifter om patienters identitet, såsom personnummer eller samordningsnummer i kombination med information om hos vilken vårdgivare och i vilka vårdinformationssystem patienten är registrerad. Som exempel på sådan behandling myndigheten kan utföra kan nämnas att ta emot uppgifter om patienter och vilka vårdgivare de är registrerade hos, registrera och lagra dessa uppgifter i registret över patienters vårdgivare.

Enligt *punkt 2* får registermyndigheten behandla personuppgifter för att ge information om sådana uppgifter som behövs för att lokalisera vilka vårdgivare som behandlar personuppgifter för vård av en viss patient. Ett exempel på sådan behandling är sökning och utlämnande av de i de ovan nämnda uppgifterna till vårdgivare.

9 § Personuppgifter som behandlas enligt 8 § får behandlas även för uppgiftslämnande som sker i överensstämmelse med lag eller förordning.

Paragrafen anger för vilka sekundära ändamål registermyndigheten får behandla personuppgifter inom lagens tillämpningsområde. Övervägandena finns i avsnitt 8.3.3.

Personuppgifter som behandlas för primära ändamål får också behandlas för uppgiftslämnande som sker i överensstämmelse med lag eller förordning. Med detta avses att uppgiftslämnandet sker med stöd av bestämmelser som påbjuder eller tillåter utlämnande. Det kan t.ex. röra sig om en uttrycklig uppgiftsskyldighet (10 kap. 28 § OSL) eller uppgiftslämnande som sker i syfte att fullgöra serviceskyldigheten gentemot enskilda enligt förvaltningslagen (2017:900) eller som följer av skyldigheten för en myndighet att på begäran av en annan myndighet lämna uppgift som den förfogar över, om inte uppgiften är sekretessbelagd eller det skulle hindra arbetets behöriga gång (6 kap. 5 § OSL).

10 § Personuppgifter som behandlas enligt 8 § får behandlas även för andra ändamål, under förutsättning att uppgifterna inte behandlas på ett sätt som är oförenligt med de ändamål som uppgifterna samlades in för.

Paragrafen innehåller en bestämmelse om den s.k. finalitetsprincipen i dataskyddsförordningen. Överväganden finns i avsnitt 8.3.3.

Bestämmelsen tydliggör att finalitetsprincipen i artikel 5.1 b i EU:s dataskyddsförordning gäller vid behandling av personuppgifter enligt lagen. Utvidgad behandling av personuppgifter enligt denna paragraf förutsätter att uppgifterna har samlats in för något av de primära ändamål som anges i 8 §. Bestämmelsen är utformad i nära anslutning till artikel 5.1 b i förordningen och bör tolkas på samma sätt. Detta innebär bl.a. att behandling för arkivändamål av allmänt intresse, vetenskapliga eller historiska forskningsändamål eller statistiska ändamål i enlighet med artikel 89.1 i förordningen inte ska anses vara oförenlig med de ursprungliga ändamålen. Det innebär också att de omständigheter som anges i artikel 6.4 i förordningen ska beaktas vid bedömningen av om behandlingen är förenlig med finalitetsprincipen. Bestämmelsen medför t.ex. att det kan vara tillåtet att samköra uppgifter från registret över patienters vårdgivare med uppgifter från andra register under förutsättning att ändamålet med en sådan behandling inte är oförenligt med de ändamål som anges i 8 §.

Känsliga personuppgifter

11 § Sådana känsliga personuppgifter som avses i artikel 9.1 i EU:s dataskyddsförordning får behandlas om det är nödvändigt med hänsyn till ändamålet med behandlingen.

Paragrafen reglerar möjligheten till behandling av känsliga personuppgifter. Överväganden finns i avsnitt 8.3.4.

Bestämmelsen innebär ett undantag från förbudet mot behandling av känsliga personuppgifter enligt artikel 9.1 i EU:s dataskyddsförordning. I artikel 9.2 finns ett antal undantag, som trots förbudet i vissa fall tillåter behandling av personuppgifter. Behandling av känsliga personuppgifter i registret över patienters vårdgivare och utlämnade av uppgifter ur registret kan således ske om det är nödvändigt av hänsyn till ett viktigt allmänt intresse enligt artikel 9.2 g, om det är nödvändigt av skäl som hör samman med förebyggande hälso- och sjukvård m.m. enligt artikel 9.2 h, om det är nödvändigt av skäl av allmänt intresse på folkhälsoområdet enligt artikel 9.2 i eller om det är nödvändigt för forskningsändamål eller statistikändamål enligt artikel 9.2 j. För forskningsprojekt som innefattar behandling av känsliga personuppgifter krävs också att projektet har godkänts vid en etikprövning (2, 3 och 6 §§ lagen [2003:460] om etikprövning av forskning som avser människor).

De personuppgifter som registermyndigheten får behandla med stöd av bestämmelsen är sådana som avses i artikel 9.1 i EU:s dataskyddsförordning, dvs. personuppgifter som avslöjar ras eller etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse eller medlemskap i fackförening och behandling av genetiska uppgifter, biometriska uppgifter för att entydigt identifiera en fysisk person, uppgifter om hälsa eller uppgifter om en fysisk persons sexualliv eller sexuella läggning. Definitioner av genetiska och biometriska uppgifter samt uppgifter om hälsa finns i artikel 4.13, 4.14 och 4.15 i EU:s dataskyddsförordning.

Undantagen kan i viss utsträckning vara överlappande och en personuppgiftsbehandling kan därför ha stöd i fler än ett av undantagen. Bestämmelsen ersätter de generella bestämmelserna i 3 kap. 3, 5 och 7 §§ dataskyddslagen om behandling av känsliga personuppgifter för ett viktigt allmänt intresse, social omsorg och statistik, vilka annars gäller där sektorspecifik reglering saknas.

Känsliga personuppgifter får endast behandlas om det är nödvändigt med hänsyn till ändamålet med behandlingen. Det innebär att behandlingen måste kunna motiveras i varje enskilt fall. Nödvändighetsrekvisitet har samma innebörd som i 8 § (jfr prop. 2017/18:105 s. 75 och 76). Med uttrycket ändamålet med behandlingen avses behandling som utförs både med stöd av den primära och med stöd av den sekundära ändamålsbestämmelsen. Hänvisningen till EU:s dataskyddsförordning är dynamisk och avser alltså förordningen i dess vid varje tidpunkt gällande lydelsen.

Sökbegränsningar

12 § Det är förbjudet att utföra sökningar i syfte att få fram ett urval av personer grundat på känsliga personuppgifter.

Paragrafen reglerar sökbegränsningar avseende känsliga personuppgifter. Övervägandena finns i avsnitt 8.3.5.

Enligt paragrafen är det förbjudet att utföra sökningar i syfte att få fram ett urval av personer grundat på känsliga personuppgifter. Bestämmelsen utgår från syftet med en sökning. Definitionen av känsliga personuppgifter finns i 11 §, som hänvisar till artikel 9.1 i EU:s dataskyddsförordning. Sökförbudet avser alla tekniska åtgärder som innebär att uppgifter används för att strukturera eller systematisera information i syfte att få fram ett urval av personer grundat på känsliga personuppgifter. Däremot hindrar bestämmelsen inte sökningar som görs i ett annat syfte än att identifiera ett urval av individer, t.ex. för att ta fram verksamhetsstatistik eller för registervård (se prop. 2017/18:105 s. 91 och 195). Bestämmelsen innebär att registermyndigheten inte får utföra sökningar i syfte att få fram ett urval av personer grundat på genetiska eller biometriska uppgifter eller uppgifter som avslöjar en persons hälsotillstånd, politiska åsikter, religiösa eller filosofiska övertygelser eller medlemskap i en fackförening.

Åtkomst till personuppgifter

13 § Tillgången till personuppgifter ska begränsas till det som var och en behöver för att kunna fullgöra sina arbetsuppgifter.

Tillgången till personuppgifter ska kontrolleras och följas upp regelbundet.

Paragrafen reglerar den interna tillgången till personuppgifter i registret över patienters vårdgivare hos registermyndigheten. Övervägandena finns i avsnitt 8.3.5.

Första stycket innebär att registermyndigheten ska begränsa åtkomsten till personuppgifter i registret över patienters vårdgivare och utlämnade av uppgifter ur registret till vad var och en behöver för att kunna fullgöra sina arbetsuppgifter. Sådana arbetsuppgifter kan exempelvis handla om att möjliggöra utlämnade av uppgifter till vårdgivare. Uttrycket ”var och en”

inkluderar såväl tillsvidareanställd personal som personer med tidsbegränsade anställningar eller uppdrag vid registermyndigheten. Myndigheten ska alltså aktivt ta ställning till vilket informationsbehov ett tjänsteåliggande eller uppdrag medför och tilldela den behörighet som behövs utifrån det. Registermyndigheten har ett ansvar för att vidta lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder för att säkerställa att personuppgifter inte sprids utanför den krets av personer som behöver ha åtkomst till dessa för att kunna utföra sina arbetsuppgifter (jfr artikel 32 i EU:s dataskyddsförordning).

Andra stycket innebär att registermyndigheten ska kontrollera och följa upp tillgången till personuppgifter regelbundet. Kontroller ska genomföras systematiskt och återkommande och inte bara när registermyndigheten av någon orsak har fått anledning att misstänka att obehörig åtkomst har förekommit. Kontroll kan t.ex. ske genom uppföljning av loggar i olika system.

Närmare bestämmelser om kontroll och uppföljning enligt andra stycket får meddelas i verkställighetsföreskrifter enligt 17 §.

Längsta tid för behandling

14 § Personuppgifter får inte behandlas under längre tid än vad som behövs med hänsyn till ändamålet med behandlingen.

Paragrafen reglerar att personuppgifter inte får behandlas under längre tid än vad som behövs med hänsyn till ändamålet med behandlingen. Övervägandena finns i avsnitt 8.4.

Paragrafen innehåller en skyldighet för registermyndigheten att upphöra med behandlingen av personuppgifter så snart personuppgifterna inte längre behövs med hänsyn till det ändamål för vilket de behandlas. Det är alltså ändamålet med behandlingen som avgör hur länge uppgifterna får behandlas. När det inte längre, med hänsyn till ändamålet, finns något behov av att behandla personuppgifterna ska dessa tas bort eller avidentifieras på ett sådant sätt att alla identifieringsmöjligheter försvinner. Bestämmelsen ställer krav på registermyndigheten att kunna motivera fortsatt behandling av personuppgifter, t.ex. inför en tillsynsmyndighet. Det kan förekomma att behovet av att behandla personuppgifter upphör avseende behandling för ett ändamål, medan det kvarstår för ett annat ändamål. Personuppgifterna får då fortsätta att behandlas för det kvarstående ändamålet. Regleringen innebär alltså inte att all behandling ska upphöra om behovet upphör för ett av flera ändamål.

Bestämmelsen utgör inte en sådan avvikande bestämmelse som avses i 10 § tredje stycket arkivlagen (1990:782). Regleringen utgör därmed inte något hinder mot att uppgifter och handlingar bevaras enligt arkivlagens bestämmelser.

Uppgiftsskyldighet för vårdgivare

15 § En vårdgivare ska skyndsamt lämna de uppgifter som är nödvändiga för registret över patienters vårdgivare enligt 2 § till registermyndigheten.

Skyldigheten gäller inte sådana uppgifter som är säkerhetsskyddsklassificerade enligt säkerhetsskyddslagen (2018:585).

Paragrafen innehåller en uppgiftsskyldighet för vårdgivare. Övervägandena finns i avsnitt 4.4.

Av *första stycket* framgår att vårdgivare ska lämna ut sådana uppgifter som är nödvändiga för att föra registret över patienters vårdgivare till registermyndigheten. Det innebär att endast uppgifter som behövs för att lokalisera vilka vårdgivare som behandlar personuppgifter för vård av en viss patient omfattas av uppgiftsskyldigheten. Det kan handla om uppgifter om patienter som är eller har varit patienter hos vårdgivaren, såsom uppgifter om patienters personnummer eller samordningsnummer i kombination med patienters vårdgivarens elektroniska adressuppgifter, såsom anropsadresser till vårdgivarens informationssystem och tekniska tjänster. Uppgiftsskyldigheten omfattar inte uppgifter om patienter som gallrats enligt 3 kap. 18 § patientdatalagen (2008:355).

Paragrafen innehåller även ett krav på att utlämnandet ska göras skyndsamt. Kravet i bestämmelsen innebär att utlämnandet måste hanteras så snart som möjligt.

Enligt 25 kap. 1 § OSL gäller sekretess inom hälso- och sjukvården för uppgift om enskilds personliga förhållanden. För enskilda vårdgivare gäller tystnadsplikt för enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden enligt 6 kap. 12 § patientsäkerhetslagen (2010:659). Uppgiftsskyldigheten i bestämmelsen har därför en sekretessbrytande effekt enligt 10 kap. 28 § OSL och 6 kap. 12 § patientsäkerhetslagen.

I *andra stycket* regleras ett undantag från vårdgivarens skyldighet att lämna uppgifter. Registret över patienters vårdgivare ska inte innehålla säkerhetsskyddsklassificerade uppgifter. Uppgifter som är säkerhetsskyddsklassificerade enligt säkerhetsskyddslagen ska därför inte lämnas till registermyndigheten. Med säkerhetsskyddsklassificerade uppgifter avses uppgifter som rör säkerhetskänslig verksamhet och som därför omfattas av sekretess enligt offentlighets- och sekretesslagen eller som skulle ha omfattats av sekretess enligt den lagen om den hade varit tillämplig (1 kap. 2 § säkerhetsskyddslagen).

Närmare bestämmelser om uppgiftsskyldigheten får meddelas i verkställighetsföreskrifter enligt 17 §.

Tekniska och organisatoriska krav på vårdgivaren

16 § En vårdgivare ska uppfylla de tekniska och organisatoriska kraven som är nödvändiga för att uppgifter i elektronisk form ska kunna lämnas enligt 15 §.

Paragrafen innehåller en skyldighet för vårdgivare att uppfylla tekniska och organisatoriska krav. Övervägandena finns i avsnitt 4.5.

Av paragrafen framgår att vårdgivare har en skyldighet att uppfylla de tekniska och organisatoriska kraven som är nödvändiga för att vårdgivare ska kunna fullgöra sin uppgiftsskyldighet enligt 15 §. Det innebär att vårdgivaren har ett ansvar att uppfylla tekniska och organisatoriska krav som är nödvändiga för att möjliggöra konsekvent och säkert informationsutbyte enligt lagen. De tekniska kraven syftar till att säkerställa att vårdgivarens informationssystem kan kommunicera med it-funktioner hos registermyndigheten. Med organisatoriska krav avses att vårdgivare bl.a. ska ha behovs- och riskanalyser som grund för

behörighetstilldelning, policyer för informationssäkerhet och rutiner för incidenthantering.

Närmare bestämmelser om tekniska och organisatoriska krav får meddelas i verkställighetsföreskrifter enligt 17 §.

Rätt att meddela föreskrifter

17 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela närmare föreskrifter om

1. innehållet i registret enligt 5 § 4,
2. kontroll och uppföljning enligt 13 § andra stycket,
3. uppgiftsskyldigheten enligt 15 §, och
4. de tekniska och organisatoriska kraven enligt 16 §.

Paragrafen innehåller en upplysning om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan meddela närmare föreskrifter. Övervägandena finns i avsnitt 4.1, 4.4, 4.5 och 8.3.5.

Av paragrafen framgår att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan meddela närmare föreskrifter om innehållet i registret enligt 5 § 4, kontroll och åtkomst enligt 13 § andra stycket, uppgiftsskyldigheten enligt 15 § och vårdgivarens skyldighet att uppfylla kraven enligt 16 §. Sådana föreskrifter kan bl.a. avse de närmare uppgifter som registret får innehålla, vilka uppgifter som ska lämnas och hur de ska lämnas och preciseringar av tekniska och organisatoriska krav som är nödvändig för att uppgifter ska kunna lämnas. Föreskrifter kan även innehålla rutiner för tilldelning av behörigheter för åtkomst till personuppgifter och uppföljning av åtkomst. Uttrycket närmare föreskrifter innebär att det är verkställighetsföreskrifter som avses.

12.3 Förslaget till lag om en nationell vårdsökstjänst

Lagens syfte och tillämpningsområde

1 § Syftet med denna lag är att förenkla för vårdgivare att hitta tillgänglig hälso- och sjukvård hos andra vårdgivare i en annan region.

I paragrafen anges det övergripande syftet med lagen. Övervägandena finns i avsnitt 5.1.

Av bestämmelsen framgår att det övergripande syftet med lagen är att förenkla för vårdgivare att hitta tillgänglig hälso- och sjukvård hos andra vårdgivare i en annan region. Vad som avses med vårdgivare och hälso- och sjukvård framgår av 6 §.

2 § Den myndighet som regeringen bestämmer (ansvarig myndighet) ska tillhandahålla en nationell vårdsökstjänst som möjliggör för vårdgivare att hitta andra vårdgivare som kan erbjuda vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård.

I paragrafen regleras en skyldighet för den myndighet som regeringen bestämmer att tillhandahålla en nationell vårdsöktjänst. Övervägandena finns i avsnitt 5.1.

Av paragrafen framgår att den myndighet som regeringen bestämmer (ansvarig myndighet) ska tillhandahålla en nationell vårdsökstjänst. Vårdsökstjänsten möjliggör för vårdgivare att hitta andra vårdgivare som kan erbjuda vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård. Vårdsökstjänsten är en digital tjänst som vårdgivare kan söka i för att hitta tillgänglig vårdkapacitet utifrån ett specifikt vårdbehov hos andra vårdgivare och vårdenheter i en annan region. Detta kan göras i syfte att snabbare erbjuda väntande patienter vård i andra regioner och därmed uppfylla kravet på vårdgarantin enligt 9 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL. Vad som avses med vårdgivare och hälso- och sjukvård framgår av 6 §.

3 § Den ansvariga myndigheten ska föra ett register över uppgifter om regioners utbud av hälso- och sjukvård (vårdsöksregistret).

Registret ska föras för att ge information om sådana uppgifter som behövs för den nationella vårdsökstjänsten.

I paragrafen regleras en skyldighet för den ansvariga myndigheten att föra ett register över regioners utbud av hälso- och sjukvård och syftet med det registret. Överväganden finns i avsnitt 5.1.

Av *första stycket* framgår att den ansvariga myndigheten ska föra ett register över uppgifter om det utbud av hälso- och sjukvård som regionen erbjuder. Det handlar t.ex. om uppgifter om inom vilka medicinska områden regionen erbjuder hälso- och sjukvård och vilka regionala vårdgivare som utför den vården, såsom sjukhus eller specialistkliniker. Regionen kan även erbjuda upphandlad hälso- och sjukvård genom vårdgivare som regionen har avtal med enligt 15 kap. 1 § HSL. Den upphandlade hälso- och sjukvården omfattas också av regionens utbud av hälso- och sjukvård. Det kan handla om privata vårdgivare som på uppdrag av regionen erbjuder vissa hälso- och sjukvård.

Av *andra stycket* framgår att registret ska ge information om sådana uppgifter som behövs för en nationell vårdsökstjänst, dvs. uppgifter som möjliggör för vårdgivare att hitta andra vårdgivare som kan erbjuda vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård. Vad som avses med en nationell vårdsökstjänst framgår av 2 §.

4 § Det som sägs om regioner i denna lag gäller också kommuner som inte ingår i en region.

Paragrafen innehåller en bestämmelse om kommuner som inte ingår i någon region. Överväganden finns i avsnitt 5.1.

Paragrafen innehåller en bestämmelse som innebär att lagens bestämmelser om regioner även ska gälla för en kommun som inte tillhör någon region men som utför en regions uppgifter. I dagsläget är det endast Gotlands kommun som inte ingår i en region men som utför en regions uppgifter.

Lagens förhållande till annan dataskyddsreglering

5 § Denna lag kompletterar Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om

upphävandet av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning), här benämnd EU:s dataskyddsförordning. Ord och uttryck i denna lag har samma betydelse som i förordningen.

Vid behandling av personuppgifter enligt denna lag gäller lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning och föreskrifter som har meddelats i anslutning till den lagen, om inte annat följer av denna lag eller föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen.

Paragrafen anger lagens förhållande till annan dataskyddsreglering. Övervägandena finns i avsnitt 8.2.

I *första stycket* anges att lagen kompletterar EU:s dataskyddsförordning. Det innebär att lagen inte kan tillämpas fristående, utan endast tillsammans med EU:s dataskyddsförordning. EU:s dataskyddsförordning är direkt tillämplig men förutsätter eller tillåter i vissa avseenden nationella bestämmelser som kompletterar förordningen.

Av *andra stycket* framgår lagens förhållande till lagen med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning, förkortad dataskyddslagen. Dataskyddslagen, som kompletterar EU:s dataskyddsförordning på nationell generell nivå, är subsidiär i förhållande till denna lag. Bestämmelsen innebär att om inte annat följer av denna lag eller föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen, gäller dataskyddslagen.

Uttryck i lagen

6 § I denna lag avses med

1. *vårdgivare*: region och annan juridisk person eller enskild näringsidkare som ingått avtal med en region enligt 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och som erbjuder hälso- och sjukvård, och
2. *hälso- och sjukvård*: åtgärder enligt 2 kap. 1 § 1 hälso- och sjukvårdslagen.

I paragrafen anges vad som avses med vissa uttryck i lagen. Övervägandena finns i avsnitt 5.2.

Med uttrycket vårdgivare i *punkt 1* avses den som är en region eller annan juridisk person eller enskild näringsidkare som ingått avtal med en region enligt 15 kap. 1 § HSL och som erbjuder hälso- och sjukvård. Det innebär att uttrycket vårdgivare endast omfattar vårdgivare med en region som huvudman och som erbjuder den hälso- och sjukvård som en region är ansvarig för.

Med uttrycket hälso- och sjukvård i *punkt 2* avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador (2 kap. 1 § 1 HSL).

Personuppgiftsansvar

7 § Den ansvariga myndigheten är personuppgiftsansvarig för behandlingen av personuppgifter som myndigheten utför enligt denna lag och föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen.

Av paragrafen framgår att den ansvariga myndigheten är personuppgiftsansvarig. Övervägandena finns i avsnitt 8.2.

Paragrafen anger att den ansvariga myndigheten är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som myndigheten utför enligt lagen eller enligt föreskrifter som har meddelats

i anslutning till lagen. I artikel 4.7 i EU:s dataskyddsförordning finns definitionen av personuppgiftsansvarig.

Innehåll i registret

8 § Vårdsöksregistret får innehålla uppgifter om den hälso- och sjukvård som
1. regionen erbjuder, och
2. någon annan vårdgivare erbjuder genom avtal med regionen enligt 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Registret får inte innehålla uppgifter om patienter.

Paragrafen innehåller en bestämmelse om vad vårdsöksregistret får innehålla. Övervägandena finns i avsnitt 5.3.

Av *första stycket 1* framgår att vårdsöksregistret får innehålla uppgifter om regionens egna utbud av hälso- och sjukvård. Det handlar t.ex. om uppgifter om vilken hälso- och sjukvård som regionen erbjuder, såsom vård och behandling, och vilka regionala vårdgivare som utför den vården, såsom sjukhus eller specialistkliniker. Vad som avses med hälso- och sjukvård framgår av 6 §.

Av *första stycket 2* framgår att registret får innehålla uppgifter om regionens avtalade utbud av hälso- och sjukvård enligt 15 kap. 1 § HSL. Det handlar om uppgifter om den del av regionens upphandla hälso- och sjukvård, dvs. privata vårdgivare som på uppdrag av regionen erbjude r viss hälso- och sjukvård. Det kan t.ex. röra sig om uppgifter om det avtalade utbudet av hälso- och sjukvård, villkor för nyttjande av en upphandlad vårdgivares hälso- och sjukvård och under vilken tid som det avtalade utbudet av hälso- och sjukvård gäller.

Av *andra stycket* framgår att registret inte får innehålla uppgifter om patienter. Det innebär att inga personuppgifter som behandlas för direkta vårdsyften får registreras.

Närmare bestämmelser om innehållet i vårdsöksregistret får meddelas i verkställighetsföreskrifter enligt 17 §.

Utlämnande av uppgifter ur registret

9 § Den ansvariga myndigheten ska på begäran av en vårdgivare lämna ut uppgifter ur vårdsöksregistret om det behövs för att vårdgivare ska kunna hitta andra vårdgivare som kan erbjuda vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård.

Paragrafen innehåller en uppgiftsskyldighet för den ansvarige myndigheten. Övervägandena finns i avsnitt 5.4.

Av paragrafen framgår att den ansvariga myndigheten har en skyldighet att på begäran av en vårdgivare lämna ut uppgifter ur vårdsöksregistret om det behövs för att vårdgivare ska kunna hitta andra vårdgivare som kan erbjuda vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård. Uppgiftsskyldigheten syftar till att ge information om vårdgivares utbud av hälso- och sjukvård så att vårdgivare kan hitta tillgänglig hälso- och sjukvård hos andra vårdgivare i andra regioner. Det handlar alltså om uppgifter om vilken hälso- och sjukvård som regionen erbjuder, såsom vård och behandling, och vilka regionala vårdgivare som utför den vården, såsom sjukhus eller specialistkliniker. Det handlar även

om uppgifter om regioners avtal med andra vårdgivare om hälso- och sjukvård enligt 15 kap. 1 § HSL, såsom uppgifter om det avtalade utbudet av hälso- och sjukvård, villkor för nyttjande av en upphandlad vårdgivares hälso- och sjukvård och under vilken tid som det avtalade utbudet av hälso- och sjukvård gäller. Uppgifterna ska inte innehålla vårddokumentation om en patient (se kommentaren till 8 §).

Vad som avses med vårdgivare och hälso- och sjukvård framgår 6 §. Vad som avses med den nationella vårdsökstjänsten framgår av 2 §.

I samband med en begäran om uppgifter ur vårdsöksregistret behöver den begärande vårdgivaren precisera vilka uppgifter som den vill få del av.

Enligt 11 § ska uppgifterna lämnas ut genom den nationella vårdsökstjänsten.

10 § Den ansvarig myndighet ska på begäran av en vårdgivare lämna ut uppgifter om andra vårdgivares väntetider om det behövs för att vårdgivare ska kunna hitta andra vårdgivare som kan erbjuda vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård.

Paragrafen innehåller en skyldighet för den ansvariga myndigheten att lämna ut uppgifter om andra vårdgivares väntetider. Övervägandena finns i avsnitt 5.4.

Av paragrafen framgår att den ansvariga myndigheten ska lämna uppgifter om andra vårdgivares väntetider om det behövs för att vårdgivare ska kunna hitta andra vårdgivare som kan erbjuda vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård. Uppgiftsskyldigheten syftar alltså till att ge information om vårdgivares väntetider så att vårdgivare kan hitta tillgänglig hälso- och sjukvård hos andra vårdgivare i andra regioner. Det handlar om uppgifter om antal väntande patienter och deras faktiska väntetid. Uppgifterna ska vara aggregerade till en sådan nivå att de inte utgör personuppgifter eller omfattas av sekretess.

Enligt 11 § ska uppgifterna lämnas ut genom den nationella vårdsökstjänsten.

11 § Uppgifter enligt 9 och 10 §§ ska lämnas ut genom den nationella vårdsökstjänsten enligt 2 §.

Paragrafen reglerar att den ansvariga myndigheten ska lämna ut uppgifter genom den nationella vårdsökstjänsten. Övervägandena finns i avsnitt 5.4.

Av bestämmelsen framgår att uppgifter ur vårdsöksregistret och uppgifter om väntetider ska lämnas ut genom den nationella vårdsökstjänsten. Av 2 § framgår vad som avses med den nationella vårdsökstjänsten.

Ytterligare bestämmelser om villkor för åtkomst till sådana uppgifter som ska lämnas ut får meddelas i föreskrifter enligt 16 §.

Uppgifts- och anmälningsskyldighet för regionen

12 § En region, i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvård, ska lämna uppgifter till den ansvariga myndigheten om det egna utbudet av hälso- och sjukvård som regionen erbjuder och avtalat utbud enligt 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Paragrafen innehåller en uppgiftsskyldighet för regioner. Överväganden finns i avsnitt 5.5.

Av paragrafen framgår att en region ska till den ansvariga myndigheten lämna ut uppgifter om sitt utbud av hälso- och sjukvård. Syftet med uppgiftsskyldigheten är att lämna uppgifter som innehåller information om vårdgivares utbud av hälso- och sjukvård så att vårdgivare kan hitta tillgänglig hälso- och sjukvård hos andra vårdgivare i andra regioner. Det kan handla om uppgifter om vilken hälso- och sjukvård som regionen erbjuder, både egen och upphandlad, som t.ex. typ av specialistvård, och vilka vårdgivare som utför den vården. Det kan även handla om uppgifter ur avtal som regionen har med andra vårdgivare enligt 15 kap. 1 § HSL, som t.ex. uppgifter om villkor för nyttjande av en vårdgivares hälso- och sjukvård och under vilken tid som det avtalade utbudet av hälso- och sjukvård gäller.

Uppgiftsskyldigheten ska inte omfatta uppgifter för vilka gäller sekretess eller tystnadsplikt eller uppgifter som innehåller vård-dokumentation över patienter. I samband med utlämnade av uppgifter behöver den utlämnande regionen ta ställning till om uppgifterna omfattas av uppgiftsskyldigheten och ska lämnas ut.

Ytterligare bestämmelser om uppgiftsskyldigheten får meddelas i föreskrifter enligt 16 §.

13 § Skyldigheten att lämna uppgifter enligt 12 § gäller inte uppgifter som är säkerhetsskyddsklassificerade enligt säkerhetsskyddslagen (2018:585).

Paragrafen innehåller ett undantag från regionens uppgiftsskyldighet. Överväganden finns i avsnitt 5.5.

I paragrafen regleras ett undantag från regionens skyldighet att lämna uppgifter. Uppgifter som är säkerhetsskyddsklassificerade enligt säkerhetsskyddslagen ska därför inte lämnas till ansvarig myndighet. Med säkerhetsskyddsklassificerade uppgifter avses uppgifter som rör säkerhetskänslig verksamhet och som därför omfattas av sekretess enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) eller som skulle ha omfattats av sekretess enligt den lagen om den hade varit tillämplig (1 kap. 2 § säkerhetsskyddslagen).

14 § Om de förhållanden för vilka uppgifter lämnats i enligt 12 § ändras, ska detta skyndsamt anmälas till den ansvariga myndigheten.

Paragrafen innehåller en anmälningsskyldighet när uppgifter som lämnats ändrats. Överväganden finns i avsnitt 5.5.

Av paragrafen framgår att regionen är skyldig att anmäla ändrade förhållanden avseende de uppgifter som lämnats till den ansvariga myndigheten. Det kan t.ex. handla om förändringar i utbudet av hälso- och sjukvård eller vilken vårdgivare som erbjuder vården. Det kan också handla om när avtal eller avtalsvillkor ändras eller om avtal upphör i förtid.

En anmälan om ändrande förhållanden ska göras skyndsamt. Kravet i bestämmelsen innebär att anmälan ska hanteras så snart som möjligt.

Ytterligare bestämmelser om anmälningsskyldigheten får meddelas i föreskrifter enligt 16 §.

Tekniska och organisatoriska krav på regionen

15 § En region ska uppfylla de tekniska och organisatoriska kraven som är nödvändiga för att uppgifter i elektronisk form ska kunna lämnas enligt 12 och 14 §§.

Paragrafen innehåller en skyldighet för vårdgivare att uppfylla tekniska och organisatoriska krav. Övervägandena finns i avsnitt 5.6.

Av första stycket framgår att regionen har en skyldighet att uppfylla de tekniska och organisatoriska kraven som är nödvändiga för att den ska kunna fullgöra sin uppgifts- och anmälningsskyldighet enligt 12 § och 14 §§. Det innebär att regionen har ett ansvar att uppfylla tekniska och organisatoriska krav som är nödvändiga för att möjliggöra konsekvent och säkert informationsutbyte enligt lagen. De tekniska kraven syftar till att säkerställa att vårdgivarens informationssystem kan kommunicera med it-funktioner hos registermyndigheten. Med organisatoriska krav avses att vårdgivare bl.a. ska ha behovs- och riskanalyser som grund för behörighetstilldelning, policyer för informationssäkerhet och rutiner för incidenthantering.

Närmare bestämmelser om tekniska och organisatoriska krav får meddelas i verkställighetsföreskrifter enligt 17 §.

Rätt att meddela föreskrifter

16 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela ytterligare föreskrifter om

1. villkor för åtkomst till sådana uppgifter som ska lämnas ut enligt 11 §, och
2. uppgifts- och anmälningsskyldigheten enligt 12 och 14 §§.

Paragrafen innehåller normgivningsbemyndiganden. Övervägandena finns i avsnitt 5.4 och 5.5.

Paragrafen innehåller ett bemyndigande för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela ytterligare föreskrifter om villkor för åtkomst till uppgifter som ska lämnas ut enligt 11 § och uppgifts- och anmälningsskyldigheten enligt 12 och 14 §§. Sådana föreskrifter kan bl.a. avse de ytterligare föreskrifter om vilka uppgifter som ska lämnas och hur de ska lämnas samt villkor för åtkomst till uppgifter i vårdsökstjänsten.

17 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela närmare föreskrifter om

1. innehållet i vårdsöksregistret enligt 8 §, och
2. de tekniska och organisatoriska kraven enligt 15 §.

Paragrafen innehåller en upplysning om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan meddela närmare föreskrifter. Övervägandena finns i avsnitt 5.3 och 5.6.

Paragrafen innehåller en upplysning om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan meddela närmare föreskrifter om innehållet i registret enligt 8 § och regionens skyldighet att uppfylla kraven enligt 15 §. Sådana föreskrifter kan bl.a. avse de närmare uppgifter som registret får innehålla och preciseringar av de organisatoriska och

tekniska krav som framgår av 15 §. Uttrycket närmare föreskrifter innebär att det är verkställighetsföreskrifter som avses.

12.4 Förslaget till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

25 kap.

2 § Sekretess gäller hos en myndighet som bedriver verksamhet som avses i 1 § för uppgift om en enskilds personliga förhållanden som gjorts tillgänglig av en annan vårdgivare eller omsorgsgivare enligt lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, om inte förutsättningarna enligt 3 kap. 1, *1 a,* 3, 5 eller 6 § samma lag för att myndigheten ska få behandla uppgiften är uppfyllda.

Om de förutsättningar som anges i första stycket är uppfyllda eller myndigheten har behandlat uppgiften enligt 3 kap. 1, *1 a,* 3, 5 eller 6 § lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation tidigare, gäller sekretess, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men. Sekretessen gäller inte om annat följer av 7, 8 eller 10 § eller 26 kap. 6 §.

För uppgift i en allmän handling gäller sekretessen i högst sjuttio år.

Paragrafen reglerar sekretess hos hälso- och sjukvårdsmyndighet för uppgift om en enskilds personliga förhållanden i ett elektroniskt system som möjliggör tillgång till personuppgifter från andra vårdgivare. Övervägandena finns i avsnitt 7.1.

Ändringarna i *första* och *andra styckena* görs med anledning av införandet av en ny bestämmelse i 3 kap. 1 a § lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Ändringarna innebär att sekretess gäller hos en myndighet som bedriver verksamhet som avses i 1 § för uppgift om en enskilds personliga förhållanden som gjorts tillgänglig av en annan vårdgivare eller omsorgsgivare enligt lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, om förutsättningarna enligt 3 kap. 1 a § samma lag för att myndigheten ska få behandla uppgiften inte är uppfyllda.

17 c § Sekretessen enligt 17 a och 17 b §§ hindrar inte att

1. uppgift i den nationella läkemedelslistan lämnas enligt lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista till hälso- och sjukvårdspersonal som har behörighet att förskriva läkemedel eller andra varor, en sjuksköterska utan behörighet att förskriva läkemedel eller andra varor, en dietist, en farmaceut i hälso- och sjukvården eller till expedierande personal på öppenvårdsapotek,
2. uppgift lämnas enligt lagen (2016:526) om behandling av personuppgifter i ärenden om licens för läkemedel till öppenvårdsapotek eller den som är behörig att förordna läkemedel,
3. uppgift om förordnande och expediering av läkemedel för behandling av djur lämnas till expedierande personal på öppenvårdsapotek*, eller*
4. *uppgift lämnas enligt lagen (2027:000) om ett nationellt register över patienters vårdgivare till enskilda vårdgivare.*

Paragrafen innehåller sekretessbrytande bestämmelser. Övervägandena finns i avsnitt 7.2.

En ny *fjärde punkt* införs som innebär att sekretessen enligt 17 a eller 17 b § inte ska hindra att uppgift lämnas enligt lagen om ett nationellt register över patienters vårdgivare till enskilda vårdgivare. Med enskild

vårdgivare avses annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård enligt 3 § lagen om ett nationellt register över patienters vårdgivare.

12.5 Förslaget till lag om ändring i (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation

2 kap.

1 § En vårdgivare får, under de förutsättningar som anges i 2–6 §§ och 3 kap. 1, *1 a,* 3, 5 och 6 §§, ges tillgång, genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande, till personuppgifter som behandlas av andra vårdgivare eller av omsorgsgivare. En omsorgsgivare får, under de förutsättningar som anges i 2–6 §§ och 3 kap. 2 och 4 §§, ges tillgång, genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande, till personuppgifter som behandlas av andra vårdgivare eller av omsorgsgivare.

Tillgången enligt första stycket får bara avse personuppgifter som behandlas

1. för ändamål som anges i 2 kap. 4 § 1 och 2 patientdatalagen (2008:355), eller
2. för att ansvara för eller utföra insatser eller för administration av sådana insatser eller sådan dokumentation som avses i 1 kap. 3 § andra stycket.

Paragrafen reglerar förutsättningarna för vårdgivares eller omsorgsgivares möjlighet att under vissa förutsättningar, i ett elektroniskt system, få och ge elektronisk åtkomst till personuppgifter hos andra vård- och omsorgsgivare. Övervägandena finns i avsnitt 6.

Ändringen i *första stycket* är en följd av att en ny bestämmelse om vårdgivares behandling av uppgifter som en annan vårdgivare har gjort tillgängliga har ändrats och regleras i en ny bestämmelse, 3 kap. 1 a §.

3 kap.

1 § En vårdgivare får behandla uppgifter som en omsorgsgivare har gjort tillgängliga enligt 2 kap. 4 eller 6 § om

1. uppgifterna rör en patient som det finns en aktuell patientrelation med,
2. patienten samtycker till det, och
3. uppgifterna kan antas ha betydelse

a) för att inom hälso- och sjukvården förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador hos patienten, utföra insatser enligt lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter eller bedöma behovet av sådana insatser, eller

b) vid utfärdande av ett sådant intyg som avses i 3 kap. 16 § patientdatalagen (2008:355).

I fall som avses i första stycket 3 b gäller detta också när uppgifterna avser någon som det tidigare har funnits en patientrelation till.

Patientens samtycke krävs inte om denne är ett barn som inte självt kan samtycka.

Paragrafen reglerar när en omsorgsgivare, som är ansluten till ett system med sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, får behandla en omsorgsgivares ospärrade uppgifter om en patient. Övervägandena finns i avsnitt 6.

Ändringen i *första stycket* är en följd av införandet av en ny bestämmelse i 1 a §. Ändringen innebär att förutsättningarna för behandling av uppgifter som en annan vårdgivare har gjort tillgängliga inte längre regleras i paragrafen utan i 1 a §.

1 a § *En vårdgivare får behandla uppgifter som en annan vårdgivare har gjort tillgängliga enligt 2 kap. 4 eller 6 § om*

1. uppgifterna rör en patient som det finns en aktuell patientrelation med,

2. patienten inte motsatt sig det, och

3. uppgifterna kan antas ha betydelse

a) för att inom hälso- och sjukvården förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador hos patienten, utföra insatser enligt lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter eller bedöma behovet av sådana insatser, eller

b) vid utfärdande av ett sådant intyg som avses i 3 kap. 16 § patientdatalagen (2008:355).

I fall som avses i första stycket 3 b gäller detta också när uppgifterna avser någon som det tidigare har funnits en patientrelation till.

Paragrafen, som är ny, innehåller bestämmelser om när en vårdgivare, som är ansluten till ett system med sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, får behandla en annan vårdgivares ospärrade uppgifter om en patient. Övervägandena finns i avsnitt 6.

Bestämmelsen motsvarar 1 § med den skillnaden att det inte krävs att patienten samtycker till att vårdgivaren behandlar uppgifter som en annan vårdgivare har gjort tillgängliga. I stället får vårdgivaren behandla sådana uppgifter om patienten inte motsatt sig det.

I 2 kap. 2 § finns bestämmelser om vårdgivares skyldigheter att informera patienten om möjligheten att motsätta sig att uppgifter görs tillgängliga för andra vårdgivare.

3 § En vårdgivare får ta del av uppgift om vilka andra vårdgivare eller omsorgsgivare som har gjort uppgifter tillgängliga enligt 2 kap. 4 eller 6 § om en patient inte endast tillfälligt saknar förmåga att

1. lämna samtycke enligt 1 § första stycket 2*, eller*

2. motsätta sig det enligt 1 a § första stycket 2.

Vårdgivaren får i en sådan situation behandla också de uppgifter som avses i 2 kap. 4 eller 6 §, om

1. vårdgivaren bedömer att dessa kan antas ha betydelse för den vård som är nödvändig med hänsyn till patientens hälsotillstånd,

2. patientens inställning till sådan behandling av personuppgifter så långt som möjligt har klarlagts, och

3. det inte finns anledning att anta att patienten skulle ha motsatt sig behandlingen av personuppgifterna.

Paragrafen reglerar bl.a. under vilka förutsättningar en vårdgivare får ta del av uppgift om vilka andra vårdgivare eller omsorgsgivare som har gjort uppgifter tillgängliga när en patient inte endast tillfälligt saknar förmåga att lämna samtycke. Övervägandena finns i avsnitt 6.

Ändringen i *första stycket* är en följd av införandet av en ny bestämmelse i 1 a §. Ändringen innebär att en vårdgivare får ta del av uppgift om vilka andra vårdgivare som har gjort uppgifter tillgängliga enligt 2 kap. 4 eller

6 § om en patient inte endast tillfälligt saknar förmåga att motsätta sig det enligt 1 a § första stycket 2.

§ 110

Remiss: Behovsstyrd vård (SOU 2026:38)

Diarienummer: RJL 2026/2606

Beslut

Presidiet

- lämnar ärendet till nämnden för behandling utan eget förslag till beslut.

Sammanfattning

Region Jönköpings län har gets möjlighet att yttra sig avseende slutbetänkandet Behovsstyrd vård (SOU 2026:38).

Aktuellt uppdrag är att ta fram en ny och stärkt vårdgaranti för den specialiserade vården med väsentligt kortare tidsgränser än i dag.

Förvaltningen delar utredningens syn att tillgängligheten i svensk hälso- och sjukvård måste förbättras och ställer sig i grunden positiv till utredningens uttalade ambition att förbättra för patienterna. Att stärka patientens ställning, korta väntetiderna, öka transparensen samt sätta individens medicinska behov i centrum är målsättningar som förvaltningen fullt ut delar.

Förvaltningen bedömer dock att konsekvenserna av förslaget i flera delar är omfattande och att ett ikraftträdande redan 1 juli 2028 är för tidigt. Förvaltningen anser att det kommer krävas en relativt lång omställning och att särskilda resurser behöver avsättas för detta.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse: Remiss – Behovsstyrd vård (SOU 2026:38)
- Yttrande: Remiss – Behovsstyrd vård (SOU 2026:38)
- Missiv: Remiss – Behovsstyrd vård (SOU 2026:38)
- Remiss: Behovsstyrd vård (SOU 2026:38)

Beslutet skickas till

Nämnden för folkhälsa och sjukvård

Regionledningskontoret

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Remiss - Slutbetänkandet Behovsstyrd vård (SOU 2026:38)

Förslag till beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- godkänner yttrandet som svar till Socialdepartementet.

Sammanfattning

Uppdrag har varit att ta fram en ny och stärkt vårdgaranti för den specialiserade vården med väsentligt kortare tidsgränser än i dag.

Förvaltningen delar utredningens syn att tillgängligheten i svensk hälso- och sjukvård måste förbättras och ställer sig i grunden positiv till utredningens uttalade ambition att förbättra för patienterna. Att stärka patientens ställning, korta väntetiderna, öka transparensen samt sätta individens medicinska behov i centrum är målsättningar som förvaltningen län fullt ut delar.

Förvaltningen bedömer dock att konsekvenserna av förslaget i flera delar är omfattande och att ett ikraftträdande redan 1 juli 2028 är för snabbt. Förvaltningen anser att det kommer krävas en relativt lång omställning och att särskilda resurser avsätts för detta.

Ärendebeskrivning

Förvaltningen ställer sig i grunden positiv till utredningens uttalade ambition att förbättra för patienterna. Att stärka patientens ställning, korta väntetiderna, öka transparensen samt sätta individens medicinska behov i centrum är målsättningar som förvaltningen fullt ut delar. En tillgänglig och jämlik vård är fundamentet i det svenska välfärdssystemet.

Förvaltningen anser att konsekvenserna för bemanning, IT-stöd, administration, diagnostik, lokaler och verksamheternas omställningsbehov inte är tillräckligt analyserade. Även effekterna av tillsyn, vite och uppföljning behöver utredas bättre. Därför krävs fördjupade analyser kring flera av utredningens viktigaste förslag.

Kapitel 7.2 Utredningens förslag och bedömningar för en ny, behovsstyrd vårdgaranti

Utredningen föreslår en skärpning av den nationella vårdgarantin inom den specialiserade vården, där tidsfristen för medicinsk bedömning och första besök kortas från nuvarande 90 dagar till 30 dagar. Det är dock oklart vilka krav som

finns för att göra en medicinsk bedömning. Krävs det en fullständig utredning av besvären på specialistnivå eller räcker det med att någon bedömer en remiss och ger en tid inom ett antal dagar? Förvaltningen anser att det behövs gemensamma nationella definitioner och informationsmodeller. Begrepp som medicinsk bedömning, utredning, distanskontakt, planerad vård och nästa steg behöver definieras enhetligt för att uppföljning och jämförelse ska bli tillförlitlig. Själva definitionen kommer att ha stor betydelse för möjligheterna att nå den nya vårdgarantin.

Kapitel 8 En lagstadgad vårdgaranti för barn- och ungdomspsykiatrin

8.1 Vårdgarantin reglerar inte hur prioriteringar ska göras inom BUP

Förvaltningen föreslår att en vårdgaranti med en särskild tidsgräns för barn och ungdomspsykiatrin tas bort och att samma regler gäller för all hälso- och sjukvård.

I de fall behovet är större än det, hanteras det som i övrig hälso- och sjukvård och prioriteras inom vårdgarantin.

8.3 BUP är i många fall den primära instansen för barn och unga med psykisk ohälsa

Förvaltningen anser att det är angeläget att en lagstadgad vårdgaranti till specialistvården rimmar med primärvårdens förutsättningar och uppdrag utifrån perspektivet stegvisa insatser. I dagsläget är det, som utredningen beskriver, en för stor volym som söker sig till specialistvården *och att primärvården/första linjen inte är tillräckligt utbyggd*. All annan vård har en primärvård som är större än specialistvården.

8.3.1 En första linje för barn och unga med psykisk ohälsa

”Lindriga till måttliga besvär omfattas av primärvårdens uppdrag”. Detta förutsätts men beskrivs väldigt kort i betänkandet. Patienterna har ett behov av vård, men inte nödvändigtvis ett behov av specialistvård.

Förvaltningen stödjer en stark första linje för barn och unga med psykisk ohälsa.

8.3.2 En väg in - en kontaktväg till primärvården och BUP

”Socialstyrelsen konstaterar samtidigt att vården inte i någon större utsträckning getts till dem med störst behov. En utmaning är hur vården bättre ska nå barn och unga i utsatta områden”

Detta stämmer inte med bilden i Region Jönköpings län. Av de som söker oss är vi trygga med att vi har ett bra arbeta för prioritering av de svårast sjuka. Att barn i socioekonomiskt utsatta områden inte har kontakt med BUP relaterar inte till hur vi prioriterar dem som söker vård. Det är dock ett sant konstaterande att de i lägre utsträckning söker vård och finns representerade på BUP.

Förvaltningen stödjer en utveckling för att ge vård efter behov.

8.4 Skolan har en viktig roll för ungas psykiska hälsa

Förvaltningen instämmer i utredningens beskrivning av skolans viktiga roll för ungas psykiska hälsa.

8.4.1 Regeringen har tagit emot förslag om en förbättrad elevhälsa

Förvaltningen ser fram emot att ta del av det nationella hälsoprogrammet. Förslag om att samverkan mellan elevhälsa och regionens hälso-och sjukvård ska förbättras är bra.

8.5.1 Överenskommelse om ökad tillgänglighet till BUP för 2025-26

De två spåren analys och prestationer som syftar till att effektivisera BUP, organisera och stärka första linjen och primärvårdsnivån är goda intentioner. Båda delar är relevanta.

8.5.2 Nationella utvecklingsteam ska stötta den specialiserade psykiatrin

Förvaltningen anser att det nationella utvecklingsteamet med dess olika områden har varit/är en god hjälp.

8.5.3 Stärkt tillsyn inom området psykisk hälsa och suicidprevention

Förvaltningen välkomnar detta.

8.5.4 Uppdrag att ta fram ett nationellt hälsoprogram för barn och unga.

Förvaltningen välkomnar detta.

8.6.1 En lagstadgad vård med en särskild tidsgräns för planerad vård inom BUP

Förvaltningen föreslår att en vårdgaranti med en särskild tidsgräns för barn och ungdomspsykiatrin tas bort och att samma regler gäller för all hälso- och sjukvård.

8.6.2 Barn och unga bör erbjudas stegvisa insatser

Den stegvisa vården förutsätter att steget före specialistvården kan hantera en större volym av barn och unga. Förvaltningen håller med om vikten att fortsättningsvis stärka den primära nivån både utifrån kompetens och tillgänglighet.

Kapitel 9 Patientens möjligheter att välja utförare inom sluten vård

Utredningen föreslår att patienter ska ges en lagstadgad rätt att fritt välja slutenvård över hela landet, i linje med vad som i dag gäller för den öppna specialistvården.

Förvaltningen ställer sig positiv till förslag främst för att det då blir samma regelverk för både öppen- och slutenvården.

Kapitel 13 Konsekvenser av förslaget

Förvaltningen instämmer i att förslaget kan få positiva konsekvenser för patienterna och öka tillgängligheten. Däremot delar inte Region Jönköpings län helt utredningens bedömning att regionernas kostnader för omställningsarbetet enbart är av tillfällig karaktär och att förslagen på sikt kan leda till kostnadseffektiviseringar. Enligt utredningen innebär inte förslagen några nya

åtaganden för regionerna eller ambitionshöjning. Därför anser utredningen att det inte heller finns skäl för någon ekonomisk reglering enligt finansieringsprincipen.

Förvaltningen delar inte helt utredningens bild. Konsekvenserna av förslaget kommer innebära ett stort arbete med regionernas kapacitets- och produktionsplanering, vilket tar tid och resurser. Förvaltningen vill därför framhålla att nya statliga åtaganden ska finansieras enligt finansieringsprincipen och att inte regionen ska bära kostnaden för nya krav som följer av reformen.

Kapitel 15.1.1 Ikraftträdande

Förvaltningen anser att detta på många sätt är en stor förändring som kommer kräva mycket arbete för regionerna. Införandet behöver föregås av nationellt definitionsarbete, utveckling och test av uppföljningsmodeller samt i nära dialog med regionerna. Därför anser förvaltningen att det behöver en relativt lång omställningstid och att särskilda resurser avsätts för detta.

Förvaltningen föreslår att omställningen sker successivt och kan vara genomfört till 2030.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse: Remiss – Behovsstyrd vård (SOU 2026:38)
- Yttrande: Remiss – Behovsstyrd vård (SOU 2026:38)
- Missiv: Remiss – Behovsstyrd vård (SOU 2026:38)
- Remiss: Behovsstyrd vård (SOU 2026:38)

Beslutet skickas till

Socialdepartementet
Regionledningskontoret – Folkhälsa och sjukvård

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anette Peterson
Bitr. hälso- och sjukvårdsdirektör

Socialdepartementet

Remiss - Slutbetänkandet Behovsstyrd vård (SOU 2026:38)

Sammanfattning

Region Jönköpings län har getts möjlighet att yttra sig över Slutbetänkandet Behovsstyrd vård (SOU 2026:38).

Region Jönköpings län delar utredningens syn att tillgängligheten i svensk hälso- och sjukvård måste förbättras. Region Jönköpings län ställer sig i grunden positiv till utredningens uttalade ambition att förbättra för patienterna. Att stärka patientens ställning, korta väntetiderna, öka transparensen samt sätta individens medicinska behov i centrum är målsättningar som Region Jönköpings län fullt ut delar.

Region Jönköpings län bedömer att konsekvenserna av förslaget i flera delar är omfattande och att ett ikraftträdande redan 1 juli 2028 är för snabbt. Region Jönköpings län anser att det kommer krävas en relativt lång omställning och att särskilda resurser behöver avsättas för detta.

Synpunkter på förslaget

Region Jönköpings län ställer sig i grunden positiv till utredningens uttalade ambition att förbättra för patienterna. Att stärka patientens ställning, korta väntetiderna, öka transparensen samt sätta individens medicinska behov i centrum är målsättningar som Region Jönköpings län fullt ut delar. En tillgänglig och jämlik vård är fundamentet i det svenska välfärdssystemet.

Region Jönköpings län anser att konsekvenserna för bemanning, IT-stöd, administration, diagnostik, lokaler och verksamheternas omställningsbehov inte är tillräckligt analyserade. Även effekterna av tillsyn, vite och uppföljning behöver utredas bättre. Därför krävs fördjupade analyser kring flera av utredningens viktigaste förslag.

Kapitel 7.2 Utredningens förslag och bedömningar för en ny, behovsstyrd vårdgaranti

Utredningen föreslår en skärpning av den nationella vårdgarantin inom den specialiserade vården, där tidsfristen för medicinsk bedömning och första besök

Regionledningskontoret
Box 1024
551 11 Jönköping

Telefon: 010-241 00 00
E-post: regionen@rjl.se
Hemsida: www.rjl.se

Organisationsuppgifter
Bankgiro: 5216-2849
Orgnr: 232100-0057

kortas från nuvarande 90 dagar till 30 dagar. Det är dock oklart vilka krav som finns för att göra en medicinsk bedömning. Krävs det en fullständig utredning av besvären på specialistnivå eller räcker det med att någon bedömer en remiss och ger en tid inom ett antal dagar? Region Jönköpings län anser att det behövs gemensamma nationella definitioner och informationsmodeller. Begrepp som medicinsk bedömning, utredning, distanskontakt, planerad vård och nästa steg behöver definieras enhetligt för att uppföljning och jämförelse ska bli tillförlitlig. Själva definitionen kommer att ha stor betydelse för möjligheterna att nå den nya vårdgarantin.

Kapitel 8 En lagstadgad vårdgaranti för barn- och ungdomspsykiatrin

8.1 Vårdgarantin reglerar inte hur prioriteringar ska göras inom BUP

Region Jönköpings län föreslår att en vårdgaranti med en särskild tidsgräns för barn och ungdomspsykiatrin tas bort och att samma regler gäller för all hälso- och sjukvård.

I de fall behovet är större än det, hanteras det som i övrig hälso- och sjukvård och prioriteras inom vårdgarantin.

8.3 BUP är i många fall den primära instansen för barn och unga med psykisk ohälsa

Region Jönköpings län anser att det är angeläget att en lagstadgad vårdgaranti till specialistvården rimmar med primärvårdens förutsättningar och uppdrag utifrån perspektivet stegvisa insatser. I dagsläget är det, som utredningen beskriver, en för stor volym som söker sig till specialistvården *och att primärvården/första linjen inte är tillräckligt utbyggd*. All annan vård har en primärvård som är större än specialistvården.

8.3.1 En första linje för barn och unga med psykisk ohälsa

”Lindriga till måttliga besvär omfattas av primärvårdens uppdrag”. Detta förutsätts men beskrivs väldigt kort i betänkandet. Patienterna har ett behov av vård, men inte nödvändigtvis ett behov av specialistvård.

Region Jönköpings län stödjer en stark första linje för barn och unga med psykisk ohälsa.

8.3.2 En väg in - en kontaktväg till primärvården och BUP

”Socialstyrelsen konstaterar samtidigt att vården inte i någon större utsträckning getts till dem med störst behov. En utmaning är hur vården bättre ska nå barn och unga i utsatta områden”

Detta stämmer inte med bilden i Region Jönköpings län. Av de som söker oss är vi trygga med att vi har ett bra arbeta för prioritering av de svårast sjuka. Att barn i socioekonomiskt utsatta områden inte har kontakt med BUP relaterar inte till hur vi prioriterar dem som söker vård. Det är dock ett sant konstaterande att de i lägre utsträckning söker vård och finns representerade på BUP.

Region Jönköpings län stödjer en utveckling för att ge vård efter behov.

8.4 Skolan har en viktig roll för ungas psykiska hälsa

Region Jönköpings län instämmer i utredningens beskrivning av skolans viktiga roll för ungas psykiska hälsa.

8.4.1 Regeringen har tagit emot förslag om en förbättrad elevhälsa

Region Jönköpings län ser fram emot att ta del av det nationella hälsoprogrammet. Förslag om att samverkan mellan elevhälsa och regionens hälso-och sjukvård ska förbättras är bra.

8.5.1 Överenskommelse om ökad tillgänglighet till BUP för 2025-26

De två spåren analys och prestationer som syftar till att effektivisera BUP, organisera och stärka första linjen och primärvårdsnivån är goda intentioner. Båda delar är relevanta.

8.5.2 Nationella utvecklingsteam ska stötta den specialiserade psykiatrin

Region Jönköpings län anser att det nationella utvecklingsteamet med dess olika områden har varit/är en god hjälp.

8.5.3 Stärkt tillsyn inom området psykisk hälsa och suicidprevention

Region Jönköpings län välkomnar detta.

8.5.4 Uppdrag att ta fram ett nationellt hälsoprogram för barn och unga.

Region Jönköpings län välkomnar detta.

8.6.1 En lagstadgad vård med en särskild tidsgräns för planerad vård inom BUP

Region Jönköpings län föreslår att en vårdgaranti med en särskild tidsgräns för barn och ungdomspsykiatrin tas bort och att samma regler gäller för all hälso- och sjukvård.

8.6.2 Barn och unga bör erbjudas stegvisa insatser

Den stegvisa vården förutsätter att steget före specialistvården kan hantera en större volym av barn och unga. Region Jönköpings län håller med om vikten att fortsättningsvis stärka den primära nivån både utifrån kompetens och tillgänglighet.

Kapitel 9 Patientens möjligheter att välja utförare inom sluten vård

Utredningen föreslår att patienter ska ges en lagstadgad rätt att fritt välja slutenvård över hela landet, i linje med vad som i dag gäller för den öppna specialistvården.

Region Jönköpings län ställer sig positiv till förslag främst för att det då blir samma regelverk för både öppen- och slutenvården.

Kapitel 13 Konsekvenser av förslaget

Region Jönköpings län instämmer i att förslaget kan få positiva konsekvenser för patienterna och öka tillgängligheten. Däremot delar inte Region Jönköpings län helt utredningens bedömning att regionernas kostnader för omställningsarbetet enbart är av tillfällig karaktär och att förslagen på sikt kan leda till kostnadseffektiviseringar. Enligt utredningen innebär inte förslagen några nya åtaganden för regionerna eller ambitionshöjning. Därför anser utredningen att det inte heller finns skäl för någon ekonomisk reglering enligt finansieringsprincipen.

Region Jönköpings län delar inte utredningens bild. Konsekvenserna av förslaget kommer innebära ett stort arbete med regionernas kapacitets- och produktionsplanering, vilket tar tid och resurser. Region Jönköpings län vill därför framhålla att nya statliga åtaganden ska finansieras enligt finansieringsprincipen och att inte regionen ska bära kostnaden för nya krav som följer av reformen.

Kapitel 15.1.1 Ikraftträdande

Region Jönköpings län anser att detta på många sätt är en stor förändring som kommer kräva mycket arbete för regionerna. Införandet behöver föregås av nationellt definitionsarbete, utveckling och test av uppföljningsmodeller samt i nära dialog med regionerna. Därför anser Region Jönköpings län att det behövs en relativt lång omställningstid och att särskilda resurser avsätts för detta.

Region Jönköpings län föreslår att omställningen sker successivt och kan vara genomfört till 2030.

Thomas Gustafsson
Ordförande i nämnden för folkhälsa
och sjukvård

Regeringskansliet

Remiss

2026-06-23
S2026/01367

Socialdepartementet
Enheten för sjukvård och läkemedelsfrågor, Hälso- och sjukvårdsfrågor
Oskar Johansson

Remiss av slutbetänkandet Behovsstyrd vård (SOU 2026:38)

Remissinstanser

1. Akademikerförbundet SSR
2. Aleris
3. Almega Vårdföretagarna
4. Anhörigas Riksförbund
5. Arbetsmiljöverket
6. Arvika kommun
7. Autism Sverige
8. Barnens rätt i samhället (BRIS)
9. Barnombudsmannen
10. Blodtrycksdoktorn
11. Bodens kommun
12. Cancerfonden
13. Capio
14. Carlanderska sjukhuset
15. DHR
16. Din psykolog
17. Diskrimineringsombudsmannen
18. Doktor.se
19. E-hälsomyndigheten
20. Ersta diakoni

Telefonväxel: 08-405 10 00
Fax: 08-24 46 31
Webb: www.regeringen.se

Postadress: 103 33 Stockholm
Besöksadress: Fredsgatan 8
E-post: s.registrator@regeringskansliet.se

21. EsterCare AB
22. Falu kommun
23. Famna
24. Folkhälsomyndigheten
25. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd
26. Fremia
27. Funktionsrätt Sverige
28. Fysioterapeuterna
29. Försäkringskassan
30. Förvaltningsrätten i Uppsala
31. Förvaltningsrätten i Växjö
32. Gnosjö kommun
33. Göteborgs kommun
34. Göteborgs universitet
35. Huddinge kommun
36. Hässleholms kommun
37. Inspektionen för vård och omsorg
38. Integritetsskyddsmyndigheten
39. Joint Academy (Arthro Therapeutics AB)
40. Jokkmokks kommun
41. Jämställdhetsmyndigheten
42. Karolinska institutet
43. Knodd Vård AB
44. Konkurrensverket
45. Kry International AB
46. Kungsbacka kommun
47. Kungälvs kommun
48. Linköpings kommun
49. Linköpings universitet (Prioriteringscentrum)
50. Ljusdals kommun

51. Logopedförbundet
52. Lomma kommun
53. Lunds universitet
54. Malmö kommun
55. MediCheck Healthcare AB
56. Min Doktor (MD International AB)
57. Mindler
58. Motala kommun
59. Myndigheten för delaktighet
60. Myndigheten för digital förvaltning
61. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
62. Mörbylånga kommun
63. Nationell samverkan för psykisk hälsa
64. Nyköpings kommun
65. Pensionärernas riksorganisation
66. Praktikertjänst
67. Region Blekinge
68. Region Dalarna
69. Region Gotland
70. Region Gävleborg
71. Region Halland
72. Region Jämtland Härjedalen
73. Region Jönköpings län
74. Region Kalmar län
75. Region Kronoberg
76. Region Norrbotten
77. Region Skåne
78. Region Stockholm
79. Region Sörmland
80. Region Uppsala

81. Region Värmland
82. Region Västerbotten
83. Region Västernorrland
84. Region Västmanland
85. Region Örebro län
86. Region Östergötland
87. Reumatikerförbundet
88. Riksdagens ombudsmän
89. Riksförbundet Attention
90. Riksförbundet FUB
91. Riksförbundet för Rörelsehindrade Barn och Ungdomar
92. Robertsfors kommun
93. Sala kommun
94. SKPF Pensionärerna
95. Skövde kommun
96. Sobona
97. Socialstyrelsen
98. Sollefteå kommun
99. Sophiahemmet, ideell förening
100. SPF Seniorerna
101. SRAT
102. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering
103. Statens institutionsstyrelse
104. Statens medicinsk-etiska råd
105. Statskontoret
106. Stockholms kommun
107. Stockholms universitet (Juridiska fakulteten)
108. Svensk sjuksköterskeförening
109. Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri
110. Svenska Kommunalarbetareförbundet

111. Svenska Läkaresällskapet
112. Sveriges akademikers centralorganisation
113. Sveriges Arbetsterapeuter
114. Sveriges Kommuner och Regioner
115. Sveriges läkarförbund
116. Sveriges Psykologförbund
117. Sölvesborgs kommun
118. Tjänstemännens centralorganisation
119. Umeå kommun
120. Umeå universitet
121. Upphandlingsmyndigheten
122. Uppsala kommun
123. Vision
124. Vårdförbundet
125. Västerviks kommun
126. Västra Götalandsregionen
127. Ydre kommun
128. Åre kommun
129. Älmhults kommun
130. Örebro kommun

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast den 30 oktober 2026**. Svaren bör lämnas per e-post till s.remissvar@regeringskansliet.se och s.sl@regeringskansliet.se. Ange diarienummer **S2026/01367** och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

Svaret bör lämnas i två versioner: den ena i ett bearbetningsbart format (t.ex. Word), den andra i ett format (t.ex. pdf) som följer tillgänglighetskraven enligt lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service. Remissinstansens namn ska anges i namnet på respektive dokument.

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Betänkandet kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Remissinstanserna kan utan kostnad beställa tryckta exemplar av betänkandet via ett beställningsformulär hos Multiply Solutions, tidigare Åtta45.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria Svara på remiss (SB PM 2021:1). Den kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Cecilia Halle
Departementsråd

Kopia till

Multiply Solutions, e-postadress: regeringskansliet@multiplysolutions.se

Behovsstyrd vård

Betänkande av Utredningen
Behovsstyrd vård

Stockholm 2026

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2026:38

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2021:1.
Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på regeringen.se/remisser.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslag: Multiply Solutions
Tryck och remisshantering: Multiply Solutions, Stockholm 2026

ISBN 978-91-525-1555-6 (tryck)
ISBN 978-91-525-1556-3 (pdf)
ISSN 0375-250X

Till statsrådet Elisabet Lann

Regeringen beslutade den 23 maj 2024 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att analysera och föreslå en ny och stärkt vårdgaranti samt lämna förslag som ökar kontinuiteten inom den specialiserade vården.

Till särskild utredare förordnades läkaren Anna Nergårdh. Utredningen har tagit namnet Behovsstyrd vård (S 2024:05).

Som huvudsekreterare i utredningen anställdes den 14 augusti 2024 kanslirådet Anne Wisten. Som sekreterare i utredningen anställdes den 14 augusti 2024 avdelningsjuristen Anton Lesse. Som sekreterare anställdes från och med den 14 augusti till och med den 31 december 2024 utredaren Rebecca Mosson. Som sekreterare anställdes från och med den 1 oktober 2024 kanslirådet Martina Bergström. Som sekreterare anställdes även revisionsdirektören Emma Wallin från och med den 20 januari 2025. Från och med den 19 mars 2025 till och med den 14 november 2025 anställdes avdelningsjuristen Björn Collsiöö. Kanslirådet Louise Andersson anställdes som sekreterare i utredningen på deltid från och med den 1 december 2025 och på heltid från och med den 1 april 2026. Den 5 december 2025 anställdes även professorn Anders Anell som sekreterare på deltid till och med den 31 maj 2026.

Som sakkunniga till utredningen förordnades den 9 oktober 2024 departementssekreteraren David Dager, departementssekreteraren Oskar Johansson, departementssekreteraren Lars Karlander och kanslirådet Andrea Larsson. Som experter till utredningen förordnades den 9 oktober 2024 professorn Anders Anell, direktören Mats Bojestig, samordnaren Annika Brodin Blomberg, ordföranden Niklas Ekerstad, direktören Caroline Hällsjö Sander, enhetschefen Marwaa Ibrahim, sjuksköterskan Elisabeth Liljekvist, analytikern Agnes Lindvall, specialistsjuksköterskan Martina Lundmark, enhetschefen Henrik Lysell, specialistläkaren Rebecca Oscarsson, enhetschefen Lennart

Pettersson, ordföranden Inger Ros, professorn Christian Rück, professorn Lars Sandman, specialistläkaren Thomas Wallén och utvecklingsledaren Johanna Woltjer. Enhetschefen Henrik Lysell entledigades från och med den 29 januari 2025 och ersattes med enhetschefen Lena Hellberg från och med samma datum. Specialistläkaren Thomas Wallén entledigades från och med den 12 augusti 2025. Analytikern Agnes Lindvall entledigades från och med den 23 mars 2026 och ersattes med utredaren Carl Lundgren från och med samma datum. Professorn Anders Anell entledigades som expert i samband med att han blev anställd i utredningen, den 5 december 2025.

Departementssekreteraren David Dager entledigades från och med den 6 maj 2025 och från och med samma dag förordnades departementssekreteraren Sofia Karlsson att vara sakkunnig i utredningen. Kanslirådet Andrea Larsson entledigades från och med den 19 augusti 2025 och från och med samma dag förordnades departementssekreteraren Emilia Segerlind att vara sakkunnig i utredningen.

Den 16 januari 2025 överlämnade utredningen redovisningen Förslag på statliga engångsinsatser för att korta väntetider i vården, S 2024:05.

Den 23 oktober 2025 fick utredningen tilläggsdirektiv (dir. 2025:94).

Utredningen vill rikta ett varmt tack till alla de som med stort engagemang tagit sig tid att bidra till arbetet.

Utredningen överlämnar härmed betänkandet *Behovsstyrd vård* (SOU 2026:38).

Stockholm i juni 2026

Anna Nergårdh

Anne Wisten
Emma Wallin
Martina Bergström
Anton Lesse
Anders Anell
Louise Andersson

Innehåll

Sammanfattning **17**

1 Författningsförslag **25**

1.1 Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659) 25

1.2 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821) 27

1.3 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 30

1.4 Förslag till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) 33

2 Utredningens uppdrag och arbetssätt **37**

2.1 Utredningens uppdrag 37
2.1.1 En ny och stärkt vårdgaranti 37
2.1.2 Promemoria med förslag på statliga engångsinsatser 38
2.1.3 Tilläggsdirektiv om nationella principer för ersättningar och avgifter 39

2.2 Metod 39
2.2.1 Möten och dialoger 40
2.2.2 Uppgifter om väntetider och annan statistik 42

2.3 Disposition 43

3 Regler, roller och prioriteringar **45**

3.1 Regleringen av hälso- och sjukvården i Sverige 46

3.1.1 Hälso- och sjukvårdslagen kom till för att minska detaljreglering ... 46
3.1.2 Utvecklingen av styrningen under 2000-talet ... 46

3.2 Roller och ansvarsfördelning i svensk hälso- och sjukvård ... 50
3.2.1 Statens styrning av hälso- och sjukvården ... 50

3.3 Prioriteringar i vården ... 53
3.3.1 LEON-principen ... 55
3.3.2 Kunskapsstyrning som verktyg för prioriteringar ... 56

4 Väntetider i vården och styrmedel som har införts för att korta dem ... 61

4.1 Stora regionala skillnader i väntan på vård ... 61
4.1.1 Brister i data gör statistiken om väntetider osäker ... 62

4.2 Styrmedel för att korta väntetiderna i vården ... 63
4.2.1 Vårdgarantier har funnits i olika former sedan 1990-talet ... 63
4.2.2 Kömiljarden innebar prestationsbaserade ersättningar till regionerna ... 65
4.2.3 Kömiljarden har följts av andra överenskommelser och extra tillskott av medel ... 67
4.2.4 Standardiserade vårdförlopp för cancer ... 70
4.2.5 Samtliga centrala styrmedel har kritiserats för att inte vara effektiva ... 73

4.3 Mot en ökad statlig styrning av väntetider ... 77
4.3.1 En nationell vårdförmedling inrättas och överenskommelser ersätts av förordningar ... 78
4.3.2 Särskilda satsningar på kortare vårdköer för utvalda diagnosgrupper ... 80
4.3.3 Förändringar i ansvar för mätning av väntetider – numera i statlig regi ... 81

4.4 Tillgänglighet är mer än väntetider ... 82
4.4.1 Produktions- och kapacitetsstyrning är viktiga verktyg för ökad tillgänglighet ... 83

4.4.2 Tillgänglighet hänger nära samman med vårdens kompetensförsörjning 84
4.4.3 En reform för en god, nära och tillgänglig vård..... 85

5 Vårdgarantins konstruktion 91

5.1 Den nationella vårdgarantin anger bortre tidsgränser för väntan på vård..... 91
5.1.1 Vårdgarantin i förhållande till mål och prioriteringar..... 92
5.1.2 Ansvaret att erbjuda en vårdgaranti..... 93
5.1.3 Vårdgarantin gäller inte alltid 94

5.2 Rätten till information är reglerad i lag 95
5.2.1 Rätt till information när vårdgarantin inte uppfylls 95
5.2.2 Information om *när* patienten ska få besked är inte reglerad i Sverige 96

5.3 En utökad vårdgaranti inom den specialiserade vården har föreslagits och utretts men inte blivit av 97
5.3.1 Avsikten var att utöka vårdgarantin från de fyra nedslagen..... 97

5.4 I våra nordiska grannländer är vårdgarantin utformad på andra sätt..... 99
5.4.1 En differentierad vårdgaranti i Norge 99
5.4.2 I Finland täcker vårdgarantin en stor del av vårdkedjan 101

6 Inför konstruktionen av en ny, behovsstyrd vårdgaranti 103

6.1 Tidsgränserna i vårdgarantin är 90 + 90 dagar – men tanken var att de skulle vara kortare..... 103

6.2 Tidsgränserna ses som målsättningar och är i praktiken bara aktuella för vissa patienter..... 104
6.2.1 Resonemang om tidsgränser under utredningens gång 106

6.2.2 Det finns regionala målsättningar som är kortare än 90 dagar och som inkluderar fler steg ... 107

6.3 Besöksgaranti i den specialiserade vården ... 109
6.3.1 Patientens första besök är vanligen till en läkare och äger rum på en vårdinrättning ... 109
6.3.2 Många får sitt första besök snabbt, men det finns också patienter som väntar betydligt längre på vård ... 110
6.3.3 Från besök till bedömning i primärvården ... 111

6.4 Behandlingsgaranti i den specialiserade vården ... 111
6.4.1 De flesta får sin operation eller behandling i tid, men för en del patienter blir väntan lång ... 111

6.5 Undersökningar, utredningar och återbesök ingår inte i dagens vårdgaranti ... 112
6.5.1 Undersökningar faller utanför vårdgarantins fyra nedslag ... 113
6.5.2 Även återbesök ligger utanför vårdgarantin ... 120

6.6 Differentierad vårdgaranti ... 123
6.6.1 Vad är en differentierad vårdgaranti? ... 123
6.6.2 Synpunkter om differentierad vårdgaranti ... 125

6.7 Patientens rätt till information och stöd när vårdgarantin inte uppfylls ... 125
6.7.1 Såväl patient- som professionsföreningar lyfter fram vikten av information och besked till patienten ... 126
6.7.2 Otydlig information om vårdgarantin ... 126
6.7.3 Ett stort ansvar läggs på patienten ... 127
6.7.4 Bristande kunskap om patienters rättigheter ... 127

6.8 Hinder för att få vård i en annan region ... 128
6.8.1 Lagtexten lämnar utrymme för tolkningar ... 128
6.8.2 Det finns många avtal men de används för lite ... 129
6.8.3 En del patienter väljer vård i sin egen region framför kortare väntan ... 130

7 Förslag och bedömningar för en behovsstyrd vårdgaranti ... 133

7.1 En behovsstyrd vårdgaranti för fler patienter ... 133
7.1.1 En vårdgaranti med kortare tidsgränser ska också uppfyllas ... 135

7.2 Utredningens förslag och bedömningar för en ny, behovsstyrd vårdgaranti ... 137
7.2.1 En garanti om medicinsk bedömning ersätter dagens besöksgaranti ... 139
7.2.2 Tidsfrist för remisshanteringen och en informationsgaranti för patienten är nya inslag i vårdgarantin ... 143
7.2.3 Bedömning om förbättrad och mer enhetlig information om vårdgarantin ... 151
7.2.4 Fler patienter och fler delar av vårdkedjan inkluderas i den nya vårdgarantin ... 154

7.3 En förtydligad reglering av regionernas ansvar för att se till att patienter får vård i tid ... 167
7.3.1 Regionerna ska planera och organisera för en god tillgänglighet i vården ... 169
7.3.2 Det behövs ingen särskild reglering av valet av utförare när regionen inte uppfyller vårdgarantin ... 170

7.4 Finansieringen av omställning till en ny vårdgaranti ... 171

8 En lagstadgad vårdgaranti för barn- och ungdomspsykiatrin ... 173

8.1 Vårdgarantin reglerar inte hur prioriteringar ska göras inom BUP ... 174

8.2 Allt fler barn och unga söker vård på grund av psykisk ohälsa ... 174
8.2.1 Fler söker vård inom BUP och många får vänta för länge ... 175
8.2.2 Stora regionala skillnader när det gäller väntetider till BUP ... 179

8.2.3 Ökad efterfrågan på neuropsykiatriska utredningar ... 184

8.3 BUP är i många fall den primära instansen för barn och unga med psykisk ohälsa ... 187
8.3.1 En första linje för barn och unga med psykisk ohälsa ... 187
8.3.2 En väg in – en kontaktväg till primärvården och BUP ... 188

8.4 Skolan har en viktig roll för ungas psykiska hälsa ... 189
8.4.1 Regeringen har tagit emot förslag om en förbättrad elevhälsa ... 190

8.5 Staten genomför flera insatser för att stärka BUP ... 191
8.5.1 Överenskommelse om ökad tillgänglighet till BUP för 2025–2026 ... 192
8.5.2 Nationella utvecklingsteam ska stötta den specialiserade psykiatrin ... 194
8.5.3 Stärkt tillsyn inom området psykisk hälsa och suicidprevention ... 194
8.5.4 Uppdrag att ta fram ett nationellt hälsoprogram för barn och unga ... 195

8.6 Utredningens förslag och bedömning för BUP ... 195
8.6.1 En lagstadgad vårdgaranti med en särskild tidsgräns för planerad vård inom BUP ... 195
8.6.2 Barn och unga bör erbjudas tidiga och stegvisa insatser ... 199

9 Patientens möjligheter att välja utförare inom sluten vård ... 203

9.1 Regionerna ska planera för de patienter som omfattas av regionens ansvar ... 203
9.1.1 Patienten har enligt lag rätt att välja utförare i öppen vård ... 204
9.1.2 Hemregionen bekostar patientens vård även när den sker i en annan region ... 204

9.1.3 Hemregionen står inte för andra kostnader som uppstår när patienten själv väljer vård i en annan region ... 205
9.1.4 Kunskapen om orsakerna till utomlänsvård är begränsad ... 206
9.1.5 Patientens möjlighet att välja utförare i ett annat land ... 206

9.2 När en patient vill välja utförare av sluten vård i en annan region ... 207
9.2.1 Möjligheten att välja utförare av sluten vård i en annan region finns genom avtal ... 207

9.3 Tidigare utredningar har bedömt att valfriheten inte bör omfatta sluten vård ... 208
9.3.1 Förskjutningen från sluten till öppen vård kastar nytt ljus på frågan ... 209

9.4 Förslag om hur möjligheten att välja utförare kan omfatta sluten vård ... 209

10 Uppföljning av vårdgarantin ... 213

10.1 Brister i data om väntetider ... 213

10.2 Insamling av uppgifter om väntetider ... 214
10.2.1 Regeringen har flyttat ansvaret från SKR till Socialstyrelsen ... 215

10.3 Statlig uppföljning av väntetider och vårdgarantin ... 216
10.3.1 Syftet med att följa upp vårdgarantin ... 216
10.3.2 Dagens uppföljning av tidsgränserna ... 217
10.3.3 Väntetider och vårdgarantin har följts upp av olika aktörer ... 217

10.4 Olika typer av kunskapsunderlag till regeringen ... 218
10.4.1 Uppföljning av tillgänglighet och kapacitet ... 218
10.4.2 Patientregistret utvecklas som stöd för nationell uppföljning ... 219

10.5 Socialstyrelsen bör följa upp den nya vårdgarantin med hjälp av patientregistret ... 220

10.6 Fortsatt uppföljning och användning av avtal för att använda vårdkapaciteten bättre ... 224
10.6.1 Arbetet med förmedling av vård bör utvecklas ... 224

10.7 Behov av en sammanhållen utvärdering ... 226
10.7.1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bör utvärdera konsekvenserna av den nya vårdgarantin ... 226

11 Tillsyn av huvudmännen när vårdgarantin inte följs ... 229

11.1 Tillsyn av hälso- och sjukvården ... 229
11.1.1 Tillsyn av verksamhet och personal i hälso- och sjukvården ... 230
11.1.2 IVO:s möjlighet att besluta om ett föreläggande ... 231
11.1.3 Tillsyn av tillgänglighet, väntetider och vårdgarantin ... 233

11.2 Förstärkt tillsyn av vårdgarantin ... 235
11.2.1 IVO får möjlighet att förelägga vårdgivaren med vite ... 235
11.2.2 Överväganden om tillsyn över vårdgarantins tidsgränser ... 239

11.3 IVO:s tillgång till uppgifter ur patientregistret ... 240

12 Kontinuitet inom specialiserad vård ... 243

12.1 Kontinuitet främjar hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet ... 243
12.1.1 Det finns olika typer av kontinuitet ... 244

12.2 Det finns en bestämmelse om fast läkarkontakt i primärvården ... 246

12.3 Patienter har rätt till en fast vårdkontakt inom all hälso- och sjukvård ... 247
12.3.1 Nya bestämmelser för fast vårdkontakt ... 248
12.3.2 För patienter med livshotande tillstånd behöver den fasta vårdkontakten vara en legitimerad läkare ... 248

12.4 Fast läkarkontakt och fast vårdkontakt inom specialiserad vård ... 249
12.4.1 När funktionen fast vårdkontakt infördes ersatte den regleringen om PAL ... 249
12.4.2 Uppgifter om fast vårdkontakt finns framför allt för primärvården ... 252

12.5 Utredningens bedömningar och förslag för ökad kontinuitet inom specialiserad vård ... 255
12.5.1 Patientens behov och önskemål ska beaktas vid valet av fast vårdkontakt ... 255
12.5.2 Tillgången till fast vårdkontakt inom den specialiserade vården bör följas upp ... 257

13 Konsekvenser av förslagen ... 259

13.1 Konsekvenser för patienter och anhöriga ... 260
13.1.1 Konsekvenser för barn och unga av en lagstadgad vårdgaranti för BUP ... 261
13.1.2 En vårdgaranti i enlighet med patientens behov ... 262
13.1.3 Jämställdhet mellan kvinnor och män ... 262
13.1.4 Personer med funktionsnedsättningar ... 263

13.2 Konsekvenser för regionerna ... 263
13.2.1 Bedömning av reglering enligt finansieringsprincipen ... 263
13.2.2 Ekonomiska konsekvenser för regionerna ... 265
13.2.3 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen ... 268
13.2.4 Övriga konsekvenser för regioner ... 273

13.3 Konsekvenser för staten ... 274
13.3.1 Ekonomiska konsekvenser för staten ... 274
13.3.2 Konsekvenser för myndigheter ... 276

13.4 Konsekvenser för grupper och aktörer ... 278
13.4.1 Företag och idéburen verksamhet ... 278
13.4.2 Kommuner ... 279

13.5 Samhällsekonomiska konsekvenser ... 280

13.6 Andra nyttor med förslagen ... 281
13.6.1 Ökad styrning mot en jämlik vård ... 281
13.6.2 Positiva men begränsade effekter på folkhälsan ... 282

13.7 Övriga konsekvenser ... 282

13.8 Konsekvenser för regionerna av att patienten kan välja utförare inom sluten vård ... 283

13.9 Konsekvenser av förslagen för ökad kontinuitet inom specialiserad vård ... 283
13.9.1 Konsekvenser för patienter ... 283
13.9.2 Konsekvenser för vårdens medarbetare ... 284
13.9.3 Konsekvenser för regioner och arbetsgivare ... 284
13.9.4 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen ... 284
13.9.5 Ekonomiska konsekvenser ... 285

13.10 Konsekvenser av att inte genomföra förslagen ... 285

14 Nationella principer för ersättningar och avgifter inom hälso- och sjukvården ... 289

14.1 Utmaningar med nuvarande system för ersättningar och avgifter ... 289

14.2 Olika ersättningsprinciper i hälso- och sjukvården och kunskapsläget om dem ... 290
14.2.1 Ersättningar – ett bland flera verktyg för styrningen av hälso- och sjukvården ... 291
14.2.2 Vad vet vi om effekter av olika ersättningsprinciper? ... 295
14.2.3 Vad styr användningen av olika ersättningssystem? ... 299

14.3 Olika slags ersättningar i regionerna i dag ... 302
14.3.1 Ersättningsregler i primärvården uppdateras över tid ... 302
14.3.2 Andra förutsättningar för ersättningsprinciper inom specialiserad vård ... 303
14.3.3 Avtal reglerar ersättningar för utomlänsvård ... 305

14.4 Avgifter i svensk hälso- och sjukvård 307
14.4.1 Avgifternas roll i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet 307
14.4.2 Regleringen av avgifter i hälso- och sjukvården .. 309
14.4.3 Avgifter varierar på flera sätt 309

14.5 Kringkostnader vid nationell vårdförmedling 313

14.6 Digital vård som inte är integrerad i en vårdkedja 314
14.6.1 Framväxten av så kallad ”digital utomlänsvård” 314
14.6.2 Ersättning av digital utomlänsvård 316
14.6.3 Användningen av digitala tjänster som ej är integrerade i en vårdkedja 319
14.6.4 Ett ifrågasatt system 323

14.7 Centrala utgångspunkter och avgränsningar för våra förslag och bedömningar 336
14.7.1 Syfte och avgränsningar 336
14.7.2 Frågorna är en del i en större kontext 337

14.8 Utredningens förslag och bedömningar 338
14.8.1 Ett system med nationella principer för ersättningar och avgifter inom hälso- och sjukvården 340
14.8.2 Enhetliga avgifter stärker principen om vård på lika villkor 346
14.8.3 Ersättning av kringkostnader vid nationell vårdförmedling 351
14.8.4 Regionerna ska erbjuda möjlighet till distanskontakt 353
14.8.5 Offentligt finansierad digital vård ska vara en integrerad del av hälso- och sjukvården 361
14.8.6 Bättre förutsättningar för uppföljning av digital vård 375

14.9 Konsekvensanalys för förslagen 378
14.9.1 Konsekvenser för patienter och anhöriga 379
14.9.2 Konsekvenser för vårdens medarbetare och kompetensförsörjningen 382
14.9.3 Konsekvenser för regioner 384

14.9.4 Konsekvenser för staten ... 388
14.9.5 Konsekvenser för företag och idéburen verksamhet som är vårdgivare ... 389
14.9.6 Konsekvenser för kommuner ... 393
14.9.7 Övriga konsekvenser ... 393
14.9.8 Alternativa lösningar som övervägts ... 393

15 Ikraftträdande ... 401

15.1 Utredningens förslag till författningsändringar ... 401
15.1.1 Ikraftträdande ... 401

16 Författningskommentar ... 403

16.1 Förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659) ... 403

16.2 Förslaget till lag om ändring i patientlagen (2014:821) ... 405

16.3 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ... 409

16.4 Förslaget till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) ... 415

Särskilt yttrande ... 421

Referenser ... 425

Bilagor

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2024:50 ... 449

Bilaga 2 Kommittédirektiv 2025:94 ... 461

Bilaga 3 Förslag på statliga engångsinsatser för att korta väntetider i vården ... 467

Sammanfattning

Lång väntan på vård får effekter för patienten, för hälso- och sjukvården och för samhället i stort. I dag finns det inte någon region som lever upp till vårdgarantins tidsgränser i den specialiserade vården.

Det finns samtidigt osäkerheter i statistiken för väntetider i vården. Väntetider rapporteras in på olika sätt från olika vårdgivare och regioner. Det är därför svårt att veta exakt hur många patienter som väntar på vård och även var det finns ledig kapacitet. Vi vet dock att patienter med stort behov av vård generellt får vård snabbt. Andra får vänta betydligt längre och många får vänta *för* länge.

Det finns kapacitet i vården som inte utnyttjas och patienter som förblir väntande i stället för att få vård. Kapacitets- och produktionsplaneringen behöver förbättras. Avtal som regionerna har med varandra eller med privata vårdgivare kan användas i större utsträckning än i dag.

Skillnaderna i väntetider till vård mellan regionerna är stora och i flera fall är de även stora inom en och samma region. Regeringen vill öka det nationella ansvaret för vården och ha en starkare statlig styrning. Patientens ställning ska stärkas. Tillgänglighet är ett av de områden som har fått ett tydligare nationellt perspektiv och hit hör vårdköer och patientens väntan på vård. Det är i detta sammanhang som utredningen tillsattes.

Det finns en stor variation i utformningen av regionernas patientavgifter och ersättningsmodeller till utförare. Stora skillnader i avgifter skapar otydlighet och ojämlikhet för patienter. Samtidigt finns utmaningar med ersättningssystemen för digital utomlänsvård. Behovsprincipen sätts åt sidan och regionerna får höga kostnader för vård som de inte själva har beställt. I detta sammanhang beslutade regeringen om tilläggsdirektiv till utredningen.

Uppdraget

Utredningens uppdrag har varit att ta fram en ny och stärkt vårdgaranti för den specialiserade vården med väsentligt kortare tidsgränser än i dag. Den nya vårdgarantin ska utgå från patientens behov. Det framgår särskilt av direktiven att barn och unga inte ska behöva vänta längre än 30 dagar om de behöver specialiserad vård inom barn- och ungdomspsykiatrin (BUP). Vi har även haft i uppdrag att lämna förslag som underlättar för rörlighet och valfrihet, som ökar kontinuiteten i den specialiserade vården, samt föreslå uppföljning och tillsyn av den nya vårdgarantin, med fokus på ansvarsutkrävande. Den slutna vården nämns särskilt i direktiven.

En del av vårt uppdrag har varit att lämna förslag på statliga engångsinsatser för att korta väntetiderna i vården. Denna del redovisade vi i en promemoria till regeringen i januari 2025 (se bilaga 3).

I oktober 2025 beslutade regeringen om tilläggsdirektiv – att föreslå ekonomiska sanktioner eller andra lämpliga åtgärder i de fall då vårdgarantin inte följs. Det ska inte medföra några kostnader för patienten. Utredningen fick även i uppdrag att föreslå ett system med nationella principer för ersättningar och avgifter inom hälso- och sjukvården, inklusive vid digital vård som inte är en integrerad del av en vårdkedja.

Förutsättningar för förslagen

Prioriteringar i vården ska ske enligt behovsprincipen i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och den etiska plattformen. Den som har störst behov av vård ska få vård först. Vidare gäller LEON-principen, som anger att vård ska ges på den lägsta nivån som är effektiv för patientens behov, inte per automatik i den specialiserade vården. Samtidigt finns systemet för kunskapsstyrning, med dess verktyg som nationella riktlinjer, vårdprogram och standardiserade arbetssätt. Dessa behövs för att verkställa prioriteringarna i beslut och för att rangordna insatser. Den nya vårdgarantin ändrar inget i dessa system. Vi vill tvärtom lyfta fram dem som viktiga förutsättningar för samtliga av våra förslag.

Förslag till ny vårdgaranti i den specialiserade vården

- 3 och 10 arbetsdagar, 30 och 60 kalenderdagar.

– **3 arbetsdagar:** Tidsfristen för remisshantering blir en del av vårdgarantin. Den vårdgivare som tar emot en remiss i den specialiserade vården ska inom tre arbetsdagar prioritera och bedöma patientens behov av vård. I författningstexten uttrycks detta som att vårdgivaren ska granska remissen. Patienten ska inom samma tidsram få besked om att remissen har tagits emot. Det senare är en del av informationsgarantin nedan. Regleringen är ny.

– **10 arbetsdagar:** En informationsgaranti för patienten införs och blir en del av vårdgarantin. Samma vårdgivare som ovan ska inom tio arbetsdagar från det att remissen har tagits emot informera patienten om när den medicinska bedömningen kommer att äga rum. Regleringen är ny.

– **30 dagar**: Patienten ska få en medicinsk bedömning inom 30 dagar, räknat från den dag då remissen har tagits emot i den specialiserade vården. Eventuella utredande åtgärder som behövs för att kunna göra bedömningen ska göras inom tidsramen, exempelvis provtagning. Denna bedömningsgaranti ersätter dagens besöksgaranti (på 90 dagar).

– **60 dagar:** Patienten ska få sin planerade vård inom 60 dagar, räknat från den dag då vårdgivaren har beslutat att patienten ska få den aktuella vården. Det kan till exempel handla om fysiska besök, utredande åtgärder eller en operation som ska göras inom tidsramen. Denna garanti för planerad vård ersätter dagens behandlingsgaranti (på 90 dagar). För BUP föreslår vi en särskild reglering om 30 dagar till planerad vård. Om ett beslut fattas om ytterligare vård ska den ges inom 60 dagar (respektive 30 för BUP) från beslutet.

Eventuella återbesök ingår i tidsfristerna. Däremot ingår inte planerade uppföljningar.

I vårt förslag till vårdgaranti utgör remissgranskningen, information till patienten och de medicinska bedömningar som görs därefter grunden för en behovsstyrd vårdgaranti. För patienten blir det en extra trygghet att remissgranskningen, som i dag regleras genom regionala avtal och lokala rutiner, i stället blir en del av vårdgarantin. Det ökar förutsättningarna för en jämlik vård i hela landet och även för uppföljning och tillsyn.

En behovsstyrd vård innebär också att patienten möter den hälso- och sjukvårdspersonal som har rätt kompetens för patientens behov i varje enskilt fall. Utredningens förslag innebär att besöksgarantin ändras till en bedömningsgaranti och att större flexibilitet skapas för hur vården förmedlas. Digitala lösningar kan användas när sådana är lämpliga. Den medicinska bedömningen ska utföras av läkare eller av annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Vårt förslag till vårdgaranti är konstruerat för att inkludera fler patienter och deras behov. Vi gör det till exempel genom att inkludera undersökningar och återbesök i vårdgarantin. I dag är det i praktiken bara en liten del av patienterna som omfattas av vårdgarantin. Det beror bland annat på att begreppet planerad vård (som det är uttryckt i lagstiftningen) har kommit att tillämpas snävt. En rad vårdåtgärder, som till exempel undersökningar, utredningar och återbesök, har på så vis exkluderats från vårdgarantin.

Regionen ska se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare när regionen bedömer att vårdgarantins tidsgräns för medicinsk bedömning eller planerad vård inte kommer att uppfyllas. Det ska ske inom garantins gränser och utan extra kostnad för patienten. Regionen ska också planera och organisera sin verksamhet så att den främjar en god tillgänglighet.

Om Inspektionen för vård och omsorg (IVO) finner att informationsgarantin i vårdgarantin eller informationsskyldigheten i patientlagen (2014:821) inte fullgörs får inspektionen förelägga vårdgivaren eller regionen att avhjälpa bristen. Föreläggandet får förenas med vite. En möjlighet att överklaga IVO:s beslut införs.

Övriga förslag som rör huvuddirektiven

Patientens möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad vård i hela landet ska även omfatta sluten vård. Utomlänsvården ska dock godkännas av hemregionen först, innan den svarar för kostnaderna.

För att uppnå ökad kontinuitet inom den specialiserade vården föreslår vi att det förtydligas i patientlagen att hänsyn ska tas till patientens behov samt till patientens önskemål, vid valet av fast vårdkontakt. Utredningen anser inte att det behövs en särskild reglering av tillgången till en fast *läkar*kontakt inom den specialiserade vården. Däremot gäller att de patienter som har behov av en läkare som fast vårdkontakt ska få det. Det ska även beaktas om patienten har en sådan önskan.

Urval av bedömningar som utredningen gör

För vissa områden lämnar vi bedömningar i stället för förslag till ändringar i lagar och förordning. Det gäller till exempel uppföljningen av vårdgarantin, där vi bedömer att regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp efterlevnaden av den nya vårdgarantin. Vidare bör E-hälsomyndigheten (EHM) och Socialstyrelsen fortsätta arbetet med att utveckla en nationell vårdförmedling och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys få i uppdrag att utvärdera konsekvenserna av den nya vårdgarantin ur ett patientperspektiv.

Vi bedömer vidare att möjligheten för patienter att fritt välja utförare i de fall som vårdgarantins tidsgränser överskrids, inte bör regleras i särskild ordning.

För området tillsyn lämnar vi bedömningen att det bör införas en ny sekretessbrytande bestämmelse som möjliggör att IVO får tillgång till vissa individuppgifter ur patientregistret. Med en sådan förändring stärks myndighetens tillsyn av vårdgarantin. Bestämmelsen bör införas när Socialstyrelsen slutfört arbetet med insamlingen av uppgifter om väntetider till patientregistret.

Regeringen bör ge Upphandlingsmyndigheten i uppdrag att i samråd med Socialstyrelsen och EHM stödja regionernas arbete med att identifiera och minska administrativa hinder som försvårar användningen av upphandlade avtal inom hälso- och sjukvården.

Regionerna bör utforma sina avtal så att de tar hänsyn till behovet av vård både hos de egna regioninvånarna och hos andra regioners

invånare. Det är också viktigt att regionerna på ett enklare sätt än i dag kan använda varandras avtal när det behövs.

Konsekvenser

Förslagen innebär positiva konsekvenser för patienter och bedöms öka tillgängligheten till vården. Fler kommer att omfattas av vårdgarantin som en effekt av våra förslag. Information om patientens väntan på vård stärks. Sammantaget ökar förutsättningarna för att fler får vård i tid. Utredningens förslag får i huvudsak positiva konsekvenser för barn och unga. Barnets rättigheter enligt barnkonventionen stärks.

I några fall bedömer vi att förslagen kan innebära marginella inskränkningar i den kommunala självstyrelsen.

Utredningen bedömer att regionernas kostnader för omställningsarbetet är av tillfällig karaktär och att förslagen på sikt kan leda till kostnadseffektiviseringar. Förslagen innebär inte några nya åtaganden för regionerna och inte heller någon ambitionshöjning. Sammantaget bedömer utredningen att det inte finns något skäl att göra någon ekonomisk reglering i enlighet med finansieringsprincipen.

Förslag och bedömningar som rör nationella principer för ersättningar och avgifter – tilläggsdirektiven

Utvecklingen av digital vård och andra distanskontakter behöver fortsätta och ska stödjas på ett ansvarsfullt sätt. Den nuvarande ersättningsmodellen för digital utomlänsvård är problematisk. Denna vård bedrivs i dag på primärvårdsnivå men ersättningarna styrs av ett parallellt system till den övriga primärvården.

Utredningen lämnar flera förslag som syftar till att bättre integrera den digitala vården med övrig offentligt finansierad hälso- och sjukvård. En definition av begreppet distanskontakt ska införas i HSL. Regionen ska erbjuda möjlighet till vård genom distanskontakt när sådan är lämplig ur ett medicinskt perspektiv. Patienten får avstå sådant erbjudande och ska då få vård på annat sätt.

Patientens val av utförare av offentligt finansierad öppen och sluten vård ska inte omfatta utomlänsvård som endast ges genom distanskontakt. Regioners skyldighet att erbjuda öppen och sluten

vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård ska på motsvarande sätt inte omfatta vård som endast ges genom distanskontakt. Förslagen innebär sammantaget att möjligheten att erbjuda offentligt finansierad digital vård till invånare i hela Sverige baserat på ett avtal i en enskild region försvinner. För att kunna erbjuda vård som enbart ges genom distanskontakt till patienter i en viss region behöver privata aktörer ha ett avtal som leverantör eller underleverantör till just den regionen.

Ett flertal bedömningar om myndighetsuppdrag lämnas också, för att skapa bättre förutsättningar för uppföljning av digital vård.

Utredningen lämnar även flera bedömningar med avsikt att utveckla och samordna dagens system med ersättningar och avgifter i regionerna. Vi bedömer att staten och regionerna bör etablera en gemensam funktion med uppdrag att ta fram nationella principer för ersättningar och avgifter i hälso- och sjukvården. Vidare bör regionerna enas om enhetliga avgifter, med utgångspunkt i målet om vård på lika villkor. Den gemensamma funktionen bör ta fram förslag på storleken av avgifter, till en början för medicinska bedömningar i primärvården. Avgifter för hjälpmedel bör också vara ett prioriterat område. Vi bedömer även att regeringen bör tillsätta en utredning om hur kostnader kopplade till hjälpmedel och hjälpmedelsförskrivning kan ingå i ett högkostnadsskydd.

Konsekvenser av förslagen som rör tilläggsdirektiven om nationella principer

Förslagen innebär bättre förutsättningar för att offentligt finansierad digital vård ges i enlighet med principer om vård efter behov och vård på lika villkor. Genom våra förslag återförs mer rådighet och kostnadskontroll till huvudmännen – regionerna. På så vis kan systemets sammanlagda resurser fördelas utifrån behov och på ett kostnadseffektivt sätt. För patienterna bedöms förslagen öka möjligheterna för en sammanhållen vård, oavsett om den är digital eller fysisk eller både och. Potentiellt kan det även ge bättre tillgång till digitala lösningar i den specialiserade vården, när så är lämpligt.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)

Härigenom föreskrivs i fråga om patientsäkerhetslagen (2010:659)

dels att 7 kap. 25 § och 10 kap. 13 § ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas en ny paragraf, 7 kap. 23 b §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	7 kap.
	23 b §
	Om Inspektionen för vård och omsorg finner att den informationsgaranti som följer av 9 kap. 1 § första stycket 4 och 5 hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) eller den informationsskyldighet som följer av 3 kap. 1 och 2 §§ patientlagen (2014:821) inte fullgörs, får inspektionen förelägga vårdgivaren eller regionen i egenskap av huvudman att avhjälpa bristen.

25 §[1]

Ett föreläggande enligt 24 § ska innehålla uppgifter om	Ett föreläggande enligt *23 b eller* 24 § ska innehålla uppgifter om

1. de åtgärder som Inspektionen för vård och omsorg anser nödvändiga för att missförhållandena eller bristen ska kunna avhjälpas, och
2. är åtgärderna senast ska vara utförda.

Beslutet om föreläggande får förenas med vite.

10 kap.

13 §[2]

Inspektionen för vård och omsorgs beslut får överklagas till allmän förvaltningsdomstol, om beslutet gäller

1. tillstånd att bedriva verksamhet enligt 2 kap. 4 § eller avgift för ansökan om sådant tillstånd enligt 2 kap. 9 §,	1. tillstånd att bedriva verksamhet enligt 2 kap. 4 § eller avgift för ansökan om sådant tillstånd enligt 2 kap. 9 §,
2. föreläggande enligt 7 kap. 20 § andra stycket att lämna upplysningar, handlingar eller annat material,	2. föreläggande enligt 7 kap. 20 § andra stycket att lämna upplysningar, handlingar eller annat material,
3. föreläggande enligt 7 kap. 23 a § att göra anmälan,	3. föreläggande enligt 7 kap. 23 a § att göra anmälan,
	4. *föreläggande enligt 7 kap. 23 b § att avhjälpa brister i informationsgarantin eller informationsskyldigheten*,
4. föreläggande enligt 7 kap. 24 § att vidta rättelse,	*5.* föreläggande enligt 7 kap. 24 § att vidta rättelse,
5. förbud enligt 7 kap. 26, 27, 28 eller 28 b § att bedriva verksamhet,	*6*. förbud enligt 7 kap. 26, 27, 28 eller 28 b § att bedriva verksamhet,
6. återkallelse enligt 7 kap. 26 eller 27 § av tillstånd enligt 2 kap. 4 §, eller	*7.* återkallelse enligt 7 kap. 26 eller 27 § av tillstånd enligt 2 kap. 4 §, *eller*
7. förbud att utöva verksamhet enligt 8 § första stycket.	*8.* förbud att utöva verksamhet enligt 8 § första stycket.

Andra beslut av Inspektionen för vård och omsorg enligt denna lag får inte överklagas.

Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2028.

[1] Senaste lydelse 2025:1302.
[2] Senaste lydelse 2025:1302.

1.2 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821)

Härigenom föreskrivs att 2 kap. 3 och 4 §§, 6 kap. 2 § och 9 kap. 1 § patientlagen (2014:821) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
2 kap.	
3 §[1]	
Enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska patienter erbjudas en vårdgaranti. Den *ska innehålla en försäkran om* att den enskilde inom viss tid *får*,	Enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska patienter erbjudas en vårdgaranti. Den *innebär* att den enskilde inom viss tid *ska få*,
1. kontakt med primärvården,	
2. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården,	
3. *besöka den specialiserade vården, och*	3. *remiss till den specialiserade vården granskad,*
	4. information om att en remiss till den specialiserade vården har mottagits,
	5. information om när en medicinsk bedömning i den specialiserade vården ska ske,
	6. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom den specialiserade vården, och
4. planerad vård.	*7.* planerad vård.
4 §	
Om vårdgarantin enligt 3 § *3* eller *4* inte *uppfylls*, ska patienten *få* vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.	*När regionen bedömer att garantin* enligt 3 § *6* eller *7* inte *kommer att kunna uppfyllas*, ska *regionen se till att* patienten *får* vård hos en annan vårdgivare. *Det ska*

[1] Senaste lydelse 2018:554.

ske inom garantins gränser och utan extra kostnad för patienten.

6 kap.

2 §[2]

En fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Vid valet av fast vårdkontakt ska hänsyn tas till patientens behov samt till patientens önskemål om vem som ska utses.

För en patient som får kommunal hälso- och sjukvård i ett sådant boende eller en sådan bostad som anges i 12 kap. 1 eller 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska kommunen utse en fast vårdkontakt om patienten begär det eller om det inte är uppenbart obehövligt.

9 kap.

1 §[3]

En patient som omfattas av en regions ansvar för hälso- och sjukvård ska inom eller utom denna region få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård.

En patient som omfattas av en regions ansvar för hälso- och sjukvård ska inom eller utom denna region få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen *eller sluten* vård. *Patienten får dock utom regionen inte välja utförare som endast erbjuder vård genom distanskontakt.*

Den region som ansvarar för en patients hälso- och sjukvård får ställa krav på att patientens slutna vård i en annan region ska godkännas innan den svarar för kostnaderna.

[2] Senaste lydelse 2026:213.
[3] Senaste lydelse 2022:272.

Bestämmelser om val av utförare inom primärvården genom listning finns i 7 kap. 3 a och 3 b §§ hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2028 i fråga om 9 kap. 1 § och i övrigt den 1 juli 2028.

1.3 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

dels att 7 kap. 2 §, 8 kap. 3 § och 9 kap. 1 och 2 §§ ska ha följande lydelse.

dels att det ska införas nya paragrafer, 2 kap. 7 a § och 8 kap. 2 b § av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	2 kap.
	7 a §
	Med distanskontakt avses i denna lag en patients kontakt med hälso- och sjukvården där hälso- och sjukvårdspersonalen och patienten är rumsligt åtskilda och de använder informations- och kommunikationsteknologi för att kommunicera med varandra.
	7 kap.
2 §[1]	
Regionen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård.	
	Regionen ska planera och organisera sin verksamhet så att den främjar en god tillgänglighet.
Regionen ska vid planeringen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare.	
	8 kap.
	2 b §
	Regionen ska erbjuda den som omfattas av 1 eller 2 § möjlighet till vård genom distanskontakt när så-

[1] Senaste lydelse 2025:1399.

dan är lämplig ur ett medicinskt perspektiv. Patienten får avstå sådant erbjudande och ska då få vård på annat sätt.

3 §[2]

Regionen ska erbjuda öppen vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård. En sådan patient omfattas inte av regionens vårdgaranti enligt 9 kap. 1 §. I övrigt ska vården ges på samma villkor som de villkor som gäller för de egna invånarna.

Regionen ska erbjuda öppen *och sluten* vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård. En sådan patient omfattas inte av regionens vårdgaranti enligt 9 kap. 1 §. I övrigt ska vården ges på samma villkor som de villkor som gäller för de egna invånarna. *Regionens skyldighet att erbjuda öppen och sluten vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar omfattar inte vård som endast ges genom distanskontakt.*

Om patienten omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård enligt 1 §, svarar den regionen för kostnaderna för vård som patienten ges med stöd av första stycket. Detta gäller dock inte om den regionen ställer krav på remiss för vården och dessa remissregler inte följs.

Den region som ansvarar för en patients hälso- och sjukvård får även ställa krav på att patientens slutna vård i en annan region ska godkännas innan den svarar för kostnaderna.

9 kap.

1 §[3]

Regionen ska erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av regionens ansvar enligt 8 kap. 1

Regionen ska erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av regionens ansvar enligt 8 kap. 1

[2] Senaste lydelse 2019:973.
[3] Senaste lydelse 2022:273.

eller 2 §. Vårdgarantin *ska innehålla en försäkran om* att den enskilde inom viss tid *får*	eller 2 §. Vårdgarantin *innebär* att den enskilde inom viss tid *ska få*
1. kontakt med primärvården,	
2. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården,	
3. *besöka* den specialiserade vården, *och*	3. *remiss till* den specialiserade vården *granskad*,
	4. information om att en remiss till den specialiserade vården har mottagits,
	5. information om när en medicinsk bedömning i den specialiserade vården ska ske,
	6. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom den specialiserade vården, och
4. planerad vård.	*7.* planerad vård.

Hos en sådan utförare som avses i 7 kap. 3 a § första stycket gäller vårdgarantin enligt första stycket 1 och 2 endast om den enskilde är listad hos utföraren.

2 §[4]

Om regionen *inte uppfyller* garantin enligt 1 § *3* eller *4*, ska regionen se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.	*När* regionen *bedömer att* garantin enligt 1 § *6* eller *7 inte kommer att uppfyllas*, ska regionen se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare *inom garantins gränser och* utan extra kostnad för patienten.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2028 i fråga om 2 kap. 7 a §, 8 kap. 2 b och 3 §§ och i övrigt den 1 juli 2028.

[4] Senaste lydelse 2019:973.

1.4 Förslag till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)

dels att 6 kap. 1 och 2 §§ ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas en ny paragraf, 6 kap. 1 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
6 kap.	
1 §[1]	
Vårdgarantin enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) *ska innehålla en försäkran om* att den enskilde *får*	Vårdgarantin enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) *innebär, inom verksamhet som utgör primärvård, att den enskilde ska få*
1. kontakt med primärvården samma dag som den enskilde söker kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti),	1. kontakt med primärvården samma dag som den enskilde söker kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti), *och*
2. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården inom tre dagar från det att den enskilde har sökt kontakt med primärvården, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver få en medicinsk bedömning och en sådan inte kan göras när den enskilde först söker kontakt (bedömningsgaranti inom primärvården),	2. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården inom tre dagar från det att den enskilde har sökt kontakt med primärvården, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver få en medicinsk bedömning och en sådan inte kan göras när den enskilde först söker kontakt (bedömningsgaranti inom primärvården).
3. besöka den specialiserade vården inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det	

[1] Senaste lydelse 2018:1129.

att den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården (besöksgaranti inom den specialiserade vården), och

4. planerad vård inom 90 dagar från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få den aktuella vården (behandlingsgaranti).

1 a §

Vårdgarantin enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) innebär, inom verksamhet som utgör specialiserad vård, att

1. den vårdgivare som mottar en remiss inom tre arbetsdagar granskar remissen,

2. den vårdgivare som mottar en remiss informerar patienten, inom tre arbetsdagar, om att remissen har mottagits (informationsgaranti),

3. patienten får information om när han eller hon ska få en medicinsk bedömning inom tio arbetsdagar från det att remissen har mottagits (informationsgaranti),

4. patienten får en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom 30 dagar från det att remissen har mottagits i den specialiserade vården (bedömningsgaranti inom den specialiserade vården), och

5. patienten får planerad vård inom 60 dagar från det att vårdgivaren har beslutat att patienten ska få den aktuella vården (garanti för planerad vård). Vad gäller verk-

samhet som utgör barn- och ungdomspsykiatri ska planerad vård ges inom 30 dagar.

Om någon remiss inte är nödvändig räknas tiden enligt första stycket 1, 2, 3 och 4 från det att den enskilde har sökt kontakt med vårdgivaren.

Inom den tid som framgår av första stycket 4 ska de åtgärder vara utförda som läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömer behövs för att kunna göra en medicinsk bedömning. Inom den tid som framgår av första stycket 5 ska de åtgärder vara utförda som läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har beslutat om.

Om vårdgivaren, efter att patienten fått den planerade vården enligt första stycket 5, beslutar om att patienten ska få ytterligare vård ska den ges inom 60 dagar från beslutet. Vad gäller verksamhet som utgör barn- och ungdomspsykiatri ska sådan vård ges inom 30 dagar.

Planerad uppföljning omfattas inte av vårdgarantin.

2 §[2]

Vid bedömningen av om vårdgarantin enligt *1* § *3* eller 4 är uppfylld ska inte räknas tid då den enskilde

Vid bedömningen av om vårdgarantin enligt *1 a* § *4* eller *5* är uppfylld ska inte räknas tid då den enskilde

[2] Senaste lydelse (2019:1118).

1. av medicinska skäl inte kan ges vård,

2. utnyttjat sin möjlighet att välja vård i en annan region enligt 9 kap. 1 § patientlagen (2014:821), eller

3. frivilligt avstår från vård.

Den enskilde ska anses frivilligt avstå från vård om han eller hon har

1. informerats om vårdgarantin,

2. erbjudits vård i enlighet med vårdgarantin, och

3. meddelat vårdgivaren att han eller hon avstår från erbjudandet om vård.

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2028.

2 Utredningens uppdrag och arbetssätt

Många patienter väntar för länge på vård. Lång väntan på vård får negativa effekter för patienter, för hälso- och sjukvården och för samhället i stort. Genom åren har olika insatser gjorts för att påverka väntetider och tillgänglighet i vården, och som ett led i det tillsatte regeringen i maj 2024 vår utredning.

Vår utgångpunkt har varit att långa väntetider dels är problematiskt i sig, dels att det är en förtroendefråga för vårt offentligt finansierade sjukvårdssystem att vård kan ges i rimlig tid. För att uppnå det pekar många i dag på behovet av en ökad samordning över landet, och därmed på behovet av ökad statlig styrning.

Frågan om god tillgänglighet hänger nära ihop med hur vi använder de resurser som står till buds för hälso- och sjukvården på ett effektivt sätt och därmed vilka arbetssätt och metoder vi tillämpar i vården. Vi har därför kunnat ha samma utgångpunkt, ett väl samordnat system med högt förtroende från patienter och invånare, när vi behandlat de övriga frågorna i våra direktiv – kontinuitet i den specialiserade vården, rörlighet inom specialiserad sluten vård och digital vård som inte är en integrerad del i vårdkedjan. I det här kapitlet beskriver vi utredningens uppdrag närmare och på vilket sätt som vi har tagit oss an uppgiften.

2.1 Utredningens uppdrag

2.1.1 En ny och stärkt vårdgaranti

Utredningens huvudsakliga uppdrag har varit att analysera och föreslå en ny och stärkt vårdgaranti, samt lämna förslag som ökar kontinuiteten inom den specialiserade vården. Det framgår av direktiven

att den nya vårdgarantin bör tydliggöra patientens möjligheter att få vård hos en annan vårdgivare, i de fall vårdgarantins tidsgränser inte kommer kunna nås. Syftet är att hälso- och sjukvården på ett bättre sätt ska leva upp till lagens krav på en tillgänglig vård som tillgodoser patientens behov av rätt vård i rätt tid, trygghet, kontinuitet och säkerhet, samtidigt som behovsprincipen respekteras.

Regeringen lyfter fram att det är särskilt relevant att se över väntetiderna för barn och unga med psykisk ohälsa. Vi ska därför föreslå en lagstadgad vårdgaranti som innebär att barn och unga som är i behov av specialiserad vård inte ska behöva vänta längre än 30 dagar på vård.

Vi har även haft i uppdrag att analysera och föreslå hur en förstärkt statlig uppföljning av vårdgarantin och patientlagen ska utformas. I det har ingått att lämna förslag på lämpliga åtgärder som tillsynsmyndigheten kan vidta mot huvudmännen, i de fall när vårdgarantin och patientlagen inte följs.

Utredningen har lämnat förslag på statliga engångsinsatser som syftar till att korta väntetiderna i vården. Det uppdraget redovisades i form av en promemoria i januari 2025.

Sedan regeringens beslut om tilläggsdirektiv i oktober 2025 har vi även haft i uppdrag att lämna förslag på nationella principer för ersättningar och avgifter inom hälso- och sjukvården, inklusive vid digital vård som inte är en integrerad del av en vårdkedja. Genom tilläggsdirektiven ändrades också det befintliga uppdraget om tillsyn av vårdgarantin så att även ekonomiska sanktioner omfattas. I samband med tilläggsdirektiven förlängdes uppdraget till 18 juni 2026.

2.1.2 Promemoria med förslag på statliga engångsinsatser

Hösten 2024 arbetade vi med att ta fram förslag på statliga engångsinsatser för att korta väntetiderna i vården.[1] Vi gjorde en kartläggning av om det finns upphandlade vårdavtal för att ge patienter vård inom vårdgarantin och i vilken utsträckning de används. Under arbetet förde vi bland annat dialog med Sveriges kommuner och regioner (SKR), samt med SKR:s hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverk (en av våra referensgrupper) och Vårdföretagarna. Vi följde även regeringens och de statliga myndigheternas insatser på området, såsom

[1] S 2024:05, *Förslag på statliga engångsinsatser för att korta väntetider i vården*, 2025 (se bilaga 3).

E-hälsomyndighetens (EHM) och Socialstyrelsens arbete med nationell vårdförmedling. Vi hade möten med Region Skåne för att få kunskap om deras arbete med vårdgarantiavtal. Samtalen handlade om hur regionen tillämpar avtalen, men framför allt om hur andra regioner kan nyttja dessa avtal och vilka svårigheter som finns kring det.

De möten som ägde rum under hösten och det material som utredningen fick ta del av var värdefulla även i arbetet med betänkandet. Här kan till exempel nämnas insikten om att avtalen mellan regionerna kan användas i betydligt högre utsträckning än i dag. En annan central insikt var att bristen på information om vårdgarantin till patienterna är stor och behöver förbättras.

2.1.3 Tilläggsdirektiv om nationella principer för ersättningar och avgifter

Den 23 oktober 2025 beslutade regeringen om tilläggsdirektiv till utredningen.[2] Enligt tilläggsdirektiven ska utredningen analysera och lämna förslag på hur statens styrning kan stärkas genom ett system med nationella principer för ersättningar och avgifter inom hälso- och sjukvården. Vi har även haft i uppdrag att vid behov ta fram principer för ersättningar och avgifter för digital vård som inte är en integrerad del i en vårdkedja. Syftet är att patienter ska få vård i rätt tid utifrån behov, att vården ska ges på rätt vårdnivå och det ska säkerställas att vårdens resurser används så effektivt som möjligt.

Genom tilläggsdirektiven ändrades också utredningens befintliga uppdrag om tillsynen av vårdgarantin. Enligt tilläggsdirektiven ska utredningen analysera och lämna förslag på ekonomiska sanktioner och andra lämpliga åtgärder som tillsynsmyndigheten stegvis ska vidta mot huvudmännen i de fall när den lagstadgade vårdgarantin och patientlagen inte följs, utan att det medför kostnader för patienten.

2.2 Metod

En viktig del i utredningens arbete har varit att analysera relevanta regelverk och identifiera brister i dagens vårdgaranti. Dokumentstudier och samtal med experter, företrädare för olika myndigheter

[2] Regeringsbeslut S2025/01793.

och andra aktörer har också utgjort centrala delar i arbetet. Vi har exempelvis undersökt väntetider till olika delar av patientens vårdprocess och regionernas rutiner för remisshantering.

Vi har strävat efter att bygga vidare på befintlig kunskap. Därför har vi fördjupat oss i olika uppföljningar, utredningar och granskningar av vårdgarantin. Vi har också studerat hur vårdgarantin är utformad i Norge, Danmark och Finland.

Vi har haft en öppen dialog om vårt arbete med aktörer som har olika perspektiv och olika åsikter om vårdgarantin och om hur väntetider i vården kan kortas. Vi har träffat representanter för olika patientgrupper, vårdprofessioner och vårdgivare och fört samtal utifrån vårt uppdrag.

2.2.1 Möten och dialoger

Utredningens expertgrupp

Utredningen har kallat expertgruppen till fysiska möten fem gånger under utredningstiden. Utöver dessa möten har vi haft avstämningar via e-post samt digitala möten.

Referensgrupper

Utredningen har valt att knyta fem referensgrupper till sig. Vi har träffat dessa 1–3 gånger per halvår. Det har varit viktigt för oss att ta del av olika perspektiv på tillgängligheten i hälso- och sjukvården och olika erfarenheter av hur vårdgarantin fungerar i dag. Referensgrupperna har också bidragit med inspel på utredningens förslag.

Referensgrupperna har bestått av:

- patient- och brukarrådet vid Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
- representanter för professionsorganisationer
- representanter för privata och idéburna vårdgivare
- SKR:s nätverk för hälso- och sjukvårdsdirektörer (HSD)
- experter och patientföreträdare inom barn- och ungdomspsykiatrin (BUP).

Patient- och brukarperspektivet

En viktig utgångspunkt för utredningen har varit att de förslag som vi lämnar ska leda till en mer personcentrerad vård. För att åstadkomma det har vi haft stor hjälp av patient- och brukarrådet vid Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Rådet består av representanter för olika patient- och brukarorganisationer, pensionärsorganisationer samt patientnämnder.

Medarbetarperspektivet

För att få synpunkter från olika vårdprofessioner har vi haft en referensgrupp med representation från fackliga organisationer. Gruppen har bestått av representanter för Sveriges arbetsterapeuter, Fysioterapeuterna, Vårdförbundet, Sveriges läkarförbund, Psykologförbundet och Sveriges akademikers centralorganisation (SRAT)[3]. Medlemmarna i gruppen har utsetts genom att varje organisation fått möjlighet att nominera två deltagare var.

Vårdgivarperspektivet

För att få olika vårdgivares perspektiv har vi haft en referensgrupp med representanter för privata och idéburna vårdgivare. Deltagarna utsågs genom nomineringar från Vårdföretagarna respektive Famna.

Huvudmannaperspektivet

SKR:s nätverk för hälso- och sjukvårdsdirektörer är ett forum där samtliga hälso- och sjukvårdsdirektörer från regionerna regelbundet träffas. Genom att nätverket fungerat som referensgrupp till utredningen har vi fått synpunkter på utredningens förslag utifrån olika regionala perspektiv.

[3] SRAT organiserar bland annat logopeder och audionomer och har deltagit i referensgruppen sedan hösten 2025.

Barn- och ungdomspsykiatrin (BUP)

Gruppen sammankallades första gången under hösten 2025 och har bestått av utredningens förordnade experter på området, samt en representant från Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH). Syftet har varit att fördjupa expertgruppens diskussioner specifikt för BUP.

Kontakter med andra utredningar och aktörer

Under utredningens arbete har vi fört dialog med andra pågående eller avslutade utredningar, som Vårdansvarskommittén (S 2023:04), Utredningen om en förbättrad elevhälsa (U 2024:01), Utredningen om patientens rätt (S 2007:07), Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (S 2020:12), Uppdrag att möjliggöra en nationell digital infrastruktur för hälsodata (S 2024:A) samt Utredningen Samordnare för att korta vårdköerna i hälso- och sjukvården (S 2026:01).

Vi har även träffat andra aktörer för att diskutera utredningens frågeställningar, som exempelvis samtliga sjukvårdsregioner, SKR:s vårdlotsnätverk, Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet, Inera, Patientnämndernas nationella chefsnätverk, Regionalt cancercentrum norr och Branschrådet i Region Stockholm. I mars 2026 ordnade utredningen ett dialogmöte med privata vårdgivare som i huvudsak eller delvis bedriver digital vård.

2.2.2 Uppgifter om väntetider och annan statistik

Väntetidsdata

För uppgifter om väntetider till olika delar av patientens vårdprocess har vi använt oss av data från väntetidsdatabasen. Väntetidsdatabasen är den författningsreglerade databasen över väntetider i vården och regionerna har rapporteringsskyldighet till den. Samtidigt finns det skäl att ifrågasätta om uppgifterna i databasen ger en rättvisande bild av väntetiderna till vården. Bristerna i väntetidsdatabasen behandlas särskilt i kapitel 4 och 10.

Det är svårt att få en fullständig bild av hur långa väntetiderna är och hur de har utvecklats över tid. Utöver de problem som handlar

om variationer i inrapportering så förändrades uppföljningen av vårdgarantin under 2021, vilket gör det svårt att få en bild av hur väntetiderna har utvecklats över längre tid. Från 2025 påverkas uppgifterna dessutom av att nio regioner byter journalsystem. Det gör att den historiska utveckling som är mest relevant att titta på omfattar åren 2021 till 2024. Det innebär att det endast handlar om ett fåtal år, som dessutom delvis sammanfaller med pandemin.

Under utredningens gång har vissa uppgifter i väntetidsdatabasen ändrats i takt med att regioner levererat in nya data. Tidpunkterna för vår inhämtning påverkar därför de siffror som redovisas.

Uppgifter om BUP

När det gäller statistik om den öppna BUP har vi använt uppgifter från patientregistret hos Socialstyrelsen.[4] Från och med januari 2024 omfattar patientregistret även patienter som har behandlats i den psykiatriska öppenvården av andra yrkesgrupper än läkare. I kapitel 8 redovisar vi bland annat hur många barn och unga som hade minst ett läkarbesök i den specialiserade öppna BUP under de senaste tio åren, samt hur diagnosfördelningen såg ut under 2025.

2.3 Disposition

- Kapitel 3 till 13 behandlar huvuddirektiven – bakgrund och analys av väntetider, vårdgaranti, valfrihet, uppföljning, tillsyn och kontinuitet i den specialiserade vården. Här lämnas även förslag och bedömningar. Konsekvensanalysen finns i kapitel 13.
- Kapitel 14 behandlar tilläggsdirektiven. Kapitlet innehåller bakgrundsbeskrivning och analys av nationella principer för ersättningar och avgifter samt av digital vård som inte är en integrerad del av en vårdkedja. Förslag och bedömningar samt konsekvensanalys ingår i kapitlet.

[4] Patientregistret är ett nationellt register som innehåller uppgifter om patienter som har vårdats inom den slutna hälso- och sjukvården samt de som har behandlats av läkare inom den specialiserade öppenvården.

3 Regler, roller och prioriteringar

Hälso- och sjukvården i Sverige styrs av flera lagar och förordningar, som tillsammans reglerar ansvar, organisation och patienträttigheter. Det här kapitlet syftar till att ge en tillräcklig bakgrund av viktiga bestämmelser, ansvar och roller inom svensk hälso- och sjukvård för att underlätta läsningen av kommande kapitel. Grundläggande för förståelsen är också att beskriva hur prioriteringar görs och hur kunskapsstyrning bedrivs inom hälso- och sjukvården.

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, är ramlagen som anger övergripande mål, ansvar och skyldigheter för hur vården ska organiseras och bedrivas. Av HSL framgår att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvården ska ges företräde till vården.[1]

HSL reglerar även regioners och kommuners ansvar som huvudmän och vårdgivares skyldigheter. Lagen kompletteras av hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), förkortad HSF, som ger mer detaljerade bestämmelser som behövs för att verkställa lagen i praktiken. Förordningen ger också regeringen och myndigheter möjlighet att utfärda föreskrifter och beslut som styr vården mer konkret.

Sedan 2015 kompletteras HSL av patientlagen (2014:821), som syftar till att stärka patientens ställning inom hälso- och sjukvården. Dessutom finns exempelvis patientsäkerhetslagen (2010:659), patientdatalagen (2008:355) och flera andra speciallagar, som reglerar olika delar av hälso- och sjukvården.

Regeringen utfärdar förordningar, medan myndigheter som Socialstyrelsen ger föreskrifter och allmänna råd som är bindande eller vägledande.

[1] 3 kap. 1 § HSL (2017:30).

3.1 Regleringen av hälso- och sjukvården i Sverige

3.1.1 Hälso- och sjukvårdslagen kom till för att minska detaljreglering

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet har under lång tid präglats av gemensamt ansvarstagande och av kommunal självstyrelse. Det innebär att kommuner och regioner har stor frihet att bestämma hur de använder sina resurser.[2]

I januari 1983 trädde hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) i kraft.[3] Lagen hade sin grund i viljan att minska statlig nationell detaljreglering. Det bedömdes att landstingen hade de bästa förutsättningarna att utforma vården efter de lokala behoven. Den statliga tillsynen skulle främst handla om allmänna riktlinjer, erfarenhetsutbyte och rådgivning till huvudmannen. Under 1990-talet genomfördes nationella reformer i syfte att förtydliga och utveckla kommuners och landstings ansvar samt överföra vissa åtaganden från landstingen till kommunerna. Kommunerna fick bland annat ett ökat och förtydligat ansvar för personer med psykisk störning som inte är i behov av sluten aktiv psykiatrisk vård (Psykiatrireformen 1995)[4] och ett samlat ansvar för långvarig service, vård och omsorg för äldre och handikappade (Ädelreformen 1992).[5]

3.1.2 Utvecklingen av styrningen under 2000-talet

Utvecklingen av styrningen inom hälso- och sjukvården har under 2000-talet inriktats mot att stärka patientens ställning, till exempel genom att införa patientlagen. Tillsammans med hälso- och sjukvårdslagen och annan lagstiftning utgör patientlagen en grundläggande del av regelverket för hälso- och sjukvården.

Förändringar i styrningen har under de senaste åren delvis fokuserat på att stärka patienters valmöjligheter i hälso- och sjukvården och på så vis även förutsättningarna för nya aktörer, som företag

[2] Av 14 kap. 3 § regeringsformen framgår att kommunerna sköter lokala och regionala angelägenheter på det kommunala självstyrets grund.
[3] Prop. 1981/82:97, bet. 1981/82:SoU51, rskr. 1981/82:381.
[4] Prop. 1993/94:218, bet. 1993/94:SoU28, rskr. 1993/94:396.
[5] Prop. 1990/91:14, bet. 1990/91:SoU9, rskr. 1990/91:97.

och idéburna organisationer, att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster med offentlig finansiering.[6]

På nationell nivå har regeringen tagit initiativ för att göra hälso- och sjukvården mer jämlik samt för att främja kvalitet, tillgänglighet och ett effektivt resursutnyttjande. De nationella reformerna har bland annat omfattat samlad styrning med kunskap för hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS, samt en mer samlad myndighetsstruktur inom folkhälsoområdet.[7] Andra exempel är lagbestämmelser om vårdgaranti och att en ny beslutsprocess för den nationella högspecialiserade vården införts.[8] Samtidigt som vårdgarantin författningsreglerades infördes även bestämmelser om fast vårdkontakt, förnyad medicinsk bedömning och utökade informationskrav. Det samlade syftet med förändringarna var att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården.[9]

Utvecklingen inom hälso- och sjukvårdsområdet i stort motiverade även en översyn av dåvarande hälso- och sjukvårdslagen, (1982:763).[10] Vad gäller styrningen av tillgänglighet och vårdköer, samt omställningen till en god och nära vård, så är detta områden som vi återkommer till i kapitel 4.

Hälso- och sjukvårdslagen uppdaterades för att skapa en modern och tydlig ramlag

Den uppdaterade hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) skulle liksom den tidigare vara en samlad ramlag för att reglera den svenska hälso- och sjukvården. Lagen ersatte den tidigare lagstiftningen från 1982, som upplevdes som svåröverskådlig och delvis föråldrad. Syftet med den nya lagen var att göra regelverket mer lättillgängligt, tydligt och strukturerat, samtidigt som den skulle ge regioner och kommuner frihet att anpassa vården efter lokala behov.[11]

Vid införandet av den nuvarande lagen (2017:30) fördes nästan alla bestämmelser från den gamla lagen över, men med språkliga och

[6] Prop. 2016/17:43 s. 77.
[7] Se bl.a. förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst samt prop. 2012/13:116. Sedan 1 juli 2025 inkluderar förordningen även LSS-verksamhet: Förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS-verksamhet.
[8] Prop. 2017/18:40, bet. 2017/18:SoU18, rskr. 2017/18:176.
[9] Prop. 2009/10:67.
[10] Prop. 2016/17:43.
[11] Se prop. 2016/17:43 s. 78 f.

vissa sakliga förändringar. Med den uppdaterade lagen fördes begreppet huvudman in i lagstiftningen – med huvudman avses den region eller den kommun som enligt lagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård. Inom en huvudmans geografiska område kan en eller flera vårdgivare bedriva verksamhet.[12]

Historisk tidslinje över lagstiftningen i nutid:

- 1982 – Den första hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) införs som en ramlag för vården.
- 1990-talet – Successiva ändringar, bland annat om vårdgaranti och patienträttigheter.
- 2010 – Patientsäkerhetslagen införs som komplement.
- 2014 – Patientlagen införs för att stärka patientens ställning.
- 2017 – Nuvarande Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) träder i kraft med modern struktur och språkliga förändringar.

Viktiga principer i HSL:

- God hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen.
- Respekt för alla människors lika värde och värdighet.
- Behovsprincipen – den med störst behov ska ges företräde.
- Huvudmännens ansvar – regioner och kommuner ansvarar för vården.
- Krav på kvalitet och patientsäkerhet i all vård.
- Samverkan mellan olika aktörer för en sammanhållen vård.
- Primärvårdens grunduppdrag som första instans i vården.

[12] 2 kap. 2 § HSL.

Hälso- och sjukvården bygger på skyldighetslagstiftning

Svensk hälso- och sjukvård bygger i stor utsträckning på skyldighetslagstiftning. Av HSL och patientlagen följer till exempel att regionerna är skyldiga att ge patienterna rätt vård i tid, genom vårdgarantin. Detta återkommer vi till i kommande kapitel. Trots att det finns en skyldighet för regionerna att erbjuda patienter vård i utsatt tid, är hälso- och sjukvård inte en rättighet som patienten kan utkräva på juridisk väg. Patientens rättsliga ställning är på så vis svagare i Sverige än i Norge, Finland och Danmark.[13]

Patientlagen är delvis överlappande med HSL

Patientlagen kompletterar HSL genom att fokusera på patientens perspektiv och rättigheter. Till skillnad från HSL, som främst riktar sig till vårdgivare och huvudmän, är patientlagen skriven ur patientens synvinkel. Den beskriver vad patienten har rätt att förvänta sig, exempelvis när det gäller information, delaktighet och valmöjligheter.

Patientlagen betonar att patienten ska ha möjlighet att delta i beslut om sin vård och kunna ge samtycke innan vård ges.[14] Bestämmelserna är delvis överlappande med dem i HSL. Medan HSL tar upp information exempelvis, som en del av vårdgivares skyldigheter för att tillhandahålla en god vård, så handlar det i patientlagen inte bara om att information ska ges, utan att den ska vara individanpassad, begriplig och ge patienten möjlighet att fatta informerade beslut.

Patientlagen ger också patienten rätt att välja utförare av offentligt finansierad primärvård och öppen specialiserad vård i hela landet, liksom att begära en ny medicinsk bedömning (second opinion).[15]

Lagen stärker patientens ställning men ger inte möjlighet att överklaga i domstol om rättigheterna inte uppfylls. Den är därför inte en rättighetslag i juridisk mening. Tillsyn sker via Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

[13] Se till exempel Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Vården ur patienternas perspektiv – 65 år och äldre. En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*, 2017.
[14] 4 kap. patientlagen (2014:821), PL.
[15] 9 kap. PL.

3.2 Roller och ansvarsfördelning i svensk hälso- och sjukvård

HSL slår fast att det är kommuner och regioner som är huvudmän för hälso- och sjukvården.[16] Det innebär att det är regionen eller kommunen som ytterst har ett ansvar för att se till att invånarna får en god vård.[17] Även om regionen eller kommunen har avtalat med någon annan om att utföra vården, så har regionen eller kommunen kvar detta ansvar.[18]

Regioner, och i viss utsträckning kommuner, har även ansvar för hälso- och sjukvårdens planering, finansiering och drift. Regionen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård. Regionen ska vid planeringen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare.[19]

Regeringen har i förordning beslutat om att dela in landet i sex samverkansregioner för den hälso- och sjukvård som berör flera regioner. Regionerna ska samverka i den typen av frågor.[20] Bestämmelsen har i första hand tillkommit för att säkerställa att planeringen av hälso- och sjukvården i samverkansregionen sker i samverkan mellan de berörda huvudmännen.

Kommunerna ansvarar för att erbjuda vissa hälso- och sjukvårdsinsatser åt personer i vissa boendeformer och i viss dagverksamhet och elevhälsa vid skolor där kommunen är huvudman. I samtliga län utom Stockholms län har kommunerna också tagit över ansvaret för basal hälso- och sjukvård i hemmet.

3.2.1 Statens styrning av hälso- och sjukvården

Riksdag och regering har ett övergripande nationellt ansvar för resultat och utveckling i vården. Nationella mål och riktlinjer ska garantera att hälso- och sjukvården blir likvärdig och håller en hög

[16] 2 kap. 2 § HSL.
[17] Se bl.a. 8 kap. 1 § HSL.
[18] Enligt 15 kap. 1 § HSL får regioner och kommuner, med bibehållet huvudmannaskap sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen eller kommunen ansvarar för enligt samma lag.
[19] 7 kap. 2 § HSL.
[20] 6 kap. 1 § 1 p. HSL, 3 kap. 1 § HSF (2017:80) och 7 kap. 8 § HSL.

kvalitet. Staten ansvarar även för övergripande insatser riktade till hälso- och sjukvården.

Det finns flera statliga styrmedel som kan påverka hälso- och sjukvården i önskvärd riktning. Det handlar bland annat om lagstiftning, statsbidrag och statliga myndigheters verksamheter, som till exempel utbildning, forskning, kunskapsstyrning, analys, uppföljning och tillsyn. I omställningen till en god och nära vård exempelvis, har staten tagit flera initiativ för att genomföra omställningen och nå målet om att primärvården ska utgöra navet i hälso- och sjukvården – flera lagändringar har genomförts, omfattande riktade statsbidrag har betalats ut och uppdrag till flera myndigheter har beslutats om.

Förutom de traditionella styrmedlen har regeringen i större utsträckning kommit att använda andra mjukare styrmedel. Till exempel har det blivit vanligare med nationella samordnare, nationella handlingsplaner och nationella strategier, som tydliggör regeringens inriktning inom ett område.

Nuvarande ansvarsfördelning är resultatet av flera reformer

Nuvarande ansvarsfördelning är resultatet av flera reformer där bland annat principen om kommunal självstyrelse vägts mot behov av samordning, styrning och stöd från nationell nivå. Den kommunala självstyrelsen ger regioner stor frihet att själva utforma och ansvara för sin verksamhet inom ramen för befintlig lagstiftning.[21] Hälso- och sjukvårdslagens utformning ger dessutom ett stort utrymme för regionerna och kommunerna att utforma vården efter lokala behov och förutsättningar.

I jämförelse med många andra länders hälso- och sjukvårdssystem har Sverige en decentraliserad struktur vad gäller huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården. Liknande hälso- och sjukvårdssystem har tidigare funnits i till exempel Norge och Danmark. Under senare årtionden har dock tydliga steg tagits mot mer centraliserade hälso- och sjukvårdssystem i de båda länderna. Även i Sverige har flera beslut om ökat statligt ansvar och styrning inom hälso- och sjukvården fattats av riksdag och av regering, något som vi återkommer särskilt till i kapitel 4.

[21] Prop. 2016/17:43 s. 74 f.

Generella och riktade statsbidrag för att finansiera hälso- och sjukvården

Riksdag och regering har uttalat att generella statsbidrag ska vara utgångspunkten i den ekonomiska styrningen av kommunsektorn.[22] Detta för att kommuner och regioner ska få stabila förutsättningar, rimliga möjligheter att planera och på så vis kunna bedriva sin verksamhet på ett effektivt sätt.

Staten överför ett generellt statsbidrag till kommuner och regioner varje år genom det kommunala utjämningssystemet. Syftet med utjämningssystemet är att skapa ekonomiska förutsättningar för att kunna upprätthålla en likvärdig servicenivå i alla regioner och kommuner. Tanken är att utjämna för det som inte är påverkbart, som skillnader i skattekraft, antal barn, äldre etcetera.[23]

Den statliga finansieringen av hälso- och sjukvården har ökat något över tid, både i belopp och räknat som andel av statens utgifter. År 2024 fördelade staten 58 miljarder kronor i generella statsbidrag och 44 miljarder kronor i kostnadsersättningar[24] till regionerna.[25]

Vid sidan av de generella statsbidragen förekommer även riktade statsbidrag. Dessa syftar till att stödja utpekade verksamheter i kommuner och regioner. De fungerar på så vis som verktyg för staten för att påverka utvecklingen i kommuner och regioner i en viss riktning. De riktade statsbidragen till regioner uppgick 2024 till 17 miljarder kronor. Den största delen av bidragen var riktade till hälso- och sjukvård och social omsorg.[26]

Socialstyrelsen beslutar om föreskrifter som är bindande

Socialstyrelsen ansvarar för föreskrifter och allmänna råd inom sitt verksamhetsområde.[27] Bemyndigandet av att ta fram föreskrifter framgår av en rad olika författningar, som patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) och hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

---

[22] Prop. 2003/04:105, bet. 2004/05:FiU8, rskr. 2004/05:14.
[23] SOU 2024:50.
[24] Kostnadsersättningar är ersättningar för specifika kostnader som kommuner eller regioner har på grund av att staten har beslutat att kommunerna eller regionerna är skyldiga att utföra eller tillhandahålla något.
[25] Statskontoret, *Statens styrning med statsbidrag till kommuner och regioner 2024*, 2025.
[26] Ibid.
[27] 7 § förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

Några föreskrifter som är centrala för vår utredning är de som Socialstyrelsen har beslutat om för hanteringen av remisser inom hälso- och sjukvården.[28] Föreskrifterna anger att det är vårdgivaren som ansvarar för att det finns skriftliga rutiner för hanteringen och utformningen av remisser, både för den enhet som skickar och för den enhet som tar emot remissen. Det är sedan verksamhetschefen vid varje enhet som ansvarar för att fastställa rutinerna. Det är i dessa rutiner som den närmare regleringen av hur och när remisser ska skickas, tas emot och bedömas ska finnas. Några krav på hur snabbt en remiss ska skickas och bedömas finns inte i föreskrifterna, detta regleras i stället i vårdgivarnas egna regler.

Föreskrifternas krav gäller för alla vårdgivare, både offentliga och privata. I flera regioner finns dessutom beslut om övergripande regler för remisshantering i hela regionen. Sådana övergripande regelverk innehåller ofta mer detaljerade regler om tidsgränser för remisshanteringen, som kompletteras av ytterligare regler och avtal för särskilda verksamhetsgrenar och vårdförlopp. Exempelvis har Region Stockholm ett regelverk som innebär att en remiss ska skickas senast tre arbetsdagar efter remissbeslut och att en mottagen remiss ska bedömas och prioriteras senast tre arbetsdagar efter mottagandet.[29] Samma tidsgränser finns i övergripande regelverk i flera andra regioner.[30]

Vi återkommer till regler och rutiner för remisshanteringen i kapitel 7.

3.3 Prioriteringar i vården

Prioriteringar i hälso- och sjukvården sker utifrån en etisk plattform. Plattformen beslutades av riksdagen 1997 och ska tillämpas både vid politiska beslut om resursfördelning och i den kliniska vardagen.[31]

[28] Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården, m.m, SOSFS 2004:11.
[29] Region Stockholm, *Regelverket för remisshantering inom Region Stockholms hälso- och sjukvård*, hämtad 2025-04-22.
[30] Se t.ex. Region Skåne, *Remisshantering i Region Skåne*, hämtad 2025-04-22 och Västra Götalandsregionen, *Regional medicinsk riktlinje, RMR, Remiss inom hälso- och sjukvård*, Version 3.0.
[31] Prop. 1996/97:60, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186.

Bakgrunden är att vårdens behov alltid är större än de resurser som finns tillgängliga, vilket gör att prioriteringar är nödvändiga.[32]

Den etiska plattformen utgörs av tre principer:

1. Människovärdesprincipen
2. Behovs- och solidaritetsprincipen
3. Kostnadseffektivitetsprincipen.

Principerna är rangordnade: människovärdesprincipen gäller i första hand, behovs- och solidaritetsprincipen i andra hand och kostnadseffektivitetsprincipen i sista hand.

Människovärdesprincipen innebär att alla människor har samma rätt till vård oavsett begåvning, social ställning, inkomst, ålder, etnicitet eller någon annan faktor. Principen anger framför allt vad sjukvårdsansvariga *inte* bör ta hänsyn till vid beslut om resursfördelning eller vid vård och behandling. Människovärdesprincipen räcker inte som grund för prioriteringar i vården, utan behöver kompletteras med de två följande.[33] I HSL uttrycks människovärdesprincipen i 3 kap. 1 § genom att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.[34]

Behovs- och solidaritetsprincipen handlar om att vårdens resurser ska satsas på de patienter som har störst behov. Hur stort behovet är bedöms utifrån hälsoproblemets svårighetsgrad och varaktighet, samt vilken potentiell hälsoförbättring en vårdinsats kan medföra. Enligt principen ska behoven hos svaga grupper och grupper som har svårt att göra sina röster hörda särskilt beaktas. Till dessa grupper hör till exempel barn, åldersdementa, medvetslösa och andra som av olika skäl kan ha svårt att kommunicera med sin omgivning. Att uppmärksamma dessa gruppers behov innebär också ett ansvar för att utreda var de otillfredsställda behoven finns. Ju mer begränsad en människas autonomi och ju större hennes beroende av omgivningen är, desto mer bör hälso- och sjukvården slå vakt om hennes människovärde och säkra hennes rättigheter.[35] I HSL uttrycks behovs-

[32] Prioriteringscentrum, ”Grundläggande om prioriteringar inom vård och omsorg”, hämtad 2025-11-13.
[33] Ibid.
[34] 3 kap. 1 § HSL.
[35] Prioriteringscentrum, ”Grundläggande om prioriteringar inom vård och omsorg”, hämtad 2025-11-13.

och solidaritetsprincipen i 3 kap. 1 § genom att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.[36]

Kostnadseffektivitetsprincipen innebär att hälso- och sjukvården har en skyldighet att utnyttja sina resurser så effektivt som möjligt. Denna princip är underordnad de två andra principerna. Det betyder att svåra sjukdomar och väsentliga livskvalitetsförsämringar ska prioriteras framför lindrigare åkommor även om vården av de svåra tillstånden är dyrare. Det är de samlade och långsiktiga effekterna och kostnaderna som måste vägas in.[37] Kostnadseffektivitetsprincipen står inte i HSL, men gäller enligt riksdagens beslut som kompletterande princip.[38]

3.3.1 LEON-principen

LEON står för Lägsta effektiva omhändertagandenivå och innebär att vård ska ges på den lägsta nivå som är effektiv för patientens behov. Principen är nära kopplad till den etiska plattformen:

Behovssolidaritetsprincipen styr att patienter med störst behov prioriteras, medan LEON-principen säkerställer att dessa behov möts på rätt nivå – exempelvis i primärvården om det är tillräckligt.

Kostnadseffektivitetsprincipen förstärks av LEON-principen, eftersom vård på lägre nivå ofta är mindre resurskrävande men lika effektiv, vilket frigör resurser för andra patienter.

LEON-principen utgör tillsammans med de etiska principerna en grund för hur nationella riktlinjer, nationella vårdområden och standardiserade vårdförlopp utformas – områden som vi kommer in på nedan. Vid psykisk ohälsa rekommenderar riktlinjerna exempelvis ofta stegvis vård – först insatser i primärvården och sedan specialistvård om behovet kvarstår. Detta är ett praktiskt uttryck för LEON-principen.[39]

[36] 3 kap. 1 § HSL.
[37] Prioriteringscentrum, ”Grundläggande om prioriteringar inom vård och omsorg”, hämtad 2025-11-13. Prop. 1996/97:60, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186.
[38] Bet. 1996/97:SoU14.
[39] Se exempelvis Socialstyrelsen ”Psykisk ohälsa – målbild för vårdcentraler”, hämtad 2026-04-10.

3.3.2 Kunskapsstyrning som verktyg för prioriteringar

En av de nationella reformer som genomförts de senaste åren är den om samlad styrning med kunskap för hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS-verksamhet, den så kallade kunskapsstyrningen.[40] Kunskapsstyrning görs genom ett samarbete mellan regioner och myndigheter för att säkerställa att bästa tillgängliga kunskap används i vården. Det innebär att riktlinjer, vårdprogram och standardiserade arbetssätt sprids och implementeras på ett strukturerat sätt. Detta har i sin tur stor betydelse för hur prioriteringar görs.

Nationella riktlinjer utgör en grund för kunskapsstyrningen

Socialstyrelsens nationella riktlinjer har funnits sedan 1990-talet och fungerar som ett stöd för beslutsfattare och vårdpersonal, så att prioriteringar i vården blir mer enhetliga och transparenta.

Socialstyrelsen ger nationella riktlinjer till beslutsfattare inom hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten. Riktlinjerna innehåller rekommendationer om vilka behandlingar, metoder och insatser som bör prioriteras, vilka som kan avvecklas och hur resurser bör fördelas. Syftet är att skapa en jämlik och kunskapsbaserad vård i hela landet, så att resurser används där de gör störst nytta. Riktlinjerna sammanfattas även i en version för patienterna, för att de ska få inblick i innehållet.[41]

Riktlinjerna har inte alltid fått genomslag i praktiken och implementeringen har varierat mellan regionerna, vilket har lett till att vården har blivit ojämlik. Det var bland annat med denna bakgrund som den nationella reformen om samlad styrning med kunskap genomfördes. I den strukturen utgör de nationella riktlinjerna ett av de viktigaste kunskapsstöden.

De nationella riktlinjerna bygger på den etiska plattformen för prioriteringar och på vetenskapliga underlag, ofta kompletterade med hälsoekonomiska analyser. De innehåller rekommendationer, rangordningslistor, indikatorer och målnivåer som gör det möjligt för beslutsfattare att se vilka insatser som bör ges högst prioritet.

[40] I mars 2015 beslutade regeringen om förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. Sedan 1 juli 2025 inkluderar förordningen även LSS-verksamhet: Förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS-verksamhet.
[41] Socialstyrelsen, ”Information till patienter om publicerade riktlinjer”, hämtad 2025-11-14.

I ett så kallat riktlinjepaket ingår även utvärderingar. Riktlinjerna operationaliserar den etiska plattformen för prioriteringar genom att rangordna insatser:

- Hög prioritet: åtgärder med stor nytta för svåra tillstånd.
- Låg prioritet: åtgärder med begränsad nytta.
- Ej rekommenderade: insatser som saknar evidens eller är ineffektiva.

Nationella riktlinjer kan exempelvis användas på följande sätt:

- inom hjärtsjukvård anger riktlinjerna att behandlingar med stor effekt på överlevnad och livskvalitet, som PCI vid hjärtinfarkt, ska prioriteras högt, medan åtgärder med liten nytta bör ges lägre prioritet.
- inom diabetesvård rekommenderas att resurser satsas på strukturerad patientutbildning och förebyggande insatser, eftersom dessa har stor effekt på långsiktig hälsa.
- vid demenssjukdom har riktlinjerna lett till att kommuner och regioner prioriterar tidig utredning och personcentrerad vård, medan mindre effektiva insatser får lägre prioritet.

Riktlinjerna används av politiker, tjänstemän och vårdchefer som underlag för resursfördelning, men också som stöd för lokala vårdprogram. De är rådgivande, inte juridiskt bindande, men har stor praktisk betydelse eftersom de ger en gemensam grund för prioriteringar.

Ett samlat system för kunskapsstyrning sedan 2018

Sedan 2015 finns en förordning om statlig styrning med kunskap för hälso- och sjukvård och socialtjänst (2015:155). Enligt denna ska styrningen med kunskap vara samordnad, effektiv och bidra till att vården bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

År 2018 etablerades ett nationellt system för kunskapsstyrning, som ett gemensamt initiativ av regionerna, samordnat av SKR, för att skapa en strukturerad modell för implementering av kunskapsstöd i vården. Syftet är att säkerställa att bästa tillgängliga kunskap

används i varje patientmöte. Systemet drivs i samverkan mellan staten och regionerna och bygger på hälso- och sjukvårdslagens krav om god vård och att vården ska vila på vetenskap och beprövad erfarenhet. Kunskapsstyrningen omfattar tre huvuddelar:

- Kunskapsstöd (nationella riktlinjer, vårdprogram, standardiserade vårdförlopp)
- Uppföljning och analys (kvalitetsregister och indikatorer)
- Stöd till verksamhetsutveckling och ledarskap.

Syftet är att skapa en sammanhållen kedja från kunskapsproduktion till praktisk tillämpning för att främja en jämlik och effektiv vård.[42]

Nationella programområden (NPO)

Nationella programområden är expertgrupper som leder kunskapsstyrningen inom specifika medicinska områden. Det finns 26 NPO, och varje område har representanter från de sex sjukvårdsregionerna. Uppdraget är att:

- samordna kunskapsstyrningen inom sitt område
- utveckla och förvalta kunskapsstöd, inklusive nationella vårdprogram och standardiserade vårdförlopp
- identifiera kunskapsluckor och behov av nya insatser
- bidra till utvecklingen av kvalitetsregister och ordnat införande av nya metoder.

NPO fungerar som en brygga mellan nationella riktlinjer och den kliniska vardagen och säkerställer att rekommendationer omsätts i praktiska vårdprocesser. När Socialstyrelsen publicerar nya riktlinjer analyserar de nationella programområdena hur dessa ska implementeras i praktiken.

NPO utvecklar personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp, till exempel för standardiserade vårdförlopp (SVF) inom cancervården.

[42] Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, *En gemensam och sammanhållen kedja för kunskapsstyrning*, 2024.

Nationella riktlinjer omsätts bland annat till SVF

Standardiserade vårdförlopp för cancer, SVF,[43] bygger på de nationella vårdprogrammen och de nationella riktlinjerna. Det innebär att de medicinska rekommendationerna i riktlinjerna omsätts i praktiska flöden med tydliga ledtider och ansvarsfördelning. Om exempelvis riktlinjerna anger att tidig diagnostik är avgörande för prognosen vid lungcancer, så innehåller SVF för lungcancer detaljerade steg för snabb remittering, utredning och behandling inom en viss tidsram.

Nationella riktlinjer kan prioritera vissa behandlingar (till exempel kirurgi eller strålbehandling vid bröstcancer) och SVF säkerställer att dessa behandlingar planeras och startas inom fastställda tidsgränser.

Nationella kvalitetsregister

Kvalitetsregistren är databaser som samlar in och följer upp information om vård och behandlingar för olika diagnoser och patientgrupper. Syftet är att förbättra kvaliteten i vården genom att ge underlag för uppföljning och jämförelser, forskning och utveckling, samt för kunskapsstyrning. Resultaten från registren används av de nationella programområdena (NPO), Socialstyrelsen och regionerna för att ta fram och följa upp riktlinjer och vårdprogram.

I Sverige finns drygt 150 kvalitetsregister, bland annat för cancer, hjärtsjukdomar, diabetes och psykisk hälsa. Gemensamt för kvalitetsregistren är att de är individbaserade och att de innehåller diagnos, insatta åtgärder och resultat för patienten. På så sätt får verksamheterna en löpande återkoppling av sina egna resultat och får även möjlighet att följa upp sina resultat i förhållande till andra verksamheter.

[43] SVF, standardiserade vårdförlopp för cancer, är ett nationellt arbetssätt som beskriver hur utredning och första behandling ska genomföras för olika cancerdiagnoser, inklusive vilka tidsgränser som ska gälla från välgrundad misstanke till start av behandling. Syftet är att minska onödig väntan och ovisshet, och att säkerställa att patienter får en likvärdig och snabb vård oavsett var i landet de bor. Vi återkommer till SVF:erna i kapitel 4.

4 Väntetider i vården och styrmedel som har införts för att korta dem

Långa väntetider inom svensk hälso- och sjukvård har varit ett problem länge. Lång väntan på vård får effekter för patienten, för hälso- och sjukvården och för samhället i stort.

Under pandemin behövde hälso- och sjukvården ställa om och prioritera svårt sjuka virussmittade patienter och andra akut sjuka. Det ledde till att ännu fler patienter fick vänta på vård längre än vårdgarantins gränser. Uppdämda vårdbehov, som behov av rehabilitering och uppskjuten vård, belastar fortfarande hälso- och sjukvården.

I det här kapitlet beskriver vi väntetider i vården och olika styrmedel som har införts för att korta dem.

4.1 Stora regionala skillnader i väntan på vård

Det finns inte någon region som lever upp till vårdgarantin i den specialiserade vården i dag. Allmänt kan sägas att patienter med stort behov av vård får vård snabbt. Andra får vänta betydligt längre och många får vänta för länge.

Skillnaderna i väntetider till vård mellan regionerna är stora: I Region Norrbotten till exempel, hade i oktober 2025 71 procent av patienterna väntat längre än 90 dagar på sitt första besök i den specialiserade vården. Vad gäller väntan på operation eller åtgärd så hade 80 procent väntat längre än 90 dagar – näst intill samma andel (74 procent) gällde även i Region Gävleborg. I Region Jönköpings län var det i stället endast 9 procent som hade väntat längre än vårdgarantins gränser för operation eller åtgärd. Region Stockholm och Region Gotland är två andra exempel på regioner där en lägre andel

patienter har väntat länge inom den specialiserade vården – 18 respektive 11 procent hade i oktober 2025 väntat längre än 90 dagar i de två regionerna.

Skillnader i väntetider är i flera fall stora även inom en och samma region, något som vi återkommer till i kapitel 6.

4.1.1 Brister i data gör statistiken om väntetider osäker

Vi konstaterade i vår promemoria att det finns flera utmaningar som är kända sedan tidigare, som försvårar arbetet med att utnyttja befintlig kapacitet och att nå kortare väntetider i vården. En av dessa är de brister som finns i data om väntetider.[1] Det gör att det är svårt att veta hur långa väntetiderna till vård är.

Vi har konsekvent använt oss av data från väntetidsdatabasen eftersom det är den författningsreglerade databasen som regionerna har rapporteringsskyldighet till. Det finns samtidigt skäl att ifrågasätta om uppgifterna som hämtas från databasen ger en rättvisande bild av väntetiderna till vården.

Det ingår inte i vårt uppdrag att utreda hur data om väntetider kan utvecklas eller samordnas bättre mellan regionerna. Vi kan dock konstatera att om väntetider rapporteras in på olika sätt från olika vårdgivare eller regioner så ger det en felaktig bild av kösituationen och av var det finns ledig kapacitet. Detta kan i sin tur leda till att kapacitet inte utnyttjas och att patienter förblir väntande i stället för att få vård. Det kan också leda till att regeringen och i förlängningen riksdagen inte får en korrekt bild av väntetiderna i vården och därmed får svårt att vidta relevanta åtgärder på nationell nivå.

Under utredningens gång har regeringen flyttat ansvaret för att samla in data om väntetider från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) till Socialstyrelsen. Genom att centralisera datahanteringen på Socialstyrelsen menar regeringen att insamlingen kan standardiseras och att datakvaliteten kan förbättras. Vi återkommer till detta i kapitel 10.

[1] S 2024:05, *Förslag på statliga engångsinsatser för att korta väntetider i vården* (se även bilaga 3 till detta betänkande).

4.2 Styrmedel för att korta väntetiderna i vården

Tillgängligheten till vård, inklusive väntetider, har varit föremål för statlig styrning under de senaste decennierna. Att vårdgarantin blev lagstadgad 2010 är ett led i detta, liksom införandet av Kömiljarden, så småningom ”den uppdaterade Kömiljarden”, liksom även andra överenskommelser mellan regeringen och SKR.[2] Flera myndighetsuppdrag och tillfälliga satsningar på området har också syftat till att öka tillgängligheten till vård. De standardiserade vårdförloppen (SVF) för cancer är viktiga att lyfta fram här, liksom den nationella cancerstrategi som ligger till grund för dem – sedan januari 2026 uppdaterad med en ny sådan.[3]

Vi redogör nedan för de styrmedel som Riksrevisionen granskade 2023 och som myndigheten beskrev som de tre mest centrala styrmedlen som införts för att korta väntetiderna i vården: vårdgarantin, kömiljarden samt SVF inom cancervården.[4] Vårdgarantin är lagstadgad och kömiljarden infördes för att öka följsamheten till vårdgarantin. SVF kompletterar vårdgarantin men är inte lagstadgade.

4.2.1 Vårdgarantier har funnits i olika former sedan 1990-talet

Vårdgarantin är ett statligt styrmedel som anger tidsgränser för väntan på vård. Den innebär att regionerna ska garantera sina medborgare vård inom bestämda tidsgränser i vissa delar av vårdkedjan. Tidsgränserna kan sammanfattas som 0-3-90-90.[5]

Sedan 1 juli 2010 finns en författningsreglerad vårdgaranti i Sverige.[6] Det har funnits vårdgarantier i olika former ända sedan 1990-talet, men fram till 2010 reglerades de inte genom författning utan genom överenskommelser mellan staten (regeringen) och dåvarande Landstingsförbundet (senare SKR).

Syftet med att införa vårdgarantierna var inledningsvis att förkorta och utjämna köerna inom områden med speciellt omfattande problem.

[2] Riksrevisionen, *I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer*, 2023.
[3] SOU 2009:11. I januari 2026 presenterade regeringen den nya cancerstrategin *Ökad överlevnad och bättre livskvalitet – nationell cancerstrategi 2.0* (S2026/00065).
[4] Riksrevisionen, *I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer*, 2023.
[5] Se utförlig beskrivning av vårdgarantin i kapitel 5.
[6] Lag (2010:243) om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och förordningen (2010:349) om vårdgaranti.

Överenskommelserna om vårdgarantin utvecklades senare med målsättningen att öka tillgängligheten för alla patienter och öka möjligheterna att få god vård inom rimlig tid.[7] År 2005 fick vårdgarantin utformningen 0-7-90-90, och den vårdgaranti som sedan lagstadgades motsvarar i princip utformningen av garantin från 2005. Innan vårdgarantin lagstadgades var dock praxis att åtagandet för de dåvarande landstingen innebar att erbjuda *all* behandling inom landstingens planerade vård och inte endast operationer.[8]

Ett skäl till att författningsreglera vårdgarantin var att de vårdgarantier som hade funnits, och alltså reglerats genom överenskommelser, inte hade inneburit förbättringar av tillgängligheten i tillräcklig grad. Huvudmännen prioriterade inte tillgänglighetsfrågor tillräckligt mycket och det fanns även brister i rutiner och processer inom hälso- och sjukvården. Vidare var kunskapen om vårdgarantin låg bland medborgare och bland hälso- och sjukvårdspersonal. Det bedömdes att en författningsreglerad vårdgaranti skulle ha bättre förutsättningar än överenskommelser att komma till rätta med problemen. Samtidigt som vårdgarantin författningsreglerades infördes bestämmelser om fast vårdkontakt, förnyad medicinsk bedömning och utökade informationskrav. Det samlade syftet med förändringarna var att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården.[9]

Förändring av vårdgarantin inom primärvården

Den 1 januari 2019 förändrades den del av vårdgarantin som tidigare omfattade besök hos en läkare i primärvården inom sju dagar, till att omfatta en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad personal i primärvården inom tre dagar. Den medicinska bedömningen blev professionsneutral, vilket innebär att den kan göras även av annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal än läkare. Den enskilda patientens vårdbehov ska styra vilken kompetens som nyttjas. Vårdgarantin fick genom detta sin nuvarande utformning med 0-3-90-90.[10]

[7] Prop. 2009/10:67, s. 21–22.
[8] Ibid. s. 22.
[9] Prop. 2009/10:67.
[10] Lag (2018:553) om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och förordning (2018:1129) om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

4.2.2 Kömiljarden innebar prestationsbaserade ersättningar till regionerna

Den så kallade kömiljarden infördes för att ge regionerna ekonomiska incitament att hålla vårdgarantins tidsgränser. Syftet var att stärka måluppfyllelsen av vårdgarantin och därmed att korta väntetiderna i vården. Den första kömiljarden infördes redan 2009, alltså innan vårdgarantin var lagstadgad.[11]

Kömiljarden gick ut på att staten betalade ut prestationsbaserade ersättningar till regionerna. Kraven som regionerna skulle uppfylla formulerades genom överenskommelser mellan regeringen och SKR (dåvarande SKL). Medlen fördelades baserat på hur väl regionerna uppfyllde krav som var kopplade till vårdgarantins tidsgränser inom den specialiserade vården – väntetid för första besök och väntetid för operation eller behandling. Att medlen i kömiljarden fördelades efter prestation skiljde sig från statens tidigare ekonomiska satsningar för att minska väntetider, då medel i stället fördelades genom generella anslag.[12] Under perioden 2010–2014 betalade staten ut cirka 6 miljarder kronor till regionerna i enlighet med kömiljardens villkor.[13]

Prestationskraven varierade över åren och skärptes också över tid. Under de första två åren, 2009–2010, gällde exempelvis:

- 900 miljoner kronor fördelades till de regioner där 80 procent av patienterna hade väntat i högst 90 dagar på besök, alternativt operation eller behandling i den specialiserade vården.
- 100 miljoner kronor fördelades till de regioner där 90 procent av patienterna hade väntat i högst 90 dagar på besök, alternativt operation eller behandling i den specialiserade vården.

Under 2011–2014 gällde i stället 60 dagar som gräns, vilket alltså utgjorde en skarpare gräns än vårdgarantins 90 dagar. Procentsatserna sänktes samtidigt till 70 respektive 80 procent av patienterna.[14]

---

[11] Se till exempel prop. 2009/10:67, Riksrevisionen, *I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer*, 2023 och Socialstyrelsen *Tillgänglighet i hälso- och sjukvården*, 2018.
[12] Myndigheten för vårdanalys, *Låt den rätte komma in*, 2014, s. 36, 173 f. och Riksrevisionen, *I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer*, 2023.
[13] Riksrevisionens summeringar av utbetalningar inom ramen för överenskommelser om kömiljarder mellan regeringen och SKR 2009–2014, Riksrevisionen *I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer*, 2023, s. 86.
[14] Överenskommelserna om kömiljarder mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2009–2014. Riksrevisionen, *I väntan på vård, ineffektiv statlig styrning för kortare köer*, 2023.

Ersättningen till regionerna var en fast summa per månad som alla regioner som uppnådde målet delade på, fördelade med hänsyn till befolkningsstorlek.[15] Hela ersättningen betalades ut, vilket gjorde att summan per region blev större när färre regioner uppnådde målet. De regioner som inte klarade av prestationskraven fick inga medel.[16]

En ny, uppdaterad kömiljard infördes 2019

I juni 2019 beslutade regeringen och dåvarande SKL om en ny, uppdaterad kömiljard, i enlighet med Januariavtalet, för det innevarande kalenderåret. Enligt Januariavtalet skulle en ny kömiljard införas som omfattade hela vårdkedjan och särskilt tog hänsyn till kroniskt sjuka patienters behov.[17] Totalt avsattes 1,6 miljarder kronor till regionerna för den nya kömiljarden.[18]

Även den uppdaterade kömiljarden var kopplad till vårdgarantins tidsgränser och reglerades i överenskommelser mellan staten och dåvarande SKL. Den nya versionen skiljde sig framför allt från de tidigare genom att den hade fokus på förbättringar, i form av kortare väntetider i respektive region, jämfört med samma månad föregående år. Parterna lyfte fram att den nya kömiljarden tog hänsyn till varje regions specifika förutsättningar genom att mäta regionens prestationer i relativa mått. Syftet var att på detta sätt jämna ut skilda förutsättningar mellan regionerna. De regioner som hade förbättrat sina väntetider mest jämfört med tidigare år fick del av en större pott av medlen än de regioner som hade gjort mindre förbättringar eller inga alls.

I överenskommelsen ingick också krav på dåvarande landstingen att förbereda införandet av en utvecklad uppföljning av specialiserad vård. Senast den 1 april 2020 skulle alla kontakter, som besök, återbesök, utredningar, operationer, behandlingar och åtgärder inom den specialiserade vården kunna redovisas i väntetidsdatabasen.[19]

[15] Månadsvisa beräkningar påbörjades först 2011. Under 2009 och 2010 skedde utbetalningen vid ett respektive två mättillfällen.
[16] Socialstyrelsen, *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2009–2011*, 2012, s. 37 och Myndigheten för vårdanalys, *Låt den rätte komma in*, 2014, s. 174.
[17] Januariavtalet var en skriftlig överenskommelse mellan regeringspartierna Socialdemokraterna och Miljöpartiet och samarbetspartierna Liberalerna och Centerpartiet. Avtalet slöts i januari 2019 och upphörde när regeringen Löfven II tvingades avgå, i juni 2021.
[18] Regeringen och SKL, *En ny, uppdaterad kömiljard 2019, överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*, 2019.
[19] Regeringen och SKL, *En ny, uppdaterad kömiljard 2019, överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*, 2019, s. 13.

4.2.3 Kömiljarden har följts av andra överenskommelser och extra tillskott av medel

Överenskommelsen som slöts i juni 2019, för samma kalenderår, var den sista som benämndes kömiljard.[20] Under åren 2020–2024 beslutades i stället överenskommelser under rubriken Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Överenskommelserna omfattade samtliga drygt 2,9 miljarder kronor årligen.

Prestationskraven förändrades över åren. Under pandemiåren (2020–2021) anpassades överenskommelserna och prestationskraven i dem ströks eller sänktes. Det beslutades också om en tilläggsöverenskommelse under 2021, för att hantera den uppskjutna vården och för att upprätthålla arbetet med tillgänglighet.[21] Utöver överenskommelserna beslutade regeringen, och sedan riksdagen, om flera tilläggsbudgetar under pandemiåren för att stödja hälso- och sjukvården i att hantera den uppskjutna vården och covid-19-relaterad vård.[22]

Från och med 2025 är överenskommelserna mellan regeringen och SKR om ökad tillgänglighet ersatta av en förordning om statsbidrag till regioner[23], se avsnitt 4.3.1 nedan. Socialstyrelsen ska enligt förordningen fördela bidragen till regionerna på det sätt som regeringen bestämmer. Vad gäller tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) så har regeringen och SKR tecknat en överenskommelse även för åren 2025–2026. Detta beskriver vi mer utförligt i kapitel 8.

I överenskommelserna 2020–2024 ingick fler delar av vårdkedjan

Överenskommelsen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården år 2020 skiljde sig från tidigare kömiljardsatsningar genom att fler delar av vårdkedjan ingick i prestationskraven än dem som vårdgarantin täckte. Parterna lyfte fram att det länge hade varit en målsättning att i större utsträckning kunna följa upp måldatum som utgick från medi-

[20] Begreppet förekom även i överenskommelsen för 2020 men inte i de överenskommelser som beslutades om efter det.
[21] I juli 2021 beslutades om en tilläggsöverenskommelse om knappt 1,5 miljarder kronor. Regeringen och SKR, *Tilläggsöverenskommelse om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2021.
[22] Se Riksrevisionen, *Regeringens underlag till riksdagen under pandemin – extra ändringsbudgetar 2020 och 2021*, 2022 för en förteckning över de extra ändringsbudgetar som regeringen och sedan riksdagen beslutade under 2020 och 2021.
[23] Förordning om statsbidrag till regioner för stärkt tillgänglighet och ökad vårdkapacitet inom den specialiserade hälso- och sjukvården (2024:1252).

cinska behov. ”Det gäller inte minst väntetider till återbesök.”[24] Syftet med att följa upp måldatum var att minska risken för undanträngning av patienter med större behov av vård och med kroniska sjukdomar. ”Ambitionen är att överenskommelsen på sikt ska kunna täcka in ännu fler delar av vårdkedjan.”[25]

Liksom i överenskommelsen för 2019 mättes regionernas prestationer inom den specialiserade vården genom att jämföra väntetiderna inom en och samma region med motsvarande uppgifter samma månad föregående år.[26]

Regionernas prestationer för kortare väntetider bedömdes utifrån väntetiderna till sju vårdinsatser:

- Medicinsk bedömning i primärvården
- Första besök inom den specialiserade vården
- Operation eller åtgärd inom den specialiserade vården
- Återbesök inom den specialiserade vården
- Första besök inom BUP
- Fördjupad utredning inom BUP
- Behandling inom BUP.[27]

Det var första gången som väntetider i primärvården ingick i överenskommelsen, liksom återbesök inom den specialiserade vården, samt BUP.[28] Återbesök infördes på försök och kopplades till prestationskrav från och med 1 juli 2020.[29]

Med anledning av covid-19-pandemin gjordes justeringar i överenskommelsen – från och med mars 2020 ströks prestationskraven som

[24] Regeringen och SKR, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2019, s. 9.
[25] Ibid.
[26] Jämförelsen med föregående år gäller för första besök inom den specialiserade vården, respektive för operation eller åtgärd inom densamma. För övriga vårdinsatser gällde andra prestationsmått.
[27] Regeringen och SKR, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2019, s. 11.
[28] Barn- och ungdomspsykiatrin har dock ingått i överenskommelser även tidigare men då inom ramen för överenskommelser inom området psykisk hälsa.
[29] Regeringen och SKR, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2019, s. 13.

var kopplade till vårdgarantin och merparten av medlen fördelades i stället till regionerna utifrån befolkningsstorlek.[30]

Överenskommelsen för 2021 påverkades också av pandemin. Parterna kom överens om att utforma överenskommelsen så att den kunde utgöra ett stöd för regionerna i arbetet med att hantera konsekvenserna av covid-19. De prestationsbaserade kraven beslutades om först i en tilläggsöverenskommelse i juli 2021 – då utan prestationskrav för återbesök.[31] Parterna var överens om att från och med 2022 återgå till den modell som lagts fram i 2020 års överenskommelse.[32]

I 2022 och 2023 års överenskommelse ingick de nya inslagen från 2020, med krav på insatser inom såväl primärvården som den specialiserade vården, inklusive BUP. Det tillkom också två nya prestationskrav – patienter som väntat längre än 180 dagar på första besök respektive patienter som väntat längre än 180 dagar på operation eller åtgärd.[33]

Överenskommelsen som beslutades inför 2024 skiljde sig väsentligt från de tidigare. Kapacitet utgjorde ett nyckelord och de insatser som skulle utföras av regionerna syftade till ”stärkt tillgänglighet och ökad kapacitet”.[34] I stället för två block med prestationskrav infördes sju fokusområden, med prestationer kopplade till varje område. De målsättningar som ingick i Tidöavtalet[35] avspeglades i överenskommelsen – nationell vårdförmedling för kortare vårdköer utgjorde till exempel ett av fokusområdena. I den här överenskommelsen var det endast prestationerna inom BUP som mättes i form av procentuella förändringar jämfört med motsvarande månad föregående år.

Parterna bedömde att det under 2024 var särskilt viktigt med förutsägbarhet i överenskommelsen. Av överenskommelsen framgick därför

[30] Regeringen och SKR, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2022, s. 9.
[31] Regeringen och SKR, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2020 respektive *Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2021.
[32] Regeringen och SKR, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2022, s. 9.
[33] Regeringen och SKR, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2023. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2023 respektive *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2022.
[34] Regeringen och SKR, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2024. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2023.
[35] Tidöavtalet är en skriftlig överenskommelse mellan Moderaterna, Kristdemokraterna, Liberalerna och Sverigedemokraterna. Avtalet blev offentligt den 14 oktober 2022 och ligger till grund för regeringssamarbetet.

hur stor mängd medel varje region skulle tilldelas givet att de uppfyllde prestationskraven. Socialstyrelsen hade en tydligare roll vad gäller bedömning och uppföljning av regionernas prestationer än vad myndigheten hade haft förut.[36]

4.2.4 Standardiserade vårdförlopp för cancer

Standardiserade vårdförlopp (SVF) för cancer är en statlig åtgärd som införts för att korta väntetiderna till cancervården. SVF infördes 2015 och har implementerats genom överenskommelser mellan staten och SKR. De flesta vårdförloppen togs fram under åren 2015–2018.[37] Utöver förbättrad tillgänglighet och kortare köer, var ett syfte med införandet av SVF att bidra till en mer jämlik vård över landet och nöjdare patienter.[38] I dagsläget finns det standardiserade vårdförlopp för 32 diagnoser, vilket omfattar över 95 procent av samtliga cancerdiagnoser. Staten har genom överenskommelserna avsatt ungefär 5,2 miljarder kronor för SVF under åren 2015–2025.[39] Till skillnad från vårdgarantin är ledtiderna inom SVF inte författningsreglerade.

Den nationella cancerstrategin la grunden för SVF

Det finns sedan 2009 en nationell cancerstrategi i Sverige.[40] Strategin har legat till grund för arbetet med att utveckla cancervården, bland annat genom överenskommelser mellan regeringen och SKR och genom uppdrag till myndigheter. Den ligger även till grund för utvecklingen av de standardiserade vårdförloppen. Sedan 2018 finns även en långsiktig inriktning för cancervården, som regeringen beslutat om.

SVF tas fram och revideras av de nationella vårdprogramgrupperna. SVF kan beskrivas som en sammanfattning av de nationella vård-

[36] Regeringen och SKR, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2024. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2023.
[37] År 2015 infördes de första 5 och 2016–2018 infördes ytterligare 26 SVF. År 2022 infördes ett nytt SVF för myeloproliferativ neoplasi (MPN) som redovisas från 1 januari 2023. Regeringen och SKL, *Kortare väntetider i cancervården 2019. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*, 2019, s. 8; Regionala cancercentrum i samverkan (RCC), *Kortare väntetider i cancervården – status för inklusions- och ledtidsmål i SVF*, 2022.
[38] Regeringen och SKL, *Kortare väntetider i cancervården. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting*, 2015, s. 5, 6 f.
[39] Åren 2015–2023 avsattes totalt cirka 3,6 miljarder kronor. Riksrevisionen, *I väntan på vård – ineffektiv styrning för kortare köer*, 2023. År 2024 avsattes 809 miljoner kronor och 2025 817 miljoner kronor.
[40] SOU 2009:11.

programmen och talar om vad som ska göras och inom vilken tid för respektive cancerdiagnos.[41] Inspirationen kommer från Danmark som har haft standardiserade vårdförlopp sedan 2007.[42]

De standardiserade vårdförloppen startar vid välgrundad misstanke

De standardiserade vårdförloppen beskriver för respektive cancerdiagnos vilka utredningar och första behandlingar som ska göras och vilka tidsgränser som gäller för de olika åtgärderna. Ett SVF startar vid en välgrundad misstanke om cancer och avslutas vid påbörjad behandling. Välgrundad misstanke bygger på ett antal kriterier (olika symptom) för respektive cancerdiagnos. Kriterierna för varje diagnos framgår av respektive nationellt vårdprogram. Påbörjad behandling kan till exempel innebära kirurgi, strålbehandling eller läkemedelsbehandling.

Ledtiderna i SVF utgår enbart från värdeskapande tid ur patientens perspektiv.[43] Det innebär att patientens ovissa väntetid ska minimeras, oavsett om det finns evidens för att väntetiden får medicinska konsekvenser för patientens vårdutfall eller inte.[44] Ledtiderna sätts därför utifrån hur många dagar det optimalt borde ta att genomföra utredning fram till första behandling, utan hänsyn till nuvarande organisation och arbetssätt.[45] SVF kan i vissa fall komma att kräva omorganisering eller resurstillskott. Varje SVF anger det optimala förloppet för den aktuella diagnosen, utan hänsyn till hur diagnosen bör prioriteras i relation till annan vård.[46]

Ledtiderna bygger på det nationella vårdprogrammet för respektive cancerdiagnos och vårdprogrammen är evidensbaserade. Vårdförloppen ska därför ses över varje gång det nationella vårdprogrammet uppdateras eller revideras. SVF involverar både primärvården och den specialiserade vården, som var för sig eller tillsammans ansvarar

[41] De nationella vårdprogramgrupperna utses och leds av RCC och består av experter inom det aktuella området. Nationella vårdprogram ger rekommendationer om utredning, behandling, omvårdnad, rehabilitering och uppföljning av patienter med cancer. Mer att läsa om detta finns på RCC:s hemsida.
[42] RCC, *Styrdokument Riktlinjer för framtagande av standardiserade vårdförlopp inom cancersjukvården*, 2020.
[43] Ibid. s. 4.
[44] RCC, ”Så tas ett standardiserat vårdförlopp fram”, hämtad 2026-02-04.
[45] RCC, *Styrdokument Riktlinjer för framtagande av standardiserade vårdförlopp inom cancersjukvården*, 2020, s. 5.
[46] RCC, ”Så tas ett standardiserat vårdförlopp fram”, hämtad 2026-02-04.

för olika delar av förloppet. Inom ramen för SVF ska hänsyn tas till patientens önskemål och individuella situation, till exempel ålder, eventuell samsjuklighet eller komplikationer.[47] Regionerna ska liksom för vårdgarantin rapportera in SVF:s väntetider inom cancervården till SKR:s väntetidsdatabas.

Två centrala mål – inklusionsmålet och ledtidsmålet

Det finns två mål som är centrala i arbetet med standardiserade vårdförlopp:

- Inklusionsmålet – att 70 procent av alla patienter som insjuknar i cancer inom de aktuella diagnoserna ska utredas i ett SVF
- Ledtidsmålet – att 80 procent av de patienter som utreds i ett SVF ska utredas inom den ledtid som anges.[48]

Inklusionsmålet är satt till 70 procent eftersom vissa patienter inte ska inkluderas i SVF. Det gäller till exempel patienter som inte vill utredas enligt SVF och patienter som av medicinska skäl inte klarar av en snabb utredning. Det är med andra ord inte önskvärt att 100 procent av patienterna inkluderas. Inklusionsmålet beräknas utifrån den förväntade mängden patienter som insjuknar i cancerdiagnosen varje år.

Ledtidsmålet avser ledtiden, alltså väntan, från välgrundad misstanke till start av första behandling och varierar mellan olika diagnoser och behandlingar. Exempelvis är målet för kirurgisk behandling av prostatacancer 68 dagar och för kirurgisk behandling av urinblåsecancer 37 dagar. Ledtiderna bryts ned i ”del-ledtider” för att göra processen överblickbar, men det är endast den övergripande ledtiden från misstanke till behandling som regionerna måste följa upp och rapportera.

Inklusionsmålet uppnåddes 2018 på nationell nivå. Hösten 2022 uppnådde för första gången även samtliga regioner målet. Nationellt låg måluppfyllelsen 2024 på 82 procent. Hösten 2025 låg uppfyllelsen på 77 procent.[49]

---

[47] RCC, *Styrdokument Riktlinjer för framtagande av standardiserade vårdförlopp inom cancersjukvården*, 2020, s. 4.
[48] Regeringen och SKR, *Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2022. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2021, s. 16.
[49] Regeringen och SKR, *Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2026. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2026.

Ledtidsmålet har ännu inte uppnåtts och påverkas i hög grad av ett ekonomiskt ansträngt läge och fortsatta utmaningar inom kompetensförsörjningen, som även påverkar övriga delar av sjukvården. Ledtidsmålet utgår från patientens behov av att få vård i tid och är en ambitiös och högt uppsatt målbild. För att nå målet krävs bland annat utveckling av vårdens arbetssätt, med stöd av nya tekniker och kompetenser. I takt med att det ekonomiska läget förbättras är den generella bedömningen att förutsättningarna att förbättra måluppfyllelsen ökar.[50]

En ny cancerstrategi presenterades i januari 2026

I januari 2026 presenterade regeringen den nya cancerstrategin Ökad överlevnad och bättre livskvalitet – nationell cancerstrategi 2.0.[51] Strategin tar sin utgångspunkt i den föregående nationella strategin från 2009 En nationell cancerstrategi för framtiden, men tar hänsyn till dagens kunskap och teknik. Den omfattar även barn och unga vuxna. Samtidigt bevaras de tre övergripande målen som lagts fast i den tidigare cancerstrategin från 2009:

- minska risken för cancer och att fler diagnosticeras tidigt
- en ökad canceröverlevnad, samt
- bästa möjliga livskvalitet under och efter cancersjukdom.

Med anledning av den nya strategin har flera myndigheter fått nya uppdrag. Till exempel har Socialstyrelsen fått i uppdrag att etablera och agera ”sammankallande part för en nationell cancer mission hubb”.[52]

4.2.5 Samtliga centrala styrmedel har kritiserats för att inte vara effektiva

Vårdgarantin har kritiserats vid upprepade tillfällen genom åren, av flera olika aktörer och politiska partier. En av de vanligaste invändningarna mot den, liksom mot kömiljarden och motsvarande sats-

[50] Ibid.
[51] Regeringsbeslut S2026/00065.
[52] Regeringsbeslut S2025/01230.

ningar, har varit att den inte leder till kortare väntetider och att den medför undanträngningseffekter – att patienter med mindre medicinska behov får företräde framför patienter med större behov, genom att sådant som ingår i vårdgarantin eller kömiljarden tränger undan delar av vårdförloppet som *inte* ingår.

Riksrevisionen konstaterade i sin granskning 2023 att styrmedlen – vårdgarantin, kömiljarden och SVF – på många sätt inte är effektiva för att korta väntetider. Myndigheten menar att vårdgarantin visserligen är etablerad som norm, ”men de kontinuerligt försämrade väntetiderna tyder på att det är ett ineffektivt styrmedel för att korta väntetider till vård – trots att tidsgränserna är lagreglerade.”[53]

Risk för undanträngning när vårdgarantin bara reglerar fyra nedslag

Inför att vårdgarantin blev lagreglerad 2010 påpekade ett stort antal remissinstanser att vårdgarantin kunde komma att påverka regionernas prioriteringsarbeten och leda till undanträngning.[54] Socialstyrelsen uttryckte 2012 att vårdgarantins fyra nedslag i vårdkedjan riskerade att leda till ändrade prioriteringar och remissrutiner, vilket i sin tur kunde leda till undanträngning av sådant som inte ingår.[55]

Det finns ingen tidsgräns för patientens totala väntan på vård

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har framhållit att den lagstadgade vårdgarantin inte omfattar alla delar av en patients vårdkontakter, och uttryckt att målsättningen för vårdgarantin bör vara att omfatta hela vårdkedjan, från undersökning, utredning och röntgen till rehabilitering och uppföljning. Att mäta och inkludera en större del av vårdkedjan i vårdgarantin skulle enligt myndigheten minska risken för undanträngning av sådant som i dag inte ingår i vårdgarantin, exempelvis undersökningar.[56]

Myndigheten har också beskrivit att eftersom inte alla delar av vårdkedjan ingår, finns det inte heller någon tidsgräns för den totala väntan i situationer när vårdförloppet kräver mer än endast en medi-

[53] Riksrevisionen, *I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer*, 2023, s. 4.
[54] Prop. 2009/10:67, s. 36–37.
[55] Socialstyrelsen, *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2009–2011*, 2012, s. 8.
[56] Myndigheten för vårdanalys, *Låt den rätte komma in*, 2014, s. 230.

cinsk bedömning inom primärvården, följt av en remiss till ett besök inom den specialiserade vården, då beslut om behandling tas. Processen från det att primärvården kontaktas till att en behandling inom den specialiserade vården påbörjas kan i praktiken bli betydligt längre än 183 (0 + 3+ 90 + 90) dagar – utan att vårdgarantins gränser har överskridits. Myndigheten har rekommenderat regeringen att se över om vårdgarantin kan förstärkas och göras mer relevant ur ett patientperspektiv genom att inkludera fler delar av vårdkedjan.[57]

Även SKR har uttryckt ett behov av en översyn av vårdgarantin som belyser hela vårdkedjan. Regeringen och SKR valde i överenskommelserna om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården för åren 2020, 2022 och 2023 att inkludera fler delar av vårdkedjan än dem som vårdgarantin täcker. Syftet har varit att minska risken för undanträngning av patienter med större behov av vård och med kroniska sjukdomar.[58]

Även i remissvaren som gällde förslagen om den förstärkta vårdgarantin inom primärvården, som trädde i kraft 2019, beskrevs risken för undanträngning eller att vissa grupper missgynnas som en följd av vårdgarantin.[59]

Även kömiljarden har kritiserats för att ändra prioriteringar och remissrutiner

Uppföljningar av kömiljarden visar att satsningen var ett kraftfullt incitament för att uppmärksamma tillgänglighetsfrågan i regionerna och få dem att fokusera på åtgärder som syftade till att korta väntetiderna. Samtidigt fanns det indikationer på att kömiljardens prestationskrav ledde till ändrade prioriteringar och remissrutiner som i sin tur kunde leda till undanträngning av besök och behandlingar som inte ingick i vårdgarantin. Detta kunde innebära konsekvenser för patienter med kända och diagnostiserade besvär som behövde komma tillbaka på återbesök, till exempel patienter med kroniska sjukdomar.[60]

[57] Ibid. s. 239.
[58] I Januariavtalet var det uttalat att en ny, uppdaterad kömiljard skulle tas fram som omfattade hela vårdkedjan.
[59] Se remissvar till betänkandet SOU 2017:53 från Svenska distriktläkarföreningen, Pensionärernas riksorganisation, Legitimerade Kiropraktorers Riksorganisation, Svenska Läkaresällskapet, Sveriges läkarförbund och Famna.
[60] Se till exempel Socialstyrelsen, *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2009–2011*, 2012, s. 8.

Tillgänglighetsdelegationen hade i uppdrag att vidareutveckla överenskommelsen om kömiljarden. Det förslag som delegationen lämnade innebar att en större del av överenskommelsens medel skulle läggas på det strategiska utvecklingsarbetet. Delegationen föreslog också att en regiongemensam pilotverksamhet skulle införas.[61] Överenskommelsen för ökad tillgänglighet som beslutades om för 2024 låg delvis i linje med delegationens förslag – förutsägbarhet betonades i överenskommelsen och en förhållandevis stor del av medlen, cirka 1,2 miljarder kronor, betalades ut till regionerna utan krav på motprestation.[62]

Riksrevisionen ansåg att kömiljarden hade en kortvarig effekt på väntetiderna vid införandet, men att det är oklart om effekten berodde på en verklig produktionsökning av vård eller om det rörde sig om administrativa åtgärder, som rensade väntelistor. ”Det är även oklart om prestationsersättning som styrmedel har effekt på sikt.”[63]

Riksrevisionen gav SVF högst betyg av styrmedlen

Av vårdgarantin, kömiljarden och SVF så är SVF det styrmedel som har haft en viss effekt på väntetiderna, enligt Riksrevisionen. Framgången bedöms bero på att SVF är bättre förankrat i regionerna och inom professionen. Riksrevisionen bedömde att SVF har lett till kortare väntetider för flera cancerdiagnoser och att de stimulerar till verksamhetsutveckling, vilket i längden kan leda till kortare väntetider. De regionala skillnaderna i väntetider inom cancervården kvarstår dock. ”För att SVF ska få större genomslag är det viktigt att regionernas ledning prioriterar SVF.”[64]

Riksrevisionen bedömde sammantaget att styrmedlen vårdgarantin, kömiljarden och SVF riskerar att leda till undanträngning av patienter med större vårdbehov och till resursineffektiv cancerutredning. Det senare handlar om att SVF riskerar att leda till att patienter utreds för cancer i onödan, om kriterierna för välgrundad misstanke om cancer är för breda. Det skulle innebära risk för resursineffektiv vård, undanträngning och att patienter oroas i onödan.

[61] Denna skulle enligt förslaget exempelvis kunna handla om en gemensam produktions- och kapacitetsstyrning och gemensamma eller samordnade upphandlingar, SOU 2021:59.
[62] Regeringen och SKR, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2024. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2023.
[63] Riksrevisionen, *I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer*, 2023, s. 4.
[64] Ibid. s. 62.

4.3 Mot en ökad statlig styrning av väntetider

Regeringen avser att öka det nationella ansvaret för vården och vill ha en starkare statlig styrning. Regeringen vill även öka den statliga kontrollen och uppföljningen av hälso- och sjukvården.[65] Kompetensförsörjning, tillgänglighet och digitalisering är områden som regeringen bedömer är i behov av ett tydligare nationellt perspektiv.[66] Flera steg har tagits i denna riktning:

I juni 2023 tillsatte regeringen en parlamentariskt sammansatt kommitté med uppgift att lämna förslag på möjligheter att långsiktigt införa ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap. Utredningen, som tog namnet Vårdansvarskommittén, lämnade sitt slutbetänkande i juni 2025. Kommittén föreslog bland annat att staten tar ett tydligare ansvar inom vissa delar av hälso- och sjukvården, i syfte att stärka jämlikheten och förbättra vårdens förutsättningar i hela landet.

Även direktiven till vår utredning, inte minst vad gäller den delredovisning som vi lämnade i januari 2025, visar på denna inriktning. I de tilläggsdirektiv som beslutades om till vår utredning i oktober samma år togs också aspekten om ökad statlig styrning upp. Till våra ursprungliga direktiv la då regeringen till uppdraget att analysera och lämna förslag på hur statens styrning kan stärkas genom ett system med nationella principer för ersättningar och avgifter inom hälso- och sjukvården. Regeringen lyfter också fram att staten bör vidta åtgärder gentemot regionerna för att stärka patientens ställning.[67]

I januari 2026 tillsatte regeringen en nationell samordnare för att korta vårdköerna. Samordnaren ska bidra till att den statliga styrningen, kontrollen och uppföljningen stärks och får ett större genomslag i regeringens arbete med att korta vårdköerna och öka tillgängligheten i hälso- och sjukvården. Uppdraget slutredovisas efter att detta betänkande lämnats till regeringen.[68]

I februari 2026 tog regeringen ytterligare ett steg mot en ökad statlig styrning av hälso- och sjukvården genom beslutet om ändring i Socialstyrelsens instruktion.[69] Ändringen innebär att flera tids-

[65] Se regeringsförklaringen från 2022 eller 2024 till exempel samt prop. 2025/26:1, utgiftsområde 9 och dir. 2026:3.
[66] Regeringsbeslut, Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för nationell vårdförmedling, S2023/02117.
[67] Dir. 2025:94.
[68] Dir. 2026:3.
[69] Förordning om ändring i förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

begränsade regeringsuppdrag i stället blir permanenta uppgifter för myndigheten. Det rör bland annat uppdrag om tillgänglighet, vårdkapacitet och väntetider. Syftet är att renodla den statliga styrningen, ge myndigheten möjlighet att arbeta mer långsiktigt och skapa bättre underlag för beslut om hälso- och sjukvården inom dessa områden.

4.3.1 En nationell vårdförmedling inrättas och överenskommelser ersätts av förordningar

Regeringen uttryckte sin avsikt i Tidöavtalet, om att inrätta en nationell vårdförmedling i statlig regi.[70] Moderaterna, Kristdemokraterna och Sverigedemokraterna avsatte medel för detta redan som oppositionspartier, i det förslag till statsbudget som riksdagen röstade igenom i december 2021.[71] Sedan regeringen tillträdde i oktober 2022 har avsikten att inrätta en nationell förmedling upprepats vid ett flertal tillfällen. Permanenta medel finns avsatta för genomförandet.[72]

Tanken är att en nationell vårdförmedling ska kunna redovisa ledig kapacitet och patienter ska ges möjlighet att söka vård i hela landet. På så vis ska patienter snabbare erbjudas vård.

Regeringsuppdrag om väntetider och nationell vårdförmedling

I juni 2023 gav regeringen Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten (EHM) i uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för nationell vårdförmedling.[73] Uppdraget redovisades i mars 2025. I förslaget från myndigheterna ingår sammanlagt 16 statliga insatser inom sju insatsområden. Insatserna utgör tillsammans myndigheternas plan.

Socialstyrelsen och EHM har även arbetat med ett uppdrag för att genomföra insatser som stödjer och stärker patienters möjligheter att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider. En central del av det uppdraget var att skapa en nationell lägesbild av offentliga och privata vårdgivares möjligheter att ta emot patienter från andra

[70] Tidöavtalet, *Överenskommelse för Sverige*, 2022.
[71] Bet. 2021/22:FiU1, rskr. 2021/22:46.
[72] Prop. 2025/26:1, bet. 2025/26:SoU1, rskr. 2025/26:114.
[73] Regeringsbeslut, Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för nationell vårdförmedling, S2023/02117.

vårdgivare runtom i landet, för operation eller behandling.[74] Uppdraget slutredovisades i juni 2025. I redovisningen beskrivs bland annat att EHM har utvecklat en tjänst som visar en nationell lägesbild över väntetider till operation via ett webbgränssnitt. Den första versionen av tjänsten innehåller uppgifter om vårdgivares väntetider till operation, baserat på uppgifter från två nationella kvalitetsregister. I slutredovisningen beskrivs också tre olika pilotinsatser som har genomförts med fokus på nationell vårdförmedling. Insatserna har gjorts inom områdena knäprotesoperationer, koloskopiundersökningar respektive kataraktoperationer. Myndigheterna beskriver också insatser som de har bedrivit för att utveckla informationen till patienter om vårdgarantin och regioners skyldigheter.[75]

Regeringen har även gett EHM i uppdrag att genomföra en förstudie om hur ett nationellt vårdsöksystem kan utvecklas, organiseras och förvaltas.[76] I maj 2025 fick Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten i uppdrag att fortsätta arbetet med att utveckla nationell vårdförmedling och att vidareutveckla den nationella katalogen över vårdgivare och utförare av socialtjänst. Myndigheterna har etablerat en nationell samordningsfunktion som ska främja regionernas samverkan kring arbetssätt och rutiner. Målet är att fler ska erbjudas den vård de behöver inom vårdgarantins tidsgränser. Under 2026 ska den så kallade Vårdförmedlingstjänsten testas inom området kataraktoperationer.[77] Uppdraget ska slutredovisas i februari 2027.[78]

Överenskommelser ersätts av förordningar som ett led i ökad statlig styrning

Utvecklingen av överenskommelserna mellan regeringen och SKR visar också på regeringens intention att öka det statliga ansvaret för hälso- och sjukvården: I december 2024 beslutade regeringen om förordning om statsbidrag till regioner för stärkt tillgänglighet och

[74] Regeringsbeslut, Uppdrag att genomföra insatser som stödjer och stärker patienters möjlighet att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider, S2023/02119.
[75] Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten *Insatser som stödjer och stärker patienters möjligheter att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider*, 2025.
[76] Regeringsbeslut, Uppdrag att genomföra en förstudie om hur ett nationellt vårdsöksystem kan utvecklas, organiseras och förvaltas S2022/01372. Uppdraget ändrades genom beslut 22 juni 2023 och slutredovisades i mars 2025.
[77] Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten *Utveckla och etablera arbetet med nationell vårdförmedling Delredovisning*, 2026.
[78] Regeringsbeslut, Uppdrag till Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten att utveckla och etablera arbetet med nationell vårdförmedling, S2022/01372, 2023/02117 och S2025/00971.

ökad vårdkapacitet inom den specialiserade hälso- och sjukvården (2024:1252), samt om förordning om statsbidrag till kommuner och regioner för utveckling av en god och nära vård (2024:1253).[79] De båda förordningarna ersatte, som ovan nämnt, från och med 2025 tidigare överenskommelser mellan regeringen och SKR inom de båda områdena. Socialstyrelsen ska enligt förordningarna fördela bidragen till regionerna på det sätt som regeringen bestämmer. Socialstyrelsen menar att den nya ordningen med ett statsbidrag som administreras av Socialstyrelsen kan bidra till ökad kontinuitet och stärka det strategiska arbetet i regionerna. Regeringen bedömer i sin tur att övergången från överenskommelse till förordningsstyrda bidrag skapar en bättre förutsebarhet och tydligare styrning av de anvisade medlen.[80]

Strategiska dialoger med regionerna

Även när det gäller arbetet med kunskapsstöd har Socialstyrelsens roll förändrats. Myndigheten har haft i uppdrag att föra strategiska dialoger med regionerna om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet, i syfte att öka regionernas tillgänglighet och kapacitet.[81] Flera regioner har lyft fram att de behöver nationell vägledning när det gäller prioritering mellan olika vårdområden och olika köer. Regionerna önskar också mer skräddarsydda underlag, utifrån sina behov.[82]

4.3.2 Särskilda satsningar på kortare vårdköer för utvalda diagnosgrupper

I februari 2025 fick Socialstyrelsen i uppdrag att fördela, betala ut och följa upp medel för att korta vårdköerna.[83] Myndigheten skulle under året betala ut 497 miljoner kronor i prestationsbaserade medel till regionerna. Uppdraget utgick från de förslag som utredningen

[79] Förordning om statsbidrag till regioner för stärkt tillgänglighet och ökad vårdkapacitet inom den specialiserade hälso- och sjukvården (2024:1252) respektive förordning om statsbidrag till kommuner och regioner för utveckling av en god och nära vård (2024:1253).
[80] Prop. 2025/26:1, utgiftsområde 9.
[81] Regeringsbeslut, Uppdrag att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet, S2022/01664. Uppdraget upphörde genom beslut om uppdrag att bidra till att stärka samt följa upp tillgängligheten och vårdkapaciteten på regional och nationell nivå, S 2024/01058, den 24 maj 2024.
[82] Socialstyrelsen, *Socialstyrelsens plan för arbetet med tillgänglighet och vårdkapacitet*, 2024.
[83] Regeringsbeslut, Uppdrag till Socialstyrelsen att fördela, betala ut och följa upp medel för att korta vårdköerna, S2025/00401.

lämnade till regeringen i januari 2025 och inriktades mot operationer av höftleder, framfall och grå starr.[84] I juni samma år lämnade regeringen en fortsättning på uppdraget till Socialstyrelsen som innebar att ytterligare cirka en halv miljard kronor skulle fördelas i prestationsbaserade medel till regionerna för att korta vårdköerna. I uppdraget som gavs i juni förtydligades att Socialstyrelsen skulle betala ut medel till de regioner som ökat sin vårdproduktion jämfört med tidigare år.[85]

Fortsatta satsningar på fler utvalda vårdområden

I budgeten för 2026 fortsatte regeringen satsningen på att korta köerna inom vissa vårdområden. Regeringen ville ge ekonomiska incitament till de regioner som ökade vårdproduktionen och avsatte därför medel för detta.[86] I januari 2026 fick Socialstyrelsen i uppdrag att fördela 750 miljoner kronor i prestationsbaserade medel till regionerna för fler operationer och kortare väntetider.[87] Medlen fördelas för ökat antal operationer av höftledsprotes, framfall, grå starr, ljumskbråck och knäledsprotes, samt för koloskopiundersökningar. Koloskopi är den första åtgärden i regeringens satsning som inte utgörs av en operation. Valet av åtgärder grundar sig på den bedömning som Socialstyrelsen gjorde inom ramen för uppdraget att lämna förslag på ytterligare åtgärder för att korta vårdköerna.[88]

4.3.3 Förändringar i ansvar för mätning av väntetider – numera i statlig regi

Uppdraget till Socialstyrelsen i december 2024, att förbereda för att samla in väntetidsdata, var ytterligare ett steg i riktningen mot ökad statlig styrning.[89] Myndigheten fick då i uppdrag av regeringen att förbereda för insamling av uppgifter om väntetider från regionerna

[84] S 2024:05, *Förslag på statliga engångsinsatser för att korta väntetider i vården* (bilaga 3).
[85] Regeringsbeslut, Uppdrag till Socialstyrelsen att fördela, betala ut och följa upp ytterligare medel för att korta vårdköerna S2025/01233.
[86] 750 miljoner kronor för år 2026. 750 respektive 500 miljoner kronor planerar att avsättas år 2027 respektive år 2028, för att korta köerna inom vissa diagnosgrupper. Prop. 2025/2026:1, utgiftsområde 9.
[87] Regeringsbeslut S2026/00052.
[88] Regeringsbeslut S2025/01757.
[89] År 2021 fick Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla förutsättningar för insamling av väntetidsdata, S2021/06332.

i syfte att följa upp och analysera hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Regeringen konstaterade i uppdraget att den statliga uppföljningen och analysen av hälso- och sjukvårdens kapacitet och tillgänglighet, där väntetidsdata utgör en viktig del, behöver utvecklas och förbättras. ”Som en del i detta ser regeringen att insamling av väntetidsdata bör ske i statlig regi.”[90]

I april 2025 beslutade regeringen om en förändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)[91] som gör att regionerna från och med 1 juli 2025 samlar in och rapporterar väntetider inom vården direkt till Socialstyrelsen, i stället för till SKR. Genom att samla in väntetidsdata i statlig regi avser regeringen att ”på ett mer transparent och effektivt sätt synliggöra och stärka vårdens kapacitet.”[92]

4.4 Tillgänglighet är mer än väntetider

Vården ska vara lätt tillgänglig.[93] Tillgänglighet till vård handlar om mer än kortare väntetider. En tillgänglig vård innebär för många att vården är lätt att komma i kontakt med och att alla typer av insatser ges i rimlig tid. Tillgänglighet handlar också om geografisk närhet, behovsanpassade öppettider, personcentrerad vård och möjligheter till digitala kontaktlösningar med vården. Tillgänglighet handlar också om ett bemötande som bidrar till att patienter upplever sig sedda och om att hälso- och sjukvården utformas så att den inte utestänger någon. Det kan röra sig om fysiska anpassningar eller om anpassad information och kommunikation utifrån olika patienters behov. Vidare är det centralt för patienternas trygghet att veta hur man kommer i kontakt med vården och när nästa insats ska ske.

Dessa utgångspunkter är något som lyfts fram exempelvis i överenskommelserna mellan SKR och regeringen – oberoende av vilken politisk majoritet som har dominerat.[94] De styrmedel som har införts för att öka tillgängligheten till vård har därför inte endast handlat om kortare väntetider. Satsningar har till exempel genomförts för att stärka kompetensförsörjningen, påskynda digitalisering och för att öka antalet vårdplatser, insatser som också har betydelse för till-

[90] Regeringsbeslut, Uppdrag att förbereda för att samla in väntetidsdata, S2024/02236.
[91] Förordning (2025:312) om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).
[92] Regeringen, ”Regeringen stärker uppföljningen av vårdens väntetider”, hämtad 2025-05-06.
[93] 5 kap. 1 § 5 p. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. 2 kap. 1 § patientlagen (2014:281), PL.
[94] Se exempelvis överenskommelsen för ökad tillgänglighet mellan regeringen och SKR för 2020 och överenskommelsen mellan parterna för 2024.

gängligheten till vård. Uppdrag som regeringen gett till Socialstyrelsen, om bland annat ökad vårdkapacitet, är också relevanta att lyfta fram här.[95] Tillgänglighetsarbetet kompletteras även av de särskilda överenskommelser som har slutits inom området psykisk hälsa.[96] Sedan början av 2026 nämns även särskilt i Socialstyrelsens instruktion att myndigheten ska följa, stödja och främja utvecklingen inom hälso- och sjukvården när det gäller tillgänglighet.[97]

En av de stora förändringarna som skett inom hälso- och sjukvården de senaste åren är omställningen till en god och nära vård. Ett av målen med omställningen är just att öka tillgängligheten till vården, vilket utvecklas i avsnitt 4.4.3 nedan.

4.4.1 Produktions- och kapacitetsstyrning är viktiga verktyg för ökad tillgänglighet

En förutsättning för god tillgänglighet inom hälso- och sjukvården är att regioner och verksamheter skapar en tydlig bild av vilken kapacitet vården behöver för att möta invånarnas vårdbehov. Bättre balans mellan vårdbehov och vårdkapacitet kan skapas genom ett strategiskt arbete med produktions- och kapacitetsstyrning.

Enkelt uttryckt handlar produktions- och kapacitetstyrning om organisationers arbete att se till att alla resurser finns på plats i rätt tid för att kunna ge patienter god vård utifrån behov.[98] Genom att prioritera rätt insatser kan resurser frigöras, som kan användas till mer värdeskapande insatser för patienterna.

Produktions- och kapacitetsstyrning är ett arbete som alla regioner och vårdverksamheter utför på ett eller annat sätt. Flera statliga utredningar och myndigheter har under de senaste åren betonat vikten av att regionerna behöver utveckla sin produktions-

[95] Regeringsbeslut, Uppdrag att bidra till att stärka samt följa upp tillgängligheten och vårdkapaciteten på regional och nationell nivå (S2024/01058). Se även Socialstyrelsen *Plats för vård*, 2024 som är en redovisning av regeringsuppdraget Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser inom hälso- och sjukvården S2023/00679.
[96] Se till exempel Regeringen och SKR, *Strategiska insatser inom området psykisk ohälsa och suicidprevention. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2025. I mars 2026 tecknades en tilläggsöverenskommelse för strategiska insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention.
[97] Förordning (2025:661) om ändring i förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.
[98] Socialstyrelsen, ”Stöd för produktions- och kapacitetsstyrning”, hämtad 2026-02-04.

och kapacitetsstyrning.[99] Mot denna bakgrund fick Socialstyrelsen 2022 i uppdrag av regeringen att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering.[100] Socialstyrelsen erbjuder nu regioner och verksamheter ett sådant stöd, bland annat i form av webbaserade metodstöd samt återkommande nätverksträffar.

Som en fortsättning på arbetet med Kloka Kliniska Val fick Socialstyrelsen i maj 2026 i uppdrag av regeringen att stärka implementeringen av Socialstyrelsens stöd för utmönstring av vård som saknar patientnytta.[101]

4.4.2 Tillgänglighet hänger nära samman med vårdens kompetensförsörjning

En förutsättning för god tillgänglighet är också att det finns tillräckligt med personal, med rätt kompetens. Enligt nuvarande ordning ansvarar regionerna och kommunerna för att det finns tillgång till personal med rätt kompetens i förhållande till de uppgifter som hälso- och sjukvården har i uppdrag att utföra. Staten ansvarar å sin sida för att se till att regioner och kommuner följer de lagar och bestämmelser som gäller för till exempel hälso- och sjukvårdspersonalens arbetsmiljö.

Hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning har länge varit en utmaning och det pågår flera initiativ för att förbättra den. Socialstyrelsen tar löpande fram underlag för att analysera tillgången och efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal inom ramen för det Nationella planeringsstödet (NPS). Syftet är att ge en bild av hur tillgången till personal ser ut i landet så att hälso- och sjukvården och tandvården kan klara av sina kärnuppdrag. I januari 2020 inrättades även ett nationellt vårdkompetensråd vid Socialstyrelsen. Det har i uppdrag att bidra till en god planering av vårdens kompetensförsörjning. I februari 2025 redovisade rådet uppdraget att ta fram ett förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.[102]

I januari 2026 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att fördela, betala ut och följa upp medel till kommunerna och regionerna för att

[99] Se till exempel SOU 2022:22 och Socialstyrelsen, *Kapaciteten i sjukvården – att hantera kritiska lägen*, 2018.
[100] Regeringsbeslut S2022/01373.
[101] Regeringsbeslut S2026/00948.
[102] Nationella vårdkompetensrådet, *Förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning*, 2024.

stärka kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården.[103] Under 2026 ska Socialstyrelsen betala ut cirka 1 miljard kronor till kommuner och regioner. Regeringen har även uttalat att det nationella åtagandet för kompetensförsörjningen behöver stärkas.[104] Utredningar som Vårdansvarskommittén och Produktivitetskommissionen har också föreslagit att staten bör ta ett utökat ansvar för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning och att regeringen bör se över formerna för detta.[105]

Genom ändringen i Socialstyrelsens instruktion i början av 2026 har Socialstyrelsen numera ett uttalat och långsiktigt ansvar att följa, stödja och främja utvecklingen inom hälso- och sjukvården när det gäller kompetensförsörjning.[106]

4.4.3 En reform för en god, nära och tillgänglig vård

Sedan 2018 pågår en omställning av hälso- och sjukvården till en god och nära vård. Omställningen innebär en övergång från en sjukhustung till en förstärkt första linjens hälso- och sjukvård. Målet är att primärvården ska utgöra navet i vården och samspela med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten. På så vis skapas förutsättningar för att uppnå en jämlik fördelning av vårdens resurser och för en samhällsekonomiskt effektiv hälso- och sjukvård.[107] Syftet med omställningen är att patienten ska få en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Patientens behov ska vara i centrum. Med en tillgänglig primärvård, dit befolkningen vänder sig i första hand, kan akutsjukvården och annan specialiserad vård användas av de som har de mer avancerade behoven. På så vis leder omställningen till en ökad tillgänglighet även i den specialiserade vården.[108]

Bakgrunden till omställningen finns i flera statliga utredningsbetänkanden, som följts av propositioner från regeringen och sedan av beslut om ändringar i lagstiftningen av riksdagen.[109] Det är framför allt utredningen Samordnad utveckling för en god och nära vård

[103] Regeringsbeslut S2026/00092.
[104] Regeringsbeslut S2023/00256.
[105] SOU 2025:62 och SOU 2025:96.
[106] Förordning om ändring i förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.
[107] Prop. 2019/20:164.
[108] Ibid.
[109] Prop. 2017/18:83, bet. 2017/18:SoU22, rskr. 2017/18:294. Prop. 2019/20:164, bet. 2020/21:SoU2, rskr. 2020/21:61, prop. 2021/22:72, bet. 2021/22:SoU22, rskr. 2020/21:225.

(S 2017:01) som ligger till grund för den omställning som pågår.[110] Utredningen tillsattes i mars 2017, fick tre tilläggsdirektiv,[111] pågick under fyra år och ledde till fem betänkanden.[112] Huvudbetänkandet lämnades i april 2020 och innehöll förslag på strukturella förändringar av hälso- och sjukvårdssystemet i sin helhet, med fokus på samverkan mellan region och kommun. Det sista betänkandet överlämnades i januari 2021.[113]

En omställning som skett i flera steg

Den första delen av omställningen skedde genom de ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och patientlagen (2014:821) som trädde i kraft från och med 1 januari 2019.[114] Bakom ändringarna låg, utgående från utredningens delbetänkande[115], regeringens proposition Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti, från januari 2018.[116]

Ändringarna i HSL innebar att en ny bestämmelse infördes om att hälso- och sjukvårdsverksamheten ska organiseras så att vården kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl får vården koncentreras geografiskt.[117]

Vidare stärktes vårdgarantin i primärvården. Fram till dess gällde, som beskrivits ovan, en gräns om maximalt sju dagars väntan för besök hos läkare. Ändringen innebar att vårdgarantin numera reglerar tre dagars väntan till medicinsk bedömning, ”av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården”.[118] Det är patientens behov som ska styra vilken yrkesgrupp hon eller han får träffa. Vårdgarantin för primärvården blev på så vis professionsneutral.[119]

---

[110] Utredningen *Samordnad utveckling för en god och nära vård* hade i uppdrag att utgå från förslagen i betänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2), se dir. 2017:24. I *Effektiv vård* framhåller utredaren att det behövs en omfattande strukturreform där primärvården bli den verkliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården.
[111] Dir. 2017:97, dir. 2018:90, dir. 2019:49.
[112] SOU 2017:53, SOU 2018:39, SOU 2019:29, SOU 2020:19, SOU 2021:6.
[113] SOU 2021:6.
[114] Prop. 2017/18:83, bet. 2017/18: SoU22, rskr. 2017/18:294.
[115] SOU 2017:53.
[116] Prop. 2017/18:83.
[117] 7 kap. 2a § HSL.
[118] 2 kap. 3 § PL. 9 kap. 1 § 2 p. HSL.
[119] Prop. 2017/18:83.

Ett lagstadgat grunduppdrag för primärvården gäller sedan juli 2021

En andra proposition lämnades av regeringen till riksdagen i maj 2020, Inriktningen för en nära och tillgänglig år vård – en primärvårdsreform.[120] Propositionen behandlade förslagen i det andra delbetänkandet, God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39). I propositionen konstaterade regeringen bland annat att en reformering av primärvården hade inletts, med särskilt fokus på tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet.[121]

Lagändringarna som trädde i kraft den 1 juli 2021[122] innebar att definitionen av primärvården i HSL ändrades, i enlighet med förslagen i propositionen. Primärvård svarar sedan dess för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens.[123] Sedan 1 juli 2021 gäller vidare ett tillägg i HSL om vad som ska ingå i primärvårdens grunduppdrag,[124] samt en ny formulering av signeringskravet i patientdatalagen.[125] En tydlig och lagstadgad formulering av primärvårdens grunduppdrag har inte funnits tidigare utan är ett nytt inslag i lagstiftningen.[126]

Enligt grunduppdraget ska primärvården:

- tillgodose vanligt förekommande vårdbehov
- vara lätt tillgänglig
- tillhandahålla förebyggande och rehabiliterande insatser
- samordna insatser när det är mest ändamålsenligt
- möjliggöra medverkan i forskning.[127]

[120] Prop. 2019/20:164.
[121] Ibid.
[122] Prop. 2019/20:164, bet. 2020/21:SoU2, rskr. 2020/21:61.
[123] 2 kap. 6 § HSL. Sedan tidigare gäller även att primärvård avser hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper.
[124] 13 a kap. primärvårdens grunduppdrag HSL.
[125] 3 kap. 10 och 12 §§ patientdatalagen.
[126] Före reformen fanns bara en allmän definition av primärvård och krav på tillgänglighet, men inte en lagstadgad lista över vad uppdraget ska innehålla.
[127] 13 a kap. Primärvårdens grunduppdrag HSL.

Fast läkarkontakt i primärvården

I december 2021 lämnade regeringen propositionen Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform till riksdagen.[128] En del av propositionen byggde på några av förslagen i utredningens andra delbetänkande God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39), som inte hanterats tidigare. Det handlade om de förslag som rör fast läkarkontakt i relation till utföraren inom vårdvalet. I övrigt var det betänkandet Digifysiskt vårdval – tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet (SOU 2019:42) som låg till grund för förslagen i propositionen.

Den 1 juli 2022 trädde nya ändringar i hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen i kraft som bland annat innebär att valet av enskilda personers vårdcentraler och motsvarande vårdenheter ska ske genom listning på förhand. Listning får göras enbart hos utförare vars verksamhet bedrivs i en regions egen regi eller som har ett kontrakt med en region. Byte av utförare ska få göras högst två gånger under en period om ett år, om det inte finns särskilda skäl. Vårdgarantin gäller enbart där den enskilde är listad.[129]

Särskilda medel har avsatts och omställningen har följts upp

Omställningen till en god och nära vård pågår runtom i landet, i olika takt och omfattning. Inom ramen för överenskommelsen God och nära vård – En personcentrerad och patientsäker hälso- och sjukvård med primärvården som nav har cirka 31,5 miljarder kronor avsatts under åren 2019–2024. Syftet har varit att stärka huvudmännens arbete med omställningen och att stödja arbetet med den förstärkta vårdgarantin i primärvården.[130]

Socialstyrelsen och Vård- och omsorgsanalys har haft i uppdrag att följa upp och utvärdera omställningen till en god och nära vård.[131]

---

[128] Prop. 2021/22:72.
[129] För bakgrund till förslagen, se SOU 2019:42.
[130] Sedan 1 januari 2025 fördelas som tidigare nämnt medel till kommuner och regioner i stället genom förordning om statsbidrag till kommuner och regioner för utveckling av en god och nära vård (2024:1253). Socialstyrelsen ska enligt förordningen fördela bidraget till regionerna på det sätt som regeringen bestämmer.
[131] Regeringsbeslut, Uppdrag att främja, stödja och följa upp omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård, S2023/01930, respektive Ändring av uppdraget att utvärdera omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård, S2020/03320.

Av en delrapport från mars 2024[132] framgår att regioner och kommuner har påbörjat en omställning men att mycket återstår innan målen har nåtts. Mycket av arbetet har hittills gjorts inom ramen för avgränsade projekt inom en mindre del av en region. För att uppnå målen med omställningen behöver nya arbetssätt införas brett och gälla invånare i hela regionen eller kommunen. Socialstyrelsen konstaterar vidare att det är viktigt att fortsätta omställningen till en god och nära vård trots utmaningar för huvudmännen med att uppnå en budget i balans. Myndigheten bedömer att en god och nära vård i sig kan skapa kontinuitet, tillgänglighet och personcentrering som ger möjlighet till ett mer effektivt omhändertagande. Detta kan enligt Socialstyrelsen samtidigt ge en mer effektiv användning av hälso- och sjukvårdens resurser.[133]

Vård- och omsorgsanalys har bland annat konstaterat att myndigheten inte ser några tecken på ökad kontinuitet eller tillgång till fast läkarkontakt i primärvården. Däremot ökar andelen som har en fast namngiven läkarkontakt i regionernas verksamhetsstatistik. Brist på data gör att det inte går att utvärdera exempelvis hur stor andel av dem som bor på särskilda boenden för äldre som har en fast läkarkontakt.[134] I slutredovisningen från mars 2025 menar myndigheten att inget av omställningens mål uppnås, men att små förändringar går att se för vissa mål. Myndigheten bedömer att ”den uteblivna måluppfyllelsen i hög utsträckning beror på att verksamheterna inte fått förbättrade ekonomiska eller personella resurser, vilket krävs för att genomföra förändringarna”.[135] Vård- och omsorgsanalys konstaterar vidare att det för många aktörer saknas en tydlig beskrivning av det överordnade syftet med omställningen och vad omställningen betyder, vilket medför att tolkningarna varierar. Mångfalden av mål har lett till att olika aktörer har olika fokus, vilket försvårar ett tydligt genomslag av omställningen.[136]

---

[132] Socialstyrelsen, *Insatser för att stödja omställningen till en god och nära vård 2023. Delredovisning*, 2024.
[133] Ibid.
[134] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Kontinuitet och fast läkarkontakt*, 2023 och *Omtag för omställning. Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: slutrapport*, 2025.
[135] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Omtag för omställning. Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: slutrapport*, 2025.
[136] Ibid.

Nästa steg för en god och nära vård

I februari 2026 beslutade riksdagen i enlighet med regeringens proposition Nästa steg för en god och nära vård.[137] Propositionen bygger på förslag från flera statliga utredningar, bland annat Utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner (S2020:16) och Samordnad utveckling för god och nära vård (S2017:01).[138]

Riksdagens beslut medför ändringar i tandvårdslagen (1985:125), patientlagen och HSL som ska göra primärvårdens uppdrag och ansvar tydligare. Avsikten är också att stärka tillgången till medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård. Bland annat förtydligas det att region och kommun ska samverka med varandra i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården, att primärvården ska tillgodose både fysiska och psykiska vårdbehov och att informationskravet i förhållande till patienter stärks. En patient ska få information om vem som är patientens fasta vårdkontakt och fasta läkarkontakt samt hur patienten kan komma i kontakt med dessa och med sina vårdenheter.[139]

Lagändringarna träder i kraft den 1 juli 2026.[140]

[137] Prop. 2025/26:19, bet. 2025/26:SoU23, rskr. 2025/26:157.
[138] SOU 2020:19 och SOU 2021:6. Bland övriga utredningsbetänkanden som ligger till grund för förslagen finns även bland annat SOU 2022:22.
[139] Prop. 2025/26:19, bet. 2025/26:SoU23, rskr. 2025/26:157.
[140] Ibid.

5 Vårdgarantins konstruktion

5.1 Den nationella vårdgarantin anger bortre tidsgränser för väntan på vård

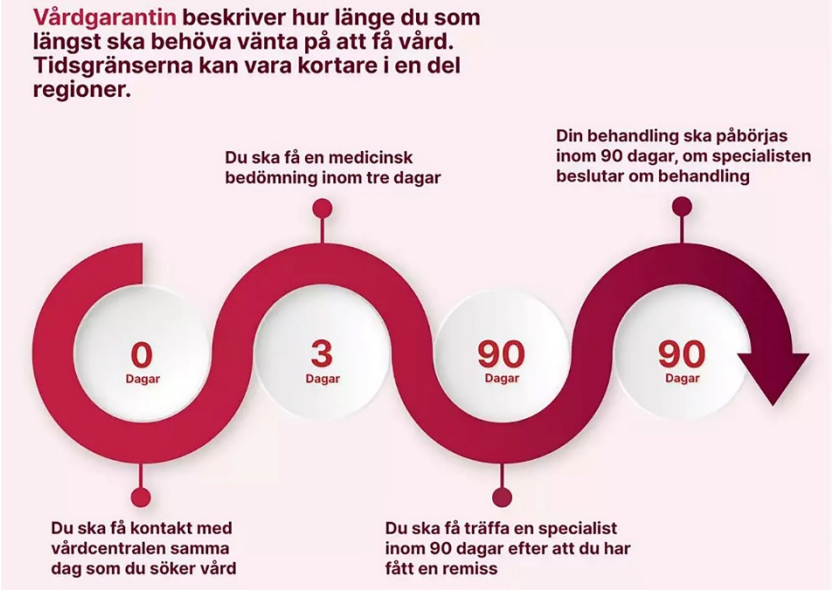
Den nationella vårdgarantin anger hur länge en person som längst ska behöva vänta på vård. Garantin är utformad som en generell garanti och gäller vid fyra specifika nedslag i vårdkedjan. En viktig iakttagelse som vi har gjort är att vårdgarantin i praktiken bara omfattar en liten del av patienterna i den specialiserade vården, cirka 20 procent. Detta återkommer vi till i kapitel 6.

En patient ska enligt vårdgarantin få komma i kontakt med regionens primärvård samma dag som patienten söker kontakt (tillgänglighetsgaranti) och få en medicinsk bedömning av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom tre dagar (bedömningsgaranti).[1] Bedömningsgarantin, som även benämns den förstärkta vårdgarantin, infördes den 1 januari 2019. Innan dess gällde en besöksgaranti som innebar att patienten skulle få besöka läkare i primärvården inom sju dagar från det att patienten sökt kontakt med primärvården.

Vårdgarantin innebär också att en patient ska få besöka den specialiserade vården inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att patienten har sökt kontakt med den specialiserade vården (besöksgaranti). Efter att vårdgivaren har beslutat om planerad vård (exempelvis en operation eller annan behandling) ska vården påbörjas inom 90 dagar (behandlingsgaranti).[2]

[1] 6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF.
[2] Ibid.

Figur 5.1 Illustration av vårdgarantin som den ser ut i dag



Källa: 1177.se.

Tidsperioderna inom vilka vårdgarantin ska vara uppfylld regleras i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), förkortad HSF, medan den grundläggande strukturen för vårdgarantin regleras i lag.[3] Syftet med att inte reglera tidsperioderna i lag var att uppnå en så smidig och flexibel lösning som möjligt – förordningar beslutas av regeringen medan lagar beslutas av riksdagen.[4] Tidsperioderna kan också, i stället för att regleras i förordning, regleras i föreskrifter utfärdade av en myndighet som regeringen bestämmer, enligt ett bemyndigande i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL.[5]

5.1.1 Vårdgarantin i förhållande till mål och prioriteringar

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.

[3] 9 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
[4] 8 kap. 1 § regeringsformen (1974:152).
[5] 9 kap. 4 § 1 HSL.

Den som har störst behov av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.[6] Dessa principer preciseras ytterligare i den av riksdagen beslutade prioriteringsplattformen, som innehåller allmänna riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården.[7]

När det gäller vårdgarantins förhållande till prioriteringar inom vården så reglerar inte vårdgarantin om en patient ska få vård eller inte, eller vilken vård det i så fall handlar om. Prioriteringar utgår fortfarande från de prioriteringsriktlinjer som riksdagen beslutat om. Vidare ställer vårdgarantin inte några krav på vårdens kvalitet, hur vårdprocessen ska fungera för patienten eller hur kontakten med vården ska se ut, till exempel när det gäller tidsbokningar – samtliga viktiga delar i patientens upplevelse av vården.

Vårdgarantin reglerar inte heller *hur snart* en åtgärd för en specifik sjukdom bör ske. Den uttalar däremot att vården ska ske senast inom viss tid.[8]

5.1.2 Ansvaret att erbjuda en vårdgaranti

Regionen ska erbjuda vårdgaranti åt den som är bosatt inom regionen eller i övrigt omfattas av regionens ansvar.[9] Förutom den som är bosatt inom regionen, ska regionen därmed erbjuda en vårdgaranti åt:

- den som har skyddad folkbokföring enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och som stadigvarande vistas inom regionen,
- den som, utan att vara bosatt i regionen, har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt vad som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen (personer från andra EU-länder under vissa förutsättningar), och
- den som avses i 5 kap. 7 § första stycket socialförsäkringsbalken och som omfattas av förordningen (vissa utlandsstuderande under vissa förutsättningar).

[6] 3 kap. 1 § HSL.
[7] Prop. 1996/97:60, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186. Dessa beskrivs mer utförligt i kapitel 3.
[8] Prop. 2009/10:67, s. 40–41.
[9] Regionens ansvar gäller enligt 8 kap. 1 eller 2 § HSL. 9 kap., 1 § HSL.

Däremot omfattas inte de personer som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård av regionens vårdgaranti.[10]

5.1.3 Vårdgarantin gäller inte alltid

HSF reglerar vissa situationer då vårdgarantin inte gäller. Det handlar om följande fall:

- då patienten av medicinska skäl bör vänta längre än garantins tidsgränser
- om patienten utnyttjat sin möjlighet att välja vård i en annan region enligt 9 kap. 1 § patientlagen, eller
- om patienten frivilligt avstår från vård (så kallad självvald väntan).[11]

Utöver dessa tre situationer så finns det andra delar av vårdkedjan som vårdgarantin inte reglerar. Det gäller till exempel:

- återbesök
- om patienten tackar nej till ett erbjudande om vård hos en annan vårdenhet (om man senare ändrar sig kan man tacka ja till erbjudandet)
- medicinsk service, som laboratorieundersökningar
- utredningar och undersökningar, som till exempel röntgen, provtagningar och tester
- hjälpmedelsförsörjning med undantag av utprovning av hörapparater
- om patienten väljer att söka vård hos en privat vårdgivare som inte finansieras med skattemedel eller saknar avtal med en region.
- för tandvård – utom i särskilda fall.[12]

Varför exempelvis inte återbesök eller utredningar ingår i vårdgarantin utvecklar vi i kapitel 6.

[10] 8 kap. 3 § HSL.
[11] 6 kap. 2 § HSF.
[12] 1177, ”Vårdgaranti”, hämtad 2026-04-02.

5.2 Rätten till information är reglerad i lag

Patienten har rätt att få veta vid vilken tidpunkt han eller hon kan förvänta sig att få vård och därmed hur lång väntetiden väntas bli. Detta ligger inom ramen för hälso- och sjukvårdens informationsplikt.[13] I informationsplikten ingår även att patienten ska få veta hur och när han eller hon ska få svar på resultat av genomförda prover och undersökningar. Skyldigheten att informera om den förväntade tidpunkten för vård har inget samband med vårdgarantin, utan gäller oavsett om vården kan ges inom ramen för vårdgarantin eller inte.[14]

Patienten har även rätt att få information om vårdgarantin.[15] Patienten ska både få veta om innehållet i, och innebörden av vårdgarantin, samt om patienten kan förvänta sig att få sitt besök eller sin åtgärd inom de tidsgränser som vårdgarantin anger.

Informationen till patienten ska enligt lag anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen.[16] Informationen bör vidare lämnas i former som stärker patientens delaktighet och självbestämmande. Den får ”inte ges slentrianmässigt utan ska anpassas till den enskilda patientens individuella förutsättningar och behov.”[17]

5.2.1 Rätt till information när vårdgarantin inte uppfylls

Patientlagen reglerar även ett krav på att informera patienten om de åtgärder som regionen avser vidta, samt om vilka alternativa vårdgivare som patienten kan hänvisas till, om det är så att längsta godtagbara väntetid (90 dagar) kommer att överskridas. Det räcker med att regionen *bedömer* att den inte kommer kunna leva upp till vårdgarantin för att regionen ska hjälpa patienten att få vård hos en annan vårdgivare inom vårdgarantin. När en region inte klarar att erbjuda vård inom vårdgarantins gränser är det regionen som ska stå för patientens merkostnader som uppstår i samband med vård i en annan region.[18]

[13] 3 kap. 1 § patientlagen (2014:821), PL.
[14] Prop. 2013/14:106.
[15] 3 kap. 2 § PL.
[16] 3 kap. 6, 7 § PL.
[17] Prop. 2009/10:67, s. 49.
[18] 3 kap., 4 § PL, Författningskommentar 2008:127 s. 199. Se vidare om detta i kapitel 6.

Informationsskyldigheten gäller under hela vårdförloppet, det vill säga inte enbart under den första kontakten med patienten.

5.2.2 Information om *när* patienten ska få besked är inte reglerad i Sverige

I Sverige saknas lagstadgad tidsgräns för *när* patienten ska få besked om vid vilken tidpunkt han eller hon kan förvänta sig att få vård inom den specialiserade vården – detta ingår inte i informationsplikten till patienten. Enligt den proposition som låg till grund för patientlagen bör informationen ges ”så snart den är tillgänglig.”[19]

Besked om tidpunkt för vård inom en yttersta tidsgräns ingår däremot i lagstiftningen i både Danmark och Norge. Båda dessa länders vårdgarantier är inriktade på att ge patienten information om vård inom en viss tid, se vidare om detta i avsnitt 5.4.

Besked om tidpunkt för besök ingår i en av de regionala målsättningarna

Vad gäller de regionala målsättningarna i Sverige så är det endast Halland som har inkluderat besked om tidpunkt för besök i sin målsättning: I Halland ska patienten få besked om tidpunkt för besök inom den specialiserade vården inom 14 dagar efter att remissen tagits emot. Det gäller även om patienten sökt vård utan remiss. Patienten ska samtidigt med beslut om behandling få besked om tidpunkt för behandling. I andra regioner saknas en rutin för när information om tidpunkten för vården ska lämnas. Det förekommer att patienter får vänta länge på sitt besked.[20]

Tidigare utredningar har föreslagit en reglering av patientens rätt till information om tidpunkt för vård

Tidigare utredningar har föreslagit att vårdgarantin ska omfatta information om tidpunkt för en medicinsk bedömning inom den specialiserade vården, samt information om tidpunkt för undersök-

[19] Prop. 2013/14:106, s. 114.
[20] SOU 2022:22, s. 176.

ning och behandling inom både primärvården och den specialiserade vården.[21]

Det är ett stort värde för patienten att få information om tidpunkt för vård inom en rimlig tid. Det minskar risken för stress och oro som annars drabbar många patienter när väntan på besked blir lång. Ett krav på regionen av det slaget innebär också att regionen måste ha framförhållning i planering och schemaläggning, vilket i sin tur stimulerar en bättre produktions- och kapacitetsplanering. Det är vidare mindre risk för av- och ombokningar om patienten inom rimlig tid får information om tidpunkten för sin vård.[22]

5.3 En utökad vårdgaranti inom den specialiserade vården har föreslagits och utretts men inte blivit av

5.3.1 Avsikten var att utöka vårdgarantin från de fyra nedslagen

Vårdgarantin gäller alltså bara vid fyra specifika nedslag i vårdkedjan. Inför att garantin lagstadgades 2010 fanns det tankar om att utöka omfattningen av vårdgarantin på sikt. Utredningen Patientens rätt i vården[23] hade i uppdrag att analysera tillämpningen av den nationella vårdgarantin som infördes 1 november 2005 genom en överenskommelse mellan staten och SKR, samt att lämna förslag på lagreglering av densamma.[24] Utredningen ansåg inte att den hade till uppgift att närmare diskutera innehållet i vårdgarantin, men uttryckte uppfattningen att en framtida vårdgaranti bör inkludera alla de åtgärder som är nödvändiga för att en behandling ska kunna inledas.[25] Det var en uppfattning som delades av flera remissinstanser, vilka bland annat framförde att vårdgarantins tillämpningsområde bör utvidgas till att omfatta hela vårdförloppet. Vid det tillfället saknades dock underlag och statistik för en konsekvensanalys av en sådan utvidgning. Av regeringens proposition framgår att regeringens ambition var att vårdgarantin i framtiden skulle omfatta patientens hela kontakt med vården, från det att en första kontakt tas till att patienten skrivs ut

[21] Ibid. s. 177.
[22] Ibid. s. 177 f.
[23] S 2007:07.
[24] Dir. 2007:90, s. 1 och 5.
[25] SOU 2008:127, s. 166.

från en eventuell åtgärd i den planerade vården, inklusive utredningstiden och andra ledtider.[26]

Som framgått av kapitel 4 har både myndigheter och SKR lyft kritik mot konstruktionen av vårdgarantin och att inte fler delar av vårdkedjan ingår.[27]

Tidigare förslag om en vårdgaranti som inkluderar undersökningar och återbesök

Tillgänglighetsdelegationen hade bland annat i uppdrag att utreda för- och nackdelar med en utökad vårdgaranti och att lämna nödvändiga författningsförslag.[28]

Delegationen kom fram till att vårdgarantin för den specialiserade vården borde utökas till att inkludera fler delar av vårdkedjan, genom att låta undersökningar och återbesök ingå i garantin. Förslagen syftade till att stärka patientens ställning och till att vårdgarantin skulle bli mer relevant för fler patientgrupper. Detta är något som vi återkommer till i kapitel 6.

Även andra utredningar har behandlat vårdgarantin, men det har då berört vårdgarantin inom primärvården. Utredningen Effektiv vård[29] föreslog 2016 att vårdgarantin skulle göras professionsneutral inom primärvården och att besöksgarantin inom sju dagar skulle ändras till en bedömningsgaranti inom tre dagar.[30] Dessa förslag togs sedan vidare av utredningen Samordnad utveckling för en god och nära vård (S2017:01) som lämnade sina första förslag på ändringar av hälso- och sjukvårdslagen i maj 2017.[31]

Vår utredning, Behovsstyrd vård, är den första som får i tydligt uppdrag att föreslå en ny vårdgaranti för den specialiserade vården som utgår från patientens behov – och samtidigt har väsentligt kortare tidsgränser än i dag.

[26] Prop. 2009/10:67, s. 39 och 43.
[27] Fler detaljer om vad som gäller för väntan på undersökning och utredning finns i avsnitt 6.5.
[28] Dir. 2020:81. Tillgänglighetsdelegationens förslag har inte lett till ändringar i den lagstadgade vårdgarantin. Vårt uppdrag har dock flera beröringspunkter med delegationens förslag.
[29] SOU 2016:2.
[30] Syftet var att minska detaljstyrningen inom hälso- och sjukvården, att möjliggöra en rationell fördelning av arbetsuppgifter och att minska den administrativa bördan inom vården.
[31] SOU 2017:53. Detta beskrivs mer utförligt i kapitel 4.

5.4 I våra nordiska grannländer är vårdgarantin utformad på andra sätt

Vårdgarantierna i våra nordiska grannländer är även de lagstadgade men skiljer sig i övrigt på flera sätt från den svenska. Medan vi i Sverige har samma antal dagar, 90, som tidsgräns för alla patienter i den specialiserade vården så har Danmark, Norge och Finland olika tidsgränser i olika situationer. Samtliga tre länder inkluderar på olika sätt undersökningar i vårdgarantin, liksom de i viss utsträckning har differentierade vårdgarantier. Särskilt den danska och den norska vårdgarantin är också mer inriktad mot att ge patienten information om vård inom en viss tid.

5.4.1 En differentierad vårdgaranti i Norge

I Norge utgör en viktig del av vårdgarantin att patienten inom en viss tid ska få information och besked om vården. Det är lagreglerat att:

- alla patienter inom tio dagar efter remiss ska få ett skriftligt besked om rätten till vård (avslag eller besked om när utredningen eller behandlingen ska inledas).

Utöver detta är det även lagreglerat att den specialiserade vården ska ge:

- en individuell tidsfrist för vården. Patienten ska alltså få veta när han eller hon senast ska få nödvändig vård. Tidsfristen ska fastställas inom tio dagar från mottagen remiss. Om patienten inte får nödvändig sjukvård inom tidsfristen har patienten rätt att utan dröjsmål få vård som bekostas av patientens bostadsregion, från annan tjänsteleverantör.[32]

Utöver en differentiering i själva tidsfristen så har Norge även en särskild vårdgaranti för personer under 23 år med psykisk ohälsa eller missbruk. Den patientgruppen är utlovad en individuell tidsfrist som uppgår till högst 65 dagar. För övriga patientgrupper finns

[32] § 2–1 b fjärde stycket pasient- og brukerrettighetsloven och § 5–2 tredje stycket spesialisthelsetjenesteloven (LOV-1999-07-02-61).

det ingen bortre gräns för vad den individuella tidsgränsen kan uppgå till.[33]

I Danmark är det författningsreglerat inom vilken tid patienten ska få information om tid och plats för undersökning, genomgå utredning och erbjudas behandling. Detta sammanfattas som ”den allmänna vårdgarantin.”

- En patient ska få information om tid och plats för undersökning och behandling senast åtta dagar efter det att remissen anlänt till ett av regionens sjukhus.
- En patient som remitterats till sjukhusbehandling ska erbjudas behandling inom en månad. Om regionen inte kan erbjuda behandling inom en månad kan patienten välja annan offentlig eller privat vårdgivare som har avtal med regionen.[34]

En vårdgaranti för livshotande sjukdomar

Danmark har även en särskild vårdgaranti för behandling av misstänkt livshotande sjukdomar. I dessa fall ska regionen inom åtta dagar från mottagen remiss informera om den kan erbjuda behandling vid regionens sjukvårdssystem inom den maximala väntetiden och i så fall meddela patienten ett datum för bedömning. Om regionen inte kan erbjuda behandling inom de fastställda maximala väntetiderna ska patienten, om möjligt, erbjudas behandling hos annan vårdgivare.[35]

Vid misstanke om cancer är den maximala väntetiden 14 dagar till utredning, därefter 14 dagar till operation samt 14 dagar till initial medicinsk behandling och initial strålbehandling.[36]

Även för ischemisk hjärtsjukdom regleras maximala väntetider mellan 10 och 21 dagar till behandling beroende på tillstånd.[37]

[33] Inspektionen för vård och omsorg (IVO), *Tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården*, 2021.
[34] Kap. 19 § 87 andra stycket sundhedsloven.
[35] Kap. 21 § 88 sundhedsloven.
[36] § 2 bekendtgørelse om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme (BEK nr 584 af 28/04/2015).
[37] § 3 bekendtgørelse om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme.

5.4.2 I Finland täcker vårdgarantin en stor del av vårdkedjan

I Finland lagregleras inom vilken tid patienten ska få kontakt med primärvården, få en bedömning av vårdbehovet och få sin undersökning respektive behandling. Om vårdgarantin inte uppfylls har kommunen eller sjukvårdsdistriktet en skyldighet att köpa vård hos annan vårdgivare.[38]

Omedelbar kontakt och bedömning inom tre dagar i primärvården

Den finska vårdgarantin för primärvården påminner om den svenska: en patient ska på vardagar omedelbart kunna få kontakt med primärvården. En bedömning av vårdbehovet ska göras av yrkesutbildad person senast den tredje vardagen från det att patienten tog kontakt med hälsovårdscentralen, om inte bedömningen har kunnat göras första gången patienten tog kontakt.

Vid specialiserad sjukvård som ges i samband med primärvård ska bedömningen av vårdbehovet inledas inom tre veckor från det att en remiss har kommit in till verksamhetsenheten.

Vård som i samband med bedömningen av vårdbehovet har konstaterats vara medicinskt eller odontologiskt nödvändig ska med hänsyn till patientens hälsotillstånd och sjukdomens sannolika förlopp ordnas ”inom skälig tid” och senast inom tre månader från det att vårdbehovet bedömdes.[39]

Vårdgarantin inom den specialiserade vården

Bedömning och beslut om vård ska ges i den specialiserade vården inom tre veckor från remiss. Om bedömningen av vårdbehovet förutsätter en bedömning av en specialist, särskild bilddiagnostik eller särskilda laboratorieundersökningar, ska bedömningen och undersökningarna göras inom tre månader.

Vård, behandling och rådgivning som utifrån bedömningen av vårdbehovet konstaterats vara medicinskt, odontologiskt eller hälsovetenskapligt nödvändiga ska, med hänsyn till hur brådskande den

[38] 6 kap. 54 § hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010).
[39] 6 kap. 51 § hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010).

är, ordnas och inledas inom skälig tid, dock inom sex månader från det att vårdbehovet slogs fast.[40]

Vårdgarantin inom mentalvårdstjänsterna för barn och unga

Inom mentalvårdstjänsterna för barn och unga ska bedömningen av vårdbehovet göras inom tre veckor från det att remissen anlänt. Om bedömningen av vårdbehovet kräver en bedömning av en specialist, särskild bilddiagnostik eller särskilda laboratorieundersökningar, ska bedömningen och undersökningarna göras inom sex veckor.

Vård eller behandling som utifrån en bedömning av vårdbehovet konstaterats vara nödvändig ska i fråga om personer under 23 år, med hänsyn till hur brådskande vården är, ordnas inom tre månader från det att vårdbehovet konstaterades, om inte medicinska, terapeutiska eller andra motsvarande omständigheter kräver något annat.[41]

[40] 6 kap. 52 § hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010).
[41] 6 kap. 53 § hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010).

6 Inför konstruktionen av en ny, behovsstyrd vårdgaranti

I det här kapitlet börjar vi vår analys inför konstruktionen av en ny vårdgaranti. Vi har med oss de iakttagelser som vi gjorde i arbetet om statliga engångsinsatser, under hösten 2024.[1] Då konstaterade vi att det finns kapacitet i vården som inte utnyttjas – många patienter väntar därför längre på vård än vad de skulle behöva göra. Detta trots flera nationella initiativ och statliga insatser, stimulansmedel via överenskommelser, samt lagstiftning inom området för att korta väntetiderna i vården.

6.1 Tidsgränserna i vårdgarantin är 90 + 90 dagar – men tanken var att de skulle vara kortare

Tidsgränserna för vårdgarantin inom den specialiserade vården har varit 90 + 90 dagar,[2] för besök respektive operation eller behandling, sedan de infördes genom överenskommelser på 1990-talet.[3] Utredningen som låg till grund för vårdgarantins lagstadgande bedömde att gränsen för väntetid till bedömning om vård skulle vara 30 dagar och att en yttre gräns om 120 dagar skulle införas.[4] Remissinstanserna hade blandade synpunkter på förslaget.

I den proposition som regeringen beslutade om efter att utredningen lämnat sitt betänkande, valde regeringen att inte följa utredningens förslag, utan att behålla de tidsgränser som gällt i överenskom-

[1] S 2024:05, *Förslag på statliga engångsinsatser för att korta väntetider i vården* (se bilaga 3).
[2] ”90 + 90 dagar” syftar på att vårdgarantin anger en bortre tidsgräns på 90 dagar på väntan för besök i den specialiserade vården. Likaså finns en bortre tidsgräns på 90 dagar för väntan på behandling. För beskrivning av vårdgarantins konstruktion, se kapitel 5.
[3] Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL och hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF.
[4] SOU 2008:127.

melsen.[5] Som skäl angavs bland annat att väntetiderna fortfarande var långa inom den specialiserade vården och att de regionala variationerna i väntetider var stora. ”I nuläget saknas också underlag som tydligt visar konsekvenserna för bland annat landstingen av en sänkning av tidsgränserna i vårdgarantin.”[6] Regeringen menade att utvecklingsarbetet i form av målstyrda ekonomiska bidrag och överenskommelser mellan staten och regionerna behövde fortsätta ytterligare en tid och utvärderas innan det skulle vara möjligt att ta ställning till hur tidsgränserna för vårdgarantin kunde sänkas. Regeringen bedömde därför att de tidsgränser som användes inom den dåvarande vårdgarantin borde gälla tills vidare även för den lagstadgade nationella vårdgarantin. På så vis fastställdes gränserna om 90 dagar. Regeringen konstaterade samtidigt:

> Det bör understrykas att det inte finns något som hindrar landstingen att besluta om kortare tidsgränser än vad som följer av den nationella vårdgarantin, något som redan skett i vissa fall. Regeringen bedömer att framtida överenskommelser avseende kömiljarden bör inriktas på att stimulera en sådan utveckling.[7]

6.2 Tidsgränserna ses som målsättningar och är i praktiken bara aktuella för vissa patienter

Vårdgarantin anger yttersta tidsgränser för hur länge någon ska behöva vänta på vård. Beroende på den enskilda personens behov av vård kan patienten få vård betydligt tidigare än vårdgarantins tidsgränser. Ingen ska dock, enligt lag och förordning[8], få sitt första besök i den specialiserade vården eller sin planerade operation eller behandling utanför tidsramen 90 + 90 dagar.[9]

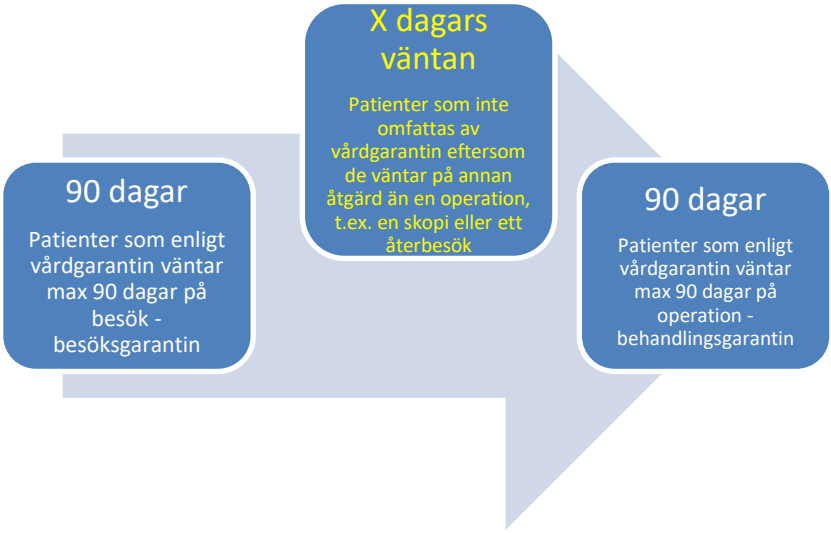
Flera utredningar och rapporter har lyft fram att tidsgränserna i vårdgarantin ses som målsättningar att sträva mot, snarare än lagstadgade krav på yttersta tidsgränser.[10] ”Både staten och regionerna

[5] Prop. 2009/10:67.
[6] Ibid. s. 44.
[7] Ibid.
[8] HSL och HSF.
[9] Se utförlig beskrivning i kapitel 5. ”90 + 90 dagar” syftar på att en patient ska få besöka den specialiserade vården inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att patienten har sökt kontakt med den specialiserade vården (besöksgaranti). Efter att vårdgivaren har beslutat om planerad vård (exempelvis en operation eller annan behandling) ska vården påbörjas inom 90 dagar (behandlingsgaranti).
[10] SOU 2022:22, s. 56 och Riksrevisionen, *I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer*, 2023.

tycks genom åren ha accepterat att vårdgarantin inte följs, trots att det innebär att regionerna bryter mot lagreglerade bestämmelser."[11]

Vi konstaterar också att den ram som vårdgarantin anger – maximalt 90 dagars väntan för besök, följt av som mest 90 dagars väntan för operation eller behandling – är ett förlopp som i praktiken endast inkluderar en begränsad del av det totala antalet patienter. En del av förklaringen till det är att undersökningar och återbesök inte ingår i vårdgarantin, något som vi utvecklar i avsnitten nedan. En annan del av förklaringen ligger i att vårdgarantin i stort är utformad som att en operation är slutmålet för alla patienter. För många patienter är det dock inte fallet – skopier, minnesutredningar eller neuropsykiatriska utredningar kan i stället vara de åtgärder som ska utföras efter det första besöket hos en specialist. Den tidslinje som vårdgarantin utgår från (besök – operation) är då inte aktuell. Patienten kan i sådana fall få vänta betydligt längre än 90 dagar, utan att vårdgivaren har brutit mot vårdgarantin. Se en illustration av detta i figur 6.1 nedan.

Figur 6.1 Patienter som omfattas av vårdgarantin och de som inte gör det



[11] Riksrevisionen, *I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer*, 2023, s. 25.

Det har varit en särskild utmaning för oss i vårt arbete – att föreslå en vårdgaranti med ”väsentligt kortare tidsgränser än i dag”,[12] samtidigt som verkligheten är sådan att de tidsgränser som gäller i dag inte efterlevs av regionerna. Vi strävar efter att föreslå tidsgränser och en konstruktion av vårdgarantin som regionerna kan uppfylla, och efter en kultur där vårdgarantin respekteras av alla berörda aktörer.

6.2.1 Resonemang om tidsgränser under utredningens gång

Under utredningens gång har vi fört diskussioner om hur en vårdgaranti med väsentligt kortare tidsgränser än i dag skulle kunna konstrueras. Vi har fått in synpunkter om att vårdgarantins tidsgränser skulle kunna kortas, men inte hur mycket som helst – det måste finnas rimliga planeringsförutsättningar.

> En alltför kort vårdgaranti skulle riskera att leda till kaos, med patienter som skickas kors och tvärs för att regionen ska försöka klara tidsgränserna.

Flera aktörer har lyft fram att gränsen för väntetiden till den första kontakten med den specialiserade vården skulle kunna vara skarpare än i dag. Den delen av vårdkedjan (besöket) kräver mindre av vården, än operationen eller behandlingen. ”Det är viktigt att det blir fokus på den medicinska prioriteringen.”

Vad gäller frågan om vad som är en rimlig tidsgräns så finns det forskning som visar på många negativa konsekvenser som uppstår av att vara sjukskriven längre än 30 dagar. Det borde kunna utgöra en utgångspunkt när nya tidsgränser tas fram.

Vi har fått in förslag om att utforma en vårdgaranti med en tidsgräns på 30 dagar för bedömning och planering, följt av en tidsgräns på 60 dagar för åtgärd. Det skulle vara en halvering jämfört med i dag (då det i stället är 90 respektive 90 dagar för dessa steg). Detta är något som vi tagit med oss i vårt fortsatta arbete.

[12] Dir. 2024:50.

6.2.2 Det finns regionala målsättningar som är kortare än 90 dagar och som inkluderar fler steg

Vid sidan av den lagstadgade vårdgarantin finns det regionala målsättningar för väntan på vård som är kortare än 90 dagar. Detta framkommer av rutan nedan.

Den regionala målsättningen i Region Halland förefaller mest ambitiös i jämförelse med andra. Regionen är också en av dem som återkommande har kortare väntetider än andra regioner.

Den uppsatta tidsgränsen i Halland på 60 dagar gäller såväl för besök i den specialiserade vården som för utredningar (undersökningar) och eventuell operation. Dessutom ska patienten få besked om tidpunkt för besök inom den specialiserade vården inom 14 dagar efter att remissen har tagits emot. Det gäller även om patienten sökt vård utan remiss. Patienten ska samtidigt med beslut om behandling få besked om tidpunkt för behandling. Regionens målsättning är att 80 procent av patienterna ska få sin vård inom 60 dagar.

I Region Stockholm finns en regional målsättning på 30 dagar till första besök i den specialiserade vården, men den tidsgränsen gäller inte för fler delar av vårdkedjan. Tre sorters utredningar ingår också i den regionala garantin: minnesutredningar, dyslexi- samt neuropsykiatriska utredningar. För dessa gäller en tidsgräns på 90 dagar.

Region Jönköpings län har en liknande målsättning: 80 procent av patienterna ska få sitt besök inom den specialiserade vården, respektive påbörja behandling, inom 60 dagar. Målsättningen i Region Jönköpings län inkluderar inte utredningar som röntgen, tester eller prover. Det finns inte heller något särskild gräns för när patienten ska få besked om tidpunkt för besök, som i Halland. Målsättningen är inte en ambition som kommuniceras till befolkningen, utan snarare ett mål som sätts i regionens budgetarbete, som instruktion till verksamheterna. Ett syfte med målet är att förbättra förutsättningarna att klara de 90 dagar som den lagstadgade vårdgarantin kräver.

Regionala målsättningar för väntetider i vården

Region Halland:

- Högst 60 dagars väntan för besök i den specialiserade vården.
- Vid beslut om operation ska patienten erbjudas tid för operation inom 60 dagar.
- Utredningar som röntgen, tester och prover omfattas av vårdgarantin och samma tidsgräns gäller för dessa. Undersökningar ska alltså ske inom 60 dagar.

Regionens målsättning är att 80 procent av patienterna ska få sin vård inom 60 dagar.

Region Stockholm:

- Högst 30 dagars väntan för att få besöka en specialist, från beslut om remiss.
- Minnesutredningar, dyslexi- och neuropsykiatriska utredningar ingår i garantin. (90 dagar gäller för dessa).

Region Jönköping:

- 80 procent av patienterna ska få sitt besök respektive påbörja behandling inom den specialiserade vården inom 60 dagar.

6.3 Besöksgaranti i den specialiserade vården

Besöksgarantin i vårdgarantin reglerar patientens rätt till ett första besök inom en viss tid.[13] Ett besök i den specialiserade vården kan antingen vara fysiskt, på en vårdinrättning, eller ske på distans genom till exempel en videokonferens eller ett hembesök. Mängden digitala besök har ökat i takt med den tekniska utvecklingen.[14]

6.3.1 Patientens första besök är vanligen till en läkare och äger rum på en vårdinrättning

Det är inte uttalat i lag eller förordning vem patienten ska träffa vid besöket – det kan vara en läkare men det kan också vara någon annan vårdpersonal. I praktiken består dock patientens första besök i den specialiserade vården vanligen av ett möte med en läkare. De flesta träffar läkaren på en vårdinrättning.

Sett över tid har de yrkeskategorier som patienten träffat vid sitt första besök inte förändrats i någon större utsträckning. Under 2025 rapporterades cirka 2,5 miljoner första besök inom den specialiserade vården till väntetidsdatabasen. Av dem hade patienten i 79 procent av fallen (nästan två miljoner patienter) haft sitt första besök hos en läkare. Det näst vanligaste var att patienten haft sitt första besök hos en sjuksköterska (7 procent av patienterna). Därefter var de vanligaste yrkeskategorierna som patienten träffat barnmorska, audionom och fysioterapeut, se tabell 6.1 nedan.[15]

[13] 9 kap. HSL, 6 kap. HSF.
[14] SKR, ”Utökad uppföljning av specialiserad vård”, hämtad 2026-03-31.
[15] Besöksformer såsom de definieras enligt SKR i ”Utökad uppföljning av specialiserad vård”, hämtad 2026-02-09. Det finns viss osäkerhet när det gäller hur väl rätt yrkeskategori registreras vid besöket, men uppgifterna bör ge en övergripande bild av hur besöken är fördelade mellan olika yrkeskategorier.

Tabell 6.1 Patientens första kontakt* med den specialiserade vården

Antal genomförda första kontakter under 2025 per yrkeskategori

Yrkeskategori	Antal	Procent
Läkare	1 979 279	79
Sjuksköterska	174 961	7
Barnmorska	64 498	2,5
Audionom	51 106	2
Fysioterapeut	45 546	1,8
Logoped	29 056	1,2
Psykolog	27 552	1,1
Kurator	19 593	0,8
Arbetsterapeut	17 844	0,7
Övriga	106 513	4,2
Totalt	**2 515 948**	

* Med kontakt avses fysiska besök, hembesök, distansbesök samt telefon-/brevkontakt.
Källa: SKR Utökad uppföljning av specialiserad vård, 2026-02-09.

6.3.2 Många får sitt första besök snabbt, men det finns också patienter som väntar betydligt längre på vård

Det finns inte någon region i Sverige som uppfyller vårdgarantin för alla patienter, som de ska enligt lag. Det finns patienter som väntar betydligt längre än vårdgarantins gränser.

Regionerna skiljer sig mycket från varandra, dels i geografisk och befolkningsmässig storlek, dels när det gäller till exempel demografisk sammansättning och intäkter. Dessa skillnader påverkar vilka förutsättningar regionerna har att organisera sin hälso- och sjukvård.[16] Hur länge en patient behöver vänta varierar därför mellan regionerna.[17]

Samtidigt som en del patienter väntar länge, så får många patienter sitt första besök i den specialiserade vården snabbare än vad som krävs enligt vårdgarantin. Det gäller i samtliga regioner. Vad gäller väntetiden till första besök hade mellan 76 och 93 procent av patienterna fått sitt besök inom 90 dagar under åren 2021–2025.[18] Medianväntetiden för samtliga regioner, från beslut om remiss till

[16] Det kommunalekonomiska utjämningssystemet syftar till att skapa likvärdiga ekonomiska förutsättningar för alla regioner i landet, oberoende av invånarnas inkomster, geografi, demografi eller socioekonomiska förhållanden.
[17] Genomsnittet för andelen väntande över 180 dagar för samtliga regioner var 18 procent.
[18] SKR, ”Utökad uppföljning av specialiserad vård”, hämtad 2026-02-11.

genomfört besök, har under samma period varierat mellan som lägst 20 dagar (juli 2021) till som högst 38 dagar (augusti 2022).[19]

6.3.3 Från besök till bedömning i primärvården

Som vi beskrivit i tidigare kapitel så ingick begreppet besök tidigare även i vårdgarantin inom primärvården. Den delen av vårdgarantin ändrades dock 2019 och numera omfattar vårdgarantin i primärvården i stället en medicinsk bedömning.[20] Vårdgarantin förändrades även genom att bedömningen inte längre måste göras av en läkare, utan kan göras av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

6.4 Behandlingsgaranti i den specialiserade vården

Behandlingsgarantin i vårdgarantin reglerar patientens rätt till en planerad operation eller behandling inom en viss tid.[21] Operationer och andra åtgärder inom den specialiserade vården omfattar många olika vårdinsatser, inom till exempel kirurgi, ortopedi, hjärtsjukvård, gynekologi och vuxenpsykiatri. Under 2025 rapporterades drygt en miljon operationer eller andra åtgärder i den specialiserade vården. Det vanligaste var åtgärder inom kirurgi, ortopedi och ögonsjukvård.[22]

6.4.1 De flesta får sin operation eller behandling i tid, men för en del patienter blir väntan lång

Väntetiderna till operation eller behandling varierar över året och mellan regionerna.[23] Andelen patienter som inte fått sin åtgärd i tid är som högst under sommarmånaderna. Sedan 2021 har mellan 77 och 95 procent av patienterna fått sin operation eller annan planerad åtgärd inom 90 dagar, efter beslut om behandling.[24] Under perioden

[19] Sedan 2021 registreras uppgifter om tillgänglighet till den specialiserade vården enligt en ny uppföljningsmodell, därför går det inte att göra jämförelser med tidigare år.
[20] 2 kap. 3 § patientlagen (2014:821), PL och 9 kap. 1 § 2 p. HSL.
[21] 9 kap. HSL och 6 kap. HSF.
[22] SKR, ”Utökad uppföljning av specialiserad vård”, hämtad 2026-02-12.
[23] Genomsnittet för andelen väntande över 180 dagar för samtliga regioner var 20 procent. SKR, ”Utökad uppföljning av specialiserad vård”, hämtad 2026-02-12.
[24] Socialstyrelsen, ”Statistik om tillgänglighet i hälso- och sjukvård”, hämtad 2025-04-09.

2021–2025 varierade mediantiden från beslut om vård till operation eller annan åtgärd mellan som lägst 20 och som högst 36 dagar.[25] För en del patienter blir väntan lång. Under december månad 2025 hade cirka 50 000 personer väntat längre än 90 dagar på en operation eller annan åtgärd.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har följt upp efterlevnaden av patientlagen och patienters erfarenhet av vårdgarantin. Uppföljningen visade sämst resultat för frågan om patienten har blivit erbjuden behandling inom 90 dagar.[26]

6.5 Undersökningar, utredningar och återbesök ingår inte i dagens vårdgaranti

Undersökningar, utredningar och återbesök ingår inte i dagens lagstadgade vårdgaranti. När vårdgarantin blev författningsreglerad 2010 baserades den som ovan nämnt på den vårdgaranti som tidigare hade specificerats i överenskommelser mellan regeringen och dåvarande SKL. Enligt överenskommelsen hade landstingen ett åtagande att inom viss tid erbjuda kontakt och besök inom primärvården, ”samt planerade nybesök och behandling inom den specialiserade vården.”[27]

Av den proposition som låg till grund för lagregleringen av vårdgarantin framgår att det framför allt var brist på konsekvensanalyser och andra underlag som gjorde att förslaget till den lagstadgade garantin endast omfattade *första besök* och inte *återbesök*, liksom till att utredningar inte ingår i garantin. Avsikten var att vårdgarantin skulle breddas på sikt:

> Utredningens förslag innebär att vårdgarantins fyra delar blir föremål för lagstiftning, dock utan att de närmare tidsgränserna anges i lagen. Utredningen har gjort bedömningen att en framtida vårdgaranti i tidräkningen bör inkludera alla de åtgärder som är nödvändiga för att behandling ska kunna inledas samt att patienten inte ska behöva hålla reda på några andra regler än att vårdgarantin räknas från det tillfälle då man först tar kontakt med vården. Denna uppfattning delas av flera remissinstanser, som bl.a. framför att vårdgarantins tillämpningsområde bör utvidgas till att omfatta hela vårdförloppet. I nuläget saknas dock underlag och statistik för en konsekvensanalys av en sådan utvidgning och en sådan måste göras innan ytterligare steg för att förstärka vård-

[25] SKR, ”Utökad uppföljning av specialiserad vård”, hämtad 2026-02-12.
[26] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Lag utan genomslag*, 2017, s. 52 och *En lag som kräver omtag*, 2021, s. 45 f.
[27] Prop. 2009/10:67, s. 37.

> garantin kan tas, t.ex. genom att även utredningstiden omfattas av vårdgarantin. Regeringen delar utredningens bedömning att det är vårdgarantin i dess nuvarande utformning med fyra avgränsade delar som bör bli föremål för lagstiftning.[28]

Bland annat Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har lyft fram att målsättningen för vårdgarantin bör vara att omfatta hela vårdkedjan, från undersökning, utredning och röntgen till rehabilitering och uppföljning, det vill säga även återbesök.

Även Tillgänglighetsdelegationen argumenterade för att vårdgarantin borde omfatta återbesök och på så vis gälla oavsett om besväret patienten söker för är nytt, eller känt sedan tidigare. Däremot ansåg utredningen inte att återbesök i form av planerade uppföljningar borde ingå i garantin. Ett viktigt skäl var att det skulle vara svårt att hitta en gemensam bortre tidsgräns för planerade uppföljningar, eftersom tiderna för dessa kan variera från några dagar till årliga uppföljningar.[29] Tillgänglighetsdelegationen föreslog vidare att vårdgarantin skulle utökas till att även omfatta undersökningar genom en särskild reglering, både i primär- och i den specialiserade vården och med en tidsgräns på 60 dagar.[30]

Vi kan konstatera att det saknas tydliga definitioner av såväl återbesök som undersökningar och utredningar. Nedan beskriver vi de definitioner som finns och används i dag. Av kapitel 7 framgår vår tolkning av begreppen.

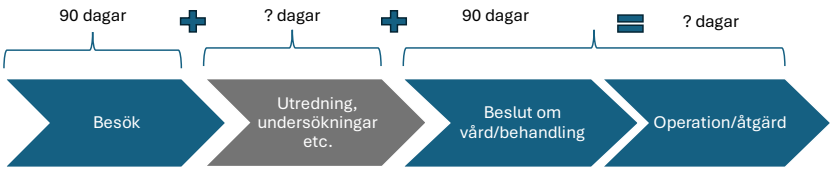
6.5.1 Undersökningar faller utanför vårdgarantins fyra nedslag

Att undersökningar inte ingår i vårdgarantin har att göra med att det bara är fyra nedslag i vårdkedjan som regleras. Två av dessa nedslag finns alltså inom den specialiserade vården, besöksgarantin om 90 dagar och behandlingsgarantin om lika lång tid. Som vi varit inne på ovan så innebär det att det finns delar i patientens vårdförlopp som vårdgarantin inte täcker. Det handlar i det här fallet om tiden efter besöket i den specialiserade vården. Det är vanligen då som utredningar sker och det tidsspannet regleras inte av vårdgarantin: vårdgarantins 90 dagars behandlingsgaranti börjar räknas först när

[28] Prop. 2009/10:67, s. 39.
[29] SOU 2022:22 s. 173.
[30] SOU 2022:22.

vårdgivaren har *beslutat* att den enskilde ska få den aktuella vården – alltså efter att eventuella utredningar har gjorts.[31] På så vis uppstår en lucka i vårdkedjan som gör att tiden för väntan på undersökningar eller utredningar inte ingår i garantin. Detta illustreras i figur 6.2 nedan. Den andra pilen i kedjan, ”utredning, undersökningar” ingår alltså inte i dagens vårdgaranti.

Figur 6.2 Utredningar och undersökningar omfattas inte av vårdgarantin



Begreppet undersökning och utredning

Det finns ingen lagreglerad definition av vad en undersökning är och begreppet finns inte med i Socialstyrelsens termbank. En undersökning definieras vanligen som en åtgärd som syftar till att hämta in och analysera information om patientens hälsotillstånd för att kunna ställa diagnos, besluta om lämplig behandling eller liknande.[32]

Utredningstiden, det vill säga tiden från utredningsstart till diagnos, kan inkludera flera olika undersökningar. Undersökning kan alltså betraktas som en åtgärd och tillsammans kan flera sådana utgöra en utredning av ett sjukdomstillstånd. Det kan också förekomma fall då endast en undersökning utgör hela utredningen.

Heltäckande statistik över väntetider till undersökningar saknas

Det är svårt att hitta uppgifter om hur långa väntetiderna till undersökningar är i den specialiserade vården. Statistiken är bristfällig – det finns bara uppgifter om väntetider till några typer av undersökningar och det är bara vissa regioner som rapporterar in dessa data.

Den statistik som utredningen har tagit del av visar att väntetiderna till undersökningar kan vara långa. Uppgifterna visar också regionala

[31] Som vi beskrivit ovan finns också fall då det inte är aktuellt att fatta beslut om vidare vård – undersökningen kan i sig vara målet med patientens vårdförlopp och något ytterligare beslut är då inte aktuellt.
[32] SOU 2022:22, s. 158.

skillnader och att väntetiderna varierar mellan olika typer av undersökningar.

Väntan på undersökningar: skopier

Sedan januari 2020 redovisar Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) information om väntetiderna till ett urval av undersökningar i den utökade uppföljningen av den specialiserade vården. De undersökningar som ingår är gastroskopi, koloskopi och övriga transluminala endoskopier, det vill säga skopier där ett endoskop används för att titta in i kroppen genom ett befintligt hålrum, till exempel undersökning av tarmens insida. Regionerna rapporterar dels in uppgifter om väntetider för de personer som fått sin undersökning genomförd den aktuella månaden, dels uppgifter om hur länge de personer som väntar på en undersökning (men ännu inte fått någon) har väntat vid samma tid. I tabell 6.2 nedan finns uppgifter om andelen patienter inom dessa båda kategorier för oktober 2025. Den generella medianväntetiden för samtliga skopi-undersökningar har varierat mellan 23 och 39 dagar under 2021–2025.

Tabell 6.2 Väntetid till undersökningar – skopier

Resultaten avser oktober 2025

	Genomförda	Väntande
Andel (%) inom 30 dagar	54	25
Andel (%) inom 60 dagar	76	36
Andel (%) inom 90 dagar	82	42
Medianväntetid (dagar)	28	143
Medelväntetid (dagar)	74	374
Totalt antal	**13 713**	**26 044**

Not: Måttet genomförda avser väntetiden bland de personer som fick sin undersökning genomförd i oktober 2025. Måttet väntande avser hur länge de personer som står på väntelistan till en undersökning (men ännu inte fått någon) i slutet av oktober 2025 hade väntat.

Källa: www.vantetider.se. Data hämtad 2026-02-10.

Väntan på undersökningar: bild- och funktionsmedicin samt klinisk neurofysiologi

Utöver redovisningen av väntan på skopier så pågår det ett arbete på SKR med att följa upp väntetider inom bild- och funktionsmedicin samt inom klinisk neurofysiologi. I rapporteringen ingår 11 olika undersökningar. Rapporteringen är frivillig för regionerna och det är inte alla som rapporterar in uppgifterna. Det saknas information om täckningsgraden, det vill säga hur komplett data är för de olika undersökningarna. Resultaten är alltså inte jämförbara över tid eftersom underlaget för rapporteringen kan skilja sig åt. Det saknas även information om kvaliteten på data, bland annat i vilken utsträckning regionerna rapporterar på samma sätt.

Rapporteringen visar att väntetiderna till de olika undersökningarna varierar, se tabell 6.3 nedan. Det finns även regionala skillnader i väntetiderna till de olika undersökningarna.

Tabell 6.3 Väntetid till undersökningar – bild- och funktionsmedicin samt klinisk neurofysiologi

Andel (procent) av genomförda undersökningar som gjordes inom 30, 60 respektive 90 dagar i oktober 2025

	Inom 30 dagar	Inom 60 dagar	Inom 90 dagar
Arbets-EKG	59	84	91
Datortomografi	70	87	92
Elektroencephalografi EEG	54	85	91
Elektromyografi EMG	33	68	80
Långtids-EKG / Holter EKG	34	73	83
Magnetresonanstomografi-undersökningar (MR)	48	75	83
Myocardscintigrafi	44	78	87
PET CT	73	90	94
Spirometri	44	84	88
Ultraljud carotis (halskärl)	82	87	90
Ultraljud hjärta	42	58	67

Källa: www.väntetider.se. Data hämtad 2026-02-10.

Indikatorer i kvalitetsregister kan ge en uppfattning om väntetiden till vissa undersökningar

Det finns drygt 100 nationella kvalitetsregister i Sverige. Vilka uppgifter som registreras varierar mellan olika register. Varje register har valt ut vilka frågor som är viktiga att få svar på vid just den sjukdomen eller behandlingen. Vissa kvalitetsregister innehåller data som kan ge en uppfattning om hur väntetiderna till olika undersökningar ser ut. Nedan redovisas några exempel.

Väntan på undersökningar: demens[33]

Medianväntetiden från remiss eller kontaktdatum till starten för en demensutredning inom den specialiserade vården var 21 dagar under 2024. Kvalitetsmålet för vårdförloppet vid misstänkt demens är 30 dagar från remiss eller kontakt till utredningsstart, vilket 40 procent av specialistenheterna i landet klarade under 2024.

År 2024 var utredningstiden för demens 57 dagar i median inom den specialiserade vården. Även här är kvalitetsmålet 30 dagar. Det förekommer regionala skillnader. Dessa skillnader skulle kunna bero på vilka typer av och antal undersökningar som utförts i utredningen eller andra orsaker.

Väntetiden från beslutad remiss till fastställd demensdiagnos var 2024 i snitt 107 dagar. Även här förekommer regionala skillnader.

Väntan på undersökningar: inflammatoriska reumatiska ledsjukdomar

Personer med inflammatoriska reumatiska ledsjukdomar behöver få diagnos så tidigt som möjligt för att kunna erbjudas en effektiv läkemedelsbehandling och därmed färre permanenta skador. Det är en specialiserad vårdverksamhet som ställer diagnosen, med hjälp av patientens sjukdomshistoria, kliniska undersökningar och laboratorieundersökningar, ibland med stöd av bilddiagnostik.[34]

[33] Samtliga uppgifter i avsnittet är hämtade från Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem), *Årsrapport 2024*.
[34] Socialstyrelsen, *Rörelseorganens sjukdomar – Utvärdering av vården vid inflammatoriska reumatiska sjukdomar*, 2024.

Indikatorn *tid till diagnos* mäter tidig diagnostik vid reumatoid artrit, närmare bestämt hur stor andel av alla registrerade nydiagnostiserade personer som fått en diagnos fastställd av en specialiserad vårdverksamhet inom 20 veckor efter symtomdebut.

Det är viktigt att kunna ge patienten en diagnos tidigt. Socialstyrelsen har därför bestämt en nationell målnivå som går ut på att minst 70 procent av patienterna bör få en diagnos inom 20 veckor. Under 2022 nådde inte hälso- och sjukvården upp till den fastställda målnivån. Utfallet för den totala andelen patienter var 53 procent.[35]

Väntan på undersökningar: hjärtsvikt

Enligt kriterier som beskrivs i det nationella vårdförloppet för nydebuterad hjärtsvikt bör en ekokardiografiundersökning[36] göras inom 14 dagar för patienter med mer allvarliga symtom och högt NTproBNP-värde[37] (högprioriterade remisser) och inom 30 dagar för övriga. I Socialstyrelsens rapport Låt hjärtat orka längre – nationell utvärdering av vården vid hjärtsvikt har verksamheter i regionerna som utför ekokardiografiundersökningar lämnat uppgifter om den genomsnittliga väntetiden till ekokardiografi (medeltid). Av 35 verksamheter (svarsfrekvens 50 procent) kunde 22 verksamheter ta fram statistik på exakta väntetider. Resterande 13 verksamheter har uppskattat svaret. Sett till hela riket varierar den genomsnittliga väntetiden till ekokardiografi från under fem dagar till sex månader. Medeltiden var under eller lika med 30 dagar för 19 av 35 verksamheter men spridningen var stor.[38]

Tid från debut till diagnos: multipel skleros (MS)

MS-registret mäter tid till diagnos från tid för sjukdomsdebut, vilket är den tidpunkt då läkare bedömer att symtom förenliga med MS började. Mediantiden mellan sjukdomsdebut och diagnos var knappt 5 månader (140 dagar) 2023.[39] Det finns skillnader mellan regionerna

[35] Ibid.
[36] Under en ekokardiografi undersöks hjärtat med ultraljud.
[37] N-terminal pro–B-type natriuretic peptide är en blodmarkör som används för att utvärdera hjärtats funktion och stödja diagnostik av hjärtsvikt samt andra hjärt- och kärlsjukdomar.
[38] Socialstyrelsen, *Låt hjärtat orka längre – nationell utvärdering av vården vid hjärtsvikt*, 2024.
[39] Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer 2025 – Utvärdering av vården vid multipel skleros och Parkinsons sjukdom*, 2025.

vad gäller tid till MS-diagnos. I vissa regioner var mediantiden från debut till diagnos strax under hundra dagar de senaste sex åren, men i andra regioner var motsvarande tid mer än 200 dagar.[40]

Synpunkter om att inkludera undersökningar i en ny vårdgaranti

Väntan på undersökningar kan ofta förlänga patientens totala väntan på vård. Det kan till exempel vara uppemot 8 månaders väntetid på en röntgenundersökning. Ibland är det granskningen av provsvaret som tar tid. ”Det finns kapacitet att utföra undersökningen men inte att hantera svaret.”

Vi har fått in synpunkter om att undersökningar borde omfattas av vårdgarantin, eftersom det i dag är möjligt att uppfylla vårdgarantin, samtidigt som vårdförloppet för patienten överskrider 180 dagar. Detta beror bland annat på luckan i vårdkedjan som vi beskriver ovan, som gör att undersökningar och utredningar inte ingår i vårdgarantin. Det har även framkommit att en del av kapacitetsbristen i hälso- och sjukvården beror på att vårdkedjorna blir så långa så att undersökningar behöver göras om flera gånger.

Undersökningar ingår i vårdgarantin i nordiska grannländer

En utblick till våra grannländer visar att undersökningar omfattas på olika sätt av vårdgarantin i samtliga tre nordiska grannländer – Norge, Danmark och Finland – men på olika sätt.

I den norska vårdgarantin omfattas undersökningar av den lagreglerade vårdgarantin genom att patienten inom tio arbetsdagar efter remiss ska få skriftligt besked om (avslag eller) när en utredning eller behandling ska inledas. Sedan gäller en individuell tidsfrist för när vården faktiskt ska bli av, när patienten ska få nödvändig sjukvård.

I Danmark gäller att patienten ska få information om tid och plats för undersökning och behandling inom åtta dagar efter remiss. En patient som remitterats till undersökning på sjukhus ska genomgå utredning inom en månad om det är medicinskt möjligt. Om det inte är möjligt ska en plan för vidare utredningsförlopp tas fram. Om regi-

[40] Ibid.

onen inte kan erbjuda utredning inom en månad kan patienten välja annan offentlig eller privat vårdgivare som har avtal med regionen.

Även Finland inkluderar undersökningar i sin lagreglerade vårdgaranti genom att fastslå att bedömning och beslut om vård inom den specialiserade vården ska ges inom tre veckor från remiss. Om bedömningen av vårdbehovet förutsätter en bedömning av en specialist, särskild bilddiagnostik eller särskilda laboratorieundersökningar, ska dessa göras inom tre månader.

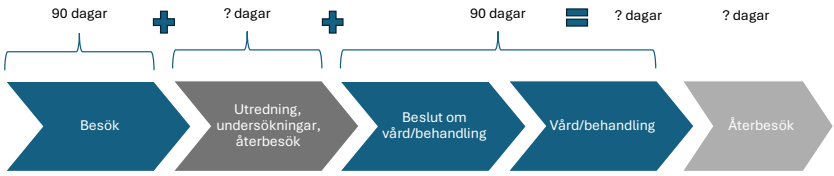
Undersökningar ingår i vissa regionala målsättningar för väntetider

Som framgått ovan omfattas även utredningar såsom röntgen, tester och prover av vårdgarantin i Halland. Det innebär att undersökningar, till exempel röntgen och provtagning, ska ske inom 60 dagar. I Region Jönköpings län finns ingen målsättning för undersökningar men i Region Stockholm finns som ovan nämnt minnes-, dyslexi- och neuropsykiatriska utredningar utvalda som undersökningar som ingår i den regionala målsättningen om maximalt 90 dagars väntan.

6.5.2 Även återbesök ligger utanför vårdgarantin

Återbesök kan ske vid olika tillfällen under patientens vårdförlopp. Liksom vad gäller undersökningar och utredningar så hamnar återbesöken i ”luckor” i vårdförloppet, det vill säga utanför de två nedslag som ingår i vårdgarantin i den specialiserade vården. Se illustration av detta i figur 6.3 nedan, där återbesök finns i de gråa pilarna i figuren.

Figur 6.3 Återbesök omfattas inte av vårdgarantin



Begreppet återbesök är inte reglerat i lag

Det finns inte någon lagstadgad definition av återbesök. I Socialstyrelsens termbank definieras begreppet som öppenvårdsbesök som har medicinskt samband med tidigare vårdbesök eller vårdtillfälle inom samma medicinska verksamhetsområde, vårdcentral eller motsvarande.[41]

Enligt SKR är återbesök en slags ”restpost” som inkluderar de kontakter som inte klassas som första kontakt, operation eller åtgärd, undersökning eller akut kontakt. Det går inte att urskilja i statistiken hur stor del av återbesöken som till exempel utgörs av planerade uppföljningar och hur stor del som är andra typer av återbesök.

SKR har tagit fram en promemoria som fungerar som en lathund i bedömningen av vilka besök som kan klassas som återbesök inom den specialiserade vården och hur dessa besök kan följas upp.[42]

Uppföljning av återbesöken genom medicinskt måldatum

Återbesöken står för en stor del av den specialiserade vårdens insatser. Under 2025 rapporterades cirka 12,7 miljoner genomförda återbesök. Det kan jämföras med cirka 2,5 miljoner första besök och drygt 1 miljon genomförda operationer, eller andra åtgärder, under samma period.

Väntetiderna för återbesök följs upp utifrån medicinskt måldatum. Medicinskt måldatum är den tidpunkt i en vårdprocess då beslutade hälso- och sjukvårdsåtgärder bör inledas. Det medicinska måldatumet talar alltså i det här fallet om när återbesöket senast ska ske. Det är legitimerad vårdpersonal som bedömer datumet utifrån patientens

[41] Socialstyrelsen, ”Socialstyrelsens termbank” (återbesök), hämtad 2026-03-31.
[42] SKR, *PM för arbetssätt för uppföljning av återbesök i specialiserad vård kopplat till rapportering av tillgänglighet till SKR*, 2023-11-17.

medicinska tillstånd. Måldatumet kan infalla före eller efter vårdgarantins tidsgränser och kan ändras om patientens tillstånd förändras. Under åren 2021–2025 genomfördes cirka 80 procent av återbesöken inom medicinskt måldatum, när man ser till samtliga regioner tillsammans.

Återbesök har ingått som prestationskrav i överenskommelser om ökad tillgänglighet

Under åren 2020, 2022 och 2023 ingick återbesök som ett av de prestationsbaserade kraven i överenskommelserna om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården mellan regeringen och SKR.[43] Som framgått av kapitel 4 var avsikten från parterna att inkludera fler delar av vårdkedjan än dem som vårdgarantin täcker och att i större utsträckning kunna följa upp måldatum som utgår från medicinska behov.

Enligt Socialstyrelsens uppföljning av 2022 års överenskommelse uppfyllde 11 regioner kravet för återbesök för samtliga månader. Sex regioner uppfyllde inte kravet för någon av månaderna.[44]

Blandade synpunkter om att ha med återbesök i en ny vårdgaranti

Vi har fått in olika synpunkter på tanken om att ha med återbesök i vårdgarantin. Vissa menar att det redan är tyngdpunkt mot återbesök i hälso- och sjukvården eftersom den absoluta majoriteten av alla besök består av sådana, cirka 80 procent. ”Det bör inte införas fler incitament för återbesök”. Andra menar att man borde, eller till och med måste, inkludera återbesök i vårdgarantin – det skulle minska risken för konflikt mellan prioriteringsplattformen och vårdgarantin.

Vi konstaterar att det faktum att återbesök inte har någon lagstadgad definition innebär att begreppet kan ha olika innebörd för olika aktörer. Det kan i sin tur vara en del av förklaringen till de olika synpunkterna.

[43] Som framgått av kapitel 4 ströks dock samtliga prestationskrav för 2020 i mars det året, på grund av pandemin. I praktiken har återbesök alltså varit med i två års överenskommelser, 2022 och 2023.
[44] Socialstyrelsen, *Uppföljning av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2022*, 2023.

Återbesök i andra nordiska länders vårdgarantier

I Danmark författningsregleras inom vilken tid patienten ska få information om tid och plats för undersökning, genomgå utredning och erbjudas behandling. Återbesök ingår däremot inte i uttryckligen danska vårdgarantin.

I Finland lagregleras inom vilken tid patienten ska få kontakt med primärvården, bedömning av vårdbehovet, undersökningar och behandling. Inte heller här nämns återbesök särskilt som att det ingår i vårdgarantin.

I Norge lagregleras inom vilken tid patienten ska få besked om rätten till vård och inom vilken tid den specialiserade vården ska fastställa en individuell tidsfrist för vården. Inte heller här nämns återbesök särskilt.

6.6 Differentierad vårdgaranti

Vi ska ta fram en vårdgaranti som utgår från patientens behov. Som ett led i detta har vi tagit ställning till om det är önskvärt att införa en lagstadgad, differentierad vårdgaranti och hur en sådan i så fall skulle kunna utformas.

Dagens författningsreglerade vårdgaranti gäller, åtminstone i teorin, för alla patienter, oavsett diagnos, grad av sjukdom, ålder eller kön. Garantin anger yttre, bortre tidsgränser för när vissa nedslag i vårdkedjan *senast* ska äga rum. Vid sidan av den lagstadgade vårdgarantin finns regionala målsättningar, överenskommelser om tidsgränser för väntan inom barn- och ungdomspsykiatrin (BUP), samt vad gäller cancer även standardiserade vårdförlopp. Dessa utgör på sätt och vis differentieringar av vårdgarantin – dock inte lagstadgade sådana.

6.6.1 Vad är en differentierad vårdgaranti?

En differentierad vårdgaranti definierar vi som en vårdgaranti som inte är likadant utformad för alla patienter. Här skulle man kunna tänka sig att den som har störst behov av vård ska ha en särskild vårdgaranti, med kortare tidsgränser än andra grupper. Samtidigt är det naturligt att argumentera för att det inte behövs – en patient med

större behov av vård ska ju enligt portalparagrafen och prioriteringsplattformen ändå få vård tidigare och prioriteras framför andra.

En avsikt med en differentierad vårdgaranti kan vara att ge särskild uppmärksamhet åt en viss patientgrupp. I Norge och Danmark har man till exempel valt att ha särskilda tidsgränser för personer med cancer (Danmark) respektive unga personer med psykisk ohälsa eller missbruk (Norge). Norges individuella tidsgränser kan också sägas vara en form av differentiering utifrån brådskandegrad. Det är två exempel på differentierade vårdgarantier.

Vi har sammanställt följande alternativ för differentierade vårdgarantier – det går även att tänka sig fler, eller kombinationer av nedan:

- Differentiering efter diagnos eller vårdområde, som till exempel i Norge och Danmark. Att föreslå en särskild lagstadgad tidsgräns för planerad vård inom BUP, som vi gör i kapitel 8, utgör exempel på en differentiering.
- En medicinsk differentiering av vårdgarantin, som den i första punkten, kan också göras mer individuell genom att länkas samman med den remissbedömning som görs i den specialiserade vården när remissen inkommer dit.
- Differentiering genom att ha olika tidsgränser för de olika leden i vårdkedjan – ett visst antal dagar för dagens besök eller bedömning och ett annat antal dagar för operation eller behandling. Om fler delar av vårdkedjan inkluderas i vårdgarantin, som utredningar eller undersökningar och återbesök, så kan de också ha särskilda tidsgränser.
- En viss andel av patienterna ska få vård inom en viss tid – som SVF är uppbyggda. Exempel: 80 procent av patienterna ska få vård inom X dagar.
- Differentiering med fokus på de patienter som väntat länge på vård.
- Differentiering efter principen om att stor svårighetsgrad och stor nytta bör ge vård snabbt. Då är tanken att lägga mer resurser på lindrigare behov, för att det inte ska bli resurskrävande i ett senare skede.

- Differentiering genom att vårdgarantin inte gäller för alla delar av vården. Vård som inte bör göras bör inte heller omfattas av vårdgarantin (kloka kliniska val).

6.6.2 Synpunkter om differentierad vårdgaranti

Under utredningens gång har det framkommit synpunkter om att en differentierad vårdgaranti, som utgår från diagnos eller diagnosgrupp, riskerar att leda till undanträngning. En sådan kan också föra med sig omfattande byråkrati. ”Det riskerar att bli en jättestor byråkratisk koloss.” Den generella vårdgarantin anses i stället ge behövligt spelrum till professionen.

Flera har fört fram synpunkten att en vårdgaranti behöver vara rimligt enkel – en differentierad kan bli för krånglig. Samtidigt har vi också tagit till oss att en differentierad vårdgaranti skulle kunna skapas för vissa tillstånd som inte kan vänta, till exempel utredning eller behandling av vävnader.

Flera har varit positiva till att ha en kortare tidsgräns för medicinsk bedömning (som i så fall ersätter besök i vårdgarantin) och en betydligt längre för behandling. ”Det är viktigt att det blir fokus på den medicinska prioriteringen och till den skulle man kunna ha en kortare tidsgräns.” Differentieringen ligger då i att det är olika tidsgränser för olika delar av vårdkedjan.

6.7 Patientens rätt till information och stöd när vårdgarantin inte uppfylls

Information är viktigt för patienten. Det är angeläget för många att få veta *när* man kommer att få vård. Att slippa osäkerhet kring när man kommer att få en kallelse till exempelvis en undersökning eller en behandling ger ökad trygghet och bättre möjligheter till egen kontroll och planering. Detta var ett viktigt skäl till att en plikt om att informera patienten om vid vilken tidpunkt han eller hon kan förvänta sig att få vård, skrevs in i patientlagen.[45]

Trots den lagstadgade rätten till information upplever många patienter att de inte får den information de behöver, eller i rätt tid.

[45] Prop. 2013/14:106, bet. 2013/14:SoU24, rskr. 2013/14:327 och 3 kap. PL.

Vidare är informationen om vårdgarantin ofta bristfällig och inte tillräckligt anpassad till patientens situation eller förutsättningar.[46] Många känner inte heller till sina möjligheter att få vård i en annan region när hemregionen inte kan erbjuda vård inom vårdgarantins tidsgränser. Kvaliteten i och omfattningen av informationen varierar dessutom både inom och mellan regioner.

6.7.1 Såväl patient- som professionsföreningar lyfter fram vikten av information och besked till patienten

Det finns en enighet kring att information och besked till patienten är ett område som behöver förbättras. Flera aktörer beskriver att patienten inte i tillräckligt hög utsträckning får veta hur lång väntan han eller hon kan förvänta sig på undersökningar, utredningar, besök, operation eller behandling. Vi har blivit uppmanade att i utredningen stärka informationen till patienten – det är viktigt med tydlighet mot patient. Vidare har vi bland annat tagit till oss:

- Den tid som patienten väntar på information skulle kunna vara mycket kortare än i dag. Informationen behöver ges så att den kan förstås. Det viktigaste är att få information, inte av vem.
- Det vore bra att inkludera information som en del av vårdgarantin.
- Patienter efterfrågar information och en namngiven kontakt. Exempelvis en garanti om att få träffa en namngiven person efter ett visst antal dagar.

6.7.2 Otydlig information om vårdgarantin

En majoritet av patienterna upplever att de aldrig har fått information om vårdgarantin i sina kontakter med vården.[47]

Utredningen konstaterar att det finns allmän information om vårdgarantin på 1177.se[48] och i flera regioner finns ytterligare infor-

[46] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Varierande väntan på vård – Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin*, 2015. Se kapitel 5 för beskrivning av dessa rättigheter, samt 3 kap. 4 § PL.
[47] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Löftesfri garanti? En uppföljning av den nationella vårdgarantin*, 2017.
[48] 1177 är ett samarbete mellan Sveriges regioner. På hemsidan 1177.se samlas kunskap och tjänster inom hälsa och vård. 1177 är även ett telefonnummer för sjukvårdsrådgivning.

mation om vårdgarantin hos vårdgivarna. Däremot är det inte lätt att hitta mer detaljerad information om hur regionen eller vårdenheten agerar för att hålla tiden eller hur patienten kan göra för att få hjälp med vårdgarantin.[49] Hur regionerna arbetar med att informera väntande patienter varierar, inklusive vid vilken tidpunkt det sker.[50]

6.7.3 Ett stort ansvar läggs på patienten

För att patienten ska kunna få vård utförd av en annan vårdgivare, när hemregionen inte kan uppfylla vårdgarantin, behöver patienten känna till vårdgarantin och själv vara aktiv och ta kontakt med ansvarig vårdenhet, vårdlots eller motsvarande för att efterfråga vård hos någon annan vårdgivare. Det är en bild som framkommit under utredningens samtal med olika aktörer. Vi konstaterar att regionerna genom sina vårdgarantifunktioner snarare uttrycker att de stödjer processen med att hänvisa patienter vidare, när patienten åberopar vårdgarantin – än att regionen själv bär ansvaret för att tillgodose patientens behov.

När ansvaret för att söka vård hos någon annan vårdgivare läggs på patienten riskerar vården att bli ojämlik. Det är väl känt att patienter har olika förutsättningar att ta till sig information. Det kan till exempel handla om språksvårigheter eller funktionsnedsättningar. Om det framför allt är resursstarka individer som i praktiken nyttjar vårdgarantin blir vården inte lika tillgänglig för alla.

6.7.4 Bristande kunskap om patienters rättigheter

En förklaring till att ett stort ansvar läggs på patienten är att medarbetare i vården inte har tillräcklig kunskap om patienters rätt att bli hänvisade vidare. I många regioner saknas rutiner för att informera och stödja väntande patienter om rätten att bli hänvisade till vård hos annan vårdgivare, när väntan riskerar att bli för lång.[51]

Socialstyrelsen har ett generellt ansvar för att ta fram kunskapsstöd inom områden där hälso- och sjukvården behöver vägledning.[52]

---

[49] SOU 2021:59 s. 153.
[50] Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten, *Insatser som stödjer och stärker patienters möjlighet att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider*, 2024.
[51] SKR, *Projekt hänvisning 2021*, 2022.
[52] 4 § förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

När det gäller vårdgarantin har Socialstyrelsen tagit fram en handbok om skyldigheten att informera och göra patienten delaktig. Handboken togs fram 2015 och behandlar bland annat vårdgivarens ansvar för att informera om vårdgaranti och val av utförare.[53] Utredningen har inte kunnat hitta något senare kunskapsstöd som behandlar vårdgivarnas informationsansvar.

6.8 Hinder för att få vård i en annan region

Det är inte ovanligt att det dröjer till vårdgarantins yttersta gräns innan regionen hjälper patienten till en alternativ vårdgivare – om den gör det. Det innebär att det är för sent för patienten att få tid hos en annan vårdgivare inom vårdgarantins gräns om 90 dagar.

Skillnader i väntetider inom en och samma region och även mellan närliggande regioner, tyder på att regionernas samverkan kring väntande patienter kan bli bättre.

6.8.1 Lagtexten lämnar utrymme för tolkningar

För att vårdgarantin ska kunna uppfyllas behöver regionerna ta initiativ tidigt för att patienten ska få tid för besök och behandling inom tidsgränserna. Nuvarande lydelse i HSL öppnar för olika tolkningar:

> Om regionen inte uppfyller garantin enligt 1 § 3 eller 4, ska regionen se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.[54]

Formuleringen *om regionen inte uppfyller* kan tolkas som att det är först när tidpunkten för garantin inträffat, det vill säga när 90 dagar har passerat, som regionen ska hjälpa patienten att få vård hos en annan vårdgivare, och att det är först då som regionen ska stå för eventuella merkostnader som uppstår i samband med den vården. En sådan tolkning kan dock inte anses vara i enlighet med lagstiftarens intention med bestämmelsen. Av författningskommentaren framgår att regionen ska hjälpa patienten att få vård inom vårdgarantins gränser, och om regionen själv inte klarar det, ska den hjälpa patienten till vård hos en annan vårdgivare:

[53] Socialstyrelsen, *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig*, 2015.
[54] 9 kap. 2 § HSL.

> Om landstinget inte uppfyller utfästelserna i vårdgarantin /…/ ska landstinget se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare inom eller utom landstinget utan extra kostnad för patienten. Om det vid tiden för remissen till den specialiserade vården eller beslutet om planerad vård är troligt att vårdgarantins längsta godtagbara väntetider kommer att överskridas ska landstinget hjälpa till med att ordna besök eller behandling inom rätt tid hos någon annan vårdgivare.[55]

Vad som avses med formuleringen *utan extra kostnad för patienten* är inte preciserat i förarbetena. Enligt utredningens bedömning innebär skrivningen rimligtvis att en patient som får vård i en annan region inte ska behöva betala mer än om hemregionen klarat vårdgarantin och patienten fått sin vård där. Riksavtalet anger inte uttryckligen vilka kostnader (som till exempel kostnader för resor och övernattning) som patienten ska ersättas för.[56]

Vi konstaterar att regionerna hanterar utomlänsvården och vilka kostnader patienten ska ersättas för på olika sätt. Regionerna bedömer behovet av övernattningar olika och ersätter dessa i olika hög utsträckning. Regionerna gör också olika bedömningar i fråga om behovet av taxiresa mellan sjukhuset och flygplatsen.

6.8.2 Det finns många avtal men de används för lite

Regionerna har sammanlagt över 500 vårdavtal som är upphandlade enligt lagen om offentlig upphandling (2016:1145), LOU. Lika många är upphandlade enligt lagen om valfrihetssystem (2008:962), LOV.[57] Avtalen är tecknade med privata vårdgivare.[58]

Regionernas avtal skulle kunna användas i betydligt större utsträckning. Detta var något vi konstaterade i den promemoria som vi överlämnade till regeringen i januari 2025.[59] Det gäller såväl de avtal som regionerna har med varandra, som de avtal som regionerna har ingått med privata vårdgivare.

---

[55] Prop. 2009/10:67, s. 79.
[56] SKR, *Riksavtal för utomlänsvård med giltighetstid från 1 september 2025*, 2025.
[57] SOU 2021:80, s. 493.
[58] Sedan januari 2023 är det möjligt för idéburna organisationer som bedriver offentligt finansierad välfärdsverksamhet att kunna registrera sig i ett särskilt register. Registreringen är frivillig och upphandlande myndigheter, som regioner, ges möjlighet att reservera rätten att delta i upphandlingar av vissa välfärdstjänster till idéburna organisationer.
[59] S 2024:05, *Förslag på statliga engångsinsatser för att korta väntetider i vården*, 2025.

Det finns framför allt tre skäl till att avtalen inte används i större utsträckning:

1. Ekonomiska skäl: vissa regioners ekonomiska situation gör att de hellre ställer en patient i kö, än erbjuder vård hos en annan vårdgivare via ett befintligt avtal.
2. Brist på kunskap: det förekommer att det saknas kunskap om vilka avtal som finns inom och utanför den egna regionen.
3. Administrativa skäl: det kan vara administrativt komplicerat att använda andra regioners avtal.[60]

Vi kan också konstatera att systemet med ett riksavtal, mellanlänsavtal och regionavtal inte främjar en användning av andra regioners avtal.[61]

I promemorian föreslog vi medel till samtliga regioner för att förstärka deras vårdgarantifunktioner, samt ett uppdrag till Upphandlingsmyndigheten att stödja regionerna med de administrativa hinder som gör att vårdavtal inte utnyttjas fullt ut.[62]

Genom beslut om uppdrag till Socialstyrelsen i februari 2025 beslutade regeringen att 100 miljoner kronor ska delas ut till regionernas vårdgarantifunktioner, i enligt med vårt förslag.[63]

6.8.3 En del patienter väljer vård i sin egen region framför kortare väntan

Av de patienter som får ett erbjudande om vård i en annan region finns det en andel som tackar nej, trots att det kan innebära en längre väntetid. Det kan handla om en önskan från patientens sida att få vård nära sitt hem. Det kan också handla om en osäkerhet kring om patienten får ersättning för de kostnader som uppstår i samband med resan. Vidare är det viktigt med framförhållning för att patienten ska kunna tacka ja. Det finns också patienter som har behov av att ha någon som följer med på resan, det behovet kan finnas både hos äldre och yngre patienter. Dessutom kan det finnas behov av ersättning

[60] Ibid.
[61] Ibid.
[62] Ibid.
[63] Regeringsbeslut, Uppdrag till Socialstyrelsen att fördela, betala ut och följa upp medel för att korta vårdköerna, S2025/00401.

för förlorad tjänst om patienten har ett arbete och behöver ta ledigt för att kunna resa till en annan region för att få sin vård.

Socialstyrelsen arbetar med att skapa mer likvärdiga förutsättningar och minska ekonomiska hinder för patienter att få vård utanför hemregionen. Vi återkommer till frågan om kringkostnader i kapitel 14.

Sammantaget är det inte självklart för alla patienter att tacka ja till ett erbjudande om att få vård i en annan region. Detta betonar vikten av att varje region, så långt det är möjligt, arbetar aktivt med kapacitetsplanering så att befolkningens vårdbehov tillgodoses.

7 Förslag och bedömningar för en behovsstyrd vårdgaranti

7.1 En behovsstyrd vårdgaranti för fler patienter

Vi ska ta fram en ny och stärkt vårdgaranti för den specialiserade vården med väsentligt kortare tidsgränser än i dag. För barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) är uppdraget mer specifikt än så – en särskild tidsgräns för vårdgarantin inom det området avhandlar vi därför i nästa kapitel (kapitel 8). Med undantag för den tidsgränsen så gäller förslagen i det här kapitlet även för BUP.

Den nya vårdgarantin ska utgå från patientens behov. Redan i dag är patientens behov tydligt inskrivet i hälso- och sjukvårdslagens (HSL:s) portalparagraf – den som har störst behov av vård ska få vård först.[1] Den etiska plattformen är beslutad av riksdagen och utgör grunden för prioriteringar i vården.[2] Vårdgarantin i sig innebär inte någon prioritering mellan olika patienters behov av vård eller åtgärder. Garantin är lika för alla. Regleringen har bland annat fått kritik för att främst vara relevant för patienter med mindre besvär – de som har större besvär prioriteras redan enligt portalparagrafen.

I vårt förslag till vårdgaranti utgör remissgranskningen, information till patienten och de medicinska bedömningar som görs därefter grunden för en behovsstyrd vårdgaranti. En individuell bedömning och prioritering inleder redan i dag patientens kontakt med den specialiserade vården, via den remissgranskning som i princip alltid sker. Därmed innebär våra förslag ingen utvidgning av uppgiften för vårdens medarbetare, men de synliggör stegen remissgranskning och prioritering som en inledande del av vårdgarantin. För patienten blir det en extra trygghet att remissgranskningen, som i dag regleras genom regionala avtal och lokala rutiner, i stället blir en del av vård-

[1] 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.
[2] Prop. 1996/97:60, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186.

garantin. Det ökar förutsättningarna för en jämlik vård i hela landet och även för uppföljning och tillsyn.

För att uppfylla inte bara den enskilda patientens behov utan nå behovsstyrd vård för hela befolkningen, är det viktigt att se till *fler* patienters behov. I dag är det i praktiken bara en liten del av patienterna som omfattas av vårdgarantin. Det är problematiskt och har lyfts till utredningen från flera olika håll. Vårt förslag till vårdgaranti är konstruerat för att inkludera fler patienter och deras behov. Vi gör det till exempel genom att inkludera undersökningar och återbesök i vårdgarantin.

Vårdgarantin har kritiserats för att medföra undanträngningseffekter – att patienter med lindrigare medicinska behov får företräde framför patienter med större behov, genom att sådant som ingår i vårdgarantin tränger undan delar av vårdförloppet som *inte* ingår. Vår bedömning är att risken för undanträngningseffekter inte går att eliminera helt. Vi menar samtidigt att risken för sådana effekter minskar med våra förslag eftersom vi inkluderar fler delar av vårdkedjan och fler patienter. Det finns med vår föreslagna vårdgaranti färre möjliga scenarion där patienter *kan* trängas undan. Detta är i linje med vad Myndigheten för vård- och omsorgsanalys kommit fram till – att mäta och inkludera en större del av vårdkedjan i vårdgarantin minskar risken för undanträngning av sådant som i dag inte ingår, exempelvis undersökningar.[3] Vi lämnar inte förslag på ekonomiska incitament kopplade till vårdgarantin, eftersom sådana historiskt förknippats med ökad risk för undanträngningseffekter.

En behovsstyrd vård innebär också att patienten möter den hälso- och sjukvårdspersonal som har rätt kompetens för patientens behov i varje enskilt fall. Utredningens förslag innebär att besöksgarantin ändras till en bedömningsgaranti och att större flexibilitet skapas för hur vården förmedlas. Digitala lösningar kan användas när sådana är lämpliga.

I dag nämns tillgänglighet i två bestämmelser i HSL.[4] Ingen av dessa reglerar dock regionens skyldighet att organisera och planera sin verksamhet så att den främjar en god tillgänglighet. Vi bedömer att en sådan reglering behöver införas för att förtydliga regionernas ansvar för tillgänglighet i vården.

[3] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Låt den rätte komma in*, 2014, s. 230 och 239.
[4] Dels i 5 kap. 1 § 5 som en av grundpelarna i begreppet god vård, dels i 13 a kap. 1 § 2 som en del av primärvårdens grunduppdrag.

Det är viktigt att ha med sig den bakgrund som vi beskriver i tidigare kapitel, framför allt det vi lyfter fram i kapitel 3: att prioriteringar i hälso- och sjukvården sker utifrån den etiska plattformen och portalparagrafen i HSL. Samtidigt råder LEON-principen – vård ska ges på den lägsta nivån som är effektiv för patientens behov, inte per automatik i den specialiserade vården med andra ord. Systemet för kunskapsstyrning, med dess verktyg som nationella riktlinjer, vårdprogram och standardiserade arbetssätt behövs för att verkställa prioriteringarna i beslut och för att rangordna insatser. Vi föreslår inga ändringar i dessa system utan vill tvärtom lyfta fram dem som viktiga förutsättningar för våra förslag.

7.1.1 En vårdgaranti med kortare tidsgränser ska också uppfyllas

En vårdgaranti med väsentligt kortare tidsgränser än i dag bör samtidigt vara en vårdgaranti som kan uppfyllas. Den formuleras i lag och är således inte frivillig, utan obligatorisk för regionerna att uppnå. Här är utmaningen stor – vårdgarantin uppfylls i praktiken inte till hundra procent av någon region i dag. Det finns också utmaningar med att veta hur långa väntetiderna till vård är. Allmänt kan sägas att patienter med stort behov av vård får vård snabbt. Andra får vänta betydligt längre och många får vänta för länge.

Medan utredningen pågått har ansvaret för att utveckla och förbättra väntetidsstatistiken ändrats. Det har även skett förändringar i ansvaret för databasen. En förhoppning är att dessa förändringar framöver kan bidra till förbättrad datakvalitet.

Det finns kapacitet i vården som behöver användas bättre

Vi föreslår tidsgränser som är väsentligt kortare än i dag. Hur ska de kunna nås? En del av svaret är att det finns kapacitet i vården som kan användas bättre än i dag. Regionerna behöver stärka sitt interna arbete med kapacitets- och produktionsplanering. Vidare kan regionernas olika typer av vårdavtal nyttjas i betydligt större utsträckning. Detta var något som vi konstaterade redan i den promemoria som vi överlämnade till regeringen i januari 2025, se bilaga 3.[5] Det gäller

[5] S 2024:05, *Förslag på statliga engångsinsatser för att korta väntetider i vården*, 2025 (bilaga 3).

såväl de avtal som regionerna har med varandra, som de avtal som regionerna har ingått med privata vårdgivare. Det är vår övertygelse att om dessa befintliga avtal nyttjades bättre skulle fler patienter få vård i tid.

Ytterligare en del av svaret, som delvis hänger ihop med ovan, är att regionerna behöver bli bättre på att i rätt tid och på ett effektivt sätt hjälpa patienten att få vård i en annan region. Det är inte ovanligt att det dröjer till vårdgarantins yttersta gräns innan regionen hjälper patienten till en alternativ vårdgivare – och det varierar stort mellan regionerna om och på vilket sätt den hjälpen tillhandahålls. Det innebär att det ofta blir för sent för patienten att få tid hos en annan vårdgivare inom vårdgarantins gräns om 90 dagar. Vi föreslog i promemorian att regionerna skulle få ökade resurser för att utveckla ett mer strukturerat arbetssätt för att vid behov hänvisa väntande patienter vidare till en vårdgivare med ledig kapacitet. Regeringen tog våra förslag vidare genom uppdrag till Socialstyrelsen om utbetalningar av medel till regionerna under 2025.[6]

Viktigt att se till helheten för att vårdgarantin ska kunna uppnås

Något som spelar roll för möjligheten att korta väntetiderna är att vi föreslår en vårdgaranti där patienten, liksom i primärvården, ska träffa den profession som är mest relevant för patientens behov. Väntetiderna kan kortas om det görs tydligt att bedömningen eller andra kontakter med den specialiserade vården kan vara hos någon annan legitimerad yrkesgrupp än en läkare. Här spelar även möjligheter till digitala lösningar för bedömning, undersökningar och information till patienten stor roll.

Patienten ska vidare inte behöva ta så stort ansvar för sin vård som i dag. När ansvaret för att söka vård hos någon annan vårdgivare läggs på patienten riskerar vården att bli ojämlik. Det är väl känt att patienter har olika förutsättningar att ta till sig information. Det kan till exempel handla om språksvårigheter eller funktionsnedsättningar. Om det framför allt är resursstarka individer som nyttjar vårdgarantin blir vården inte lika tillgänglig för alla. Här tror vi att en viktig del

[6] Socialstyrelsen skulle enligt uppdraget fördela 100 miljoner kronor till regionerna under 2025 i syfte att stärka förutsättningarna för regionernas vårdgarantifunktion. Regeringsbeslut S2025/00401. Se även S 2024:05, *Förslag på statliga engångsinsatser för att korta väntetider i vården*, 2025.

av lösningen är att informationen till patienten förbättras och regleras, både vad gäller information om vårdgarantin och patientens rättigheter och om den egna vårdprocessen. Patienten får i dag inte i tillräckligt hög utsträckning, eller i rimlig tid, veta hur lång väntan han eller hon kan förvänta sig på undersökningar, utredningar, besök, operation eller behandlingar. Sådana aspekter är viktiga för patienten och påverkar tillsammans med väntetiderna den sammantagna upplevelsen av vården och dess tillgänglighet. Att vårdgarantin är uppfylld räcker inte för att vården ska vara tillgänglig ur ett patientperspektiv. Flera av våra förslag syftar till att förbättra just detta.

Att enbart föreslå väsentligt kortare tidsgränser än i dag, utan att se till helheten, skulle sannolikt inte förbättra patienternas möjligheter att få vård i tid nämnvärt jämfört med dagens situation. Vi menar att genom helheten i våra förslag finns möjligheter för regionerna att också nå de uppsatta målen i vårdgarantin. Det går också att dra lärdom av de regioner och sjukvårdssystem där aktörerna lyckats korta väntetiderna. Kortare väntetider behöver prioriteras för att bli verklighet.

7.2 Utredningens förslag och bedömningar för en ny, behovsstyrd vårdgaranti

I rutan nedan beskriver vi vårt förslag till vårdgaranti i korthet. Samtliga delar kommer att utvecklas i avsnitten som följer.

Vårt förslag till vårdgaranti i den specialiserade vården kan sammanfattas i följande tidpunkter:

- 3 och 10 arbetsdagar, 30 och 60 kalenderdagar.

– **3 arbetsdagar:** Tidsfristen för remisshantering blir en del av vårdgarantin. Den vårdgivare som tar emot en remiss i den specialiserade vården ska inom tre arbetsdagar från det att remissen tagits emot prioritera och bedöma patientens behov av vård. I författningstexten uttrycks detta som att vårdgivaren ska granska remissen. Patienten ska inom samma tidsram få besked om att remissen har tagits emot. Det senare är en del av informationsgarantin nedan. Regleringen är ny.

– **10 arbetsdagar:** En informationsgaranti för patienten införs och blir en del av vårdgarantin. Samma vårdgivare som ovan ska inom tio arbetsdagar från det att remissen har tagits emot informera patienten om när den medicinska bedömningen kommer att ske. Regleringen är ny.

– **30 dagar:** Patienten ska få en medicinsk bedömning inom 30 dagar, räknat från den dag då remissen har tagits emot i den specialiserade vården. Eventuella utredande åtgärder som behövs för att kunna göra bedömningen ska göras inom tidsramen, exempelvis provtagning. Denna bedömningsgaranti ersätter dagens besöksgaranti (på 90 dagar).

– **60 dagar**: Patienten ska få sin planerade vård inom 60 dagar, räknat från den dag då vårdgivaren har beslutat att patienten ska få den aktuella vården. Det kan till exempel handla om fysiska besök, utredande åtgärder eller en operation som ska göras inom tidsramen. Denna garanti för planerad vård ersätter dagens behandlingsgaranti (på 90 dagar). För BUP föreslår vi en särskild reglering om 30 dagar till planerad vård (se vidare i kapitel 8).

Eventuella återbesök ingår i tidsfristerna. Däremot ingår inte planerade uppföljningar.

7.2.1 En garanti om medicinsk bedömning ersätter dagens besöksgaranti

Förslag

Regionernas skyldighet att erbjuda ett besök i den specialiserade vården ska ändras till en skyldighet att erbjuda en medicinsk bedömning.

- Bedömningsgarantin i den specialiserade vården innebär att patienten ska få en medicinsk bedömning inom en viss tid.

Den medicinska bedömningen ska utföras av läkare eller av annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Ändringarna berör 2 kap. 3 § patientlagen, 9 kap. 1 § HSL och 6 kap. 1 § HSF. Vidare införs en ny bestämmelse i 6 kap. 1 a § HSF.

Skälen för utredningens förslag

Dagens vårdgaranti anger en tidsgräns för det första besöket i den specialiserade vården (besöksgaranti) och sedan, i nästa steg, för operation eller behandling (behandlingsgaranti). Utredningens förslag innebär att besöksgarantin ändras till en bedömningsgaranti och att det finns större flexibilitet kring hur vården förmedlas. Den medicinska bedömningen kan utföras av läkare eller av annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Genom att gå från en besöks- till en bedömningsgaranti styrs vårdgarantin i högre grad av patientens behov. Detta utvecklar vi nedan.

Medicinsk bedömning ska ingå i vårdgarantin i stället för besök

Förändringarna av vårdgarantin i primärvården, som infördes den 1 januari 2019, innebar bland annat att besöksgarantin ersattes med en garanti om en medicinsk bedömning. Detta var i linje med förslagen i Samordnad utveckling för god och nära vård (SOU 2017:53) och även med den tidigare utredningen Effektiv vård (SOU 2016:2).[7] Samtidigt ändrades också regleringen om att få besöka en läkare till att få en

[7] Effektiv vård föreslog en ”professionsneutral vårdgaranti”, medan Samordnad utveckling för god och nära vård i stället använde begreppet ”behovsstyrd vårdgaranti.” SOU 2017:53, s. 94.

bedömning av ”läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården”.[8] Vi anser att det finns skäl att göra motsvarande förändringar även inom den specialiserade vården.

Begreppet medicinsk bedömning utgår från en etablerad definition

Begreppet medicinsk bedömning har ingen entydig definition i lag men förekommer i flera bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Uttrycket användes redan i en bestämmelse i den nu upphävda HSL från 1982[9] och överfördes i stort sett oförändrat till patientlagen.[10] Av förarbetena till 1982 års lag framgår bland annat att en så tidig bedömning som möjligt är grundläggande för det framtida behandlingsresultatet, samt att den första bedömningen bör göras av väl kvalificerad personal med hög kompetens. Där framgår vidare att en medicinsk bedömning innebär en första bedömning av ett hälsotillstånd i syfte att ge patienten upplysningar om tillståndet samt om de behandlingsmetoder som står till buds.[11] Det är denna innebörd av begreppet medicinsk bedömning som avsågs när besöksgarantin i primärvården ändrades till en bedömningsgaranti. Vårt förslag om en bedömningsgaranti tar utgångspunkt i samma, etablerade innebörd av begreppet medicinsk bedömning.

Behovsstyrd vårdgaranti handlar även om hur vården förmedlas

Genom övergången från en besöks- till en bedömningsgaranti ökar flexibiliteten för hur vården förmedlas. Inhämtande av information från patienten och i vissa fall även undersökningar, kan när det är lämpligt ske på distans genom någon form av teknisk lösning. Bedömning av vårdbehovet kan på samma sätt förmedlas på distans om det är lämpligt. I många fall kommer dock det fysiska besöket vara den form av kontakt som patienten föredrar. Det är viktigt att kontakterna med patienten i större utsträckning sker utifrån patientens behov.

[8] 9 kap. 1 § HSL.
[9] 2 a § HSL (1982:763).
[10] Prop. 2013/14:106 s. 113. 2 kap. 2 § patientlagen (2014:821), PL.
[11] Prop. 1996/97:60 s. 40 f. och s. 44.

En medicinsk bedömning ska göras av legitimerad personal

Den medicinska bedömningen ska utföras av läkare eller av annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, precis som i primärvården. Det avgörande är att bedömningen görs av någon med kompetens att bedöma patientens tillstånd och behov av hälso- och sjukvård. Legitimerad vårdpersonal har ett yrkesansvar som prövas på ett annat sätt än vårdpersonal som inte är legitimerad. Det kan ha betydelse för patientsäkerheten och för förtroendet för vården.[12]

Det är den aktuella vårdgivaren som avgör vilken yrkeskategori som bör göra den medicinska bedömningen – avgörandet måste i första hand bero på patientens aktuella behov. Dessutom måste ansvarig vårdgivare ta hänsyn till vilken kompetens som finns tillgänglig och hur arbetssätten är utformade i den aktuella verksamheten.

Även i den specialiserade vården behövs olika kompetenser

Samordnad utveckling för god och nära vård[13] och Effektiv vård[14] förde fram det ologiska i att läkarkompetensen specifikt har knutits till vårdgarantin när den svenska primärvården i internationell jämförelse är bred och multiprofessionell. Vi delar den bedömningen.

Den specialiserade vården kräver djupare kompetens om specifika diagnoser eller hälsotillstånd och mer avancerad teknisk utrustning än primärvården. Vården ges ofta av specialistläkare, men även i den specialiserade vården behövs olika specialist-kompetenser. Många gånger kan det vara mer motiverat för patienten att få sin medicinska bedömning av till exempel en sjuksköterska, fysioterapeut eller psykolog, dessa är vanligen specialiserade inom sina områden.

En viktig skillnad mot den reglering av vårdgarantin i primärvården som gällde fram till 2019, är att det i den specialiserade vården inte specifikt uttrycks att det är en läkare som patienten ska träffa vid sitt första besök. Som vi konstaterat i kapitel 6 består ändå patientens första besök i den specialiserade vården vanligen av ett möte med en läkare. Väntetiderna skulle kunna kortas om det görs tydligt att

[12] Prop. 2017/18:83 s. 32.
[13] SOU 2017:53.
[14] SOU 2016:2.

den medicinska bedömningen kan göras av fler legitimerade yrkesgrupper.

Fler aktörer har föreslagit en bedömningsgaranti

En förändring från en besöks- till en bedömningsgaranti har tidigare diskuterats i olika sammanhang.[15] Läkarförbundet föreslog redan 2012 att en bedömningsgaranti skulle ersätta besöksgarantin. Syftet var att ge patienterna rätt till ett vårdförlopp som är snabbt och sammanhängande. Underlaget för den medicinska bedömningen skulle i första hand utgöras av innehållet i remissen till specialiserad vård. Förbundet lyfte också fram att det i många fall kan behövas en eller flera undersökningar, som röntgen eller provtagning. Den typen av undersökningar skulle enligt förslaget i normalfallet ske inom den tid som fastställts för bedömningsgarantin. Det förslag som vi lämnar överensstämmer väl med detta.[16]

Tillgänglighetsdelegationen ansåg också att besöksgarantin borde ersättas av en bedömningsgaranti. Delegationen lyfte bland annat fram praktiska fördelar med att använda samma begrepp i lagstiftningen för den specialiserade vården som för primärvården – det bör ju handla om samma typ av bedömning.[17]

Fördelarna med en bedömningsgaranti överväger nackdelarna

En nackdel med övergången från en besöks- till en bedömningsgaranti i den specialiserade vården kan vara att patienter som uttryckligen vill få ett fysiskt besök i stället får en bedömning, som eventuellt är digital. Det skulle kunna leda till att vissa patienter blir mindre nöjda med sin vård. Vi bedömer dock att ett stort antal patienter, trots ändringen, kommer att erbjudas fysiska besök av rent medicinska skäl – någon bedömning utan besök är inte aktuell för vissa tillstånd. Om det enligt vetenskap och beprövad erfarenhet krävs ett fysiskt besök ska enligt lag ett sådant erbjudas. Detta gäller alltså även i dag för bedömningsgarantin i primärvården. Utredningens förslag innebär inte några ändringar i detta sammanhang.

[15] SOU 2022:22 och Sveriges läkarförbund, *Medicin med detsamma – Förslag till en rättvisare vårdgaranti*, 2012.
[16] Sveriges läkarförbund, *Medicin med detsamma – Förslag till en rättvisare vårdgaranti*, 2012.
[17] SOU 2022:22 s. 146.

Dessutom gäller alltjämt principerna om patientens delaktighet enligt patientlagen – i dialog med vårdgivaren ska en patient, så långt det är möjligt, få möjlighet att medverka vid utformningen av vården.[18] Patienten ska också ges möjlighet att framföra sina önskemål om vårdens utformning till vårdgivaren. Det har många gånger framförts, till exempel när det gäller delar av landet med stora geografiska avstånd till specialiserad vård, att digitala lösningar efterfrågas av patienterna, när sådan är möjlig.

7.2.2 Tidsfrist för remisshanteringen och en informationsgaranti för patienten är nya inslag i vårdgarantin

Förslag

Tidsfrist för remisshanteringen i den specialiserade vården blir en del av vårdgarantin. Inom tre arbetsdagar från det att en remiss har tagits emot ska ansvarig vårdgivare ha granskat remissen.

En informationsgaranti för patienten införs och blir en del av vårdgarantin. Den innebär att den vårdgivare som mottar en remiss:

- inom tre arbetsdagar från det att en remiss har tagits emot ska informera patienten om att så har skett.

Informationsgarantin innebär också att:

- patienten inom 10 arbetsdagar från det att remissen har tagits emot i den specialiserade vården ska få information om när han eller hon ska få en medicinsk bedömning.

Ändringarna berör 2 kap. 3 § patientlagen, 9 kap. 1 § HSL och 6 kap. 1 § HSF. Vidare införs en ny bestämmelse i 6 kap. 1 a § HSF.

[18] 5 kap. 1 § PL.

Bedömning

- Den föreslagna vårdgarantin innebär inte några nya eller särskilda krav på remiss utöver de krav som redan gäller i regionen. Begreppet remiss och uttrycket utfärdande av remiss ändras inte.
- Regionerna bör se över om rutinerna för remisshantering är aktuella.

Skälen för utredningens förslag och bedömning

Utredningen har identifierat bedömning och prioritering av remisser, samt bekräftelse till patienten om att remissen tagits emot, som relevanta delar i en förstärkt och behovsstyrd vårdgaranti. Vi föreslår därför att en tidsfrist för remisshanteringen på tre arbetsdagar blir en del av vårdgarantin. Det handlar om den tidsgräns inom vilken remissen ska granskas, det vill säga då den första preliminära bedömningen och prioriteringen av patientens vårdbehov ska göras i den specialiserade vården. Det handlar också om inom vilken tid patienten ska informeras om att remissen har tagits emot. Detta är inte författningsreglerat i dag.[19]

Samtidigt införs en garanti till patienten om att inom tio arbetsdagar få veta när den medicinska bedömningen kommer att ske. Tillsammans med beskedet om mottagen remiss inom tre arbetsdagar utgör detta en ny informationsgaranti, som inkluderas i vårdgarantin.

HSL:s portalparagraf och den etiska plattformen[20] ligger till grund för de prioriteringar och bedömningar som görs i vården – så väl i dag som i vårt förslag.

[19] En remiss redogör för relevant medicinsk information och används när en vårdgivare begär att en annan vårdgivare tar över vårdansvaret för en patient, se 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2004:11) om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m.

[20] Prop. 1996/97:60, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186. 3 kap. 1 § 2 HSL anger att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Tidsfrist för remisshanteringen en viktig del av vårdgarantin

Remisshanteringen är det första steget i den specialiserade vårdens handläggning av patientens vårdprocess. Professionen bildar sig då en uppfattning om hur patientens vård ska planeras. Samtidigt görs en bedömning och prioritering av ärendet i enlighet med principen om att den som har störst behov av vård ska få vård först.[21] Detta sker redan i dag men formaliseras genom vårt förslag. Genom bekräftelsen om att remissen tagits emot får patienten veta vilken vårdgivare som har tagit över vårdansvaret och att vårdprocessen inom den specialiserade vården är påbörjad.

Vi menar att en författningsreglering, med en tidsgräns för dessa steg, tydliggör vad som förväntas av vården och stärker patientens ställning. Genom att remisshanteringen regleras i förordning, snarare än enbart i huvudmannens rutiner, skapas även förutsättningar för ökad jämlikhet över landet.

Det finns inte något lagkrav på remiss för att patienter ska få tillgång till den specialiserade vården.[22] Det är därför upp till varje region att bestämma om remiss krävs. Om det saknas remisskrav hos en vårdgivare i den specialiserade vården och en patient söker sig dit genom en egen begäran om vård gäller samma krav på vårdgivaren att granska (egen)remissen inom en viss tid, att underrätta patienten om att remissen tagits emot och att ge besked om tid för medicinsk bedömning. Vi återkommer till detta nedan.

Remisshanteringen regleras i dag främst genom krav på rutiner

Remisshanteringen är i dag endast i begränsad omfattning författningsreglerad – de regler som finns för hanteringen utgörs av formella krav på rutiner för remisshanteringen, vilka regleras i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m.[23]

Vårdgivare ska enligt föreskrifterna upprätta rutiner för remisshantering och rutinerna ska fastställas av verksamhetschefen vid respektive vårdenhet. Rutinerna ska bland annat reglera vem eller

[21] 3 kap. 1 § 2 HSL.
[22] Se dock 3 § andra stycket lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, som anger begränsningar för verksamheter som får läkarvårdsersättning inom barnmedicin, gynekologi eller psykiatri.
[23] Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården, m.m., SOSFS 2004:11.

vilka inom verksamheten som får utfärda remisser, hur de ska registreras och bevakas samt hur och i vilka fall den remitterande enheten och patienten ska få besked om att remissen har mottagits.[24] Vårdgivaren har alltså ett stort mått av handlingsfrihet i utformandet av dessa rutiner.

Rutinerna kompletteras av mer detaljerade regler som tagits fram på huvudmannanivå genom regionbeslut, avtal och särskilda överenskommelser. Dessa gäller för såväl offentliga som privata vårdgivare.

Regionerna har valt i stort sett samma tidsgräns för remisshanteringen

Utredningen anser att en tidsgräns om tre arbetsdagar för prioritering och granskning av remissen samt en bekräftelse till patienten om att remissen har tagits emot, är rimlig. Tidsgränsen är densamma som de flesta regioner redan tillämpar i dag – i princip samtliga regioner har beslutat att en remiss ska skickas senast tre arbetsdagar efter beslut om remissen och att en mottagen remiss i den specialiserade vården ska bedömas och prioriteras senast tre arbetsdagar efter att den har tagits emot. Flera regioner har även angett att patienten ska informeras inom en viss tid efter att remissen har tagits emot och bedömts. Därutöver kan regionerna ha flera andra regler kopplade till remisshanteringen. Vissa regler kan vara tidsatta, exempelvis att vårdgivaren inom ett visst antal dagar ska meddela patienten att remissen är accepterad. Det finns även regler om tidsfrister för remisser i de standardiserade vårdförloppen (SVF), som har tagits fram inom ramen för det nationella systemet för kunskapsstyrning. Exempelvis ska en SVF-remiss för cancer skickas omgående när det finns en välgrundad misstanke om cancer.[25]

Flera fördelar med en författningsreglering

Regler som endast återfinns i rutiner och avtal är svåra för patienter att få kunskap om. Efterlevnaden av sådana regler är i allmänhet inte heller föremål för tillsyn på samma sätt som regler i lag, förordning eller föreskrift är. Våra förslag handlar om att lagstadga processer och rutiner som redan finns i dag. Det minskar risken för att förslagen

[24] 4–5 §§ SOSFS 2004:11.
[25] Regionala cancercentrum i samverkan, *Cancer utan känd primärtumör CUP*, 2024-11-05.

ska leda till ökad byråkrati, jämfört med i dag. Eftersom behovsprincipen ligger till grund för all prioritering av remisser och därmed patienter borde vårt förslag inte heller leda till undanträngning. Det är de medicinska behoven som ligger till grund för remissgranskningen, på samma sätt som i dag. Sammantaget talar detta för att denna process blir reglerad i lag och förordning.

Begreppet remiss ändras inte

Utredningens förslag innebär ingen förändring av begreppet remiss eller uttrycket utfärdande av remiss. Begreppen bedömning av remiss och prioritering av remiss följer regleringen som finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m.[26] En remiss är enligt dessa en handling om en patient som utgör beställning av tjänst eller begäran om övertagande av vårdansvar.[27]

Vårdgarantin kommer inte heller framöver att reglera om vård ska ges

Liksom för dagens vårdgaranti reglerar inte den föreslagna ändringen av vårdgarantin om vård ska ges eller vilken vård som kan komma i fråga. Om en remiss inte ska tas vidare i den specialiserade vården kan den fortfarande avvisas. Om så sker ska patienten få information om det inom samma tidsgränser som i de fall när remissen tas vidare. De besluten beror på hur regionen har organiserat sitt vårdutbud, samt i sista hand på avgöranden av de medicinska professioner som utför remissgranskningen i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Vårdgarantin följer de remissregler som regionen har

Efter en genomgång av regionernas remissregler kan vi konstatera att det varierar om regionerna har krav på remiss för att besöka den öppna specialiserade vården. Vissa regioner ställer inte upp några remisskrav. Andra regioner har remisskrav för viss typ av vård och

[26] SOSFS 2004:11.
[27] Ibid.

ett antal regioner har remisskrav från primärvården till den specialiserade vården som huvudregel, men med möjlighet till undantag. Om det saknas remisskrav i regionen behövs inte heller någon remiss för att vårdgarantin ska gälla. Det omvända gäller också – om det *finns* remisskrav i regionen och dessa inte följs, så gäller inte vårdgarantin för patienten. Vi tänker oss att dessa förutsättningar ska gälla även för vårt förslag till vårdgaranti.

Den vårdgaranti som utredningen föreslår innebär alltså inte några nya, särskilda remissregler för regionerna – i de regioner som saknar remisskrav så gäller den föreslagna vårdgarantin även när patienten på egen hand har kontaktat den specialiserade vården. Tidsgränserna räknas då, liksom i dag, från den dag som patienten tagit kontakt med den specialiserade vården. I vissa regioner som saknar remisskrav är förfarandet mer formaliserat och det kan ställas upp krav på att patienten skriftligen ska kontakta vald mottagning och berätta om varför man söker vård. Det förfarandet kallas egen vårdbegäran, egenremiss eller egenanmälan.

Regionerna bör se över om rutinerna för remisshantering är aktuella

Utredningen vill framhålla att det är regionerna som äger frågan om vilka remisskrav som ska gälla för vården[28]. Utredningen anser att det är viktigt att regionerna ser över om de remisskrav, eller avsaknaden av remisskrav, som gäller i regionen fortsatt är aktuella. Det är viktigt att remisskraven stämmer överens med LEON-principen och respektive regions arbete med nivåstrukturering. Detta är relevant inte minst utifrån principen att primärvården ska vara navet i hälso- och sjukvården.[29] För att LEON-principen[30] ska få genomslag är det lämpligt att den första kontakten som patienten har med vården är på primärvårdsnivå som huvudregel. Det är även lämpligt ur en kostnadseffektivitetssynpunkt att regionerna överväger vilka remisskrav som ska finnas inom hälso- och sjukvården.

Till huvudregeln om att vård ska sökas i primärvården i första hand kan det finnas undantag. De argument som framförs av regeringen

[28] Detta gäller förutom att det inte får krävas remiss hos en privat verksam läkare med specialistkompetens inom verksamheter som avser barnmedicin, gynekologi eller psykiatri enligt lag om läkarvårdsersättning (1993:1651).
[29] Se exempelvis prop. 2025/26:19.
[30] LEON-principen anger att vård ska ges på lägsta nivå som är effektiv för patienten.

i prop. 1996/97:123 om att det kan vara mindre lämpligt att införa remisskrav när vårdåtgärden framstår som känslig eller när det är uppenbart fråga om en behandling som ska utföras av en viss typ av specialitet är fortsatt relevanta. Därtill ska läggas att det kan vara en viktig valfrihetsfråga för patienten att själv söka vårdgivare även om det måste göras avvägningar mot styrande principer som behovssolidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen.

Information är av stor vikt för patienten

Patienten har redan i dag rätt att få veta vid vilken tidpunkt hen kan förvänta sig att få vård och därmed hur lång väntetiden förväntas bli. Detta ligger inom ramen för hälso- och sjukvårdens informationsplikt.[31] Vi beskriver detta utförligt i kapitel 5 och 6.

Många patienter upplever ändå att de inte får den information de behöver, eller i rimlig tid. Tillräcklig och tillförlitlig information är inte minst viktig för att minska oro och öka känslan av trygghet.

Frågan om *när* patienten kan vänta sig besked om tidpunkt för vård ingår inte i informationsplikten. Det framgår inte heller, vare sig av vårdgarantin eller av informationsplikten hur informationen ska ges eller av vem. Inte heller patientsäkerhetslagen ger något konkret svar på denna fråga – här uttrycks endast att ”den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient ska se till att patienten och dennes närstående ges information enligt 3 kap. patientlagen”.[32]

Våra förslag syftar till att stärka patientens ställning genom att tydligare reglera den information som ges till patienten. Även om vårt förslag till reglering rör en viss del av vårdkedjan är vår bedömning att information från vårdgivaren till patienten om dennes vårdförlopp behöver bli bättre i alla delar av vårdkedjan.

Informationsgaranti införs som en del av vårdgarantin

Vi föreslår att en informationsgaranti införs som blir en del av vårdgarantin. Garantin är teknikneutral. Det gäller både informationen om mottagen remiss inom tre arbetsdagar och besked om tid för medicinsk bedömning inom tio arbetsdagar. Vårdgivaren kan alltså

[31] 3 kap. 1 § PL.
[32] SOU 2022:22.

uppfylla informationsgarantin antingen genom att kontakta patienten per telefon eller genom ett skriftligt meddelande, digitalt genom 1177 eller fysiskt i brevlådan. Kravet i patientlagens tredje kapitel[33] gäller som alltid, vilket innebär att en patient som efterfrågar skriftlig information ska få det.

Vi menar att gränsen på tio arbetsdagar för besked om medicinsk bedömning rimmar väl med intentionen i nuvarande lagstiftning om att ge information ”så snart den är tillgänglig.”[34] Tio arbetsdagar är också en rimlig tidsgräns utifrån att patienten enligt vårt förslag till vårdgaranti ska få sin medicinska bedömning senast inom 30 dagar.

Informationsgarantin innebär specifika tidsfrister

Den bestämmelse som vi föreslår i vårdgarantin ger en mer situationsbunden och tidsstyrd informationsgaranti, jämfört med den informationsplikt som redan ingår i patientlagen.[35] Patientlagens regler om information är generella, icke tidsbundna och med en ansvarsfördelning som är spridd på flera aktörer. Den föreslagna informationsgarantin är i stället kopplad till ett visst skede i vårdprocessen och har som syfte att ge patienten förutsebarhet i fråga om väntetid och vårdtillfälle. Bestämmelsen är utformad med en tydlig adressat – den vårdgivare inom den specialiserade vården som har mottagit remissen – och kan därmed bli föremål för IVO:s tillsyn. Det är en förstärkning av vårdgarantin som gynnar den enskilda patienten. Detta är också i linje med förslag i tidigare utredningar, som också har föreslagit en reglering av patientens rätt till information om tidpunkt för vård (se kapitel 6). Regionen som huvudman måste se till att vårdgivarna har en faktisk möjlighet att ge patienten information som är anpassad efter krav som finns i patientlagen. Vidare måste huvudmannen se till att vårdgivarna har tekniska möjligheter att kommunicera remisser med varandra.

Ett krav på regionen av det här slaget innebär att regionen måste ha framförhållning i planering och schemaläggning, vilket i sin tur stimulerar en bättre produktions- och kapacitetsplanering. Det är

[33] 3 kap. 7 § andra stycket PL. Se mer om informationsplikten i PL i kapitel 5.
[34] Prop. 2013/14:106, s. 114.
[35] PL (2014:821).

vidare mindre risk för av- och ombokningar om patienten inom rimlig tid får information om tidpunkten för sin vård.[36]

I Region Halland är information redan en del av den regionala målsättningen

I Region Halland finns redan en modell som liknar den som vi föreslår. I regionen gäller att patienten ska få besked om tidpunkt för besök inom den specialiserade vården inom 14 dagar efter att remissen tagits emot. Det gäller även om patienten sökt vård utan remiss. Patienten ska samtidigt med beslut om behandling få besked om tidpunkt för behandling. Regionens målsättning är att 80 procent av patienterna ska få sin vård inom 60 dagar.

7.2.3 Bedömning om förbättrad och mer enhetlig information om vårdgarantin

Bedömning

Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att:

- ta fram en nationell standard för vilken information om vårdgarantin som patienten ska få, och
- göra en översyn av Socialstyrelsens föreskrift om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m. SOSFS 2004:11.

Skälen för utredningens bedömning

Det har blivit allt tydligare hur viktigt det är att patienten får rätt information om vårdgarantin och i rätt tid. Bristerna på området är tydliga, vilket vi beskrivit i tidigare avsnitt.

Utredningen bedömer att det inte är tillräckligt att endast utvidga patientens rätt till information om sitt vårdförlopp. För att det förstärkta regelverket ska göra skillnad för patienten behövs ökad kunskap om vårdgarantin i berörda verksamheter. Vi bedömer också att

[36] SOU 2022:22.

det behövs en nationell standard för den information om vårdgarantin som patienten ska få.

Bättre och mer enhetlig information är avgörande för vårdgarantins genomslag

Information är en förutsättning för att patienten ska känna till vilka krav som kan ställas på hälso- och sjukvården och för att patienten ska kunna dra nytta av vårdgarantin. Enhetlig information är på så sätt en fråga om rättssäkerhet i hälso- och sjukvården. Det är också en del av en personcentrerad vård där patienten görs delaktig i vården. Lättillgänglig information, som är anpassad efter patientens förutsättningar kan bidra till ökad jämlikhet.[37]

Flera av de olika aktörer som utredningen träffat beskriver också information som en viktig del i implementeringen av vårdgarantin. De menar att det är genom information till patienterna som det kan skapas ett tryck på vården att följa vårdgarantin. I det perspektivet fyller information även en viktig funktion för att vårdgarantin ska få genomslag.

Välkänt att information om vårdgarantin till patienten har brister

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys rekommenderade regeringen redan 2015 att i samverkan med dåvarande landstingen utveckla en nationell standard för information kring vårdgarantin. Myndigheten konstaterade att informationen om vårdgarantin var bristfällig och otillräckligt anpassad till patientens situation och förutsättningar. Myndigheten pekade också på att informationen varierade både inom och mellan de dåvarande landstingen.[38] Vi har under arbetet med utredningen konstaterat att bristerna tyvärr kvarstår.

Även Vårdansvarskommittén lyfte fram att det är nödvändigt med åtgärder på nationell nivå för att hantera bristerna i informationen till patienterna. Kommittén gjorde bedömningen att såväl den enskildes kännedom om vilka krav denne kan ställa på hälso- och

[37] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Varierande väntan på vård – Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin*, 2015.
[38] Ibid.

sjukvården, som personalens kompetens att lotsa patienten i den egna organisationen, måste stärkas och utvecklas.[39]

Socialstyrelsen bör få i uppdrag att utveckla en nationell standard och att uppdatera handledningen om information till patienten

Vi bedömer att det är möjligt att göra informationen till patienten mer enhetlig. Vårt förslag är att det tas fram en nationell standard eller mall för vilken information som patienten enligt lag ska få om vårdgarantin.

Som vi beskrivit i kapitel 6 har Socialstyrelsen ett generellt ansvar för att ta fram kunskapsstöd inom områden där hälso- och sjukvården behöver vägledning.[40] Information om vårdgarantin är uppenbart ett sådant område. Det är därför naturligt att uppdraget att ta fram en nationell standard eller mall för information om vårdgarantin ges till Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen tog 2015 fram en handbok som bland annat beskriver vårdgivarens ansvar för att informera patienten om vårdgarantin och val av utförare. Utredningen bedömer att handboken skulle behöva uppdateras, spridas och göras lättillgänglig för berörda verksamheter. Handboken skulle kunna användas som utgångspunkt i arbetet med att ta fram en nationell mall för informationen om vårdgarantin till patienten. Medan handboken redogör för regionernas skyldigheter bör mallen innehålla en konkretisering av vad informationen till patienten ska innehålla, och när den ska ges.

Under 2025 tog Socialstyrelsen fram förslag på vilken information om vårdgarantin som bör finnas på 1177.se. Syftet var att patienter ska få mer likvärdig tillgång till information om vårdgarantin, och om vad som gäller när den inte uppfylls. Myndigheten såg även över behovet av stödjande underlag till patienter som väntar på vård.[41] Vi bedömer att det är en bra utgångspunkt för att ta fram en nationell standard för information, och för att genomföra kunskapshöjande insatser om vårdgarantin. Informationen om vårdgarantin kommer behöva anpassas efter de ändringar i regelverket som nu föreslås.

[39] SOU 2025:62, s. 142.
[40] 4 § förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.
[41] Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten, *Insatser som stödjer och stärker patienters möjlighet att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider*, 2025 s. 30.

Socialstyrelsen bör få i uppdrag att se över föreskriften om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m.

Utredningen har i avsnitt 7.2.2 presenterat ett förslag om att författningsreglera tidsfristen för remisshantering i den specialiserade vården. Socialstyrelsen har ansvar för föreskriften Ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m.[42]. I föreskriften regleras mer formella krav på rutiner för remisshanteringen som riktar sig till vårdgivare och verksamhetschef. Utredningen bedömer att föreskriften går i linje med de författningsändringar som utredningen föreslår, men att Socialstyrelsen bör se över om det är motiverat att göra ändringar i föreskriften. Utredningen föreslår därför att regeringen ger Socialstyrelsen ett sådant uppdrag.

7.2.4 Fler patienter och fler delar av vårdkedjan inkluderas i den nya vårdgarantin

Förslag

Besöksgarantin på 90 dagar utgår och ersätts av en garanti till patienten om att få en medicinsk bedömning inom 30 dagar, räknat från det att remissen har mottagits i den specialiserade vården (bedömningsgaranti inom den specialiserade vården).

Inom tidsgränsen 30 dagar ska de åtgärder vara utförda som läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömer behövs för att kunna göra en medicinsk bedömning.

Behandlingsgarantin på 90 dagar utgår och ersätts av en (garanti för planerad vård) på 60 dagar. De 60 dagarna börjar räknas från det att vårdgivaren har beslutat att patienten ska få den aktuella vården.

Inom tidsgränsen 60 dagar ska de åtgärder vara utförda som läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har beslutat om. Om ett beslut fattas om ytterligare vård ska den ges inom 60 dagar från beslutet.

Planerad uppföljning omfattas inte av vårdgarantin.

Ändringarna berör 2 kap. 3 § patientlagen, 9 kap. 1 § HSL och 6 kap. 1 § HSF. Vidare införs en ny bestämmelse i 6 kap. 1 a § HSF.

[42] SOSFS 2004:11.

Skälen för utredningens förslag

En viktig avsikt med våra förslag är att fler patienter ska omfattas av vårdgarantin än i dag. Det ska också finnas lagstadgade tidsgränser för en större del av patientens vårdprocess än i nuvarande vårdgaranti. En vårdgaranti som gäller för fler patienter, i fler situationer, med kortare tidsgränser, utgör viktiga delar i det som vi definierar som behovsstyrd vård. Risken för undanträngningseffekter kan minska när fler omfattas av vårdgarantin, samtidigt som fler får garanti om vård i tid.

Den vårdgaranti som vi föreslår består av flera delar. Tidsfrister för remisshanteringen och den nya informationsgarantin beskrivs i tidigare avsnitt. Nu handlar det om de två delar som ersätter dagens vårdgaranti i den specialiserade vården: garantin för medicinsk bedömning, som ersätter besöksgarantin, samt garantin för planerad vård, som ersätter behandlingsgarantin. Garantin för planerad vård omfattar samtliga beslutade åtgärder i patientens vårdprocess, efter det att den medicinska bedömningen är genomförd.

I rutan nedan beskrivs i korthet de viktigaste skillnaderna mellan nuvarande vårdgaranti och den som utredningen föreslår.

Jämförelse mellan dagens vårdgaranti och den som vi föreslår

I dag:

- Besöksgaranti 90 dagar.
- Behandlingsgaranti 90 dagar.
- Total lagstadgad väntetid: 90 + 90=180 dagar. I praktiken kan dock väntetiden bli betydligt längre än så, bland annat eftersom provtagningar, undersökningar och återbesök inte ingår i garantin. Väntan på dessa förlänger ofta förloppet.

Vi föreslår att vårdgarantin ändras och skärps på följande sätt:

- Medicinsk bedömning – maximal väntetid 30 dagar.
- Den planerade vården efter den medicinska bedömningen – maximal väntetid 60 dagar för de beslutade åtgärderna.

Total väntetid för patientens hela planerade vård:

- som mest 30 + 60 = 90 dagar, från det att remiss inkommer till den specialiserade vården, till avslutad vård. Gäller för patienter som får ett beslut om planerad vård senast vid den medicinska bedömningen på dag 30. Dessa patienter förväntas ha ett tydligt avslut på sin vård, och en avklarad vårdprocess inom förhållandevis kort tid.
- För övriga patienter, utan tydligt avslut på sin vård, eller där det inte är medicinskt motiverat med beslut om nästa steg i vårdprocessen redan vid medicinsk bedömning, kan den totala väntetiden bli längre. Även för dessa patienter gäller dock en garanti om maximal väntetid för beslutade åtgärder på 60 dagar – så länge inte andra tidsgränser är medicinskt motiverade.

I dag ingår inte undersökningar eller återbesök i vårdgarantin

Vårdgarantin anger yttersta tidsgränser för hur länge någon ska behöva vänta på vård. Vi har i tidigare kapitel (se kapitel 6 exempelvis) konstaterat att den ram som vårdgarantin anger i dag – maximalt 90 dagars väntan för besök, följt av som mest 90 dagars väntan för operation eller behandling – är ett förlopp som i praktiken endast inkluderar en begränsad del av det totala antalet patienter. Väntan kan bli betydligt längre än så. En del av förklaringen till det är att undersökningar och återbesök inte ingår i vårdgarantin. Av de besök som genomfördes i den specialiserade vården 2025 var 2,5 miljoner första besök och 12,7 miljoner återbesök. De senare omfattas alltså inte av vårdgarantin, vilket gör att ett stort antal patienter faller utanför garantin. En annan del av förklaringen ligger i att vårdgarantin i stort är utformad som att en operation är slutmålet för alla patienter. För många patienter är det dock inte fallet – skopier, minnesutredningar eller neuropsykiatriska utredningar kan i stället vara de åtgärder som ska utföras efter det första besöket hos en specialist. Den tidslinje som vårdgarantin utgår från (besök – operation) är då inte aktuell. Patienten kan i sådana fall få vänta betydligt längre än 90 dagar, utan att vårdgivaren har brutit mot vårdgarantin. Vi illustrerade detta i figur 6.2 i kapitel 6. En vårdgivare som dröjer med beslut om remiss eller behandling på grund av att undersökningar drar ut på tiden, kan

i dag inte sägas agera i strid med vårdgarantin. Denna problembild är central för den vårdgaranti som vi föreslår.

Fler patienter ska omfattas av vårdgarantin

En viktig förändring med vårt förslag till vårdgaranti är att väntetiden till undersökningar och även återbesök ingår – det gäller både i garantin till medicinsk bedömning och i garantin om planerad vård, exempelvis om det behövs mer än ett besök för att göra den medicinska bedömningen eller inför den planerade vården. Ett återbesök är ett öppenvårdsbesök som har medicinskt samband med tidigare besök eller vårdtillfälle inom samma medicinska verksamhetsområde, vårdcentral eller motsvarande. Det innebär att fler slags åtgärder ingår i den nya garantin jämfört med nuvarande vårdgaranti. Det innebär också att fler patienter kommer att omfattas.

Att inkludera fler delar av vårdprocessen är i linje med inriktningen i den utredning som föregick regleringen av vårdgarantin 2010, liksom med regeringens avsikt i den ursprungliga propositionen, och även vad Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har lyft fram i sina rapporter. Av den proposition som låg till grund för lagregleringen av vårdgarantin framgår att det framför allt var brist på konsekvensanalyser och andra underlag som gjorde att förslaget till den lagstadgade garantin endast omfattade första besök och inte återbesök, liksom till att inte undersökningar eller utredningar ingår i garantin. Avsikten var att vårdgarantin skulle breddas på sikt.[43] Även Tillgänglighetsdelegationen föreslog en vårdgaranti som inkluderade undersökningar, inte minst för att minska risken för undanträngningseffekter.[44]

I december 2025 föreslog Socialstyrelsen några ytterligare vårdområden i satsningen för att korta vårdköerna.[45] Ett av de områden som föreslogs var koloskopiundersökningar. Socialstyrelsen konstaterade att dessa undersökningar utgör en flaskhals inom cancerdiagnostiken och att få regioner kan erbjuda patienter uppföljande

[43] Prop. 2009/10:67, s. 39.
[44] Se kapitel 4 och 6 samt Myndigheten för vårdanalys, *Låt den rätte komma in*, 2014, s. 230 och 239, SOU 2008:127, s. 166 samt prop. 2009/10:67, s. 39 och 43.
[45] I oktober 2025 fick Socialstyrelsen i uppdrag att föreslå ytterligare vårdområden eller åtgärder som ska ingå i regeringens satsning för att korta vårdköerna inom utvalda områden under 2026. Uppdrag till Socialstyrelsen att lämna förslag på ytterligare åtgärder för att korta vårdköerna S2025/01757. Se även avsnitt 4.3.2 i betänkandet.

undersökningar enligt de intervall som anges i nationella vårdförlopp.[46] Koloskopiundersökningar är den första åtgärden i regeringens pågående satsning som inte utgörs av en operationsåtgärd.[47]

Tidsgränser i den nya vårdgarantin

De 90 + 90 dagar som gäller som vårdgaranti i dag föreslås alltså ersättas av en längsta väntetid på 30 + 60 dagar för patientens medicinska bedömning respektive planerade vård. För en del patienter kommer det att innebära en halvering – minst – jämfört med dagens vårdgaranti.

Vi vill lyfta fram att det bara är sådan vård som ska utföras i den specialiserade vården som vårdgarantin och tidsgränserna ska gälla för – principerna om vad som i stället ska utföras i primärvården liksom principen om att vård ska ges på den lägsta nivå som är effektiv för patientens behov (LEON-principen)[48], är fortsatt centrala.[49] De åtgärder som vi avser ska utföras inom tidsgränsen för medicinsk bedömning exempelvis, är alltså de åtgärder som behöver utföras i den specialiserade vården för att nå fram till en sådan bedömning och som inte kan, eller utifrån till exempel standardiserade vårdförlopp eller lokala överenskommelser ska, utföras i primärvården.[50]

En garanti för medicinsk bedömning inom 30 dagar

Garantin för medicinsk bedömning innebär att patienten ska få en medicinsk bedömning inom 30 dagar. I dag sker den medicinska bedömningen ofta i samband med patientens första besök, där den bortre tidsgränsen i dag är lagstadgad till 90 dagar (besöksgarantin).

Tidsgränsen på 30 dagar gäller för samtliga patienter, även för patienter som väntar på vård inom BUP. Det senare återkommer vi till nedan.

---

[46] Socialstyrelsen, *Förslag på ytterligare åtgärder för att korta vårdköerna*, december 2025.
[47] Regeringsbeslut S2026/00052.
[48] LEON står för Lägsta Effektiva Omhändertagandenivå. Se mer om denna i kapitel 3.
[49] Det är primärvården som ska svara för behovet av medicinsk bedömning och behandling, samt den omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Enligt HSL 13 a kap. Primärvårdens grunduppdrag.
[50] Argumenten för att lagstadga om en bedömning inom en viss tid i stället för ett besök redogör vi för i avsnittet 7.2.1 ovan.

Tiden för väntan på medicinsk bedömning börjar räknas från det att remissen inkommer till den specialiserade vården eller, om någon remiss inte är nödvändig, från den dag då patienten sökt kontakt med den specialiserade vården. Inom tidsgränsen 30 dagar ska de åtgärder vara utförda som den ansvariga professionen i samband med remissgranskningen bedömer behövs för att kunna göra en medicinsk bedömning i den specialiserade vården. Det kan till exempel handla om utredande åtgärder i form av undersökningar och provtagning. Tidpunkten för när patientens åtgärder ska äga rum sätts av ansvarig vårdgivare utifrån patientens behov. Detta gäller även i dag, men blir tydligare genom vårt förslag om en reglerad tidsfrist för remisshantering (se avsnitt 7.2.2).

En rimlig tidsgräns för medicinsk bedömning

Vi menar att 30 dagar är en rimlig tidsgräns för medicinsk bedömning. Flera aktörer har under utredningens gång varit positiva till att ha en kortare tidsgräns för medicinsk bedömning och en längre för behandling, eller planerad vård. Några av de förslag som inkommit har formulerats just i termer av tidsgränser på 30 + 60 dagar.

Att patienten får en medicinsk bedömning tidigt är viktigt av flera skäl. Det handlar till exempel om att patienten ska hamna rätt i vårdprocessen och så tidigt som möjligt få rätt vårdåtgärder. En så tidig bedömning som möjligt är grundläggande för behandlingsresultatet.[51] Kortare väntetider till medicinsk bedömning kan dessutom bidra till mindre stress och oro för patienten. Det har ett stort värde i sig, men kan i förlängningen också minska behovet av akutvård och onödiga undersökningar.

Utredningen som låg till grund för vårdgarantins lagstadgande bedömde att gränsen för väntetid till besök skulle sänkas till just 30 dagar och att en yttre gräns om 120 dagar till beslutad vårdinsats skulle införas.[52] Remissinstanserna hade blandade synpunkter på förslaget. Regeringen valde att inte följa utredningens förslag med argumentet att överenskommelser mellan staten och regionerna behövde fortsätta ytterligare en tid och utvärderas innan det skulle

[51] Prop. 1996/97:60 s. 40.
[52] Jämfört med dagens 90 + 90 = 180 dagar totalt, S 2007:07.

vara möjligt att ta ställning till hur tidsgränserna för vårdgarantin kunde sänkas.

En garanti för planerad vård inom 60 dagar

Garantin för planerad vård innebär att patienten ska få sina beslutade åtgärder i den specialiserade vården inom 60 dagar. Tiden börjar räknas när den medicinska bedömningen är avslutad och beslut har fattats om fortsatt planerad vård. Inom tidsgränsen 60 dagar ska de åtgärder vara utförda som den ansvariga professionen beslutat om för den aktuella patienten. Det kan handla om fysiska besök eller utredande åtgärder i form av undersökningar eller provtagning. Det kan också röra sig om en operation. Tidsgränsen gäller inte för planerad vård inom BUP, något som vi återkommer till nedan. Garantin ersätter dagens behandlingsgaranti, på 90 dagar.

Om en höftledsoperation är den beslutade åtgärden för patienten ska både eventuella undersökningar och själva operationen utföras inom 60 dagar från det att beslut fattats. Om en patient inte ska genomgå någon operation utan ska göra en skopi exempelvis, så gäller gränsen om 60 dagar för genomförd skopi. Undersökningar kan med andra ord ingå i garantin både som ett steg på väg mot operation eller annan åtgärd och som slutåtgärd för patienten.

Om ett nytt beslut om planerad vård fattas – för fler eller andra åtgärder – gäller den maximala gränsen på 60 dagars väntetid på nytt. Detta ska jämföras med dagens gräns för behandlingsgaranti, som är 90 dagar, men då endast omfattar operation eller påbörjad behandling – inte undersökningar, skopier eller provtagningar till exempel. Både i vårt förslag och i nuvarande system gäller vårdgarantins tidsgränser först när ett beslut har fattats om nästa åtgärd för patienten och när åtgärden är medicinskt motiverad. Även här är det, liksom i dag, ansvarig profession som avgör tidsgränsen för väntetiden för patienten.

Vi bedömer att 60 dagar är en acceptabel maximal väntetid ur ett patientperspektiv på en undersökning, operation eller annan åtgärd. En kortare tidsgräns bedöms som orimlig för regionerna att klara av.

Gränsen på 60 dagar överensstämmer med förslag på tidsgränser som vi har tagit emot under utredningens gång. Det är vidare samma tidsgräns som Tillgänglighetsdelegationen kom fram till som mest

lämplig för undersökningar – även om de ville ha en längre gräns för behandling. Flera remissinstanser till den utredningen var positiva till förslaget om att ha 60 dagar som tidsgräns – både privata och offentliga aktörer.[53] Samtidigt fanns det oro, hos SKR och vissa regioner, för att det skulle bli svårt att uppnå en tidsgräns, på grund av brist på personal och andra resurser. En sådan oro kan tänkas kvarstå även nu.

Utredningen har övervägt en längre tidsgräns än 60 dagar men kommit fram till att det skulle vara en för liten förändring jämfört med nuvarande behandlingsgaranti. Med alla argument sammanvägda och med hänsyn till att det finns kapacitet som kan användas mer effektivt, så bedömer vi den föreslagna tidsgränsen som rimlig.

Vårdprocessen ser olika ut för olika patienter

För de patienter som får beslut om fortsatt specialiserad vård efter den medicinska bedömningen kan vårdprocessen se väldigt olika ut.

För en del patienter, i figur 7.2 nedan kallad patientgrupp 1, finns en garanterad tidsgräns för väntetiden på maximalt 90 dagar (30 + 60 dagar) för hela vårdprocessen, från det att remissen kommer in till specialistvården till avslutad vård. Det handlar om patienter som får ett beslut om planerad vård senast vid den medicinska bedömningen, som senast sker på dag 30. Dessa patienter förväntas ha ett tydligt avslut på sin vård och inom en förhållandevis kort tid, 90 dagar. Det skulle till exempel kunna handla om en höftoperation.

För andra patienter, i figur 7.2 nedan kallad patientgrupp 2, blir den totala garanterade väntetiden längre än 90 dagar. Det kan finnas medicinska skäl till att en patient inte kan ges vård inom en viss tid, som inom 60 dagar. Den medicinska bedömningen kan till exempel ge utfallet att patienten själv behöver vidta åtgärder innan nästa steg i vårdprocessen tar vid, till exempel att sluta röka inför en operation. För dessa patienter börjar de 60 dagarna att räknas så småningom, men inte just vid gränsen på 30 dagar. Även denna grupp får en mer omfattande vårdgaranti än vad som gäller i dagens behandlingsgaranti, inte minst eftersom garantin täcker även exempelvis undersökningar.

[53] Bland positiva remissvar fanns bland annat Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Vårdföretagarna, Funktionsrätt Sverige och Sjukhusläkarna.

Det kan alltså uppstå ett ”glapp” i form av förlängd väntetid även i vårt förslag till vårdgaranti. I den föreslagna vårdgarantin handlar det dock endast om ett glapp som uppstår av medicinska skäl – inte för att åtgärden eller undersökningen i fråga inte ingår i vårdgarantin, som det är i dagens system. Det är en viktig skillnad.

Nationella riktlinjer och medicinska måldatum kan ange andra tidsintervall som gäller framför vårdgarantin

Nationella riktlinjer eller standardiserade vårdförlopp för till exempelvis cancer kan ange andra tidsintervall som är medicinskt motiverade för det aktuella förloppet och dessa kan vara både kortare och längre än 60 dagar. I så fall gäller dessa riktlinjer framför vårdgarantin. På så vis skiljer sig inte den behovsstyrda vårdgarantin från dagens – hälso- och sjukvårdsförordningen (HSF) anger redan i dag att vid bedömning av uppfyllelse av vårdgarantin ska inte tid räknas då den enskilde av medicinska skäl inte kan ges vård.[54]

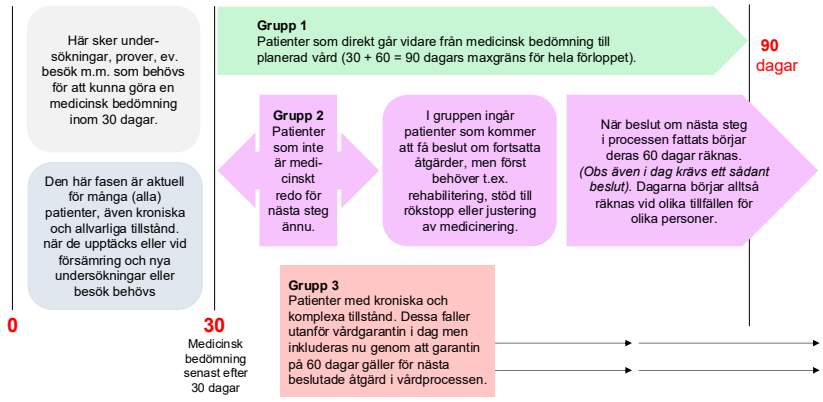
Den medicinska bedömningen kan också ge utfallet att ingen ytterligare åtgärd ska vidtas i den specialiserade vården. I de fallen gäller inte garantin om 60 dagar. Även detta är precis som i dag.

Patienter med kroniska eller allvarliga tillstånd utesluts i praktiken från dagens vårdgaranti. En garanti om ett första besök respektive operation eller påbörjad behandling är inte så relevant när patienten återkommande behöver vård. I den konstruktion av vårdgaranti som vi föreslår får även dessa patienter en garanti för sin väntetid – garantin på 60 dagar gäller för nästa beslutad åtgärd i vårdprocessen, oavsett vilken slags åtgärd det handlar om (se patientgrupp 3 i figur 7.2). Om patienter med kroniska tillstånd ändå skulle falla utanför vårdgarantin, för att de är i behov av en planerad uppföljning, gäller det medicinska måldatumet som garanti för att väntetiden blir rimlig, precis som i dag. Se mer om detta nedan.[55]

[54] 6 kap. 2 § hälso- och sjukvårdförordningen (2017:80), HSF.
[55] Se även om medicinskt måldatum i kapitel 6.

Figur 7.1 Medicinsk bedömning och planerad vård i den nya vårdgarantin

Figur 7.2 Exempel på tre patientgrupper som omfattas av den nya vårdgarantin



När undersökningar inkluderas omfattas fler patienter och risken för undanträngningseffekter minskar

Som vi beskrivit tidigare i kapitlet bedömer vi att det finns goda chanser för att undanträngningseffekterna minskar när fler patienter omfattas av vårdgarantin – vilket blir resultatet när undersökningar inkluderas i garantin.

Undersökningar är grundläggande för att ställa diagnos, utesluta sjukdomar, bedöma omfattningen av problem samt för att besluta om behandling och utgör på så vis en väsentlig del av hälso- och sjukvårdens insatser. Som vi konstaterade i kapitel 6 så är det svårt att hitta uppgifter om hur långa väntetiderna till undersökningar är i den specialiserade vården. Det finns bara uppgifter om väntetider till några typer av undersökningar och det är bara vissa regioner som rapporterar in dessa data. Den statistik som utredningen har tagit

del av visar att väntetiderna till undersökningar kan vara långa. Uppgifterna visar också regionala skillnader och att väntetiderna varierar mellan olika typer av undersökningar.

Om undersökningar ingår i vårdgarantin kommer troligen uppföljningarna av väntetiderna till den delen av vårdkedjan förbättras. Om inte annat skulle de få större uppmärksamhet än de får i dag, när det inte finns lagstadgad gräns för väntetiden.

Att inkludera undersökningar i vårdgarantin är ingen omöjlighet – i Region Halland är det sedan länge en del av den regionala målsättningen. Den uppsatta tidsgränsen i Halland på 60 dagar gäller såväl för besök i den specialiserade vården som för utredningar (undersökningar, tester och prover) och eventuell operation.[56]

Återbesök blir en del av vårdgarantin, men inte planerade uppföljningar

Även återbesök ingår i vårt förslag till behovsstyrd vårdgaranti. Liksom vad gäller undersökningar så bedömer vi att risken minskar för undanträngning av patienter som väntar på sitt återbesök om även dessa inkluderas i vårdgarantin.

Enligt Socialstyrelsens termbank är ett återbesök ett öppenvårdsbesök som har medicinskt samband med tidigare besök eller vårdtillfälle inom samma medicinska verksamhetsområde, vårdcentral eller motsvarande.[57] Inom ramen för den vårdgaranti som vi föreslår är det tänkbart att fler än ett besök kan behövas för att göra den medicinska bedömningen. Detsamma gäller även steget för patientens planerade vård, eftersom det även då kan behövas flera besök. Med detta synsätt ingår alltså återbesök i vår föreslagna vårdgaranti. Om ett återbesök skulle bli aktuellt efter att den planerade vården har avslutats bör det i stället omfattas av bestämmelsen om medicinsk bedömning och därför ske inom 30 dagar. Då är patienten tillbaka i ”steg 1” igen i vårdgarantin med andra ord. Här menar utredningen att även akutisering eller försämring av redan kända diagnoser och tillstånd ska omfattas.

Som vi konstaterar i kapitel 6 har vi mött blandade synpunkter på att ha med återbesök i en ny vårdgaranti. De flesta är dock positiva.

[56] Även i Region Stockholm har regionen valt att inkludera undersökningar i den regionala målsättningen men i det fallet är inte alla slags undersökningar inkluderade.
[57] Socialstyrelsen, ”Socialstyrelsens termbank” (återbesök), hämtad 2025-08-14.

Planerade uppföljningar styrs av medicinska måldatum även framöver

Vi menar att det huvudsakliga skälet till att inkludera återbesök är att fler patienter på så vis kommer att omfattas av vårdgarantin. Vi anser däremot inte att återbesök i form av planerade uppföljningar bör ingå. Planerade uppföljningar kan till exempel handla om att bedöma om en fraktur har läkt på rätt sätt efter ett visst antal veckor, eller regelbundna årliga uppföljningar vid kroniska diagnoser. Tidpunkterna för sådana besök styrs ofta av rekommendationer och nationella riktlinjer och vad som är en lämplig tidpunkt för planerad uppföljning skiljer sig tidsmässigt åt beroende på diagnos och patientens situation. Vi menar därför att det inte är lämpligt att inkludera de planerade uppföljningarna i en lagstadgad vårdgaranti. Det är givetvis viktigt att dessa uppföljningar sker i tid, men de styrs mer lämpligt genom medicinska, individuella måldatum och inte av lagstadgade tidsgränser. Ett medicinskt måldatum kan infalla före eller efter vårdgarantins tidsgränser och kan ändras om patientens tillstånd förändras.

Det har under utredningens gång uttryckts oro för att återbesöken kan komma att tränga undan de planerade uppföljningarna – just för att de senare inte ingår i den nya vårdgarantin. Om sådan undanträngning sker skulle det riskera att drabba kroniskt sjuka patienter, som är en viktig patientgrupp inom planerade uppföljningar. Vi bedömer att vårt förslag till vårdgaranti på det hela taget ökar chanserna för att kroniskt sjuka patienter omfattas av vårdgarantin. Argumenten för att inte inkludera planerade uppföljningar i garantin är starka och överväger risken för eventuella undanträngningseffekter.

Vårdgarantin ska vara generell även framöver

Dagens vårdgaranti är generell och gäller oavsett diagnos, grad av sjukdom, ålder eller kön. Vårdgarantin fungerar som yttre, bortre tidsgränser för när vissa nedslag i vårdkedjan senast ska äga rum.

I kapitel 6 gick vi igenom tänkbara upplägg för en differentierad vårdgaranti. En sådan skulle till exempel kunna ha olika utformning beroende på patientens diagnos. En annan möjlig modell är en vårdgaranti som differentieras beroende på inom vilket vårdområde som patienten får vård. I Danmark och Norge har man exempelvis valt att

ha särskilda tidsgränser för personer med cancer (Danmark) respektive unga personer med psykisk ohälsa eller missbruk (Norge).

En tänkbar fördel med att införa differentierade vårdgarantier utifrån diagnos eller vårdområde är att sådana vårdgarantier skulle kunna ges ett mer precist innehåll än vad som är möjligt i en vårdgaranti som omfattar alla patienter på samma sätt. Det är även tänkbart att sådana vårdgarantier skulle få en högre grad av legitimitet hos professionen, eftersom medicinsk kunskap skulle beaktas i utformningen av vårdgarantierna. Om en vårdgaranti ska vara differentierad så behöver den dock vara rimligt enkel. Den får inte leda till undanträngning och den ska inte medföra omfattande byråkrati. Detta är sådant som framkommit under utredningens gång och som har påverkat våra vägval.

Just att vårdgarantin ska vara ”rimligt enkel” är ett skäl till att inte införa differentierade vårdgarantier efter diagnos eller vårdområde – en sådan konstruktion skulle kräva noggranna överväganden för att avgöra och motivera vilka diagnoser eller vårdområden som skulle omfattas av en särskild vårdgaranti. Det skulle också vara svårt att avgöra och motivera skillnader i innehåll och tidsgränser mellan olika garantier. Den huvudsakliga nackdelen med att differentiera vårdgarantin utifrån diagnos eller vårdområde är att patienter kan ha mer eller mindre brådskande behov oavsett vilken diagnos de har eller inom vilket vårdområde de får vård. Det är därför svårt att utforma en reglering som prioriterar vissa diagnoser eller vårdområden framför andra, samtidigt som behovsprincipen om att den som har störst behov av vård ska få vård först är styrande.

Mot denna bakgrund bedömer vi att vårdgarantin även i fortsättningen ska vara generell.

Den generella vårdgarantin har en särskild reglering för BUP

Gränserna på 30 respektive 60 dagar som vi beskrivit ovan gäller alltså för alla patienter och vårdområden, om det inte finns medicinska skäl till annat. Undantaget är väntetiderna till BUP och tidsgränsen på 60 dagar.

Vad gäller BUP har vi ett särskilt uppdrag, att föreslå en lagstadgad vårdgaranti som innebär att barn och unga som är i behov av specialiserad vård vid psykisk ohälsa inte ska behöva vänta längre än 30 dagar på en bedömning samt ytterligare 30 dagar på en fördjupad utredning och efterföljande behandling. Maximalt 60 dagars väntan på planerad vård skulle innebära en alltför lång väntan för barn och unga som söker vård inom BUP. I det fallet föreslår vi därför en kortare tidsgräns. Detta utvecklar vi i kapitel 8.

7.3 En förtydligad reglering av regionernas ansvar för att se till att patienter får vård i tid

Förslag

Regionen ska se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare när regionen bedömer att vårdgarantins tidsgräns för medicinsk bedömning eller planerad vård inte kommer att uppfyllas. Det ska ske inom garantins gränser och utan extra kostnad för patienten.

Ändringen berör 2 kap. 4 § patientlagen och 9 kap. 2 § HSL.

Skälen för utredningens förslag

Regionerna har redan i dag ansvar för att patienter får vård inom vårdgarantins tidsgränser. Om regionen inte uppfyller besöks- eller behandlingsgarantin ska regionen se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.[58] Detta gäller såväl specialiserad öppen som sluten vård.

Vi menar att regionernas ansvar behöver förtydligas. Med vårt förslag blir det tydligare att regionen ska ta initiativ till att söka en annan vårdgivare så snart regionen bedömer att den inte kommer

[58] 9 kap. 2 § HSL.

kunna erbjuda vård i hemregionen inom vårdgarantins tidsgränser för den specialiserade vården.

Regionerna behöver agera tidigare för att hjälpa patienter vidare

Att en region som misslyckas med någon del av vårdgarantin för den specialiserade vården behöver hjälpa patienten att få vård i en annan region är den yttersta konsekvensen av vårdgarantin.[59] I praktiken är det inte ovanligt att det dröjer till vårdgarantins yttersta gräns innan regionen hjälper patienten till en annan vårdgivare. Det innebär att det är för sent för patienten att få tid inom vårdgarantins gräns. Det har också framkommit att regioner avstår från att skicka patienter vidare eftersom det anses bli för dyrt.

I dag läggs ett stort ansvar på patienten, när det kommer till att söka vård i en annan region. Det gör att vården riskerar att bli ojämlik. Vi vill lyfta fram vikten av att regionerna inte inväntar tidpunkten då patientens vårdgaranti i den specialiserade vården överskridits innan åtgärder vidtas. Vården ska ges inom vårdgarantins tidsgränser, även om det behöver ske hos en annan vårdgivare för att tidsgränserna ska kunna hållas.

Det är regionen som ska ta initiativ att hitta en annan vårdgivare

Tillgänglighetsdelegationen lyfte fram att det faktum att det är regionen som har ansvar för att initiera ett ärende har ett egenvärde, oavsett hur det påverkar väntetiderna. Delegationen bedömde också att en ökad tillämpning av patienters möjligheter att välja vård i andra delar av regionen eller i andra regioner, utan att andra patienters väntetider påverkas negativt, skulle innebära ett bättre kapacitetsutnyttjande som kan påverka tillgänglighet och väntetider positivt. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys höll med om förslaget och uttryckte i sitt remissvar att ett tydliggörande av regionens skyldighet att se till att patienten får vård i en annan region kan bidra till kortare väntetider för den enskilde patienten och öka patientrörligheten.[60] Utredningen delar den bedömningen.

[59] Prop. 2009/10:67 s. 79.
[60] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, remissyttrande över betänkandet *Vägen till ökad tillgänglighet* (SOU 2022:22).

Med vårt förslag om kortare tidsgränser i vårdgarantin (se avsnitt 7.2.4) kommer de tillfällen i en patients vårdprocess när regionen behöver bedöma om den kan erbjuda en medicinsk bedömning respektive planerad vård att infalla tidigare än i dag. Genom att vi även föreslår att undersökningar omfattas av vårdgarantin kommer regionerna dessutom vid fler tillfällen än i dag behöva göra en bedömning av om de behöver hjälpa patienten till en annan vårdgivare. Det bör leda till att regionerna vidtar nödvändiga åtgärder i sitt arbete med tillgänglighet för att klara av de förändrade tidsgränserna inom den egna regionen. Vår bedömning är att förändringarna även kan leda till att fler patienter får vård i en annan region än hemregionen. Det kan bidra till att den samlade vårdkapaciteten i landet utnyttjas bättre, genom att fler patienter får vård snabbare än i dag.

Det är viktigt att det finns rutiner, så att fler patienter kan känna sig trygga med att tacka ja till vård i en annan region. I dag händer det att patienter tackar nej av olika praktiska skäl, som oklarheter kring ersättning från hemregionen exempelvis. Detta beskrev vi i avsnitt 6.8.3.

En mer utförlig analys av förslagens konsekvenser finns i kapitel 13.

7.3.1 Regionerna ska planera och organisera för en god tillgänglighet i vården

Förslag

Regionen ska planera och organisera sin verksamhet så att den främjar en god tillgänglighet.

Ändringen berör 7 kap. 2 § HSL.

Skälen för utredningens förslag

Regionerna har en avgörande roll för vårdens tillgänglighet. I HSL nämns tillgänglighet i två bestämmelser.[61] Ingen av dessa reglerar dock regionens skyldighet att organisera och planera sin verksam-

[61] Dels i 5 kap. 1 § 5 som en av grundpelarna i begreppet god vård, dels i 13 a kap. 1 § 2 som en del av primärvårdens grunduppdrag.

het så att den främjar en god tillgänglighet. Vi bedömer att en sådan reglering behöver införas, i syfte att förtydliga regionernas ansvar.

Begreppet tillgänglighet ska ges samma betydelse som det har i dag, det vill säga handla om sådant som rådgivning, tidsbokning, bedömning, behandling, geografisk tillgänglighet, öppettider, jourtjänstgöring, kötider, tillgång till information eller en vård som anpassats till patientens förutsättningar.[62] En nära och lättillgänglig vård kan även uppfyllas genom digitala och andra tekniska lösningar.[63]

Utredningens förslag innebär inte någon detaljreglering av *hur* regioner organiserar och planerar sin verksamhet för att främja god tillgänglighet – det är upp till regionen att bedöma vilka åtgärder som är lämpliga. Exempel på sådana åtgärder kan vara inrättande av vårdlotsar och vårdgarantikanslier, digitala tjänster för kontakt mellan vårdgivare och patienter eller en kombination av dessa. Regionen ska i enlighet med HSL beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare vid planeringen av hälso- och sjukvården.[64]

7.3.2 Det behövs ingen särskild reglering av valet av utförare när regionen inte uppfyller vårdgarantin

Bedömning

Möjligheten för patienter att fritt välja utförare i de fall vårdgarantins tidsgränser överskrids, bör inte regleras i särskild ordning.

Skälen för utredningens bedömning

Vi bedömer att det inte behövs någon särskild reglering av patientens möjlighet att välja utförare i de fall då regionen inte ger vård inom vårdgarantins tidsgränser.

Möjligheten att välja utförare i den öppna vården är redan reglerad: patienter har enligt lag möjlighet att välja utförare i hemregionen eller i andra regioner om det gäller öppen vård som primärvård eller öppen specialiserad vård. Detta gäller oavsett om vårdgarantins tidsgränser överskrids eller inte. Här behövs inte någon ytterligare reglering.

[62] Prop. 2019/20:164 s. 13, prop. 1981/82:97 s. 57 och 117.
[63] Prop. 2017/18:83 s. 23, prop. 2019/20:164 s. 79.
[64] 7 kap. 2 § HSL.

När det gäller patienter som väntat på sluten, specialiserad vård längre än vårdgarantins yttre tidsgränser så bör patientens önskemål om vårdgivare beaktas.[65] Inom sluten specialiserad vård så har regionerna möjlighet att beakta patientens önskemål om utförare genom riksavtalet. Möjligheten att välja utförare i den slutna vården är däremot inte reglerad i lag. Vi återkommer till val av utförare inom den slutna vården i kapitel 9.

Inga fördelar med en särskild reglering av möjligheten att välja

Utredningen kan inte se några stora fördelar med en särskild reglering av möjligheten att fritt välja utförare, i de fall då patienter väntat längre än vårdgarantins yttersta tidsgränser. Det viktiga i dessa lägen är rimligtvis att hitta en vårdgivare med kapacitet att erbjuda den vård som behövs och i tid. För de patienter som önskar en annan vårdgivare av andra skäl är det sannolikt att det önskemålet uttryckts tidigare.[66]

7.4 Finansieringen av omställning till en ny vårdgaranti

Förslag

Regionerna bör få ett tillskott av medel under åren 2027, 2028 och 2029 för att hantera de tillfälliga kostnader som uppstår i omställningen till en vårdgaranti med kortare tidsgränser. Tillskottet bör även kunna användas för omställningsarbetet som rör BUP.

Skälen för utredningens förslag

För att nå upp till en ny lagstadgad vårdgaranti med kortare tidsgränser krävs ett effektivt och samlat arbete i regionerna. Omställningen kan innebära vissa tillfälliga kostnader. Vi bedömer därför att regionerna bör få ett tillfälligt tillskott av medel under tre års tid. Medlen behövs för omställningsarbetet, men också för att generellt

[65] Prop. 2013/14:106 s. 85.
[66] Se vidare i kapitel 9.

korta köerna, det vill säga att ett större antal väntande patienter ska få vård på kort tid. Vårt förslag är att 1 miljard kronor avsätts per år under åren 2027, 2028 och 2029, genom en ökning av anslaget 1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna, utgiftsområde 9. Beräkningarna för förslaget och fler detaljer återger vi i kapitel 13.

I de sedan tidigare beräknade medlen på anslag 1:11 (cirka 7 miljarder kronor år 2027 exempelvis) finns satsningar som kommer att underlätta i omställningen och i arbetet med att korta vårdköerna, vilket vi har tagit hänsyn till i vår uppskattning av kostnaderna. Till exempel finns redan en beräknad satsning på kortare vårdköer på 750 miljoner kronor år 2027 respektive 500 miljoner kronor år 2028.

Vid fördelning av medel föreslår vi att hänsyn även tas till standardkostnaden för hälso- och sjukvården

Regionerna ska kunna ge sina invånare likvärdig service oberoende av inkomster eller strukturella skillnader. Beroende av invånarnas ålderssammansättning, vårdbehov eller geografiska skillnader varierar kostnaderna att bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet. Inom ramen för det kommunalekonomiska utjämningssystemet beräknas därför en regions standardkostnad för hälso- och sjukvård.[67] En sådan standardkostnad beräknas bland annat utifrån befolkningens vårdbehov, till exempel andelen äldre invånare, merkostnader för hälso- och sjukvård till följd av befolkningens bosättningsmönster, samt merkostnader för små regioner. Syftet med kostnadsutjämningen är att jämna ut för de kostnads- och behovsskillnader som regionerna inte kan påverka.

Trots regionernas olika förutsättningar har de tillfälliga statsbidragen inom hälso- och sjukvårdsområdet oftast fördelats utifrån invånarantal. Enligt utredningen har detta bidragit till en ökad ojämlikhet mellan regionerna, bland annat när det gäller deras förutsättningar att erbjuda en god tillgänglighet. Det har även påverkat patienternas möjligheter att få en jämlik och behovsstyrd vård. Vid fördelning av medel till regionerna föreslår vi att hänsyn inte bara tas till invånarantal, utan även till standardkostnaden för hälso- och sjukvården.

Vi återkommer till de kostnader som förslagen kan tänkas medföra i kapitel 13 Konsekvenser.

[67] Se förordning om kommunalekonomisk utjämning (2004:881).

8 En lagstadgad vårdgaranti för barn- och ungdomspsykiatrin

Den psykiska ohälsan[1] har ökat bland barn och unga och allt fler söker vård inom barn- och ungdomspsykiatrin (BUP).

BUP är specialiserad, psykiatrisk vård för barn och unga upp till 18 år. Det kan handla om öppen eller sluten vård. I båda fallen handlar det om åtgärder som rör barn och ungas psykiska hälsa som kräver särskilda medicinska, tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens. Om det rör lindriga till måttliga vårdbehov för psykisk ohälsa omfattas dessa i stället av primärvårdens ansvar.

Sedan 2011 finns en målsättning om en ”förstärkt vårdgaranti för barn och unga med psykisk ohälsa”[2], som innebär att barn och unga inte ska behöva vänta längre än 30 dagar på en första bedömning och inte längre än ytterligare 30 dagar på en fördjupad utredning eller behandling.[3] Målsättningen uttrycks i överenskommelser mellan regeringen och SKR och är inte lagstadgad. I praktiken är det dock dessa tidsgränser som tillämpas som målsättning för väntetiderna inom BUP. Detta återspeglas i statistiken över väntetiderna, som även den utgår från gränserna på 30 + 30 dagar. Utredningen har i uppdrag att föreslå en lagstadgad vårdgaranti för BUP med dessa tidsgränser.

---

[1] Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har enats om en gemensam och enhetlig användning av begreppen inom området. Begreppet psykisk ohälsa innefattar både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. Se publikationen *Begrepp inom området psykisk hälsa, 2024.*

[2] Se till exempel *Ökad tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatrin 2025–2026 – Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regione*r, 2025, s. 3.

[3] Regeringen och SKR, *Ökad tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatrin 2025–2026 – Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2025.

8.1 Vårdgarantin reglerar inte hur prioriteringar ska göras inom BUP

Precis som för andra vårdområden så reglerar inte den överenskomna vårdgarantin om en patient ska få vård inom BUP eller inte, eller vilken vård det i så fall handlar om. Prioriteringar utgår fortfarande från de prioriteringsriktlinjer som riksdagen beslutat om.[4] Vidare ställer vårdgarantin inte några krav på vårdens kvalitet, hur vårdprocessen ska fungera för patienten eller hur kontakten med vården ska se ut. Det hanteras i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, i nationella riktlinjer samt i vårdens olika kunskapsstöd. Vårdgarantin reglerar inte heller hur snart en åtgärd för en specifik sjukdom bör ske. Den uttalar däremot att vården ska ske senast inom viss tid. Samtidigt råder LEON-principen – vård ska ges på den lägsta nivån som är effektiv för patientens behov, inte per automatik i den specialiserade vården med andra ord.

8.2 Allt fler barn och unga söker vård på grund av psykisk ohälsa

Folkhälsomyndigheten och Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) har undersökt barn och ungas psykiska hälsa. Tre av fyra i åldern 16–25 år uppger att de har ett gott psykiskt välbefinnande.[5] Andelen är högre bland killar än bland tjejer, 81 procent respektive 71 procent. Samtidigt har det har skett en ökning under de senaste decennierna av barn och unga som rapporterar ett nedsatt psykiskt välbefinnande. 43 procent av unga i åldern 16–25 år har lätta besvär av ängslan, oro eller ångest och 17 procent har svåra besvär av detta. Skillnaden mellan könen är tydlig, där pojkar rapporterar ett bättre mående än flickor.[6]

Förekomsten av depression och ångest bland barn och unga i Sverige har ökat sedan 2010.[7] Enligt Socialstyrelsen fördubblades nästan antalet rapporterade fall av depression och ångestsyndrom

[4] Prop. 1996/97:60, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186. Dessa beskrivs mer utförligt i kapitel 3.
[5] Folkhälsomyndigheten och Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF), *Att inte bara överleva utan att faktiskt också leva – en kartläggning om ungas psykiska hälsa*, 2023.
[6] Ibid.
[7] Socialstyrelsen, *Inrapporterade depressioner och ångestsyndrom bland barn och unga vuxna – utvecklingen till och med 2018*, 2019.

bland barn och unga vuxna mellan åren 2010 och 2018. Denna ökning återspeglas både i antalet diagnoser som ställs inom hälso- och sjukvården och i förskrivningen av läkemedel som används vid behandling av dessa tillstånd.[8]

Enligt Folkhälsomyndigheten finns det troligtvis flera faktorer som bidrar till ökningen av psykisk ohälsa bland barn och unga i Sverige. Det handlar bland annat om brister i skolans funktion samt ökad medvetenhet hos unga om de ökade krav som förändringarna på arbetsmarknaden medför.[9]

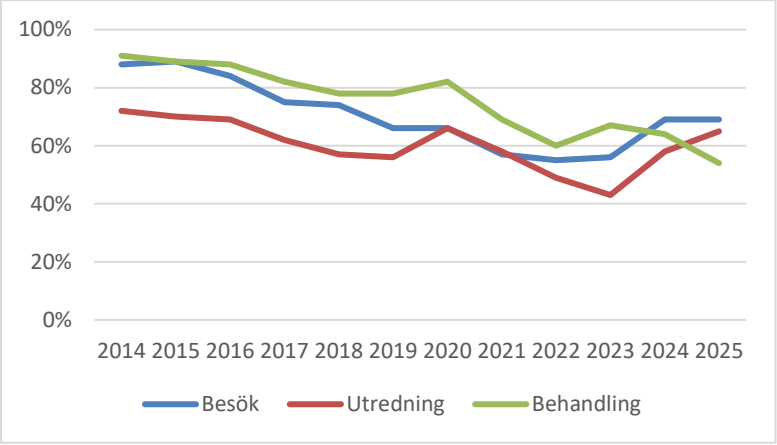
8.2.1 Fler söker vård inom BUP och många får vänta för länge

Rapporter, utredningar och statistik pekar på att fler patienter tas emot inom BUP. Behovet av vård ökar dock samtidigt snabbare än den tillgängliga kapaciteten.[10] Sedan 2017 har andelen barn som varit i kontakt med BUP ökat med 35 procent. Under samma period har kapaciteten inom BUP, mätt i arbetade timmar, ökat med 22 procent.[11]

När vi jämför data från 2014 och framåt så är det tydligt att väntetiderna till BUP har ökat under det senaste decenniet och att allt färre får vård inom ramen för den förstärkta vårdgarantin på 30 dagar. År 2014 genomfördes 88 procent av de första besöken samt 72 procent av utredningarna och 91 procent av behandlingarna inom den förstärkta vårdgarantins gränser. Under 2025 genomfördes i stället 69 procent av de första besöken samt 65 procent av utredningarna och 54 procent av behandlingarna inom den förstärkta vårdgarantins gränser.

[8] Ibid.
[9] Folkhälsomyndigheten, *Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige? Utvecklingen under perioden 1985–2014*, 2018.
[10] Se till exempel Socialstyrelsen, *Förekomst av psykisk ohälsa bland barn*, 2024.
[11] SKR, *Psykiatrin i siffror – Barn- och ungdomspsykiatrin 2024*, 2025.

Figur 8.1 Andel genomförda besök, utredningar och behandlingar inom 30 dagar



Anm.: Tillgängligheten följs upp inom ramen för SKR:s väntetidsdatabas. Varje månad ger en ögonblicksbild av antalet väntande det sista datumet i månaden. Detta innebär att en person som väntar flera månader räknas en gång varje månad. Det går därför inte att se unika väntande individer vid summering av flera månader. Ny uppföljningsmodell from 2021.
Källa: Väntetidsdatabasen.

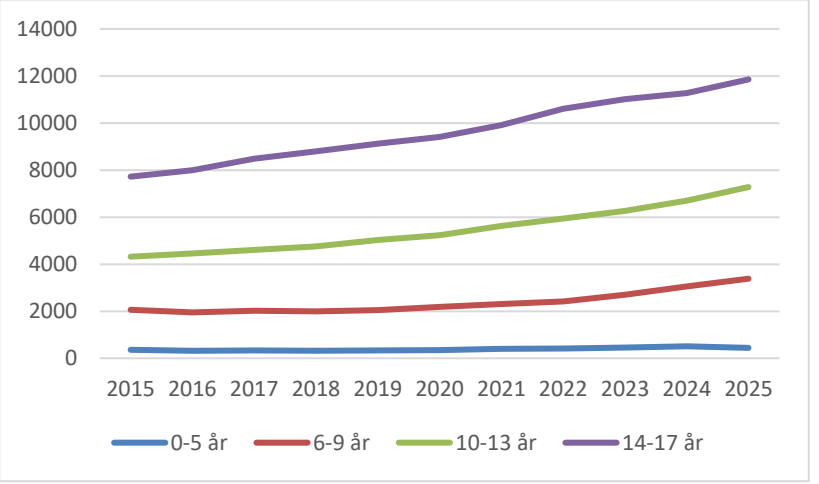
År 2025 hade cirka 95 000 barn och unga mellan 0–17 år minst ett läkarbesök i den specialiserade psykiatriska öppenvården.

De senaste tio åren har antalet barn per 100 000 invånare som haft minst ett läkarbesök i den specialiserade psykiatriska öppenvården, ökat med drygt 60 procent.[12] Ökningen har varit störst i åldrarna 10–17 år, se figur 8.2.

[12] Socialstyrelsen, *Statistik om specialiserad psykiatrisk vård*, 2023.

Figur 8.2 Barn och unga i olika åldersgrupper med minst ett läkarbesök inom specialiserad psykiatrisk öppen vård

Antal patienter per 100 000 invånare



Anm.: Under 2024 började även vårdkontakter hos andra yrkeskategorier än läkare inom öppenvårdspsykiatrin rapporteras till patientregistret. Enligt Socialstyrelsen är besök hos sjuksköterska vanligast bland barn och utgör 30 procent av samtliga besök inom öppenvårdspsykiatrin som främst består av vårdkontakter med BUP. Psykologbesök står för 26 procent av samtliga besök medan läkarbesök utgör 18 procent. Besök hos kurator eller hälso- och sjukvårdskurator utgör 14 procent av samtliga besök bland barn.[13]
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Det finns olika anledningar till att barn och unga får vård i den öppna specialiserade psykiatrin

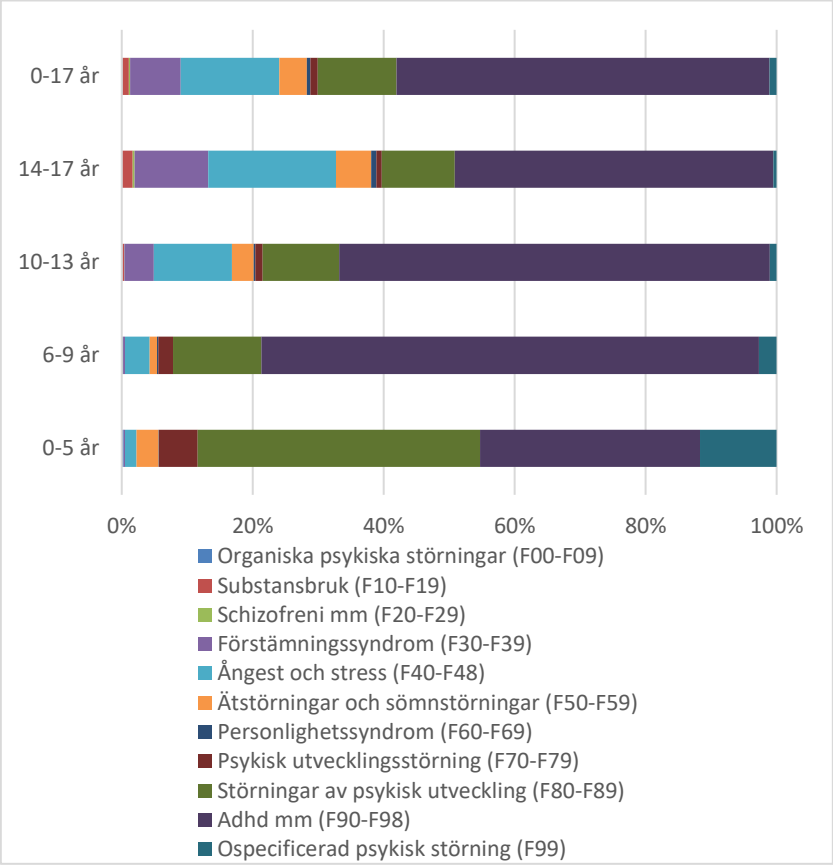
Orsaken till att barn och unga vårdas inom den öppna specialiserade psykiatrin skiljer sig åt mellan olika åldersgrupper, se figur 8.3. Cirka 43 procent av patienterna i åldern 0–5 år hade en huvuddiagnos inom kategorin störningar av psykisk utveckling, där exempelvis autism ingår. I övriga åldersgrupper, det vill säga barn 6–17 år, var diagnosgruppen där adhd ingår vanligast.[14] I åldersgruppen 6–9 år hade 76 procent av patienterna ett läkarbesök med en huvuddiagnos

[13] Socialstyrelsen, Statistik om specialiserad psykiatrisk vård 2024 – fokus på ny inrapportering, 2026.
[14] Enligt Läkemedelsverkets föreskrifter om begränsningar av förordnande och utlämning av vissa läkemedel (HSLF-FS 2017:74) får läkemedel som innehåller narkotika och som är godkända för behandling av adhd lämnas ut från apotek endast om det förskrivits av läkare med specialistkompetens i barn- och ungdomspsykiatri, psykiatri, rättspsykiatri, neurologi eller barn- och ungdomsneurologi med habilitering. Om det finns särskilda skäl kan Läkemedelsverket besluta om undantag (dispens).

inom denna diagnosgrupp. Även bland de äldre barnen var detta vanligast men diagnosgruppen utgjorde där inte en lika stor andel.[15]

Figur 8.3 Diagnosfördelning bland läkarbesök i specialiserad öppen vård 2025

Andel inom respektive diagnosavsnitt för psykiska sjukdomar



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

[15] Socialstyrelsen, *Statistik om specialiserad psykiatrisk vård*, 2023.

8.2.2 Stora regionala skillnader när det gäller väntetider till BUP

Det är stora skillnader mellan regionerna när det gäller hur stor andel av barn och unga som fått sitt första besök hos BUP inom 30 dagar. År 2025 varierade andelen mellan 16 och 95 procent, beroende på vilken region det handlade om. Detta illustreras i figur 8.4. Barnombudsmannen (BO) har konstaterat att var i landet barnet råkar bo är avgörande för om barnet får hjälp i tid. Enligt BO är det oacceptabelt och inte förenligt med barnkonventionen.[16]

På nationell nivå fick en lika stor andel sitt första besök hos BUP 2024 och 2025 inom 30 dagar: 69 procent av patienterna.

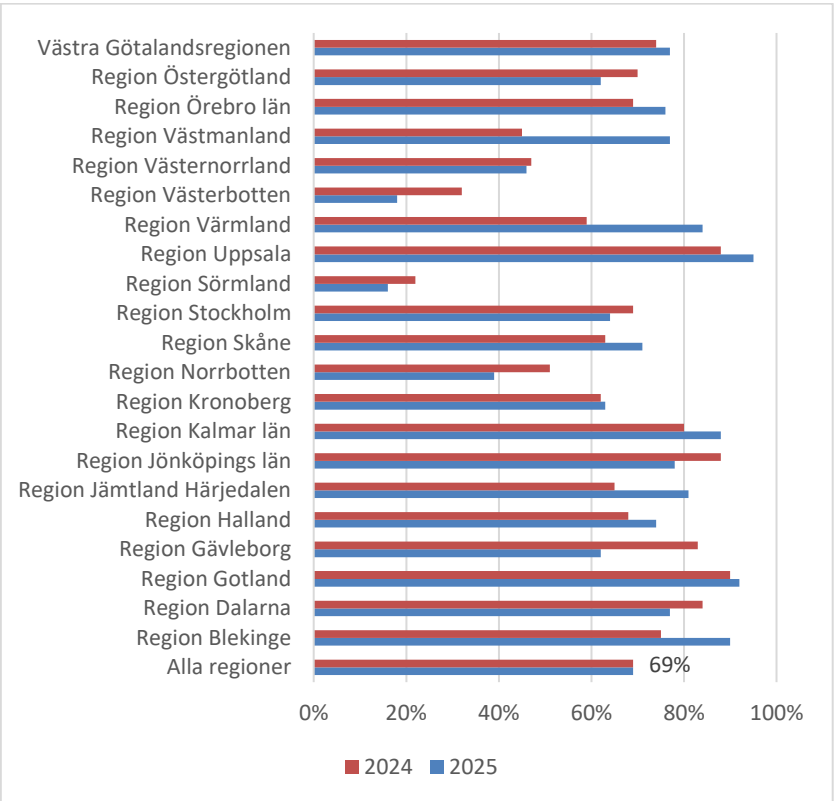
Enligt SKR kan besök på distans vara ett sätt för BUP-verksamheterna att ge fler barn och unga vård tidigare.[17] En distanskontakt definieras som en vårdkontakt där personal och patient är rumsligt åtskilda.[18] Kontakten kan till exempel ske via videolänk, telefon eller säker e-kommunikation. Statistik visar att regioner som tar emot fler patienter per invånare ofta har en högre andel distanskontakter.[19]

Enligt uppgifter till utredningen kan de stora regionala skillnaderna i väntetider bland annat bero på olikheter i rapportering. Liksom för andra vårdområden finns det brister i data för väntetider inom BUP. Det gör att det är svårt att veta hur långa väntetiderna egentligen är. SKR arbetar med att skapa mer likartade definitioner och rutiner för att få en mer enhetlig registrering till väntetidsdatabasen när det gäller BUP. Samtidigt pågår förändringar när det gäller uppföljningen. I april 2025 beslutade regeringen att regionerna ska lämna uppgifter om väntetider inom hälso- och sjukvården till Socialstyrelsen, i stället för till SKR.[20] Detta utvecklar vi i kapitel 10.

[16] Barnombudsmannen, *Hur dåligt måste man må egentligen? Samhällets insatser för att främja barns psykiska hälsa*, 2024.
[17] SKR, *Psykiatrin i siffror – Barn- och ungdomspsykiatrin – Kartläggning*, 2024.
[18] En distanskontakt definieras enligt Socialstyrelsens termbank som en vårdkontakt där personal och patient är rumsligt åtskilda.
[19] SKR, *Psykiatrin i siffror – Barn- och ungdomspsykiatrin – Kartläggning*, 2024.
[20] Förordning om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

Figur 8.4 Andel nybesök inom 30 dagar 2024 respektive 2025

Jämförelse mellan regioner



Källa: Väntetidsdatabasen. Flera regioner har genomgått byten av vårdinformationssystem som påverkar rapportering och datakvalitet. Detta berör Region Blekinge, Region Dalarna, Region Gävleborg, Region Halland, Region Norrbotten, Region Sörmland, Region Västerbotten, Region Västernorrland och Region Örebro.

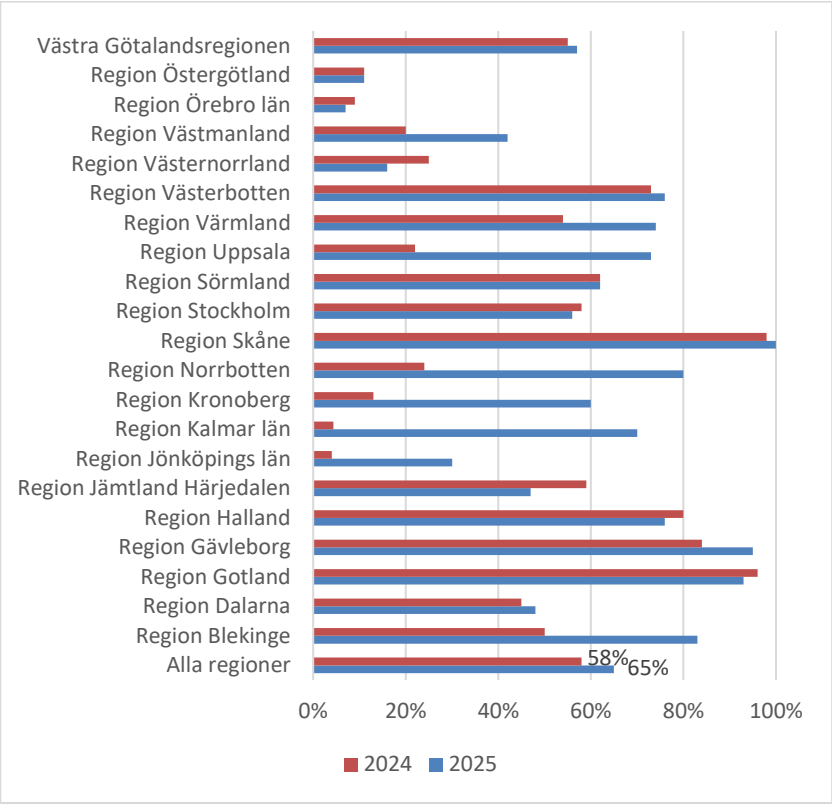
Andelen påbörjade utredningar inom 30 dagar har ökat

Det är även stora skillnader mellan regionerna när det gäller hur stor andel av barn och unga som fått sin utredning påbörjad inom 30 dagar. År 2025 varierade andelen mellan 7 och 95 procent.

Antalet påbörjade utredningar inom BUP ökade från 19 573 år 2024 till 21 863 utredningar 2025, sett över hela landet. Under 2024 fick 58 procent av patienterna fick sin utredning påbörjad inom 30 dagar. Motsvarande siffra för 2025 var 65 procent.

Figur 8.5 Andel påbörjade utredningar inom 30 dagar 2024 respektive 2025

Jämförelse mellan regioner



Källa: Väntetidsdatabasen. Flera regioner har genomgått byten av vårdinformationssystem som påverkar rapportering och datakvalitet. Detta berör Region Blekinge, Region Dalarna, Region Gävleborg, Region Halland, Region Norrbotten, Region Sörmland, Region Västerbotten, Region Västernorrland och Region Örebro.

Andelen behandlingar inom 30 dagar har minskat samtidigt som antalet totalt sett har ökat

Det är stora skillnader mellan regionerna när det gäller hur stor andel av barn och unga som fått sin behandling inom 30 dagar. År 2025 varierade andelen mellan 13 och 100 procent.

Antalet påbörjade behandlingar inom BUP ökade med cirka 50 procent mellan 2024 och 2025 (från 24 799 år 2024 till 37 539 behandlingar år 2025), sett över hela landet. Trots detta minskade andelen patienter som fick sin behandling i tid. Under 2024 fick 65 procent

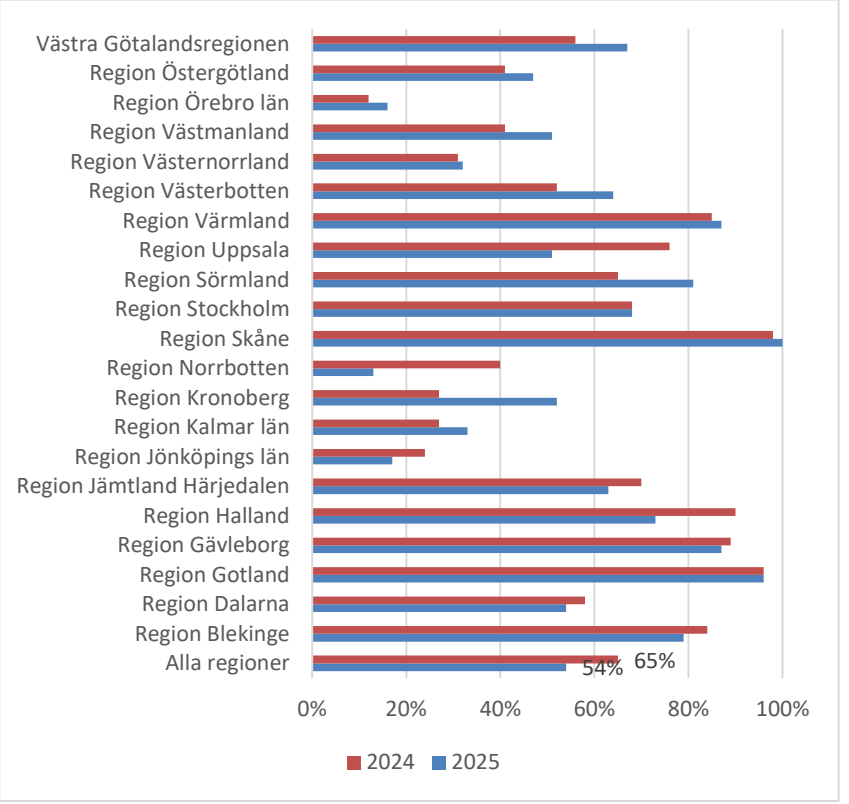
av patienterna sin behandling inom 30 dagar. Motsvarande siffra för 2025 var 54 procent.

IVO har analyserat patientklagomål riktade mot BUP samt lex Maria-anmälningar från vårdgivare inom BUP under perioden 2022–2024. Drygt 40 procent (26 av 63) av de klagomål där IVO kritiserar vårdgivaren handlar om bristande behandling. Enligt IVO har försenad eller utebliven behandling lett till allvarliga konsekvenser för patienterna, såsom hög skolfrånvaro med social isolering och ökande ångest som följd. I de mest allvarliga fallen har det lett till självskadebeteenden, självmordsförsök och i några fall även haft kopplingar till självmord.[21]

[21] IVO, *Iakttagelser i korthet. Långa väntetider inom barn- och ungdomspsykiatrin riskerar barn och ungas hälsa*, 2025.

Figur 8.6 Andel påbörjade behandlingar inom 30 dagar 2024 respektive 2025

Jämförelse mellan regioner



Källa: Väntetidsdatabasen. Flera regioner har genomgått byten av vårdinformationssystem som påverkar rapportering och datakvalitet. Detta berör Region Blekinge, Region Dalarna, Region Gävleborg, Region Halland, Region Norrbotten, Region Sörmland, Region Västerbotten, Region Västernorrland och Region Örebro.

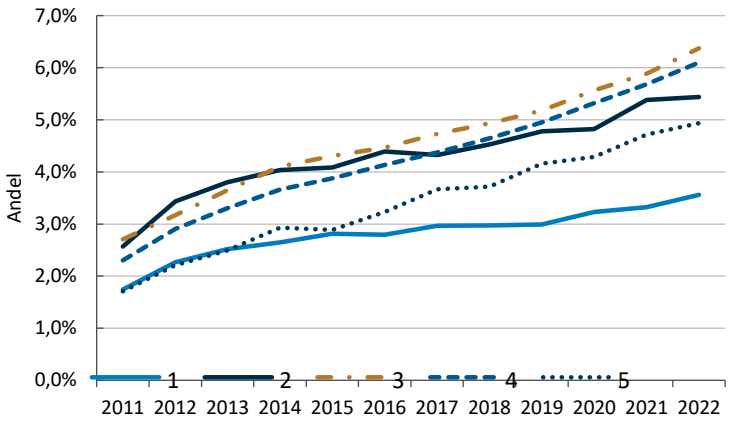
Tillgången till BUP är ojämlik

Socialstyrelsen konstaterar att ökningen av den inom BUP vanligast förekommande diagnosen, adhd, är som störst i socioekonomiskt priviligierade områden. Samtidigt når BUP inte barn i socioekonomiskt utsatta områden i den utsträckning som behövs,[22] se figur 8.7. Barn i socioekonomiskt utsatta områden har ofta ett större behov av vård för till exempel adhd och andra barn- och ungdomspsykiatriska

[22] Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvården – Nationella planeringsstödet. Delrapport 1 – Barn- och ungdomspsykiatrin*, 2025.

tillstånd. Oproportionerligt många barn som får diagnoser och insatser inom BUP bor dock inte i dessa områden utan i områden med goda socioekonomiska förutsättningar. Denna utveckling går emot intentionerna i hälso- och sjukvårdslagen samt den etiska plattformens mål om rättvis och behovsstyrd vård.[23] Enligt dessa ska ju den som har störst behov av vård få vård först.

Figur 8.7 Andel barn och unga (10–17 år) i befolkningen med läkarbesök inom BUP med diagnosen adhd, utifrån socioekonomiska områden



1. Områden med mycket stora socioekonomiska utmaningar. 2. Områden med socioekonomiska utmaningar. 3. Socioekonomiskt blandade områden. 4. Områden med goda socioekonomiska förutsättningar. 5. Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.
Källa: Socialstyrelsen.

8.2.3 Ökad efterfrågan på neuropsykiatriska utredningar

Under senare år har efterfrågan på vård relaterad till neuropsykiatriska diagnoser som adhd ökat, vilket har resulterat i en mer ansträngd situation för BUP. Enligt Socialstyrelsen är cirka 70 procent av alla läkarbesök inom BUP i åldern 10–17 år relaterade till adhd-diagnoser.[24]

Hälso- och sjukvård kan generellt bedrivas inom den offentligt finansierade vården eller inom den som är privat finansierad. Vad gäller den offentligt finansierade vården så kan den antingen vara i regional regi eller utföras av en privat vårdgivare på uppdrag av en

[23] Ibid.
[24] Ibid.

region.[25] Därutöver väljer vissa patienter att vända sig till en privat vårdgivare och finansiera vården själv, så kallad privat-privat vård. Denna finansieringsform har på senare år fått en särskilt stor betydelse just inom området BUP. Avsnitten nedan handlar om denna typ av vård.

Allt fler bekostar neuropsykiatriska utredningar på egen hand

Långa väntetider och stora skillnader i väntetider mellan regionerna har lett till att allt fler bekostar bedömningar, utredningar och behandlingar av neuropsykiatriska funktionsnedsättningar på egen hand, utanför den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Det kan handla om att snabbare få tillgång till hälso- och sjukvård eller att få ett bredare utbud av insatser.[26] Detta gäller framför allt barn och unga. Det här har resulterat i en ökande marknad för företag med inriktning mot utredning av barn med misstänkta neuropsykiatriska svårigheter. Det är okänt hur många utredningar som bekostas av patienten själv.[27] Socialstyrelsen konstaterar att en del av de utredningar som genomförs av vissa privata aktörer brister i kvalitet. I flera fall har diagnoserna ifrågasatts när patienterna remitteras åter till den regionalt finansierade vården för behandling. Även om privat bekostade utredningar kan ge barn och unga snabbare tillgång till en bedömning och kortsiktigt avlasta den regionfinansierade barn- och ungdomspsykiatrin, innebär det ofta merarbete för den regionala vården. Det beror delvis på det administrativa arbetet som det innebär att remittera patienter mellan privat-privat och regionfinansierad vård.

Uppdrag att kartlägga risker och nyttor med privatfinansierad vård

Utbudet av privatfinansierad vård har ökat. Som en effekt av det har regeringen gett Vård- och omsorgsanalys i uppdrag att kartlägga och analysera konsekvenserna, såväl risker som nyttor, med viss privatfinansierad vård. Myndigheten ska göra en bedömning av fortsatta utvecklingsbehov inom området, inklusive en bedömning av even-

[25] Som en del i samverkan för ökad kapacitet avhandlas betydelsen av avtal mellan regioner och privata vårdgivare på andra ställen i betänkandet samt i vår PM *Förslag på statliga engångsinsatser för att korta väntetider i vården.*
[26] Regeringsbeslut S2025/00254.
[27] Det är detta som vi omnämner ”privat-privat vård”.

tuella behov av reglering eller andra insatser. Uppdraget slutredovisas den 30 september 2027.

IVO har genomfört en särskild tillsynsinsats av privata vårdgivare som gör neuropsykiatriska bedömningar, utredningar och behandlingar.[28] Tillsynen visar att samtliga tio verksamheter som IVO granskat har brister som innebär att kraven på god och säker vård inte uppfylls i alla delar.

Nästan alla vårdnadshavare beskriver att bristande tillgänglighet inom den offentligt finansierade vården har bidragit till att de kontaktat en privat vårdgivare för att få hjälp och i de flesta fall betalat vården själva. Flera av vårdnadshavarna berättar om oro eller erfarenhet av negativa konsekvenser för barnet och familjen i väntan på vård. Många var först i kontakt med den offentligt finansierade vården och fick besked om långa väntetider och köer.

Kortare utredningsprocesser och ökad förväntan på diagnosticering

Socialstyrelsen menar att kortare utredningsprocesser inom både privatfinansierad (privat-privat) vård och offentligt finansierad vård innebär att diagnostiken blir mer osäker, och riskerar att ytterligare öka antalet barn med diagnoser. Det påverkar tillgängligheten till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin på ett negativt sätt.[29]

Adhd-diagnosen är en funktionsnedsättning, och det krävs ofta intyg och utlåtanden från behandlande läkare för att den enskilde ska kunna få stödjande insatser i skolan eller omvårdnadsbidrag. Enligt SKR upplevs det från vårdens sida att det finnas en ökad förväntan på diagnosticering från samhället. Detta påverkar bland annat vårdens möjligheter att ge tidiga insatser baserade på symtom snarare än diagnoser, eftersom insatserna ibland inte anses vara tillräckliga.[30]

Många patienter i behov av neuropsykiatrisk utredning kommer till vården på remiss från skolan. Inflödet av dessa patienter är ojämnt fördelat med toppar i slutet på höst- och vårtermin. Detta gör att besöken behöver ske när patienter ofta är lediga och kapaciteten i

[28] Uppdraget gavs genom en ändring i IVO:s regleringsbrev för 2025. Uppdraget redovisades i januari 2026.
[29] Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvården – Nationella planeringsstödet. Delrapport 1 – Barn- och ungdomspsykiatrin*, 2025.
[30] SKR, *Pusselbitar och perspektiv – Första linjen och BUP:s erfarenheter av barn och ungas psykiska ohälsa*, 2025.

verksamheten lägre. Många gånger behövs även kontakt tas med skolan för att kunna genomföra utredningar och det kan därför bli svårt att genomföra en utredning under skolloven.

8.3 BUP är i många fall den primära instansen för barn och unga med psykisk ohälsa

Åtgärder som rör barn och ungas psykiska hälsa som kräver särskilda medicinska, tekniska resurser eller annan särskild kompetens ska utföras av BUP, alltså inom den specialiserade vården. Insatserna kan ges som öppen eller sluten vård. Sedan 2024 finns även nationell högspecialiserad vård för barn med ätstörningar, könsdysfori och svårbehandlat självskadebeteende.

Trots att BUP är en specialistvårdsverksamhet finns det enligt SKR en viss förväntan på att BUP ska vara en generell samling för all psykisk ohälsa hos barn och unga, oavsett grad av behov.[31] SKR menar också att vårdsystemet har byggts upp för att så många barn och unga som möjligt ska bedömas, utredas och behandlas inom BUP. Även nationella insatser har framför allt riktats mot den specialiserade nivån. Det har därför saknats tillräcklig kompetens inom psykisk hälsa för barn och unga i primärvården.[32]

8.3.1 En första linje för barn och unga med psykisk ohälsa

Åtgärder som rör barn och ungas psykiska hälsa som kräver särskilda medicinska, tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens ska alltså utföras av BUP. Lindriga till måttliga besvär av psykisk ohälsa omfattas i stället av primärvårdens grunduppdrag. Regionerna har dock valt att organisera omhändertagandet av barn med lindriga till måttliga besvär på olika sätt. Enligt en rapport från SKR från 2022 hade tolv regioner organiserat sin första linje inom primärvården och nio inom den specialiserade vården.[33] Första linjen är verksamheter som tar emot barn och unga med tidiga tecken på psykiska besvär och psykiatriska tillstånd av lindrig till måttlig grad, oavsett orsak.

[31] Ibid.
[32] Ibid.
[33] SKR, *Första linjen för barns och ungas psykiska hälsa*, 2022.

I regioner som organiserat sin första linje inom primärvården förekommer det att regioner har inrättat separata första linje-mottagningar eller att det är ett uttryckligt uppdrag för alla eller vissa vårdcentraler. Det förekommer även att första linje-mottagningar har ett delat huvudmannaskap med kommunen. I regioner som har organiserat sin första linje inom specialistnivån tillhör den oftast BUP eller den somatiska öppna specialistvården, till exempel barn- och ungdomshälsan.

Som ett stöd i avgränsningen mellan vårdnivåer formulerades 2019 en nationell överenskommelse där barn och unga med lindriga till måttliga psykiatriska besvär ska få stöd inom första linjen, medan barn och unga med medelsvåra till svåra tillstånd ska hänvisas till specialistnivå. Socialstyrelsen konstaterade i en kartläggning av första linjen från 2021 att skillnaderna i landet riskerar att skapa ett ojämlikt omhändertagande.[34] Även den statliga utredningen Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga från 2021 framhöll detta och bedömde att projekt kring första linjeverksamheter för barns och ungas psykiska hälsa behöver integreras i primärvårdens uppdrag.[35]

Enligt SKR finns det ett visst motstånd från vårdnadshavare att ta emot stöd från första linjeverksamheter. Detta bottnar dels i att det saknas kunskaper om första linjens syfte och roll, dels att det finns en förväntan på att det är hos BUP som den ”riktiga vården” börjar.[36] Det finns också skillnader i hur resurserna fördelas över landet mellan första linjen och BUP. I nuläget är antalet årsarbetare inom första linjen färre än inom BUP i samtliga regioner. Läkemedelsbehandling av barn med psykisk ohälsa sker sällan i primärvården, oavsett art och svårighetsgrad av tillståndet. Det gör att dessa patienter i större utsträckning hänvisas till den specialiserade vården.

8.3.2 En väg in – en kontaktväg till primärvården och BUP

Många regioner har skapat ett regionalt samarbete, med en gemensam kontaktväg in till primärvården och den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin, *En väg in.* Remisser från till exempel skolan kan

[34] Socialstyrelsen, *Kartläggning av första linjens verksamhet för barn och unga med psykisk ohälsa*, 2021.
[35] SOU 2021:34.
[36] SKR, *Pusselbitar och perspektiv – Första linjen och BUP:s erfarenheter av barn och ungas psykiska ohälsa*, 2025.

också omhändertas via En väg in. Syftet är att öka tillgängligheten till vård och stöd för barn och unga med psykisk ohälsa. Det finns skillnader både vad gäller organisation, lokalisering och arbetssätt mellan regionerna. Alla mottagarfunktioner kan exempelvis inte boka patienten direkt till BUP eller till första linjen.

Socialstyrelsens kartläggning av En väg in visar att verksamheten finns i 17 regioner.[37] I de fyra resterande regionerna är en uppstart planerad. Socialstyrelsens bedömer att En väg in har bidragit till flera positiva resultat, bland annat bättre bedömningar och en tydligare ingång till vården. Socialstyrelsen konstaterar samtidigt att En väg in inte har lett till en mer jämlik vård, eftersom vården inte i någon större uträckning getts till dem med störst behov. En utmaning är hur vården bättre ska nå barn och unga i utsatta områden.[38] När det gäller ökad tillgänglighet genom snabbare vård har Socialstyrelsens utvärdering inte heller kunnat påvisa kortade köer till BUP generellt. En bidragande förklaring till det bedöms vara det ökade inflödet av patienter över tid. Samtidigt finns det tydliga indikationer på att arbetssättet bidragit till effektivare resursanvändning trots ökande volymer av patienter. Genom att lyfta ut vissa arbetsuppgifter, som triagering, tidsbokning, rådgivning eller remisshantering från kringliggande verksamheter har en avlastning skett som varit märkbar för verksamheterna, främst för BUP.[39]

8.4 Skolan har en viktig roll för ungas psykiska hälsa

Barn och unga tillbringar en stor del av sin tid i skolan. Skolan har därför en betydande roll för barn och ungas psykiska hälsa.

I och med 2010 års skollag samlades skolhälsovården, den särskilda elevvården och de specialpedagogiska insatserna i en samlad elevhälsa. Målsättningen med elevhälsan som ett eget verksamhetsområde var bland annat att stärka samverkan mellan skolans olika delar och personalgrupper utifrån utgångspunkten att arbetet med elevhälsa borde ses som en del av skolans lärandeuppdrag och det samlade

[37] Socialstyrelsen, *Utvärdering av arbetssättet En väg in. En rapport om införandet av centraliserade funktioner för telefontriagering av vård för barn och unga med psykisk ohälsa*, 2025.
[38] Ibid.
[39] Ibid.

arbetet för en god hälsa, med betoning på det förebyggande och hälsofrämjande arbetet.[40]

Enligt 2 kap. 25 § andra stycket skollagen (2010:800) ska alla barn i skolan ha tillgång till elevhälsa med skolläkare, skolsköterska, psykolog, kurator och specialpedagog eller speciallärare. Elevhälsan ska främst arbeta förebyggande och hälsofrämjande och vid behov samverka med hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

8.4.1 Regeringen har tagit emot förslag om en förbättrad elevhälsa

Utredningen om en förbättrad elevhälsa har föreslagit ändringar i skollagen som syftar till att undanröja hinder för att en utredning om särskilt stöd för en elev ska inledas.[41] Förslaget innebär att det inte ska finnas något krav på att annat stöd ska ha getts innan en utredning om särskilt stöd inleds. Den föreslagna ändringen syftar till att elever i behov av stöd ska få det mer skyndsamt än i dag.

Utredningen om en förbättrad elevhälsa har även föreslagit att elevhälsan ska erbjuda hälso- och sjukvårdsinsatser vid lättare fysiska och psykiska vårdbehov.[42] Det kan handla om en första bedömning av icke-akuta besvär och rådgivning, som huvud- eller buksmärta, stress eller tidiga tecken på ätstörning och allergier. Det kan också handla om samtalsstöd vid lättare psykiska vårdbehov för att hantera vardagliga händelser. Förslaget syftar till att elever i behov av enklare hälso- och sjukvårdsinsatser snabbare ska få insatser och innan behoven blivit mer omfattande.

Utredningen om en förbättrad elevhälsa har även föreslagit att eleverna ska garanteras en första bedömning av lättare fysiska och psykiska vårdbehov av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom elevhälsan inom sju dagar.[43] En första bedömning innebär att elevhälsans professioner ska ta ställning till om elevens behov kan tillgodoses inom elevhälsan eller om eleven bör remitteras till regionens hälso- och sjukvård.[44] Det finns även förslag på lagstadgade krav på att elevhälsans professioner ska finnas tillgängliga i skolans lokaler

[40] Prop. 2009/10:165, s. 275 f.
[41] SOU 2025:44.
[42] SOU 2025:113.
[43] Ibid.
[44] Ibid.

med en viss regelbundenhet.[45] Förslagen bereds i Regeringskansliet när vi lämnar vårt betänkande.

Förslag om att samverkan mellan elevhälsa och regionens hälso- och sjukvård ska förbättras

I dag saknas det en tydlig och välfungerande vårdkedja för samverkan mellan elevhälsa och hälso- och sjukvård, som till exempel första linjen och BUP. Detta kan få stora konsekvenser för enskilda elever som väntar på att få komma i kontakt med någon av dessa funktioner.

Utredningen om en förbättrad elevhälsa har föreslagit att varje skolhuvudman som bedriver utbildning[46] ska ingå en samverkansöverenskommelse med regionen i länet som den bedriver skolverksamhet i.[47] Samverkansöverenskommelsen ska avse hur skolan tar kontakt och samverkar med hälso- och sjukvården vad gäller elever som har behov av insatser från regionens hälso- och sjukvård. Överenskommelsen ska även handla om hur informationen ska överföras för dessa elever om de efter kontakt med regionens hälso- och sjukvård är i behov av fortsatt stöd från elevhälsan eller skolan i övrigt. Det kan exempelvis handla om tydliggörande vid remissförfarande och återkoppling efter behandling. Förslaget ska tydliggöra ansvarsfördelningen mellan elevhälsan och hälso- och sjukvården. Det ska bidra till en ökad likvärdighet för elever som är i behov av samordnande insatser.[48] Även dessa förslag bereds i Regeringskansliet vid tiden när vi lämnar vårt betänkande.

8.5 Staten genomför flera insatser för att stärka BUP

Regeringen har avsatt medel till barn och unga med psykisk ohälsa under lång tid. Inom ramen för den så kallade tillgänglighetssatsningen fördelades cirka 200 miljoner kronor per år till de dåvarande landstingen åren 2007 och 2008, i syfte att förbättra tillgängligheten till rätt insatser för barn och unga med psykisk ohälsa. Vidare ingick

[45] Ibid.
[46] Detta gäller i de obligatoriska skolformerna samt i gymnasieskolan och den anpassade gymnasieskolan.
[47] SOU 2025:113.
[48] Ibid.

regeringen en överenskommelse med dåvarande SKL 2008 om att utreda förutsättningarna för att på sikt förkorta väntetiderna till BUP.[49]

Från och med 2009 utgick prestationsmedel till de landsting som klarade målet om att ta emot mer än 90 procent av alla barn för ett första besök inom 30 dagar och inleda utredning eller behandling efter ytterligare 30 dagar. Villkoren för de prestationsbaserade statsbidragen reglerades genom årliga överenskommelser mellan regeringen och SKL.[50]

Under perioden 2016–2022 avsatte staten mer än 3 miljarder kronor till regionerna för att uppnå målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP för att öka tillgängligheten till vård och insatser för barn och unga med psykisk ohälsa.[51] Medel avsattes bland annat inom ramen för överenskommelserna för psykisk hälsa och ökad tillgänglighet. Under 2023 och 2024 avsattes över 600 miljoner kronor till BUP inom ramen för överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.

Samtidigt beror inte den bristande tillgängligheten endast på resursbrist då barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter beskriver att det administrativa arbetet är kostsamt, ineffektivt och att arbetet tar allt för mycket resurser från kärnuppdraget.[52] Socialstyrelsen har identifierat ett behov av nationellt stöd för att förbättra hur resurser fördelas och hur verksamheternas kapacitet styrs i förhållande till vårdbehov. Det finns därför ett behov av en stärkt produktions- och kapacitetsstyrning.[53]

8.5.1 Överenskommelse om ökad tillgänglighet till BUP för 2025–2026

I budgeten för 2025 beslutades om en så kallad ”BUP-miljard”, vilket var en större satsning än tidigare år.[54] Vidare slöt regeringen och SKR i februari 2025 en överenskommelse om ökad tillgänglighet

[49] Regeringen och SKL, *Överenskommelse mellan regeringen och SKL om en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa*, 2009.
[50] Se till exempel *Överenskommelse mellan staten och SKR om insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2021–2022* och *Överenskommelse mellan staten och SKR om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2024*.
[51] Socialstyrelsen, *Utvärdering av arbetssättet En väg in – En rapport om införandet av centraliserade funktioner för telefontriagering av vård för barn och unga med psykisk ohälsa*, 2025.
[52] Socialstyrelsen, ”Nationellt utvecklingsteam för barn- och ungdomspsykiatrin”, hämtad 2026-02-06.
[53] Socialstyrelsen, *Nationellt utvecklingsteam inom den specialiserade psykiatriska vården*, 2025.
[54] Prop. 2024/25:1.

till BUP för 2025–2026. Det var första gången som BUP behandlades i en egen överenskommelse. Som vi har beskrivit i kapitel 4 ersattes vid samma tid (början av 2025) den bredare överenskommelsen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården av en förordning om statsbidrag till regioner.[55] Motsvarande förändring har alltså inte ännu gjorts för BUP.

Överenskommelsen för 2025 och 2026 innehåller två block, utvecklingsarbete respektive prestationsbaserade ersättningar. Inom ramen för utvecklingsarbetet ska regionerna bland annat genomföra en analys av hur olika delar av BUP-verksamheten kan effektiviseras, samt hur första linjen och primärvården kan organiseras, stärkas och utvecklas för att säkerställa omhändertagande på rätt vårdnivå. Totalt 840 miljoner kronor av de medel som fördelas via överenskommelsen 2026 är prestationsbaserade. Det är medel som regionerna kan ta del av genom att uppnå en god genomsnittlig nivå eller uppvisa en förbättring av andelen genomförda första besök, påbörjade utredningar respektive påbörjade behandlingar inom BUP, som sker inom den förstärkta vårdgarantins 30 dagar, samt prestationskrav kopplat till ökad produktivitet och kapacitet att korta vårdköer till ett första besök inom BUP. Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp överenskommelsen.[56] Under 2026 ska myndigheten bland annat hantera utbetalningar av medel utifrån prestationskrav för väntetider respektive vårdköer till regionerna samt samarbeta med SKR för att säkerställa att den information och data som ligger till grund för SKR:s analys- och utvecklingsstöd till regionerna i största möjliga utsträckning överensstämmer med myndighetens väntetidsdata avseende BUP.[57]

Den övergripande inriktningen på överenskommelsen om ökad tillgänglighet till BUP gäller även under 2026, men med vissa justeringar. Det handlar bland annat om mer flexibla och ändamålsenliga övergångar mellan primärvårdsnivån och BUP samt mellan BUP och vuxenpsykiatrin, liksom en ambitionshöjning avseende första besök.[58] Lika mycket medel – en miljard kronor – avsätts inom ramen för överenskommelsen detta år.

---

[55] Förordning om statsbidrag till regioner för stärkt tillgänglighet och ökad vårdkapacitet inom den specialiserade hälso- och sjukvården (2024:1252).
[56] Regeringsbeslut S2025/01282.
[57] Regeringsbeslut S2026/00201.
[58] Regeringen och SKR, *Ökad tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatrin 2025–2026. Ändringsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2026.

8.5.2 Nationella utvecklingsteam ska stötta den specialiserade psykiatrin

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra fortsatta insatser för att utveckla arbetet med nationella utvecklingsteam.[59] Det nationella utvecklingsteamets arbete syftar till att på olika sätt stärka verksamheter inom den specialiserade psykiatrin. Utvecklingsteamet arbetar med flera olika stöd som initialt har avgränsats till BUP. Stöden är framtagna tillsammans med verksamheterna och utgår från uttryckta behov. Utvecklingsteamet erbjuder bland annat ett stöd där flera olika BUP-mottagningar skattar och värderar sin egen verksamhet och utbyter erfarenheter med andra BUP-verksamheter. På sikt är målet att stödet ska bidra till en jämlik, tillgänglig och effektiv vård med god kvalitet till patienter utifrån deras behov. Under det första årets pilotverksamhet deltog sex regioner. Flera ytterligare regioner har anmält sig till nästa omgång. Med stöd av Prioriteringscentrum och en expertgrupp från BUP arbetar utvecklingsteamet även med utgångspunkt från den etiska plattformen fram ett stöd för prioriteringar inom BUP med syfte att öka kunskapen om prioriteringar med utgångspunkt från en barnpsykiatrisk kontext. Teamet stöttar också i kartläggning av administrativa arbetsuppgifter som tar tid från patientarbete samt kartläggning av vårdkedjan för barn och unga med psykisk ohälsa. Med syfte att bidra med ökad kunskap om vårdkedja och dimensionering av densamma samt identifiera eventuella sårbara grupper. Arbetet med utvecklingsteam ska slutrapporteras mars 2028 och utvärderas fortlöpande både internt på Socialstyrelsen samt av följeforskning från Karolinska institutet.

8.5.3 Stärkt tillsyn inom området psykisk hälsa och suicidprevention

Regeringen har gett IVO i uppdrag att stärka och utveckla tillsynen inom området psykisk hälsa och suicidprevention.[60] I uppdraget ingår bland annat att fortsatt utveckla verktyg och nödvändig datatillgång för att analysera risker inom området. Myndigheten ska särskilt fokusera på de områden där utvecklingsbehoven för uppföljningen

[59] Regeringsbeslut S2025/00657.
[60] Regeringsbeslut S2025/01452.

är som störst. IVO ska även genomföra förstärkta tillsynsinsatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Uppdraget ska slutredovisas i mars 2029.

8.5.4 Uppdrag att ta fram ett nationellt hälsoprogram för barn och unga

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att, tillsammans med Folkhälsomyndigheten, Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd, Specialpedagogiska skolmyndigheten, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering och Statens skolverk, ta fram ett nationellt hälsoprogram för barn och unga till och med 20 års ålder.

Syftet med ett nationellt hälsoprogram för barn och unga är bland annat att skapa goda förutsättningar för hälsa och utveckling, samt att uppnå en sammanhållen, regelbunden och jämlik hälsouppföljning, oavsett var i landet barnet eller den unge bor. Målet är att skapa en jämlik hälsa för alla barn och unga i Sverige.

Regeringen har beslutat att Socialstyrelsen ska redovisa innehållet i det nationella hälsoprogrammet i augusti 2026.

8.6 Utredningens förslag och bedömning för BUP

8.6.1 En lagstadgad vårdgaranti med en särskild tidsgräns för planerad vård inom BUP

Förslag

En vårdgaranti med en särskild tidsgräns för planerad vård ska införas för verksamhet som utgör barn- och ungdomspsykiatri. Barn och unga ska inte behöva vänta längre än:

- 30 dagar på planerad vård inom BUP.
- Om ett beslut fattas om ytterligare vård ska den ges inom 30 dagar från beslutet.

Förslaget berör 2 kap. 3 § patientlagen och 9 kap. 1 § HSL. Tidsgränsen om 30 dagar regleras i den nya bestämmelsen, 6 kap. 1 a § HSF.

Skälen för utredningens förslag

Vi har valt att utforma en vårdgaranti som är generell – gränserna på 3 och 10 arbetsdagar respektive 30 och 60 dagar, som vi föreslår i kapitel 7, gäller för alla patienter och vårdområden. Undantaget är gränsen på 60 dagar för planerad vård, där vi bedömer att det behövs en särskild reglering för väntetiderna till BUP på 30 dagar.

Vad gäller BUP har vi ett särskilt uppdrag: att föreslå en lagstadgad vårdgaranti som innebär att barn och unga som är i behov av specialiserad vård vid psykisk ohälsa inte ska behöva vänta längre än 30 dagar på en första bedömning, samt ytterligare 30 dagar på en fördjupad utredning och efterföljande behandling.

30 dagars väntan på en bedömning inom BUP regleras genom vårt förslag om medicinsk bedömning för all vård (se kapitel 7). Vad gäller maximalt 30 dagars väntan på en fördjupad utredning eller behandling så har vi formulerat en specifik vårdgaranti för planerad vård inom BUP.

Det har framförts till utredningen att en lagstadgad vårdgaranti för BUP inte får medföra undanträngningseffekter av svårare sjuka eller en försämrad kontinuitet och kvalitet i den barnpsykiatriska vården. Utredningen vill i detta sammanhang lyfta fram behovsprincipen, det vill säga att den som har störst behov av vård ska få vård först. Självklart är denna styrande även för prioriteringar inom BUP.

I praktiken används ”den förstärkta vårdgarantin” framför den lagstadgade

Det har visat sig under utredningens gång att många redan i dag agerar som att gränserna för väntetiderna till BUP på 30 + 30 dagar är reglerade i lag – fast att de endast är uttalade i överenskommelser mellan regeringen och SKR.

Ordningen, med dels en överenskommelse om en ”förstärkt,” icke lagstadgad vårdgaranti för BUP, dels en lagstiftad vårdgaranti, skapar otydlighet. En reglering av den så kallade förstärkta vårdgarantin ökar förutsättningarna för en mer jämlik vård och skapar en tydlighet för patienterna vad gäller vilka krav som gäller för tillgänglighet en till BUP. Det skulle också innebära en ökad tydlighet mot verksamheterna och berörda myndigheter genom att vårdgarantin för BUP får samma juridiska status som den generella vårdgarantin.

Vårdgarantin ska samtidigt inte vara styrande när det gäller hur regionerna väljer att organisera vården för unga med psykisk ohälsa. Enligt uppgifter till utredningen har vissa regioner, mot bakgrund av hur den förstärkta vårdgarantin är formulerad i överenskommelsen, uppfattat att en första bedömning alltid behöver ske inom BUP, även i de fall då en utförlig bedömning redan genomförts på primärvårdsnivå. Utredningen anser att det är upp till huvudmännen att organisera omhändertagandet av barn och unga med psykisk ohälsa på det sätt som de bedömer är lämpligast inom ramen för deras uppdrag. Utredningen anser vidare att en lagstiftning om en förstärkt vårdgaranti för barn och unga med psykisk ohälsa innebär högre krav på regionerna att prioritera, planera och organisera omhändertagandet av dessa patienter på ett mer ändamålsenligt sätt än vad som är fallet i dag. Detta gäller både BUP och andra berörda aktörer, som till exempel primärvård och skola.

Vi konstaterar sammantaget att målsättningen om en förstärkt vårdgaranti för barn och unga är välkänd och att den redan tillämpas i verksamheterna. Den har även stort genomslag hos myndigheterna. Något som visar på det senare är exempelvis ett tillsynsbeslut från IVO.[61] I beslutet påtalar IVO brister i form av långa vårdköer till BUP och hänvisar då till den överenskomna förstärkta vårdgarantin om 30 dagar – den icke lagstadgade garantin med andra ord.

Regionernas avtal med privata vårdgivare är underutnyttjade

På samma sätt som inom andra vårdområden är, enligt uppgifter till utredningen, regionernas avtal med privata vårdgivare inom BUP underutnyttjade. Det verkar vara samma orsaker som inom övriga vårdområden till att avtalen inte används mer: Vissa regioners ekonomiska situation gör att regionen hellre väljer att ställa patienter i kö, än att använda sig av tillgängliga avtal. Ett annat skäl är bristande kunskap. De personer som har möjlighet att påverka att en enskild patient får vård hos en annan vårdgivare än inom den offentligt drivna vården saknar kunskap om hur de ska gå till väga. Personer i en sådan funktion behöver känna till och kunna tillämpa information om vilka avtal som finns tillgängliga inom den egna regionen (och inom andra regioner) för att avtalen ska kunna nyttjas på ett effektivt sätt.

[61] IVO, beslut 2025-06-09 dnr 3.5.1–27473/2023–6.

Regionernas vårdgarantifunktion har alltså också en viktig roll även när det gäller BUP.

Tidsfrister för remisshantering och information gäller även för BUP

Förslaget om att inkludera tidsfrister för remisshantering och information till patienten i vårdgarantin, som vi redogör för i kapitel 7, gäller även för BUP. Det handlar om två nya tidsgränser, på tre respektive tio arbetsdagar, som bland annat reglerar att en ny informationsgaranti införs och blir en del av vårdgarantin. Patienten ska inom tre arbetsdagar få besked om att remissen har tagits emot och inom tio arbetsdagar ska vårdgivaren informera patienten om när den medicinska bedömningen kommer att ske. Dessa förslag gäller alltså även för BUP.

En särskild reglering för planerad vård inom BUP

Utredningen anser att bedömningsgarantin för BUP bör ha samma utformning som den generella bedömningsgarantin som beskrivs i kapitel 7.

Den särskilda vårdgarantin för planerad vård inom BUP innebär att patienter ska få planerad vård inom 30 dagar från det att vårdgivaren beslutat om detta. Eftersom den förstärkta vårdgarantin är så pass etablerad vore det inte önskvärt att ”utöka” antalet dagar till 60, vilket är den gräns som vi föreslår för övriga vårdområden. Det skulle även strida mot våra direktiv att ange en gräns på 60 dagar.

Uttrycken ”fördjupad utredning” och ”påbörjad behandling” uttrycks i överenskommelserna mellan regeringen och SKR om ökad tillgänglighet och i våra direktiv.[62] Dessa begrepp menar vi ryms inom ramen för formuleringen *planerad vård*. Fördjupad utredning och efterföljande behandling ingår med andra ord i vårt förslag på vårdgaranti, det kommer alltså inte att innebära någon förändring för dessa patienter jämfört med i dag. Inom ramen för begreppet planerad vård ryms även andra vårdinsatser. Detta gör det lättare att följa behovsprincipen, eftersom vårdgarantin inte styr mot specifika vårdinsatser eller patientgrupper. Vårdgivaren styrs inte mot att prio-

[62] Se exempelvis Regeringen och SKR, *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2024*, 2023.

ritera nya patienter eller nya och enskilda besök framför till exempel kontinuitet i behandlingar för att uppfylla vårdgarantin.

På samma sätt som för den allmänna vårdgarantin föreslår utredningen att 30-dagarsgränsen för BUP gäller även om det beslutas att patienten ska genomgå ytterligare en åtgärd. Det innebär exempelvis att en patient inom BUP, som efter en utredning ska få en behandling, ska få inleda behandlingen inom 30 dagar från att beslut om behandling fattats av vårdgivaren. Detta gäller även en eventuell tredje vårdinsats, det vill säga patienten ska få en sådan inom 30 dagar från det att beslut fattats, om en sådan behövs. Detta gör att patienter inte behöver vänta på fortsatt vård.

Det förekommer även att barn eller ungdomar har flera parallella utredningar eller behandlingar för olika tillstånd. I dessa fall bör vårdgarantin tillämpas för respektive tillstånd och vårdinsats på det sätt som är medicinskt motiverat.

Det har även framförts till utredningen att det är viktigt att patienten i väntan på den planerade vården inte lämnas helt utan stöd. Det behöver vara tydligt för patienten och dennes anhöriga var de kan vända sig vid behov av stöd, till exempel om behoven förändras eller blir mer akuta.

8.6.2 Barn och unga bör erbjudas tidiga och stegvisa insatser

Bedömning

Lagstiftningen om en förstärkt vårdgaranti för BUP är inte tillräcklig i sig för att lösa problemet med långa väntetider. Arbetet med att erbjuda barn och unga tidiga och stegvisa insatser bör fortsätta och stärkas. På sikt kan detta minska risken för förvärrade besvär och därmed behovet av specialiserad vård.

Skälen för utredningens bedömning

Utredningen menar, i likhet med många andra, att väntetiderna till BUP inte är en isolerad fråga. I vissa fall kan en första kartläggning och tidiga stödinsatser, i förskolan, skolan eller via ungdomsmottagningen, i primärvården eller första linjen vara tillräckligt och då behövs ingen utredning och diagnos. Barn och unga som erbjuds sådana tidiga

insatser har en mindre risk för att senare behöva insatser inom BUP. Tidig upptäckt av psykisk ohälsa, tidigt omhändertagande och en välfungerande samverkan kan alltså i sin tur leda till bättre tillgänglighet inom BUP för barn och unga med mer omfattande psykisk ohälsa. Primärvårdens förutsättningar att omhänderta psykiska vårdbehov behöver stärkas. Om detta inte görs är det sannolikt att inflödet till BUP fortsatt kommer att vara stort.

Satsningar behöver fortsatt också riktas mot första linjen för barn och ungas psykiska ohälsa

Under perioden 2016–2022 avsatte staten mer än 3 miljarder kronor till regionerna för att uppnå målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom BUP. Arbetet med att bygga ut första linjen för barn och ungas psykiska ohälsa, inklusive primärvården, har inte varit föremål för motsvarande satsningar.

Utredningen ser positivt på att nuvarande överenskommelse mellan regeringen och SKR även avser strategiska insatser för att utveckla omhändertagandet av barn och ungdomar i första linjen och i primärvården. Under 2026 fördelas 400 miljoner kronor till regionerna för att stärka primärvårdens arbete med psykisk ohälsa.[63] I februari 2026 beslutade riksdagen i enlighet med regeringens proposition Nästa steg för en god och nära vård, som innehåller förslag om att förtydliga att primärvården ska tillgodose både fysiska och psykiska vårdbehov.[64] Lagändringarna träder i kraft den 1 juli 2026.[65] Detta beskrivs även i kapitel 4.

För att BUP som specialistverksamhet ska ha förutsättningar att möta patientgrupper med omfattande och komplexa psykiatriska behov behöver primärvårdens omhändertagande av patienter med lindrigare vårdbehov av psykisk ohälsa fortsätta utvecklas.

[63] Regeringsbeslut S2025/02147.
[64] Prop. 2025/26:19, bet. 2025/26:SoU23.
[65] Ibid.

Även andra delar av samhället har en roll i att minska behovet av specialiserad psykiatri för barn och unga

Genom hälsofrämjande, förebyggande och tidiga insatser vid behov kan behovet av specialiserad psykiatri minskas. Regeringen har nyligen presenterat en nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Den nationella strategin ska ge en långsiktig inriktning för arbetet under perioden 2025 till 2034 och skapa förutsättningar för en gemensam riktning för hela samhället i arbetet med psykisk hälsa och suicid-prevention.[66]

Skolan har en särskilt viktig roll. Det har framförts till utredningen att den stora efterfrågan på neuropsykiatriska utredningar delvis kan förklaras av krav från skolan på diagnos för att få hjälp, och att den stora efterfrågan har medfört långa väntetider för utredning, tid då barnet eller den unga inte får hjälp för sina besvär och tid som kan förvärra situationen. Enligt nationella riktlinjer ska barn med adhd-symtom som exempelvis koncentrationssvårigheter och impulsivitet först få stöd genom anpassningar i skola och förskola samt vägledning för föräldrar. Om dessa insatser inte är tillräckliga kan elevhälsan eller första linjen remittera barnet för utredning inom den specialiserade vården. Efter diagnos ska barnet och föräldrarna i första hand erbjudas fortsatta anpassningar och psykopedagogiska insatser. Skollagen ställer inga formella krav på en diagnos men eftersom diagnosen innebär ett erkännande av en problematik kan det underlätta att ha en diagnos för att få tillgång till stöd. I skollagen är rätten till stöd starkare för elever med en funktionsnedsättning.[67] Andelen elever som får särskilt stöd innan en dokumenterad adhd-diagnos är lägre 2024 än 2014.[68] Det blir således både ett problem att skolor avvaktar med att sätta in stödinsatser i väntan på att eleven får en diagnos och att långa köer på BUP förhindrar att elever skyndsamt får en diagnos.[69] Det informella kravet på diagnos leder till att stöd till de elever som är i behov av det fördröjs och är även en bidragande faktor till långa köer och väntetider hos BUP.[70]

Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri (SFBUP) genomförde under sommaren 2024 en enkätundersökning med syfte

[66] Skr. 2024/25:77.
[67] 3 kap. 2 § andra stycket skollagen (2010:800).
[68] SOU 2025:113, s. 133.
[69] Ibid.
[70] Ibid.

att efterfråga medlemmarnas syn på diagnostik och behandling av adhd. Av de svarande upplevde 45 procent att såväl tidiga insatser som basala anpassningar vid konstaterad adhd alltför sällan erbjuds. Många rapporterade att patienterna ofta endast får farmakologisk behandling. Regeringen har gett Läkemedelsverket i uppdrag att öka kunskapen hos berörda aktörer om användningen av adhd-läkemedel i Sverige med fokus på att främja en jämlik, säker och ändamålsenlig användning. Läkemedelsverket ska slutredovisa uppdraget den 1 juni 2027.

Skolan har en särskilt viktig roll

Utredningen anser att det är viktigt att fortsätta utveckla samarbetet mellan hälso- och sjukvården och skolan, inklusive elevhälsan, men att lägga förslag på skolans område ligger utanför utredningens direktiv. Utredningen vill dock i detta sammanhang lyfta de förslag som lämnats av Utredningen om en förbättrad elevhälsa.[71] Av den beslutade budgeten för 2026 framgår[72] att statsbidraget för personalförstärkningar förstärks för elevhälsan, för att ge elever förbättrad tillgång till elevhälsans kompetenser.

[71] SOU 2025:113.
[72] Prop. 2025/26:1, bet. 2025/26:UbU1, rskr. 2025/26:124.

9 Patientens möjligheter att välja utförare inom sluten vård

Patienter har enligt lag möjlighet att välja utförare i hemregionen eller i andra regioner när det gäller primärvård och öppen specialiserad vård.[1] När det gäller den slutna vården har regionerna sedan länge varit överens om att patienter ska ges möjlighet att välja utförare i hela landet. Den möjligheten är dock inte reglerad i lag.

Vi har i uppdrag att analysera och föreslå hur patientens möjlighet att fritt välja utförare av offentligt finansierad specialiserad vård i hela landet ska utökas till att även omfatta den slutna vården.

9.1 Regionerna ska planera för de patienter som omfattas av regionens ansvar

Historiskt sett har möjligheten att välja vårdgivare varit begränsad av var patienten bor. Patientens möjlighet att välja har utvecklats successivt sedan 1990-talet. En stor förändring skedde när lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) trädde i kraft. Lagen har gett regionerna nya förutsättningar att upphandla olika vårdgivare som invånarna kan välja mellan.

Sedan 2010 är det obligatoriskt att använda vårdvalssystem i primärvården.[2] Ett fåtal regioner har dessutom infört vårdvalssystem i den specialiserade vården. Flest vårdvalssystem inom den specialiserade vården finns i Region Stockholm, Region Uppsala och Region Skåne.

Vid planeringen av vården ska regionen ta hänsyn till den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare.[3] I frågor om hälso- och sjukvård som rör flera regioner ska regionerna samverka. HSL reglerar

[1] 9 kap. 1 § patientlagen (2014:821), PL.
[2] 7 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.
[3] 7 kap. 2 § andra stycket HSL.

dock inte hur samverkan eller ersättning mellan regioner ska gå till.[4] Den typen av frågor regleras i riksavtalet för utomlänsvård och i olika avtal mellan regioner. Riksavtalet är en överenskommelse mellan regioner om hanteringen av situationer när en patient får vård i en annan region än sin hemregion.[5] Syftet är att vägleda samverkan mellan regionerna när det inte finns någon annan reglering.[6]

9.1.1 Patienten har enligt lag rätt att välja utförare i öppen vård

Regionerna ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos de som omfattas av regionens ansvar. I det ansvaret ingår den egna regionens invånare, men också invånare från andra regioner, eftersom patienter kan söka öppen vård i hela landet.

Patienters möjligheter att välja och få öppen vård i andra regioner stärktes genom införandet av patientlagen 2015.[7] Sedan dess gäller att patienten har möjlighet att välja både offentliga och privata utförare inom offentligt finansierad öppen vård i hela landet, så länge utföraren har avtal med regionen.

Patienter är generellt positiva till att kunna välja mellan olika vårdgivare, framför allt i hemregionen, men även utanför sin region.[8]

9.1.2 Hemregionen bekostar patientens vård även när den sker i en annan region

Det är patientens hemregion som bekostar vården även när den sker i en annan region, under förutsättning att de remissregler som gäller i hemregionen följs.[9] Det gäller för både den öppna och för den slutna vården och oavsett om det är på grund av att hemregionen inte klarar vårdgarantin eller för att patienten valt en utförare i en annan region.

---

[4] 7 kap. 7–8 §§ HSL.
[5] Riksavtalet tecknades 2004. Uppdateringar har skett 2015 och senast 2025. SKR, *Riksavtal för utomlänsvård. Med giltighet fr.om 1 september 2025*.
[6] SKR, *Hur får regionerna använda andra regioners avtal och LOU, utformning av kontrakt. Svarar riksavtalet på det?* presentation, 2025-06-05.
[7] Enligt 9 kap. 1 § första stycket PL ska en patient som omfattas av en regions ansvar för hälso- och sjukvård ha möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård, både inom hemregionen och i andra regioner.
[8] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *En lag om kräver omtag. Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet*, 2021, s. 97.
[9] Jfr 8 kap. 3 § andra stycket HSL.

När det gäller den slutna vården krävs först ett godkännande av hemregionen.[10]

Förutsättningarna för patienter att få vård utanför sin hemregion varierar mellan olika regioner, både vad gäller öppen och sluten vård. Det beror bland annat på att remissreglerna ser olika ut och att regionernas arbete med tillgänglighet varierar.

9.1.3 Hemregionen står inte för andra kostnader som uppstår när patienten själv väljer vård i en annan region

Vi har tidigare redogjort för att patienten inte ska ha några merkostnader i samband med utomlänsvård som ges när hemregionen inte klarar vårdgarantins tidsgränser (se kapitel 6). När patienten själv väljer en utförare i en annan region – inom ramen för sitt fria val enligt patientlagen – gäller andra förutsättningar. Då finns det inget krav på att regionerna ska ersätta eventuella merkostnader som uppstår i samband med vården.

Frågan om det är patienten som ska stå för merkostnader för resor och logi när han eller hon söker vård hos en utförare i en annan region diskuterades av patientmaktsutredningen. Sådana fall jämställdes då med de fall när vård söks i ett annat land inom EES, och där patienten själv står för eventuella merkostnader. Utredningen lyfte fram att kostnaderna för enskilda patienter kunde bli ansenliga, och att det skulle kunna hindra vissa patienter från att utnyttja valmöjligheterna. Konsekvenserna av att låta landstingen stå för patientens merkostnader bedömdes dock som orimliga.[11] Regeringen delade utredningens bedömning att patienten ska stå för eventuella merkostnader i samband med utomlänsvård som sker med anledning av att patienten själv valt en vårdgivare i en annan region.[12]

[10] SKR, *Riksavtal för utomlänsvård. Med giltighet fr.om 1 september 2025*.
[11] SOU 2013:2 s. 222.
[12] Prop. 2013/14:106 s. 89.

9.1.4 Kunskapen om orsakerna till utomlänsvård är begränsad

Det finns ingen samlad statistik över orsakerna till att patienter får vård i en annan region. Utomlänsvården kan ske på grund av att patienten själv önskat att få vård där, men det kan också handla om att hemregionen inte har kunnat erbjuda vård inom vårdgarantins tidsgränser. En annan anledning kan vara att hemregionen har avtal med en annan region om ett visst vårdutbud.[13] Endast några regioner kan särskilja hur mycket av utomlänsvården som beror på att patienten väntat för länge på vård och hur mycket som beror på patientens eget val. Det gör det svårt att analysera och dra slutsatser om utomlänsvården.

Det förefaller dock som att de ökade möjligheterna att välja utförare i den öppna vården, som infördes genom patientlagen, inte har medfört några stora förändringar av hur patienter rör sig över regiongränserna – den totala mängden utomlänsvård är ungefär densamma.[14] Skillnaderna mellan regionerna är stora och likartade över tid. Störst andel patienter som får öppen specialiserad vård i en annan region har Region Sörmland. Region Uppsala är den region som vårdar störst andel patienter från andra regioner. Region Västerbotten tar också emot många patienter från andra regioner.[15]

9.1.5 Patientens möjlighet att välja utförare i ett annat land

Patientens möjlighet att söka och få ersättning för vård utomlands har ökat genom tillämpning av patientrörlighetsdirektivet (2011/24/EU).[16] I vissa avseenden ger EU-rätten mer långtgående rättigheter när det gäller patienters rörlighet än patientlagen.[17]

Det är relativt vanligt att svenska medborgare söker specialiserad vård utomlands. Vanliga orsaker är att slippa vänta på vården, men

[13] Socialstyrelsen, *Patientströmmar över landstingsgränsen*, 2018 s. 21 och s. 36.
[14] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *En lag som kräver omtag. Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet*, 2021, s. 12.
[15] Socialstyrelsen, ”Statistik om patienter som får vård i en annan region”, hämtad 2026-03-26.
[16] I oktober 2013 genomfördes patientrörlighetsdirektivet genom lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom EES. Syftet var både att göra det lättare att få tillgång till säker gränsöverskridande hälso- och sjukvård av god kvalitet och att uppmuntra till samarbete mellan medlemsstaterna inom EES på hälso- och sjukvårdsområdet. Försäkringskassan, *Planerad vård utomlands*, 2017.
[17] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Lag utan genomslag. Utvärdering av patientlagen 2014–2017*, 2017, s. 87.

det kan också handla om att få tillgång till en behandling som inte erbjuds i Sverige.

Under 2025 fick drygt 3 400 personer ersättning för vård utomlands. Majoriteten av dessa fick sin vård i Danmark. De flesta av de svenska medborgare som fick ersättning för vård i något annat land är hemmahörande i Region Skåne, Region Norrbotten eller Region Stockholm.[18]

Det ingår inte i vårt uppdrag att utreda möjlighet till vård utomlands. Patientens möjlighet att välja utförare avgränsar vi därför till vård inom landets gränser.

9.2 När en patient vill välja utförare av sluten vård i en annan region

9.2.1 Möjligheten att välja utförare av sluten vård i en annan region finns genom avtal

Möjligheten att välja utförare av sluten vård utanför hemregionen är inte lagreglerad, utan regleras genom riksavtalet.[19] Enligt avtalet ska patienter ha möjlighet att under vissa förutsättningar välja behandling i andra regioner även inom den slutna vården. När patientens vårdbehov fastställts kan hemregionen utfärda en remiss.[20] Regionen får dock inte prioritera planerad sluten vård av utomlänspatienter på bekostnad av de egna invånarnas vårdbehov. Undantag gäller när det handlar om omedelbar vård, nationell högspecialiserad vård eller samverkansregionsvård.[21]

För en del regioner finns det mellanlänsavtal, regionavtal eller avtal med privata och idéburna vårdgivare som reglerar förutsättningarna för sluten vård i andra regioner ytterligare. Patienten kan även få hälso- och sjukvård utanför hemregionen om regionerna kommer överens om det, eller om det är fråga om högspecialiserad vård.

Antalet patienter som får sluten vård utanför sin hemregion har inte förändrats i någon större utsträckning de senaste tio åren – det handlar om cirka 30 000 patienter varje år.[22] Preliminära analyser visar att utomlänsvården på årsbasis uppgår till omkring 12 procent

[18] Försäkringskassan, ”Statistik om internationell vård”, hämtad 2026-03-26.
[19] Jfr 8 kap. 3 § HSL och 9 kap. 1 § PL.
[20] SKR, *Riksavtal för utomlänsvård. Med giltighet fr.om 1 september 2025*.
[21] Ibid.
[22] Socialstyrelsen, ”Statistik om patienter som får vård i en annan region”, hämtad 2026-03-26.

av den planerade slutna vården samt runt 4 procent av den totala genomförda planerade vården (specialiserad öppen vård och sluten vård).[23] Andelen utomlänsvård är något högre i specialiserad sluten vård än i specialiserad öppen vård: cirka 5,9 procent respektive 4,7 procent 2019.[24] En förklaring till det kan vara att den slutna vården kan kräva kompetens eller utrustning som inte finns i alla regioner.[25]

9.3 Tidigare utredningar har bedömt att valfriheten inte bör omfatta sluten vård

Tidigare utredningar har fört fram argument mot att låta patientens valfrihet även omfatta sluten vård.[26] Patientmaktsutredningen övervägde om möjligheten att välja utförare skulle omfatta den slutna vården, men begränsade sina förslag till den öppna vården. Det huvudsakliga skälet var de dåvarande landstingens behov av att ha långsiktiga förutsättningar för att planera sin verksamhet. Den slutna vården bedömdes vara dyrare, platserna begränsade och vårdepisoderna längre än i den öppna vården. Enligt utredningen fanns det ändå anledning att låta patienters önskemål få stort utrymme inom den slutna vården, vilket till viss del skulle kunna ske genom riksavtalet för utomlänsvård. Utredningen lyfte fram behovet av att landstingens remissregler på sikt harmoniseras, så att de inte utgör ett hinder för patienten att välja sin vård.[27]

Tillgänglighetsdelegationen kom fram till samma slutsats utifrån liknande argument. Kostnaderna för den slutna vården bedömdes dessutom öka. De bedömde också att valfrihet i sluten vård är en fråga om valfrihet för patienter som i dag får vård inom vårdgarantins gränser, och inte en faktor som i någon större omfattning skulle påverka köer och väntetider. Den höga specialiseringsgraden i den slutna vården sågs som en anledning för regionerna att behålla kontrollen över resurser och kompetens för att på så sätt skapa långsiktiga planeringsförutsättningar.[28]

---

[23] E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsen, *Nationell vårdförmedling. Delredovisning av regeringsuppdrag (S2023/02119): genomföra insatser som stödjer och stärker patienters möjligheter att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider*.
[24] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *En lag som kräver omtag*, 2021 s. 107.
[25] Socialstyrelsen, *Patientströmmar över landstingsgränsen* 2018 s. 11.
[26] SOU 2013:2 och SOU 2022:22.
[27] SOU 2013:2 s. 213–216.
[28] SOU 2022:22 s. 484 f.

9.3.1 Förskjutningen från sluten till öppen vård kastar nytt ljus på frågan

Som vi tidigare beskrivit pågår det en reformering av hälso- och sjukvården och en förskjutning från sluten till öppen vård. Den öppna vården ansvarar för mer och mer av sådan vård som tidigare bara kunde utföras av den specialiserade slutna vården. Förändringen drivs på av den medicinska kunskaps- och teknikutvecklingen, som till exempel gör det möjligt att vård som tidigare krävde inläggning på sjukhus nu kan utföras över dagen i den öppna vården.

Förskjutningen från sluten till öppen vård syns i patienters fördelning mellan vårdformerna. Antalet patienter i den slutna vården minskar, medan antalet patienter i den öppna vården ökar. Det syns också i kostnadsutvecklingen, där nettokostnaderna för den öppna vården har ökat, medan nettokostnaderna för den slutna vården har minskat marginellt. Antalet vårddagar i den slutna vården har också minskat stadigt över tid. År 2006 var vårdtiden i genomsnitt en dag per invånare och 2023 var samma siffra 0,7 per invånare.[29]

9.4 Förslag om hur möjligheten att välja utförare kan omfatta sluten vård

Förslag

Patientens möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad vård i hela landet ska även omfatta sluten vård. Hemregionen får ställa krav på att sluten vård i en annan region ska godkännas av hemregionen innan den svarar för kostnaderna.

Ändringarna berör 9 kap. 1 § patientlagen och 8 kap. 3 § HSL.

Skälen för utredningens förslag

Regionerna är sedan länge överens om att patienter ska erbjudas möjlighet att välja utförare av hälso- och sjukvård i hela landet. Genom införandet av patientlagen stärktes patientens möjlighet att välja öppen specialiserad vård i andra regioner. När det gäller möjligheten

[29] SKR, *Hälso- och sjukvårdsrapporten. Om läget och utvecklingen i den regionala sjukvården* 2024 s. 31.

att välja utförare av sluten vård i andra regioner finns ingen reglering i lag. Av riksavtalet framgår dock att patienter ska kunna välja utförare även i dessa fall, efter att behovet fastställts och utomlänsvården godkänts i patientens hemregion.

Ett skäl till att reglera valfriheten inom sluten vård i lag är att utöka patienters möjlighet att fritt välja utförare av vård, oavsett i vilken region de är bosatta. Patientens möjlighet att välja utförare i hela landet omfattar då all vård.

Utredningens bedömning är att vad som framgår av ett avtal mellan regionerna riskerar att bli otydligt för både patienter och medarbetare i vården. I vilken utsträckning skrivningen i riksavtalet tillämpas är dessutom oklart. Det innebär att det krävs god insyn i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet för att en patient ska känna till att möjligheten att välja utförare även inom den slutna vården finns. En reglering kan göra patienters möjlighet att välja utförare i hela landet tydligare för både patienter och regioner.

Hemregionen behöver ha kontroll över de kostnader som uppstår i samband med utomlänsvård

Vi bedömer att en lagreglering av valfriheten behöver följas av en reglering som gör det möjligt för regionerna att ha kontroll över de kostnader som uppstår i samband med utomlänsvård. Detta särskilt som den slutna vården är dyrare än den öppna vården. Vårt förslag innebär att hemregionen får möjlighet att fastställa och godkänna sluten vård i en annan region. Förslaget innebär således i princip att den skrivning som i dag finns i riksavtalet för utomlänsvård förs in i patientlagen.

Genom att valfriheten villkoras av ett godkännande från hemregionen skapas en ventil som ger hemregionen bättre planeringsförutsättningar, än om valfriheten hade varit obegränsad. En obegränsad valfrihet skulle också innebära ett alltför stort ingrepp i den kommunala självstyrelsen.

Vi bedömer inte att skälen för regionens beslut att godkänna eller inte godkänna en patients önskemål om sluten utomlänsvård behöver regleras särskilt. En region har i dessa fall redan i dag utrymme att hantera sådana önskemål med hänsyn till medicinska och ekonomiska överväganden. Utredningen anser att det är hemregionen som ska bära kostnader för patienter som erbjuds vård i en annan region, även

när det gäller sluten vård. Av detta skäl föreslår utredningen ingen ändring av 8 kap. 3 § andra stycket HSL om att hemregionen svarar för kostnader för vård som ges enligt 8 kap. 3 § första stycket HSL.

Utredningen vill samtidigt framhålla betydelsen av att ett nekande av en patients önskemål om utomlänsvård, på samma sätt som andra beslut inom ramen för vården av patienten, kommuniceras med patienten i enlighet med kraven i patientlagens tredje kapitel.

Bör regionerna stå för merkostnader som uppstår i samband med vård i annan region på grund av patientens fria val?

Det finns en viss risk för att en utökad möjlighet att välja utförare i hela landet inom sluten vård främst kommer att nyttjas av en starkare patientgrupp. Samtidigt bedömer vi det inte som sannolikt att en lagreglering kommer att påverka rörligheten i någon större utsträckning, och därmed inte heller jämlikheten i den slutna vården.

Som vi har beskrivit ovan går det inte att se någon sådan effekt i den öppna vården, där den möjligheten infördes genom patientlagen 2015.

Det har i tidigare utredningar diskuterats om patienter som vill ha sin vård utförd i en annan region borde få ersättning för de merkostnader som uppstår i samband med sådan vård. Då skulle patienter inte avstå från att söka vård i en annan region av ekonomiska skäl. Det kan vara ett sätt att minska risken för en mindre jämlik vård. Samtidigt skulle en sådan ordning kunna försvåra regionernas planering av verksamhet och budget. Vi återkommer till detta i kapitel 14.

10 Uppföljning av vårdgarantin

Det är viktigt för förtroendet för hälso- och sjukvården att det finns en stabil nationell uppföljning av väntetider som bygger på tillförlitliga och relevanta data. Detsamma gäller den statliga tillsynen (se kapitel 11), som också är beroende av uppgifter för att kunna utöva tillsyn över vårdgarantin.

Vi har i uppdrag att analysera och föreslå hur en förstärkt statlig uppföljning av vårdgarantin i den specialiserade vården ska utformas med fokus på lärande och ansvarsutkrävande.

10.1 Brister i data om väntetider

Väntetidsdatabasen utgör den huvudsakliga källan på nationell nivå till data om väntetider i vården. Samtidigt är det välkänt att rapporteringen till databasen varierar mellan regioner och att det finns brister som påverkar kvaliteten och tillförlitligheten i de uppgifter som lämnas in. Två myndigheter som har lyft fram detta är Myndigheten för vård- och omsorgsanalys och Riksrevisionen. Kraven på privata vårdgivare att rapportera behöver stärkas och samtliga regioner behöver rapportera detaljerade data. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har även påtalat behovet av att analysera hanteringen av patientvald väntan.[1]

Riksrevisionen konstaterade i en granskning 2023 att väntetidsdatabasen har brister som gör den svår att använda för analys. Riksrevisionen rekommenderade regeringen att se till att det finns nationell väntetidsstatistik av god kvalitet och täckningsgrad, som går att använda till analys och uppföljning över tid.[2]

[1] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Löftesfri garanti? En uppföljning av den nationella vårdgarantin*, 2017 och Riksrevisionen, *I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer*, 2023.
[2] Riksrevisionen, *I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer*, 2023.

10.2 Insamling av uppgifter om väntetider

Det övergripande syftet med datainsamlingen är att data om väntetider ska kunna användas som en del i arbetet med att korta väntetiderna i vården och i den statistiska uppföljningen och analysen av hälso- och sjukvårdens kapacitet och tillgänglighet.[3]

Fram till och med 2025 har regionerna rapporterat sina uppgifter om väntetider till SKR:s väntetidsdatabas.[4] Det ursprungliga syftet med väntetidsdatabasen var att informera patienter, allmänhet och vårdgivare om aktuella väntetider för den specialiserade vården vid sjukhus. Databasen uppstod genom en överenskommelse mellan dåvarande Landstingsförbundet och regeringen år 2000.[5] SKR har haft ansvaret för drift och utveckling av databasen och huvudmännen för att uppgifterna varit aktuella, tillförlitliga och kvalitetssäkrade. Över tid har uppföljningen utvecklats, antalet mätpunkter har blivit fler, och inrapporteringen från regionerna har ökat.

Väntetidsdatabasen har inte omfattats av de kvalitetskriterier som finns för Sveriges officiella statistik. Det handlar bland annat om särskilda kvalitetskrav på noggrannhet och jämförbarhet.[6] Eftersom SKR inte är en myndighet har den inte heller omfattats av reglerna om offentlighet och sekretess. Riksrevisionen har kritiserat denna ordning – att SKR används som en myndighet trots att det är en privaträttslig organisation.[7] Vidare har kraven på inrapportering inte varit bindande för regionerna och har inte kunnat likställas med till exempel en rättsligt bindande föreskrift.[8]

SKR har fått kritik för att ha hanterat personuppgifter i väntetidsdatabasen utan att ha haft tillräckligt lagstöd. I november 2021 inledde Integritetsskyddsmyndigheten (IMY) en granskning av SKR:s behandling av personuppgifter i väntetidsdatabasen. I december 2024 meddelade IMY sitt beslut – att SKR inte har tillräckligt stöd i lagstiftningen för att behandla personuppgifter i databasen.[9] IMY beslutade vidare att SKR skulle få 24 månader på sig att vidta åtgärder.

[3] Socialstyrelsen, *Uppdrag att förbereda insamling av uppgifter om väntetider*, 2025 s. 12.
[4] Detta enligt hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).
[5] Hanning och Edhag, *Väntetider i vården – en utmaning*, 2006.
[6] Lag (2001:99) om den officiella statistiken.
[7] Riksrevisionen, *Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet*, 2017.
[8] SOU 2024:43.
[9] IMY, DI-2021-9333.

10.2.1 Regeringen har flyttat ansvaret från SKR till Socialstyrelsen

I april 2025 beslutade regeringen att regionerna ska lämna uppgifter om väntetider inom hälso- och sjukvården till Socialstyrelsen, i stället för till SKR.[10]

Socialstyrelsen hade tidigare haft i uppdrag att utveckla förutsättningarna för att samla in väntetidsdata och att förbereda för att samla in uppgifter från regionerna.[11] Det framgår av det uppdrag som gavs i december 2024 att regeringen ansåg att data om väntetider behövde utvecklas och kvaliteten förbättras. Uppgifterna skulle möjliggöra jämförelser inom och mellan regioner. Det skulle också vara möjligt att jämföra väntetider utifrån exempelvis diagnos, kön och ålder.[12] Utifrån uppgifterna skulle det även vara möjligt att följa upp i vilken utsträckning regionerna lever upp till vårdgarantin.

Socialstyrelsen har tagit över insamlingen av väntetidsdata

Sedan juli 2025 sammanställer och rapporterar regionerna uppgifter om väntetider till Socialstyrelsen. Enligt hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF, ska regionerna rapportera in följande uppgifter till Socialstyrelsen:

- aktivitet,
- tidpunkt för aktivitet,
- patientinformation,
- medicinsk patientinformation,
- vårdkontakt, och
- vårdgivare.[13]

Databasen får inte innehålla personnummer, och uppgifter som inkommer till Socialstyrelsen omfattas av statistiksekretess. Det innebär i praktiken att det går att begära ut uppgifter för olika ändamål,

[10] Förordning (2025:312) om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).
[11] Regeringsbeslut, Uppdrag att utveckla förutsättningar för insamling av väntetidsdata, S2021/06332 och Uppdrag att förbereda för att samla in väntetidsdata, S2024/02236.
[12] Regeringsbeslut, Uppdrag att förbereda för att samla in väntetidsdata, S2024/02236.
[13] 6 kap. 3 § HSF.

men att regionerna inte har samma tillgång till uppgifterna som de hade när insamlingen gjordes av SKR. Uppgifter från Socialstyrelsen kan lämnas ut på det sätt som tillåts enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL, men möjligheterna för vilken information myndigheten kan göra tillgänglig för andra är begränsad. Det behövs sätt att tillgängliggöra data som inte riskerar att röja uppgifter om enskilda, men som samtidigt ger den detaljnivå som de externa användarna behöver.[14]

10.3 Statlig uppföljning av väntetider och vårdgarantin

Uppföljning används inom i princip alla samhällssektorer. I stort sett handlar uppföljning om att ta fram information om var en insats befinner sig i förhållande till målen för insatsen.[15]

> Uppföljning innebär att samla in information om hur hälso- och sjukvården presterar, i till exempel hälsodataregister, medan utvärdering innebär en bedömning av om syftet med exempelvis en ny lagstiftning har uppnåtts och varför detta har, eller inte har, skett.[16]

På så sätt kan uppföljning ge kunskapsunderlag för beslut om vilka insatser som bör förändras eller ersättas för att nå bättre måluppfyllelse.

10.3.1 Syftet med att följa upp vårdgarantin

Syftet med att följa upp vårdgarantin är att bidra till ett lärande om hur regionerna lever upp till vårdgarantin över tid. Genom uppföljningen får regeringen och berörda aktörer kunskapsunderlag för att vidta åtgärder, i syfte att korta väntetiderna till vården. Underlagen är även viktiga för den statliga tillsynen av vårdgarantin. Uppföljning bidrar också med transparens kring tillgängligheten i hälso- och sjukvården, vilket ökar möjligheterna till insyn för media och allmänhet.

[14] Socialstyrelsen, *Uppdrag att förbereda insamling av uppgifter om väntetider*, 2025 s. 30.
[15] Lindgren, 2008 samt Vedung, 1998.
[16] SOU 2025:62, s. 143.

10.3.2 Dagens uppföljning av tidsgränserna

I dag sker uppföljningen av väntetider på i huvudsak två sätt: det första handlar om uppföljning av hur länge de patienter väntat som fått sitt besök eller sin vårdåtgärd (från beslut om remiss eller beslut om planerad vård) – genomförd vård. Det andra handlar om väntetiden för de patienter som har fått ett beslut om remiss eller beslut om planerad vård, men ännu inte fått sitt besök eller sin åtgärd – väntande patienter.

Att enbart mäta de vårdinsatser som har genomförts skulle ge en otillräcklig bild av hur vårdgarantin uppfylls, eftersom de som fortfarande väntar på vård då inte omfattas. Att enbart mäta de som väntar ger i stället en otillräcklig bild av hur snabbt patienter får sin vård utförd.[17] Vår bedömning är att båda måtten kommer att vara relevanta även med den nya vårdgarantin, men uppföljningen behöver anpassas efter vårdgarantins nya konstruktion.

10.3.3 Väntetider och vårdgarantin har följts upp av olika aktörer

Socialstyrelsens uppföljning

Socialstyrelsen har enligt sin instruktion ett löpande uppdrag att analysera och rapportera om hälso- och sjukvård, bland annat genom statistikframställning, uppföljning och utvärdering. Från och med mars 2026 ska Socialstyrelsen även följa, stödja och främja utvecklingen inom hälso- och sjukvården, bland annat när det gäller tillgänglighet, väntetider och vårdkapacitet.[18]

Socialstyrelsen har haft flera särskilda uppdrag från regeringen att följa upp regionernas arbete med tillgänglighet och utvärdera vårdgarantins resultat. Uppföljningsuppdragen har anpassats efter hur styrningen i övrigt har utvecklats. Under åren 2022–2025 gjordes till exempel flera uppföljningar utifrån överenskommelser om tillgänglighet mellan regeringen och SKR.[19] Från och med 2025 ersatte förordning (2024:1252) om statsbidrag till regioner för stärkt till-

[17] Jfr Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Löftesfri garanti? En uppföljning av den nationella vårdgarantin*, 2017, s. 44 f.
[18] 5 a § förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.
[19] Se till exempel Socialstyrelsen, *Uppföljning av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2022* och *Uppföljning av överenskommelser om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2023 och 2024 Slutredovisning av regionernas insatser*.

gänglighet och ökad vårdkapacitet inom den specialiserade hälso- och sjukvården de tidigare överenskommelserna. Detta har vi beskrivit bland annat i kapitel 4. Enligt förordningen ska Socialstyrelsen årligen lämna en samlad redovisning till regeringen av de bidrag som betalats ut.[20] Detta är inte en uppföljning av tillgängligheten i stort, men en uppföljning utifrån de insatser som regionerna väljer att göra inom ramen för medlen.

Uppföljning, utvärdering och granskning av andra aktörer

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har haft i uppdrag att följa upp vårdgarantins effekter ur ett patientperspektiv. Myndigheten ska även utvärdera regeringens satsningar på att öka tillgängligheten till hälso- och sjukvård och korta vårdköerna under perioden 2019–2025.[21] Regeringen har även tillsatt utredningar, varav vår utredning är en, som haft i uppdrag att se över vårdgarantins konstruktion.[22] I januari 2026 tillsatte regeringen även en nationell samordnare som ska bidra till att den statliga styrningen, kontrollen och uppföljningen stärks och får ett större genomslag i regeringens arbete med att korta vårdköerna.[23] Utöver regeringens initiativ till uppföljning har även Riksrevisionen granskat statens styrning genom vårdgarantin.[24]

10.4 Olika typer av kunskapsunderlag till regeringen

10.4.1 Uppföljning av tillgänglighet och kapacitet

Det arbete som Socialstyrelsen har bedrivit under några år, bland annat i form av strategiska dialoger med regionerna, kan också ses som en form av uppföljning av regionernas arbete med att klara vårdgarantin. Syftet har i första hand varit att öka regionernas tillgänglighet och kapacitet, men det har också handlat om att följa utvecklingen i regionerna. Socialstyrelsen har i uppdrag att löpande följa den nationella utvecklingen av vårdkapacitet och behovet av personal-

[20] Myndigheten lämnar sin första redovisning enligt förordningen i maj år 2026.
[21] Regleringsbrev, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, S2025/02147.
[22] Dir. 2020:81, dir. 2021:107 och dir. 2024:50.
[23] Dir. 2026:3.
[24] Riksrevisionen, *I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer*, 2023.

resurser i regionerna för att främja en hållbar personalförsörjning. I uppdraget ingår bland annat att stödja regionernas produktions- och kapacitetsstyrning för att uppnå de nationella riktvärdena för antalet disponibla vårdplatser och beläggningsgrad. Uppdraget slutredovisas i oktober 2027.[25]

10.4.2 Patientregistret utvecklas som stöd för nationell uppföljning

Patientregistret är ett av Sveriges största hälsodataregister. Det innehåller patientuppgifter om alla vårdtillfällen i sluten vård liksom om läkarbesök i specialiserad öppen vård. Det ger på så vis en helhetsbild av den specialiserade vård som utförs i landet. Registret var från början tänkt som ett epidemiologiskt register, men har över tid kommit att användas även för verksamhetsutvärderingar och kvalitetsuppföljningar.[26] Patientregistret ger ofta stöd för att visa utvecklingen över tid, vilket gör att stora delar av vårdens verksamheter kan följas upp och analyseras utifrån olika perspektiv.

Det pågår ett arbete med att utvidga patientregistret

År 2024 föreslog utredningen om ett nytt hälsodataregister att patientregistret skulle utvidgas till att innehålla uppgifter om patienter väntande till vård, vårdkontakter till andra yrkesgrupper än läkare och även uppgifter från primärvården. Uppgifterna skulle motsvara en stor del av dem som i dag samlas in till väntetidsdatabasen.

Under 2025 har Socialstyrelsen arbetat med att förbereda för utökad insamling av uppgifter från hälso- och sjukvården till patientregistret.[27] Den utökade insamlingen omfattar bland annat uppgifter från den öppna vården. I februari 2026 fick Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra förberedelser för ett nytt regelverk om hälsodataregister, och utökad insamling av uppgifter från hälso- och sjukvården.[28] I uppdraget ingick bland annat att genomföra nödvändig utveckling

[25] Regeringsbeslut, Uppdrag att bidra till att stärka samt följa upp tillgängligheten och vårdkapaciteten på regional och nationell nivå, S2024/01058.
[26] Socialstyrelsen, *Patientregistret – kan ge ledtrådar kring stroke och hjärtinfarkt*, 2022.
[27] Regeringsbeslut, Uppdrag till Socialstyrelsen att förbereda för utökad insamling av uppgifter från hälso- och sjukvården, S2025/00940.
[28] Regeringsbeslut, Uppdrag till Socialstyrelsen att genomföra förberedelser för nytt regelverk om hälsodataregister och utökad insamling, S2026/00384.

och etablering av IT-stöd, kvalitetssäkring och dokumentation av de nya uppgifterna. Socialstyrelsen ska även fortsätta arbetet med att ta fram nödvändiga föreskrifter, inklusive stödmaterial och vägledning till vårdgivare.

10.5 Socialstyrelsen bör följa upp den nya vårdgarantin med hjälp av patientregistret

Bedömning

Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp efterlevnaden av den nya vårdgarantin. I uppdraget bör det ingå att utreda och definiera de uppgifter som ska rapporteras in till patientregistret samt att arbeta för en enhetlig tolkning av begrepp och definitioner.

Skälen för utredningens bedömning

Vi bedömer att uppföljningen av vårdgarantin bör ske av Socialstyrelsen, genom patientregistret. Uppgifterna om väntetider kan på så vis kopplas till personnummer, vilket skapar förutsättningar för en mer kvalitetssäkrad uppföljning än i dag. Genom patientregistret finns det redan en etablerad insamling av uppgifter. På sikt skulle det inte behövas någon särskild lösning för att följa upp väntetider i vården. Det kan i sin tur minska den administrativa bördan för regionerna. Vidare har Socialstyrelsen erfarenhet av att förvalta och utveckla registret.

Uppföljningen av vårdgarantin bör vara regelbunden och utvecklas

Vi bedömer att det bör vara ett regelbundet uppdrag för Socialstyrelsen att följa upp vårdgarantin. Det är Socialstyrelsen som kunskapsmyndighet och som förvaltare av väntetidsdatabasen, som är bäst lämpad att ge regeringen underlag om i vilken utsträckning vårdgarantin uppnås. Uppdraget stämmer också väl överens med

Socialstyrelsens instruktionsenliga uppdrag att följa och rapportera om hälso- och sjukvård.

Det bör ingå i uppdraget att utreda och definiera de uppgifter som ska rapporteras in till patientregistret. Det innebär också att arbeta för en enhetlig tolkning av begrepp och definitioner. Socialstyrelsen bör ha löpande dialog med regionerna, både på grund av det nya regelverket och på grund av att ansvaret för insamlingen av väntetidsdata nyligen övergått från SKR. Det behövs också en bedömning av om nya föreskrifter ska tas fram.[29]

Socialstyrelsens uppföljning av vårdgarantin bör på sikt utvecklas för att åstadkomma ett ökat lärande på regional nivå. Det kan handla om att vårdgarantin följs upp utifrån aspekter som exempelvis socioekonomi, demografi, geografiska förutsättningar och medicinskt verksamhetsområde.

Det är svårt att uppfylla olika aktörers förväntningar på snabb delning av aggregerade data från patientregistret. Det behövs en balans mellan data av god kvalitet och data som är tillgänglig för regioner, patienter, myndigheter och andra aktörer. Dessa olika målgrupper har olika behov av data. Vi bedömer att det är viktigt att Socialstyrelsen tar hänsyn till detta i sitt arbete.

Patientregistret bör användas och utvecklas för uppföljning av vårdgarantin

Socialstyrelsen har utrett olika alternativ för att hantera väntetidsdata och har föreslagit att patientregistret utvecklas för detta ändamål. Ett utökat patientregister med fler uppgifter om beslutstidpunkt eller tidpunkt för utfärdande av remiss kan ge ett bredare underlag för statistik och forskning, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring.[30] Att uppgifterna i patientregistret är kopplade till personnummer ger förutsättningar för att bygga uppföljningen av vårdgarantin på mer tillförlitliga data. Utredningen instämmer i Socialstyrelsens bedömning.

Utredningen konstaterar att fler och delvis andra uppgifter bör samlas in till patientregistret för att kunna följa upp den föreslagna

[29] Socialstyrelsen har möjlighet att utfärda föreskrifter enligt förordning (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen.
[30] Socialstyrelsen, *Regeringsuppdrag om att utveckla förutsättningar för insamling av väntetidsdata*, 2022.

vårdgarantin. Till exempel innehåller registret inga uppgifter om vård från andra yrkeskategorier än läkare i den specialiserade öppna vården. Det behövs för att följa upp den vårdgaranti som vi föreslår, då den medicinska bedömningen kan göras av läkare *eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal*. Enligt uppgift från Socialstyrelsen pågår ett sådant arbete och ett förslag kommer att redovisas under år 2026.[31]

Vidare saknas det uppgifter i patientregistret om start och slut av behandling i den planerade vården. Detta är uppgifter som behövs för att det ska vara möjligt att följa upp väntetider i den planerade vården. När det gäller våra förslag om vårdgarantin handlar det om att kunna följa tiden från att remiss inkommer till den specialiserade vården, eller om någon remiss inte är nödvändig, från den dag den enskilde sökt kontakt med den specialiserade vården till medicinsk bedömning. Det handlar också om tiden från att beslut har fattats om fortsatt planerad vård till att patienten får sin beslutade åtgärd.

Socialstyrelsen bör även beakta andra omständigheter när uppgifterna används för uppföljning på nationell nivå. Exempelvis har nio regioner bytt journalsystem under 2024 och 2025, vilket medfört brister i inrapporteringen till flera datakällor.[32]

Uppföljningen bör inkludera undersökningar och återbesök

Den vårdgaranti som vi föreslår omfattar såväl undersökningar och utredningar, som återbesök. För att uppföljningen ska bli relevant behöver den anpassas efter dessa förändringar.

Uppgifter om när medicinska vårdåtgärder genomförts finns redan i väntetidsdatabasen. När det gäller undersökningar är statistiken däremot bristfällig. Det finns bara uppgifter om väntetider till några typer av undersökningar och det är bara vissa regioner som rapporterar in dessa data. Eftersom vi föreslår att undersökningar och utredningar ska omfattas av vårdgarantin är det viktigt att dessa följs upp.

Förslaget om att vårdgarantin även ska omfatta återbesök är en viktig förändring av dagens regelverk. Som vi beskrivit i kapitel 6 fungerar uppgifterna om återbesök i dag som en slags ”restpost” som inkluderar de kontakter som inte klassas som första kontakt, operation eller åtgärd, undersökning eller akut kontakt. Det går därför inte

[31] Möte med företrädare för Socialstyrelsen 2025-12-02.
[32] Det handlar om följande regioner: Blekinge, Dalarna, Gävleborg, Halland, Norrbotten, Sörmland, Västerbotten, Västernorrland och Örebro.

att urskilja i statistiken hur stor del av återbesöken som till exempel utgörs av planerade uppföljningar och hur stor del som är andra typer av återbesök. Eftersom vi föreslår att återbesök ska ingå i vårdgarantin behöver även dessa följas upp och kunna urskiljas från planerade uppföljningar.

Det har under utredningens gång uttryckts oro för att återbesöken kan komma att tränga undan de planerade uppföljningarna – just för att de senare inte ingår i den nya vårdgarantin. Om sådan undanträngning sker skulle det riskera att drabba kroniskt sjuka patienter, som är en viktig patientgrupp inom planerade uppföljningar.

Vi lämnar inga förslag på kvantitativ uppföljning av planerade uppföljningar, men bedömer att det är något att ta ställning till längre fram. För att det ska vara genomförbart behöver bland annat definitionerna av återbesök och planerad uppföljning utvecklas först.

Även information till patienten bör ingå i uppföljningen

Information till patienten är en viktig och ny del av vårdgarantin, som även den behöver följas upp. Vårt förslag till reglering rör tidsgränser för en viss del av vårdprocessen (se kapitel 7). Det är viktigt att Socialstyrelsen utvecklar uppföljningen så att det är möjligt att följa upp hur det nya regelverket efterlevs i regionerna.

Uppföljningen av utomlänsvården behöver utvecklas

För att kunna följa upp hur stor del av utomlänsvården som består av vård till följd av vårdgarantin behöver Socialstyrelsen utveckla uppföljningen av utomlänsvården. Det finns uppgifter i patientregistret om antalet vårdtillfällen som har skett i en annan region. Däremot går det inte att se hur stor del av utomlänsvården som består av vård på grund av patientens fria val och hur stor del som beror på vårdgarantin. Det gör det svårt att följa upp hur många patienter som skickas vidare till en annan region på grund av att hemregionen inte klarar vårdgarantins tidsgränser.

Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten (EHM) har uppmärksammat att det finns behov av att utreda möjligheterna till en mer robust uppföljning av utomlänsvård, exempelvis genom utökad inrapportering av uppgifter från regionerna till patientregistret.

10.6 Fortsatt uppföljning och användning av avtal för att använda vårdkapaciteten bättre

10.6.1 Arbetet med förmedling av vård bör utvecklas

Bedömning

- EHM och Socialstyrelsen bör fortsätta arbetet med att utveckla en nationell vårdförmedling. Uppföljning av väntetider behöver utvecklas för att snabbt kunna ge en aktuell bild av väntetider, till exempel för nationell vårdförmedling.
- Regeringen bör ge Upphandlingsmyndigheten i uppdrag att i samråd med Socialstyrelsen och EHM stödja regionernas arbete med att identifiera och minska administrativa hinder som försvårar användningen av upphandlade avtal inom hälso- och sjukvården.
- Regionerna bör utforma sina avtal så att de tar hänsyn till behovet av vård hos de egna regioninvånarna samt till behovet av vård hos andra regioners invånare. Regionerna bör på ett enklare sätt än i dag kunna använda varandras avtal när det behövs.

Skälen för utredningens bedömning

För att kunna erbjuda vård i en annan region, behöver regionen känna till hos vilka vårdgivare det finns ledig kapacitet. Uppgifter om väntetider i olika regioner kan användas i direkt syfte att hjälpa patienter att få vård inom vårdgarantins tidsgränser.

I dagsläget finns det ingen samlad nationell bild av vårdgivares möjligheter att ta emot patienter från andra regioner. På senare år har dock ett utvecklingsarbete påbörjats för att få en bild av om det finns ledig kapacitet hos vårdgivare med kortare väntetider, bland annat genom att utveckla och etablera en nationell vårdförmedling (se beskrivning av vårdförmedlingen i avsnitt 4.3.1). Arbetet har utförts inom ramen för olika uppdrag till Socialstyrelsen och EHM.[33]

[33] Regeringsbeslut, Uppdrag att genomföra en förstudie om hur ett nationellt vårdsöksystem kan utvecklas, organiseras och förvaltas, S2022/01372, Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för nationell vårdförmedling, 2023/02117, Uppdrag att genomföra insatser som stödjer

Av den nationella lägesbild[34] som EHM har utvecklat framgår medianväntetider för utförda åtgärder. Dessa kan utgöra en indikation om en vårdgivares möjlighet att ta emot patienter från andra regioner. Informationen hämtas från nationella kvalitetsregister. Under 2026 är planen att den så kallade Vårdförmedlingstjänsten ska testas inom området kataraktoperationer. Det pågår ett arbete med att föra över ett urval av väntetidsdata från väntetidsdatabasen till EHM.[35] Uppdraget ska slutredovisas i februari år 2027.[36]

Myndigheternas arbete med nationell vårdförmedling fyller ett annat syfte än den uppföljning vi föreslår ska göras genom patientregistret. För att en region ska kunna förmedla vård i en annan region krävs snabb tillgång till uppgifter på vårdgivarnivå. Vi bedömer därför att det arbete som EHM och Socialstyrelsen påbörjat behöver fortsätta.

Upphandlade avtal bör användas i större utsträckning

Som vi beskrev i den promemoria som lämnades till regeringen i januari 2025 (se bilaga 3) finns det administrativa hinder som gör att regionerna inte använder sig fullt ut av tillgänglig kapacitet i upphandlade vårdavtal.

För att kunna utnyttja den samlade vårdkapaciteten på ett bättre sätt, och på så sätt bidra till att korta väntetiderna, behöver staten stödja regionerna i arbetet med att utveckla avtalen. Vi föreslår därför att regeringen ger Upphandlingsmyndigheten i uppdrag att stödja regionerna i det arbetet. Uppdraget bör utföras i samråd med Socialstyrelsen och EHM.

Det är en utmaning för regionerna att både ta ansvar för de egna invånarnas vård och samtidigt planera för att kunna erbjuda vård till patienter från andra regioner. Det finns i vissa fall en oro för att den vård som upphandlats inte räcker till de egna regioninvånarna, om avtalen blir kända för andra regioner. Vi bedömer att regionerna bör

och stärker patienters möjlighet att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider, S2023/02119 samt Uppdrag till Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten att utveckla och etablera arbetet med nationell vårdförmedling, S2025/00971.

[34] Den nationella lägesbilden ska ge en överskådlig bild av väntetiderna hos olika vårdgivare runt om i landet.

[35] Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten *Utveckla och etablera arbetet med nationell vårdförmedling Delredovisning*, 2026.

[36] Regeringsbeslut, Uppdrag till Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten att utveckla och etablera arbetet med nationell vårdförmedling, S2022/01372, 2023/02117, S2025/00971.

utforma sina avtal så att vård kan ges även till patienter från andra regioner. Utredningen ser positivt på det förslag som lämnats om att regioner ska lämna uppgifter för ingångna avtal om hälso- och sjukvårdstjänster som upphandlats av eller uppdragits åt privata eller offentliga vårdgivare.[37]

10.7 Behov av en sammanhållen utvärdering

10.7.1 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bör utvärdera konsekvenserna av den nya vårdgarantin

Bedömning

Regeringen bör ge Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att göra en utvärdering av konsekvenserna av den nya vårdgarantin ur ett patientperspektiv.
I utvärderingen bör särskilt fokus läggas vid de nya tidsgränserna, informationsgarantin och om det uppstått några undanträngningseffekter.

Skälen för utredningens bedömning

Våra förslag om en ny vårdgaranti innebär förändringar inom ett område där det varit svårt för staten att få genomslag för sin styrning. Det är därför rimligt att förslagen utvärderas. Utvärderingen bör genomföras under en tidsperiod om cirka 2–5 år så att slutsatser från utvärderingen kan vara en hjälp i implementeringsarbetet, och bidra till eventuella förbättringar i konstruktionen av vårdgarantin.

Utredningen bedömer att Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bör få uppdraget att utvärdera den nya vårdgarantin. Myndigheten har tidigare erfarenhet av att utvärdera vårdgarantin och patientlagen ur ett patientperspektiv och bedöms ha den kompetens som är relevant för uppdraget.

Socialstyrelsen föreslås fortsättningsvis vara en av de aktörer som ansvarar för den regelbundna uppföljningen av väntetider. Myndigheten har också en viktig roll i arbetet med nationell vårdförmedling. Därför bedömer vi att det är bättre att Myndigheten för vård- och

[37] S 2024:A, *Rättsliga förutsättningar för en nationell vårdförmedling*, 2025 s. 4.

omsorgsanalys utvärderar reformens konsekvenser. Eftersom myndigheten inte har någon roll i den regelbundna uppföljningen av vårdgarantin har den möjlighet att göra en mer oberoende utvärdering än Socialstyrelsen.

I den utvärdering som Myndigheten för vård- och omsorgsanalys gör bör det ingå en analys av om, och i så fall vilka, undanträngningseffekter som har uppstått som en effekt av den nya vårdgarantin.

11 Tillsyn av huvudmännen när vårdgarantin inte följs

Vi har i uppdrag att analysera och vid behov föreslå åtgärder som stärker huvudmännens och vårdgivarnas förutsättningar att uppfylla vårdgarantin i den specialiserade vården och följa patientlagen (2014:821).[1] Uppdraget ändrades i denna del delvis genom det tilläggsdirektiv som beslutades av regeringen i oktober 2025.[2] Utredningen ska enligt de nya direktiven analysera och lämna förslag på ekonomiska sanktioner och andra lämpliga åtgärder som tillsynsmyndigheten stegvis ska vidta mot huvudmännen i de fall när den lagstadgade vårdgarantin och patientlagen inte följs, utan att det medför kostnader för patienten. I det här kapitlet lämnar vi förslag på sådana åtgärder och bedömningar kring hur tillsynen av tillgängligheten i vården kan utvecklas.

Vi har i tidigare kapitel beskrivit att regeringen vill öka det nationella ansvaret och ha en starkare statlig styrning av hälso- och sjukvården (se kapitel 4). Regeringen vill även öka den statliga kontrollen och uppföljningen av vården.

11.1 Tillsyn av hälso- och sjukvården

Tillsyn kan bidra till att upprätthålla grundläggande värden i samhället, som rättssäkerhet, effektivitet och demokrati. En tillsynsmyndighet kan ha olika möjligheter att utfärda sanktioner eller göra ingripanden. Det kan handla om att myndigheten

1. helt saknar sanktionsmöjligheter
2. kan besluta om anmärkning, varning eller liknande

[1] Dir. 2024:50.
[2] Dir. 2025:94.

3. kan dra in eller neka tillstånd
4. kan besluta om föreläggande som kan förenas med vite
5. kan besluta om sanktionsavgift
6. kan besluta om förbud mot att bedriva verksamhet
7. kan med författningsstöd besluta om åtalsanmälan.[3]

Tillsynen av hälso- och sjukvården i Sverige syftar till att säkerställa att vården är säker, lagenlig och håller god kvalitet. Det är framför allt Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som ansvarar för tillsynen, men flera andra aktörer har roller i systemet.

IVO:s sanktionsmöjligheter skiljer sig åt mellan de olika tillsynsområdena.[4] På hälso- och sjukvårdens område har IVO, om rätt förutsättningar är uppfyllda, tillgång till alla sanktionsmöjligheter ovan förutom punkterna 2 och 5. IVO har alltså inte möjlighet att besluta om anmärkning, varning eller liknande och inte heller möjlighet att besluta om sanktionsavgifter. Vi återkommer till detta i avsnitt 11.2.

11.1.1 Tillsyn av verksamhet och personal i hälso- och sjukvården

Utgångspunkten för IVO:s tillsyn är att kontrollera om vården och dess personal uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter, samt enligt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Därutöver ska tillsynen genom exempelvis råd och vägledning medverka till att skapa goda förutsättningar för god vård och hög patientsäkerhet. Tillsynen ska genomsyras av ett patient- och brukarperspektiv. Resultatet av tillsynen ska redovisas till de granskade verksamheterna och till den region eller den kommun som berörs.[5] Tillsynsarbetet ska planeras och genomföras med utgångspunkt i egna riskanalyser, så kallad riskbaserad tillsyn.[6]

IVO:s verksamhetstillsyn ska främst inriktas mot att granska att vårdgivare fullgör sina skyldigheter att bedriva ett systematiskt patient-

[3] Se exempelvis Statskontorets rapporter *På väg mot en bättre tillsyn? En studie av den statliga tillsynens utveckling*, 2020 och *Tänk till om tillsynen. Om utformningen av statlig tillsyn*, 2012.
[4] IVO bedriver tillsyn över hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet, socialtjänst samt verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.
[5] Förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.
[6] 2 § förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

säkerhetsarbete.[7] I förarbetena till patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, utvecklas detta och det anges att IVO av nödvändighet måste prioritera i sitt tillsynsuppdrag och att tillsynen över patientsäkerheten är prioriterad.[8]

Vad gäller hur tillsynsärenden inom hälso- och sjukvården inleds så finns klagomålsärenden, som inleds efter anmälan av en enskild, och initiativärenden, ärenden som inleds på IVO:s initiativ.

Förutom IVO finns det även andra myndigheter som bedriver tillsyn av hälso- och sjukvårdens aktörer – Diskrimineringsombudsmannen vad gäller diskriminering i hälso- och sjukvården, Konkurrensverket vad gäller tillsynen av exempelvis lagen (2008:962) om valfrihetssystem och Integritetsskyddsmyndigheten vad gäller tillsyn av personuppgiftsbehandling i hälso- och sjukvården.

Kapitlet kommer fortsättningsvis att inriktas mot IVO:s tillsyn, eftersom det är den myndighet som ytterst ansvarar för att granska och säkerställa att vårdens aktörer följer lagar, regler och god kvalitet.

11.1.2 IVO:s möjlighet att besluta om ett föreläggande

Om en tillsynsmyndighet finner att den som står under tillsyn inte följer aktuell lagstiftning är det vanligt att myndigheten har möjlighet att besluta om ett föreläggande (se punkt 4 i avsnitt 11.1 ovan). IVO har sådana möjligheter.[9] I föreläggandet kan IVO precisera mer exakt vad den som står under tillsyn ska göra eller underlåta att göra för att följa relevant lagstiftning.

IVO:s möjlighet att besluta om föreläggande som kan förenas med vite

Ett föreläggande får förenas med vite.[10] Att ett föreläggande förenas med vite innebär att tillsynsmyndigheten beslutar att den som står under tillsyn och får ett föreläggande riktat mot sig måste betala en viss summa pengar om inte föreläggandet följs. Vite är ett hot om ett betalningsansvar och är avsett att styra någons beteende i ett

[7] 7 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.
[8] Prop. 2009/10:210, s. 127.
[9] IVO har stöd av flera olika lagrum, se exempelvis 26 f § lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade och 28 kap. 9 § socialtjänstlagen (2025:400).
[10] Se exempelvis 7 kap. 25 § PSL.

enskilt fall. Om ett tidigare föreläggande inte har följts bör alltid ett nytt föreläggande utfärdas och förenas med vite.[11]

När vite föreläggs, ska vitet fastställas till ett belopp som med hänsyn till vad som är känt om adressatens ekonomiska förhållanden och till omständigheterna i övrigt kan antas förmå adressaten att följa det föreläggande som är förenat med vitet.[12] Detta blir något annorlunda då adressaten är ett offentligrättsligt organ.

> Vitet kommer inte (liksom inte heller i det fall då en privaträttslig juridisk person är adressat) att få till huvuduppgift att övervinna psykiskt motstånd hos adressaten själv; i stället torde föreläggandet främst avse att bryta motståndet hos en viss eller vissa befattningshavare eller ledamöter anknutna till det offentligrättsliga organet.[13]

Krav på förelägganden som har förenats med vite

Det har utvecklats vissa generella utgångspunkter i domstolspraxis som tillsynsmyndigheten måste beakta vid utformandet av ett föreläggande som har förenats med vite, ett så kallat vitesföreläggande.

Högsta förvaltningsdomstolen har till exempel uttalat att en myndighet måste ha uttryckligt författningsstöd för att besluta om vitesföreläggande och att ett föreläggande att vidta olika åtgärder enbart får avse sådant som följer av den aktuella lagstiftningen. Utgångspunkten vid en prövning av om ett vitesföreläggande är tillräckligt preciserat är att den som föreläggandet riktar sig till, för att följa föreläggandet och därmed undgå att vitet döms ut, måste vidta just de åtgärder som anges i föreläggandet. Den som ett föreläggande riktar sig till måste få tydliga uppgifter om vad denne ska göra för att följa föreläggandet.[14]

Liknande resonemang förekommer även i de domstolsprocesser som inleddes efter IVO:s granskning av antalet vårdplatser i akutsjukvården.[15]

---

[11] Prop. 2009/10:210, s. 226–227.
[12] 3 § lag (1985:206) om viten.
[13] Lavin, *Viteslagstiftningen. En kommentar*, kommentaren till 2 §.
[14] HFD 2020 ref. 28.
[15] Se Kammarrätten i Göteborgs dom i mål nr 4502-22 och Förvaltningsrätten i Stockholms dom i mål nr 3487-23.

11.1.3 Tillsyn av tillgänglighet, väntetider och vårdgarantin

IVO:s tillsyn av tillgänglighet i vården, inklusive väntetider och den lagstadgade vårdgarantin, tar sin utgångspunkt i patientsäkerheten och de allmänna bestämmelserna kring denna i PSL.[16]

Kopplingen mellan bristande tillgänglighet och patientsäkerhet, ofta i form av långa väntetider till vård, är välbelagd. Lång väntan kan förvärra symptom, försämra patientens tillstånd och leda till ett sämre kliniskt resultat.[17] Patientsäkerhetsarbetet är en central del av hälso- och sjukvården och syftar till att förebygga vårdskador, stärka vårdens kvalitet och säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.[18] Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.[19] Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård uppfylls. Vidare ska vårdgivaren vidta de åtgärder som behövs för att förebygga vårdskador.[20]

Därutöver finns Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete,[21] med mer detaljerade regler kring hur vårdgivare ska arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten.

IVO:s möjlighet att besluta om ett föreläggande på grund av bristande tillgänglighet

IVO:s möjlighet att besluta om föreläggande för bristande tillgänglighet riktar sig till vårdgivare. En vårdgivare har en lagstadgad skyldighet att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) upprätthålls. Vidare ska vårdgivaren vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador.[22] Om vårdgivaren inte lever upp till dessa krav har IVO möjlighet att vid sin tillsyn utfärda ett föreläggande om att fullgöra sina skyldigheter

[16] Se 7 kap. 3 § 2 st. och 3 kap. PSL.
[17] Socialstyrelsen *Tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Februari 2018*, 2018.
[18] De övergripande bestämmelserna om systematiskt patientsäkerhetsarbete finns i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL och PSL.
[19] 5 kap. 1 § HSL.
[20] 3 kap. 1§ 2 § PSL.
[21] SOSFS 2011:9.
[22] 3 kap. 1 och 2 §§ PSL.

kopplade till patientsäkerhetsarbetet.[23] För att IVO inte ska utfärda ett föreläggande krävs att den som granskas kan visa att bristerna snarast kommer att åtgärdas och att det har upprättats en konkret handlingsplan för när påtalade brister kommer att vara åtgärdade.

Som en yttersta åtgärd har IVO möjlighet att helt eller delvis förbjuda verksamheten om ett föreläggande inte följs och missförhållandena är av tillräckligt allvarligt slag.[24]

IVO har uppmärksammat kopplingen mellan patientsäkerhet och tillgänglighet

IVO har inte särskilt granskat uppfyllelsen av vårdgarantin inom ramen för sin tillsyn. Det har dock förekommit att IVO har beslutat om åtgärder mot verksamheter i de fall då patienters väntan på vård har påverkat patientsäkerheten. IVO har till exempel funnit att långa väntetider på vård ökar riskerna för psykisk ohälsa hos barn:

> Långa väntetider hos BUP får allvarliga konsekvenser för de drabbade barnen eftersom obehandlade depressioner och ångestsyndrom kan förvärra suicidala tendenser och självskadebeteenden. I ett fall har ett barn försökt ta sitt liv i väntan på behandling och i ett annat fall fick ett barn vänta i fem månader efter ett suicidförsök. […] Klagomålen visar att långa väntetider inom vården ofta leder till försämrat mående för patienter som drabbas.[25]

Även inom andra områden än barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) visar IVO:s lex Maria-beslut att det finns en koppling mellan långa väntetider och patientsäkerhet och att lång väntan kan leda till allvarliga vårdskador.[26]

[23] 7 kap. 24 § PSL.
[24] 7 kap. 26 och 27 §§ PSL.
[25] IVO, *Iakttagelser i korthet*, maj 2025.
[26] Se exempelvis IVO:s beslut 2024-08-18 i ärende med dnr 3.1.1-05819/2025-9 avseende bråck, beslut 2024-02-26 i ärende med dnr 3.1.1-35834/2023-5 avseende urinblåsecancer, beslut 2025-02-26 i ärende med dnr 3.1.1-36095/2024-3 avseende tarmundersökning, beslut 2025-04-08 i ärende med dnr 3.1.1-04262/2025-5 avseende koloskopiundersökning.

11.2 Förstärkt tillsyn av vårdgarantin

11.2.1 IVO får möjlighet att förelägga vårdgivaren med vite

Förslag

Om IVO finner att informationsgarantin i vårdgarantin eller informationsskyldigheten i patientlagen inte fullgörs får inspektionen förelägga vårdgivaren eller regionen i egenskap av huvudman att avhjälpa bristen. Föreläggandet får förenas med vite. En möjlighet att överklaga IVO:s beslut införs.

Ändringarna berör 7 kap. 25 § och 10 kap. 13 § patientsäkerhetslagen. En ny bestämmelse införs i 7 kap. 23 b § patientsäkerhetslagen.

Skälen för utredningens förslag

Vi föreslår en ny bestämmelse i PSL som ger IVO möjlighet att utöva tillsyn både över den nya, lagstadgade informationsgarantin i vårdgarantin[27] och över informationsskyldigheten som sedan tidigare regleras i patientlagen.[28] Genom det förra blir även vårdgarantin i sig föremål för tillsyn. IVO får möjlighet att förena ett föreläggande med ett vite, om det bedöms lämpligt. Detta gäller både den allmänna vårdgarantin och vårdgarantin för BUP. Vårt förslag till tillsyn syftar till att stärka patientsäkerheten och patientens rättigheter.

Tillsyn med utgångspunkt i patientsäkerhet

IVO:s tillsyn över tillgängligheten i vården tar sin utgångspunkt i patientsäkerheten och de allmänna bestämmelserna kring denna i PSL. I princip samtliga av IVO:s möjligheter att ingripa är beroende av att fara eller missförhållanden finns för patienters liv, hälsa eller personliga säkerhet.[29]

[27] 9 kap. 1 § HSL, 2 kap. 3 § patientlagen (2014:821), PL och 6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF.
[28] Enligt 3 kap. 1 och 2 §§ PL.
[29] Undantaget är en regel om att IVO får förelägga den som inte har fullgjort sin anmälningsskyldighet till vårdgivarregistret att fullgöra denna skyldighet. 7 kap. 23 a § PSL.

Detta är väsentligt när det gäller våra möjligheter att lämna förslag på ekonomiska sanktioner och andra lämpliga åtgärder som tillsynsmyndigheten stegvis ska vidta mot huvudmännen i de fall när den lagstadgade vårdgarantin och patientlagen inte följs. Sådana förslag behöver alltså ha direkt koppling till patientsäkerhet. Information till patienten har en stark sådan koppling.

Information till patienten är central för att uppnå en god patientsäkerhet. Avsaknad av information till patienten riskerar i sig att försämra vårdförloppet för patienten och även att leda till vårdskador. Finns det brister i hur patienten får information behöver tillsynsmyndigheten agera för att snabbt avhjälpa sådana brister. Genom kopplingen mellan patientsäkerhet och information blir också tillsynen över information till patienter en del av IVO:s prioriterade tillsyn.[30]

Behov av förstärkt tillsyn av information

I vårt förslag till vårdgaranti (se kapitel 7) ingår en informationsgaranti, som en del i en stärkt vårdgaranti. Inom två specifika tidsgränser, tre respektive tio arbetsdagar, ska patienten få viktiga besked om sin vård. Samtidigt finns informationsskyldigheten i patientlagen sedan tidigare, som ytterligare stärker patientens rätt till information.

Patientlagen innehåller tydliga regler om att patienten bland annat ska få information om vid vilken tidpunkt han eller hon kan förvänta sig att få vård, om möjligheten att välja utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård, samt om vårdgarantin.[31] Lagen har dock fått kritik genom åren för att inte ha fått något riktigt genomslag. Många patienter upplever att det finns brister i den information som ska ges. Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys har utvärderat patientlagens genomslag och kommit fram till att det finns få tecken på förbättringar i lagens efterlevnad över tid. Myndigheten har lyft fram ett behov av en stärkt tillsyn av patientlagens efterlevnad och att avvikelser behöver leda till tydligare ansvarsutkrävande och konsekvenser för huvudmän och vårdgivare.[32]

[30] IVO:s verksamhetstillsyn ska främst inriktas mot att granska att vårdgivare fullgör sina skyldigheter att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. I förarbetena till PSL utvecklas detta och det anges att IVO av nödvändighet måste prioritera i sitt tillsynsuppdrag och att tillsynen över patientsäkerheten är prioriterad. 7 kap. 3 § PSL, prop. 2009/10:210, s. 127. Se även avsnitt 11.1.1 ovan.
[31] 3 kap. 1 och 2 §§ PL.
[32] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *En lag som kräver omtag. Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet*, 2021, s. 17.

Sammantaget finns goda skäl till förstärkt tillsyn av patientens rätt till information.

Förslag om att införa föreläggande med vite för patientens rätt till information

Föreläggandet ska kunna riktas både mot huvudmän och vårdgivare

Regionen kan uppträda både som vårdgivare och huvudman.[33] Den nya bestämmelsen om föreläggande som vi föreslår ger tillsynsmyndigheten flexibilitet när den tar ställning till vilken aktör ett beslut bör ställas mot. Brister i informationen kan förekomma både på huvudmannanivå och på vårdgivarnivå, beroende av hur en region är organiserad och vilka typer av brister som avses. Det finns samtidigt aspekter av informationsskyldigheten och den nya informationsgarantin, där huvudmannen har ett större ansvar och där det framstår som rimligt att IVO skulle kunna rikta föreläggande mot regionen i den egenskapen. Det kan exempelvis handla om att huvudmannen har ett ansvar att se till att det finns faktiska möjligheter för vårdgivaren att ge patienter den information som ska ges enligt aktuella bestämmelser på ett lämpligt sätt. Det kan också handla om att huvudmannen har ett ansvar att se till att det finns rutiner som är lika mellan vårdgivare och som möjliggör informationsdelning mellan vårdgivare.

Reglerna i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m. (SOSFS 2004:11) riktar sig visserligen till vårdgivare och verksamhetschef, men utredningen bedömer att regionen som huvudman även kan ha ett ansvar för att dessa aktörer har en reell möjlighet att leva upp till föreskriftens krav. Dessa föreskrifter är tätt sammanlänkade med informationskravet eftersom det är genom remissystemet som patienter slussas mellan vårdgivare och det är många gånger då som patientens behov av information är som störst.

[33] Jfr 2 kap. 2 och 3 §§ HSL.

Ett föreläggande ska kunna förenas med vite

Utredningen konstaterar att reglerna om information i patientlagen som finns sedan tidigare[34] är konkreta och tydliga och att det går förhållandevis lätt att konstatera om en region inte följer dem. Detsamma gäller de nya reglerna om en informationsgaranti som vi föreslår ska ingå i vårdgarantin och som även de är reglerade i patientlagen.[35] Patienten ska få information *inom tre arbetsdagar* om att remissen i den specialiserade vården har tagits emot och *inom tio arbetsdagar* få information om när en medicinsk bedömning ska ske. Det är också tydligt att regionerna behöver agera på ett visst sätt för att kunna leva upp till författningskraven. Reglerna kompletteras av att Socialstyrelsen har föreskrifter om remisser som även fortsättningsvis ska följas.

Sammantaget finns goda skäl till vårt förslag om att IVO ska kunna utfärda ett föreläggande med vite mot en region som inte lever upp till författningskraven. Vi bedömer att IVO kommer ha stora möjligheter att formulera ett vitesföreläggande som även håller för en granskning i domstol.[36] Storleken på vitet ska anpassas till vad som bedöms nödvändigt och tillsynsmyndigheten får göra en bedömning i denna fråga i varje enskilt fall. Lagen (1985:206) om viten är tillämplig på de viten som en myndighet kan komma att förelägga. Det betyder att frågor om utdömande av viten som regel prövas av förvaltningsrätt på ansökan av myndigheten.

I likhet med andra föreläggande som IVO meddelar ska även föreläggande som rör informationsskyldigheten enligt patientlagen och informationsgarantin i vårdgarantin kunna överklagas. Ett tillägg föreslås därför i 10 kap. 13 § patientsäkerhetslagen som innebär att dessa beslut om föreläggande kan överklagas till allmän förvaltningsdomstol.

[34] 3 kap. 1 och 2 §§ PL.
[35] Den nya vårdgarantin regleras i 2 kap. 3 § PL, 9 kap. 1 § HSL och 6 kap. 1 a § HSF.
[36] Jfr med HFD:s resonemang ovan under 11.1.2.

11.2.2 Överväganden om tillsyn över vårdgarantins tidsgränser

I princip samtliga av IVO:s möjligheter att ingripa genom tillsyn är alltså beroende av att fara eller missförhållanden finns för patienters liv, hälsa eller personliga säkerhet.[37] Det är med denna utgångspunkt som vi har övervägt möjligheter till tillsyn av vårdgarantins tidsgränser.

Vi konstaterar att de tidsgränser som ingår i vårdgarantin inte i det enskilda fallet kan beskrivas som patientsäkerhetsrisker så snart de överskrids. Det kommer finnas patienter som behöver vård tidigare än vad tidsgränserna anger, liksom det kommer finnas patienter som kan vänta längre – där ett överskridande av tidsgränsen inte innebär någon direkt patientsäkerhetsrisk.

Utredningen har övervägt sanktionsavgifter eller vite när vårdgarantins tidsgränser inte nås

Vi har inte haft i uppdrag att göra någon översyn av IVO:s grunduppdrag eller göra någon förändring i den inriktning som IVO:s tillsyn har. Vi ska inte heller lämna förslag kring *hur* regionerna uppnår vårdgarantin. Med utgångspunkt i hur tillsynen inom hälso- och sjukvården fungerar i dag är det därför oförenligt med gällande lagstiftning att införa en tillsyn av vårdgarantin som inte är inriktad på patientsäkerhetsrisker. Utan koppling till patientsäkerhet går det följaktligen inte att införa en tillsyn som bygger på måluppfyllelse av vårdgarantins tidsgränser. Att föreslå sanktionsavgifter när vårdgarantins tidsgränser överskrids är därför inte aktuellt.

Vi har även övervägt att ge IVO möjlighet till att förelägga huvudmän med vite, i de fall då regionerna inte når upp till vårdgarantins nya tidsgränser. För att föreläggande ska kunna förenas med vite krävs det enligt domstolspraxis (se avsnitt 11.1.2 ovan) att det finns en författningsreglering, inte bara av *vilket* resultat som ska uppnås, (kortare väntetider i det här fallet) utan även av *hur* resultatet ska uppnås. Detta behövs för att tillsynsmyndigheten ska kunna ange vilka åtgärder som ska vidtas.

Utredningen har inte föreslagit mer detaljerade regler för hur regionerna ska arbeta för att kortare väntetider och för att nå vård-

[37] Som ovan nämnt är undantaget en regel om att IVO får förelägga den som inte har fullgjort sin anmälningsskyldighet till vårdgivarregistret att fullgöra denna skyldighet. 7 kap. 23 a § PSL.

garantins tidsgränser. Vi bedömer att det, med hänsyn till det kommunala självstyret, är rimligt att det inte finns någon detaljreglering av det slaget. Det är därför inte lämpligt eller möjligt att föreslå några utvidgade föreläggandemöjligheter som inkluderar vite, när det handlar om att nå upp till vårdgarantins tidsgränser. IVO skulle inte ha rätt eller möjlighet att precisera vilka åtgärder som regionen ska vidta för att nå tidsgränserna i vårdgarantin. Därför är inte vitesföreläggande gentemot regionen möjliga. Denna problematik har uppmärksammats av både IVO och Riksrevisionen.[38]

Tillförlitliga data behövs för att kunna utöva tillsyn

För att IVO ska kunna utöva tillsyn över vårdgarantins tidsgränser behövs tillförlitliga data som kan ligga till grund för tillsynen. I kapitel 4 och kapitel 10 beskriver vi brister i data för väntetider i vården och att Socialstyrelsen nyligen har tagit över ansvaret för insamlingen av väntetidsdata från SKR. Utredningen bedömer i samma kapitel att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att följa upp den nya vårdgarantin med hjälp av patientregistret. Samma typer av uppgifter som Socialstyrelsen behöver för uppföljning är IVO i behov av för att på sikt kunna utöva en skarpare tillsyn över vårdgarantin. Utredningen konstaterar att dessa datakällor inte finns på plats i dagsläget.

11.3 IVO:s tillgång till uppgifter ur patientregistret

Bedömning

Det bör införas en ny sekretessbrytande bestämmelse som möjliggör att IVO får tillgång till vissa individuppgifter ur patientregistret. Med en sådan förändring stärks IVO:s tillsyn av vårdgarantin.

Bestämmelsen bör införas först när Socialstyrelsen slutfört arbetet med insamlingen av uppgifter om väntetider till patientregistret.

[38] IVO, *Tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården*, 2021, s. 61 och Riksrevisionen, *I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer*, 2023, s. 32.

Skälen för utredningens bedömning

IVO har i dag inte någon samlad tillgång till uppgifter om enskilda patienters väntetider i vården. Även om den typen av uppgifter samlades i patientregistret hos Socialstyrelsen så skulle inte IVO få tillgång till uppgifterna på grund av sekretess.[39] Utredningen bedömer att det bör införas en sekretessbrytande bestämmelse som ger IVO tillgång till uppgifter om enskilda patienters väntetider i vården. Det skapar förutsättningar för en mer effektiv tillsyn av tillgänglighet i vården.

Innan den sekretessbrytande bestämmelsen införs bör Socialstyrelsen ha slutfört arbetet med att flytta väntetidsdata till patientregistret. Det behövs också uppgifter om den nya vårdgarantin, som kan ligga grund för tillsynen, innan bestämmelsen införs. Först då kan en ordentlig analys göras av vilka uppgifter IVO bör få tillgång till för att bedriva en effektiv tillsyn.

Utredningen bedömer inte att IVO är i behov av, eller att det är motiverat, att IVO får tillgång till *hela* patientregistret för att kunna bedriva ett effektivt tillsynsarbete. Vidare behöver det utredas hur en ny sekretessbrytande bestämmelse bör utformas juridiskt och vilka konsekvenser en sådan bestämmelse får för exempelvis den personliga integriteten. Detta är några av flera skäl till att vi inte lämnar något skarpt förslag utan endast en bedömning.

Ett utbyggt patientregister med väntetidsdata skulle göra skillnad

I tidigare kapitel har vi beskrivit hur ansvaret för att samla in uppgifter om väntetider i vården har flyttats från SKR till Socialstyrelsen (se kapitel 4 och 10). Socialstyrelsen planerar för att samla uppgifter om väntetider i patientregistret. Samtidigt är det ett faktum att långa väntetider i vården kan påverka patientsäkerheten.

IVO har i flera sammanhang fört fram behovet av tillgång till uppgifter ur hälsodataregister[40], vilket patientregistret är ett exempel på. I dag omfattas mer detaljerade uppgifter ur registret av så kallad statistiksekretess enligt 24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen.

[39] Enligt 24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).
[40] Se exempelvis IVO:s remissvar till betänkandet *Ett nytt regelverk för hälsodataregister*, SOU 2024:57.

IVO har endast möjlighet att få ut uppgifter på aggregerad nivå. Om IVO hade tillgång till uppgifter på individnivå skulle tillsynen kunna utvecklas väsentligt.

Ett utbyggt patientregister med väntetidsdata skulle kunna ge värdefulla uppgifter om tillgänglighet och de tidsgränser som finns i vårdgarantin. Genom en sekretessbrytande bestämmelse som ger IVO tillgång till sådana uppgifter får IVO möjlighet att utveckla tillsynen av tillgänglighet och tidsgränserna i vårdgarantin.

Om IVO får tillgång till detaljerade uppgifter ur patientregistret kan det minska behovet av journaluppgifter, som IVO i dag behöver för sin tillsyn. I jämförelse med data som finns i patientregistret framstår uppgifter från patientjournaler som betydligt mer känsliga.

En ny sekretessbrytande bestämmelse skulle i första hand vara ett stöd för IVO att arbeta riskbaserat och identifiera situationer som kan granskas vidare, vilket ligger i linje mer hur IVO ska bedriva sin tillsyn enligt myndighetens instruktion. Utredningen bedömer det som mindre troligt att uppgifterna ur patientregistret ensamt skulle kunna ligga till grund för olika beslut i tillsynen.

12 Kontinuitet inom specialiserad vård

Kontinuiteten inom svensk hälso- och sjukvård brister och behöver stärkas. Det är viktigt inte minst för att uppfylla patientens behov av trygghet och säkerhet. Det finns även tydliga vinster med ökad kontinuitet för hälso- och sjukvårdssystemet i stort.

Vi har i uppdrag att föreslå hur patienter med utdragna vårdförlopp eller med flera olika diagnoser kan få tillgång till en fast läkarkontakt i relevanta delar av den specialiserade vården. Vi ska även lämna nödvändiga författningsförslag. Det handlar sammantaget om förslag som kan leda till ökad kontinuitet i den specialiserade vården.

12.1 Kontinuitet främjar hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet

Vården ska tillgodose patienters behov av kontinuitet.[1] Kontinuitet handlar till exempel om att patienter ska få en fast vårdkontakt om de själva begär det eller om de anses ha behov av det.[2] Patienter ska även få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården.[3] Kontinuitet kan också innebära att vårdpersonalen har tillgång till relevant information om patienten.

Fast vårdkontakt (för all hälso- och sjukvård) och fast läkarkontakt i primärvården är de samordnarfunktioner som är lagreglerade, men det kan finnas andra utsedda kontaktpersoner i hälso- och sjukvården också. De senare är vanligen specialiserade inom sitt område – till exempel finns samordnare i psykiatriska vården, kontaktsjuksköterska i cancervården, specialistsjuksköterska i barnsjukvården, samordnings-

[1] 5 kap. 1 § 2 hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.
[2] 6 kap. 2 § patientlagen (2014:821), PL.
[3] 6 kap. 3 § PL.

sköterska och distriktssköterska på vårdcentraler samt distriktssköterska inom hemsjukvården. Dessa kontaktpersoner fyller också funktionen fast vårdkontakt.[4]

Ett flertal utredningar och rapporter om vårdens organisering har argumenterat för att kontinuitet bör vara en bärande princip som genomsyrar vårdens styrning, organisation och arbetssätt.[5] Kontinuitet mellan patienter och vårdens medarbetare anses främja vårdens kvalitet och effektivitet och är även centralt i upplevelsen för patienter och vårdens medarbetare. Trots att kontinuitetsaspekten ofta lyfts fram uppvisar svensk hälso- och sjukvård brister i kontinuitet i jämförelse med andra länder.[6]

12.1.1 Det finns olika typer av kontinuitet

I forskningslitteraturen beskrivs kontinuitet ofta med hjälp av tre olika dimensioner: informationskontinuitet, managementkontinuitet och relations- eller personkontinuitet.[7]

Informationskontinuitet innebär att vårdpersonalen som tar hand om en patient har tillgång till relevant information. Det handlar framför allt om de kontakter som patienten tidigare har haft med vården, oavsett om de ägt rum digitalt, på olika sjukhus, vårdcentraler eller mottagningar. Det viktigaste verktyget för att upprätthålla informationskontinuitet är journalen, som ska föras individuellt för varje patient och innehålla relevant information.[8] Informationskontinuitet innebär också att patienten får information om åtgärder och den planerade vårdprocessen. Strukturerad journalinformation, sammanhållen journalföring samt rutiner för informationsöverlämning är några faktorer som främjar informationskontinuiteten.

Managementkontinuitet, som ibland benämns koordinerande kontinuitet eller behandlingskontinuitet, syftar till att tillhandahålla sjukvård i rätt tid enligt gemensamma riktlinjer och vårdprogram. Managementkontinuitet uppnås genom ett effektivt samarbete mellan team

[4] Socialstyrelsen, *Fast vårdkontakt – När, var hur?* 2017.
[5] Se till exempel SOU 2016:2, kapitel 13.
[6] Se till exempel Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Vården ur befolkningens perspektiv. International Health Policy Survey (IHP) 2023*, 2024.
[7] Saultz JW, 2003. Haggerty J, Reid R, Freeman G, Starfield B, Adair CM, R, 2003. Deeny S, Gardner T, Al-Zaidy SB, I., Steventon A, 2017. Meiqari L, Al-Oudat T, Essink D, Scheele F, Wright P, 2019.
[8] 3 kap. 2 och 5 §§ patientdatalag (2008:355).

och över vårdgränser, för att ge en mer sömlös vård som motsvarar en patients behov över tid.

Relations- eller personkontinuitet avser vårdbesök till en och samma läkare eller annan vårdpersonal. Bestämmelserna om fast vårdkontakt och fast läkarkontakt i primärvården kan främja olika typer av kontinuitet men syftar framför allt till att stärka relationskontinuiteten inom hälso- och sjukvården.

Även om kontinuitet beskrivs med hjälp av olika dimensioner så hänger dessa ihop, till exempel kan relationskontinuitet hjälpa till att bidra till bättre informationskontinuitet.

Hög relationskontinuitet i vården har goda effekter

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har undersökt vilka effekter relationskontinuitet har i hälso- och sjukvården för personer med astma eller kroniskt obstruktiv lungsjukdom respektive personer med allvarlig psykisk sjukdom.[9] Studien visar att kontakt med samma läkare eller annan vårdpersonal under en längre tid har gynnsamma effekter. Det handlar både om en minskad risk för att dö i förtid och lägre kostnader genom ett minskat antal akutmottagningsbesök och sjukhusinläggningar.[10]

En utredning som lyft fram kontinuitetens betydelse i hälso- och sjukvården är betänkandet Effektiv vård.[11] På senare år har Produktivitetskommissionen konstaterat att brister i kontinuitet utgör en bakomliggande orsak till ineffektivitet i vårdsystemet.[12] Effektivitetsvinster av förbättrad kontinuitet kan till exempel handla om minskad tid för inläsning, minskade behov av överrapportering och ett minskat kommunikationsbehov för att etablera förtroende med nya patienter. Även behovet av onödig dubbeldokumentation och vissa laboratorieundersökningar kan minska med förbättrad kontinuitet, vilket också stärker patientsäkerheten.[13]

[9] SBU, *Kontinuitet i vården – En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska och etiska aspekter*, 2021.
[10] Ibid.
[11] SOU 2016:2.
[12] SOU 2025:96.
[13] Ibid.

12.2 Det finns en bestämmelse om fast läkarkontakt i primärvården

Regionerna ansvarar för att alla som omfattas av deras ansvar kan välja och få tillgång till en fast läkarkontakt hos den utförare inom primärvården där patienten är listad.[14] Regleringen om fast läkarkontakt i primärvården har funnits sedan mitten av 1990-talet. Enligt förarbetena till bestämmelsen ska den fasta läkarkontakten ansvara för att patienten undersöks, såvitt möjligt ställa diagnos och se till att patienten får den medicinska vård som hälsotillståndet kräver och vidta andra åtgärder som kan vara nödvändiga.[15] Den fasta läkarkontakten ska också ge patienten vägledning i patientens övriga kontakter med hälso- och sjukvården. Om det krävs, ska samma person också samordna de utredningar och behandlingar som har gjorts. Läkaren ska även informera patienten om hälsotillståndet och om de behandlingsalternativ som finns tillgängliga och vilket av dessa som ur medicinsk synpunkt bedöms som mest lämpligt. Det är en viktig uppgift för läkaren att se till att patienten har en möjlighet att samråda om och påverka vården och behandlingen.[16]

Utredningen Samordnad utveckling för en god och nära vård (S 2017:01) föreslog ett förtydligande av att patienten ska informeras om möjligheten att få tillgång till och välja en fast läkarkontakt i primärvården. Detta då kunskapen om den möjligheten, och därmed andelen i befolkningen med en namngiven fast läkarkontakt i primärvården, är låg.[17] Förslagen blev verklighet genom en lagändring, som trädde i kraft den 1 juli 2022.[18]

Socialstyrelsen har tagit fram material för att stödja vård- och hälsocentraler i att dimensionera och utveckla uppdraget fast läkarkontakt på ett sätt som är förenligt med verksamhetens uppdrag och arbetsmiljö. Socialstyrelsen har även tagit fram ett nationellt riktvärde för antalet invånare som en läkare som arbetar i primärvården kan vara fast läkarkontakt för. Riktvärdet är 1 100 invånare per specialist i primärvården och 550 invånare per läkare i specialisttjänstgöring (ST) i allmänmedicin i mitten av sin specialistutbildning.[19]

---

[14] 7 kap. 3 § första stycket HSL.
[15] Prop. 1994/95:195 s. 41 f.
[16] Ibid.
[17] SOU 2018:39.
[18] Prop. 2021/22:72, bet. 2021/22:SoU22, rskr. 2021/22:225.
[19] Socialstyrelsen, *Nationellt riktvärde för fast läkarkontakt*, 2024.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vård- och omsorgsanalys) har i uppdrag av regeringen att följa hur stor andel av befolkningen som uppfattar att den har en fast, namngiven läkarkontakt i primärvården.[20] Den första delredovisningen publicerades i oktober 2024. Den visade att cirka tre av tio i befolkningen uppfattar att de har en fast läkare. Andelen med en fast läkare är högre i grupper som generellt har ett högre vårdbehov.[21] Den andra delredovisningen som publicerades i mars 2026 visar att tillgången till fast läkare i primärvården ökade något mellan 2024 och 2025, från 26 procent till 31 procent. Behovet av fast läkare är dock betydligt större än tillgången, även i grupper med stora och komplexa vårdbehov.[22] Projektet slutredovisas i maj 2027.

12.3 Patienter har rätt till en fast vårdkontakt inom all hälso- och sjukvård

Sedan 2010 finns även bestämmelser om fast vårdkontakt. En fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.[23] Bestämmelsen gäller all hälso- och sjukvård, det vill säga såväl primärvård som specialiserad vård. Beroende på vilket behov patienten har kan en fast vårdkontakt vara någon ur hälso- och sjukvårdspersonalen, till exempel en läkare, en sjuksköterska eller en psykolog, men det kan även vara en mer administrativ funktion som koordinerar patientens vård. Patienter som har kontakt med flera olika delar av hälso- och sjukvården – olika enheter, vårdgivare och huvudmän – kan behöva ha mer än en fast vårdkontakt.

Enligt förarbetena till bestämmelsen är syftet att förbättra patientens ställning och se till att patienterna får möjlighet till delaktighet och självbestämmande i kontakterna med hälso- och sjukvården.[24] Verksamhetschefen ska alltid utse en fast vårdkontakt på patientens begäran, oavsett om det anses behövas eller inte. Patientens önske-

[20] Regeringsbeslut S2024/01007.
[21] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Fast läkarkontakt i primärvården – Behov och tillgång ur befolkningens perspektiv*, 2024.
[22] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *En fast punkt? Uppföljning av förekomsten av fast läkarkontakt i befolkningen: delrapport*, 2026.
[23] 6 kap. 2 § PL.
[24] Prop. 2009/10:67 s. 61.

mål om vem som ska vara den fasta vårdkontakten ska tillgodoses så långt det är möjligt.[25] Av förarbetena framgår också att för patienter med vissa sjukdomstillstånd kan en fast vårdkontakt behöva vara en läkare, till exempel för att följa en kronikers sjukdomsförlopp under en längre tid.[26] Någon närmare reglering om detta finns inte i nuläget.

För att stödja arbetet med att öka de fasta vårdkontakterna har Socialstyrelsen tagit fram en nationell vägledning och olika stödmaterial riktade till olika verksamheter.[27]

12.3.1 Nya bestämmelser för fast vårdkontakt

I februari 2026 beslutade riksdagen i enlighet med regeringens proposition Nästa steg för en god och nära vård.[28] Av propositionen framgår bland annat att en patient ska få information om vem som är patientens fasta vårdkontakt samt hur patienten kan komma i kontakt med sin fasta vårdkontakt.[29] Den aktuella kontakten behöver även namnges, det är inte tillräckligt att informera patienten om att det har utsetts en fast vårdkontakt inom en viss profession utan att tala om vem det är.[30] Lagändringarna träder i kraft den 1 juli 2026.

12.3.2 För patienter med livshotande tillstånd behöver den fasta vårdkontakten vara en legitimerad läkare

För patienter med livshotande tillstånd ska den fasta vårdkontakten i den specialiserade vården alltid vara en legitimerad läkare. Detta regleras av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om livsuppehållande behandling.[31] Det är verksamhetschefen som ansvarar för att en legitimerad läkare utses som fast vårdkontakt i dessa fall. Det ska göras så snart som möjligt efter det att en behandlande läkare har konstaterat tillståndet. Den fasta vårdkontakten har då ansvar för att samordna och planera patientens vård. Även i andra fall kan den fasta vårdkontakten vara en läkare men just när det gäller livshotande tillstånd måste den vara det.

[25] Ibid.
[26] Ibid.
[27] Se till exempel Socialstyrelsen, *Fast vårdkontakt – När, var hur?* 2017.
[28] Prop. 2025/26:19, bet. 2025/26:SoU23, rskr. 2025/26:157.
[29] Prop. 2025/26:19.
[30] Ibid.
[31] Se 2 kap. 3 § SOSFS 2011:7.

12.4 Fast läkarkontakt och fast vårdkontakt inom specialiserad vård

Till skillnad från hur det är inom primärvården finns det i dag inget särskilt krav på att patienter i den specialiserade vården ska kunna få tillgång till en fast läkarkontakt. Det har dock tidigare funnits en bestämmelse om patientansvarig läkare (PAL).

Vi konstaterar nedan att det saknas heltäckande statistik om hur tillgången till fast vårdkontakt ser ut inom den specialiserade vården, liksom det saknas information om vilken profession den fasta vårdkontakten har.

12.4.1 När funktionen fast vårdkontakt infördes ersatte den regleringen om PAL

När bestämmelsen om fast vårdkontakt infördes togs det tidigare kravet på att vårdgivarna skulle utse en så kallad patientansvarig läkare (PAL) bort. PAL infördes 1991 och syftet var framför allt att förbättra kontinuiteten i vården.[32] Bestämmelsen innebar att patienten, vid sitt första besök i en vårdprocess, skulle få en ansvarig legitimerad läkare som därmed hade ett särskilt ansvar för patienten under hela vårdprocessen. Patienten skulle vid sitt första besök även informeras om vem som utsetts till PAL, samt få upplysning om när och hur läkaren kunde nås.[33] Bestämmelsen om att en PAL skulle finnas gällde då endast verksamheter som leddes av en chefsöverläkare.[34] I vilka fall och i vilka verksamheter en PAL skulle utses var sedan föremål för vissa ändringar: Den 1 januari 1997 ändrades hälso- och sjukvårdslagen, förkortad HSL, till att det för patienten skulle utses en patientansvarig legitimerad läkare om det behövdes med hänsyn till patientsäkerheten. Begreppet chefsöverläkare avskaffades vid samma tillfälle (utom vad gäller psykiatrin och smittskydd) och PAL kunde utses oavsett vilken typ av vårdinrättning patienten befann sig på.[35]

I samband med lagändringarna som trädde i kraft 1997 infördes även begreppet verksamhetschef. Verksamhetschefen fick då det sam-

[32] Prop. 1989/90:81.
[33] Prop. 1989/90:81, s. 34.
[34] Prop. 1989/90:81.
[35] Prop. 2005/06:115.

lade medicinska och administrativa ledningsansvaret över en sjukvårdsenhet. Verksamhetschefen behövde dock inte nödvändigtvis ha medicinsk kompetens utan kunde i stället uppdra åt någon annan inom verksamheten, som hade tillräcklig kompetens och erfarenhet, att fullgöra vissa ledningsuppgifter.[36] Funktionen verksamhetschef regleras i dag i bland annat HSL.[37]

Utvärderingarna visar att PAL inte hade avsedd effekt

Bestämmelsen om PAL togs bort 2010. Beslutet fattades bland annat mot bakgrund av ett antal utvärderingar som Socialstyrelsen genomförde. Utvärderingarna visade att PAL inte hade avsedd effekt och att vården inte heller tillämpade funktionen på det sätt som var tänkt. Utvärderingarna visade också att ansvaret för patientens behov av samordning, kontinuitet och trygghet borde ligga på fler personer från flera yrkesgrupper som var i kontakt med patienten, det vill säga teamet, enheten eller avdelningen. Regeringen beslutade därför att ta bort bestämmelsen om PAL och ersätta den med en skyldighet för verksamhetschefen att utse en fast vårdkontakt.[38]

Enligt uppgifter från Sveriges läkarförbund tillämpar många kliniker så kallad informell PAL, i den utsträckning det är möjligt.[39] I detta sammanhang prioriteras patienter med lång behandlingshistoria (som palliativ vård inom onkologin) eftersom de anses ha störst behov.[40] Det är ovanligare och finns inte samma behov av läkarkontinuitet inom specialiteter där patienter får enstaka åtgärder (till exempel kirurgi). Då är i stället teamet viktigare.[41]

Hur ser patienterna på behovet av fast läkarkontakt inom den specialiserade vården?

Utredningen har diskuterat behovet av fast läkarkontakt inom den specialiserade vården med Patient- och brukarrådet vid Vård- och omsorgsanalys.

---

[36] Ibid.
[37] Se 4 kap. 2 § HSL.
[38] Prop. 2009/10:67, s. 32–33.
[39] Sveriges läkarförbund, *Behövs en ny PAL-reglering? Input till utredningen Behovsstyrd vård*, 2025.
[40] Ibid.
[41] Ibid.

Generellt framkommer det att patienten har olika behov av fast vårdkontakt i olika situationer och delar av ett vårdförlopp – det kan till exempel vara viktigare att ha en fast läkarkontakt vid spridd cancer och palliativ vård än i andra situationer i vården.

Patient- och brukarrådet lyfter också att det kan finnas delar av vårdförlopp och olika faser, då det finns behov av att ha en läkare som fast vårdkontakt. Det kan till exempel handla om fasen i samband med en kronisk sjukdom innan diagnosen har ställts: ”Det kan innebära att man är väldigt sjuk och genomgår en massa utredningar, innan man diagnostiserats och fått rätt behandling.”

När det gäller informationskontinuitet har patientrepresentanterna lyft till utredningen att det uppfattas som att olika professioner inte har tillgång till, eller inte väljer att ta del av, varandras journalanteckningar. Ur patientens synpunkt blir det en förtroendefråga och uppfattas också påverka möjligheten för teamets olika medlemmar att ha en samlad bild och göra en samlad bedömning av patientens behov. Det stärker bilden av att olika professioner i ett team kan vara viktiga under olika delar av patientens process. För patienten är samverkan mellan professionerna mer avgörande än vem som för stunden är den fasta kontakten.

Sammantaget anser Patient- och brukarrådet att en fast vårdkontakt är bra, det kan ibland vara en fördel att det är en läkare, men det är inte alltid avgörande.

Hur ser läkarprofessionen på behovet av fast läkarkontakt inom den specialiserade vården?

Från läkarprofessionens sida har det lyfts fram att kontinuitet ofta blir eftersatt på grund av att schemaläggning prioriteras, det beskrivs som att ”funktion ges företräde framför person”. Enligt uppgifter till utredningen är Sveriges läkarförbund tveksamt till om en ny PAL-lagstiftning skulle ge ökad läkarkontinuitet. Det finns en risk för att ett nytt lagkrav främst skapar administration och minskar flexibiliteten och att fokus blir att uppfylla lagkravet snarare än att ge ökad kontinuitet i praktiken.[42] Förbundet vill gärna se ökad läkarkontinuitet för fler patienter och menar att kontinuitet behöver genomsyra arbetet mer och att vården behöver organiseras så att kontinuitet blir

[42] Sveriges läkarförbund, *Behövs en ny PAL-reglering? Input till utredningen Behovsstyrd vård*, 2025.

möjlig.[43] Olika faktorer försvårar i dag kontinuitet inom specialiserad vård, bland annat bemanning, schemaläggning, utbildningsuppdrag och synen på kontinuitetens betydelse på den aktuella arbetsplatsen. En annan aspekt är att den specialiserade vården, till skillnad från primärvården, präglas av en omfattande sub-specialisering, vilket kan göra det svårt för en PAL att ta ett verkligt helhetsansvar.

Svenska Läkaresällskapet lyfter fram att det behöver beaktas att förutsättningarna för fast vårdkontakt delvis är andra än i en allmänmedicinsk kontext, både medicinskt, kompetens-och planeringsmässigt.[44]

12.4.2 Uppgifter om fast vårdkontakt finns framför allt för primärvården

Det saknas heltäckande statistik om hur tillgången till fast vårdkontakt ser ut, framför allt inom den specialiserade vården. De underlag som utredningen har tagit del av omfattar framför allt kontinuiteten i primärvården. Det saknas även information om vilken profession den fasta vårdkontakten har.

Vård- och omsorgsanalys har dock genomfört ett antal undersökningar där den generella tillgången till fast vårdkontakt har analyserats. Myndigheten har även konstaterat att regeringen och regionerna gemensamt bör verka för att berörda vårdgivare åläggs att kontinuerligt rapportera hur väl behovet av en fast vårdkontakt uppfylls, och på ett sådant sätt som patienter och befolkning enkelt kan ta del av. Regionerna bör även fortsatt arbeta med att informera patienter och vårdpersonal om patienters rätt till en fast vårdkontakt.[45]

Enligt en uppföljning av patientlagen från 2021 är det fortfarande många som saknar en fast kontakt i vården trots att de har behov av det. Endast 25 procent av de svarande uppger att de har fått information om fast vårdkontakt. Vård- och omsorgsanalys ser även brister i samordningen av patienters kontakter med vården, vilket myndigheten menar troligen delvis beror på avsaknaden av fasta kontakter.[46] År 2020 svarade 39 procent av patienterna att de har en fast läkar-

[43] Ibid.
[44] Svenska Läkaresällskapet, *Yttrande rörande utredningen Bättre styrning för en tillgänglig och jämlik hälso- och sjukvård med god kontinuitet (dir. 2024:05)*, 2025.
[45] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Vården ur befolkningens perspektiv – En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*, 2020.
[46] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Lag som kräver omtag*, 2021.

kontakt på sin vård- eller hälsocentral och 9 procent att de har en annan fast vårdkontakt där. Totalt 14 procent uppgav att de har en annan fast vårdkontakt (vid sin vård- eller hälsocentral eller någon annanstans i vården). Både fast läkarkontakt och annan fast vårdkontakt är vanligare bland personer som uppger sig ha ett dåligt hälsotillstånd och bland dem som har en eller flera sjukdomar.[47]

Det är också vanligare att äldre har en fast vårdkontakt. Enligt en rapport från 2021 hade 69 procent[48] av personer som är 65 år och äldre en fast läkare eller sjuksköterska.[49] Att ha en fast vårdkontakt är vidare vanligare bland personer med kroniska sjukdomar.

I jämförelse med tio andra OECD-länder är Sverige det land där lägst andel patienter har en fast vårdkontakt.[50] Undersökningen visar att det är mindre vanligt att ha en fast vårdkontakt bland personer bosatta i glesbygdsområden jämfört med i städer. Personer som har en fast vårdkontakt har generellt bättre erfarenheter av vården.[51] Personer med en fast vårdkontakt svarar genomgående mer positivt på frågor om vården av deras kroniska sjukdomar än personer utan en fast vårdkontakt. De svarar oftare att de har diskuterat mål och prioriteringar för sitt hälsotillstånd. De svarar också oftare att de har fått instruktioner om symptom att bevaka, och att de har fått en behandlingsplan. De har oftare fått stöd för olika former av psykisk ohälsa när det behövts. De är också säkrare på att de kan hantera sitt hälsotillstånd än dem utan fast kontakt.[52] Av de olika kroniska sjukdomarna är det vanligast att ha en fast vårdkontakt bland diabetiker, där hade 88 procent en fast vårdkontakt 2021. Inom cancersjukvården svarade 73 procent att de hade en fast vårdkontakt. Samma siffra gällde bland dem med artros. Inom gruppen med hjärt- och kärlsjukdomar och de med psykisk ohälsa hade 76 respektive 74 procent en fast vårdkontakt. Bland astmatiker var motsvarande siffra 75 procent.

I rapporten lyfter Vård- och omsorgsanalys även fram att det är viktigt att poängtera att det saknas ett register över antalet individer i Sverige med fast vårdkontakt, samt att olika undersökningar och

[47] Ibid.
[48] Frågan som ställs i undersökningen syftar inte på om personen har en fast vårdkontakt i juridisk bemärkelse, utan om de har en person eller mottagning som de vanligtvis träffar. Vård- och omsorgsanalys bedömer att frågan kan vara bredare än vad patientlagen syftar på eftersom svaret bygger på personernas uppfattning av sin vård.
[49] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Vården ur befolkningens perspektiv, 65 år och äldre International Health Policy Survey (IHP) 2021*, 2022.
[50] Ibid.
[51] Ibid.
[52] Ibid.

mätningar visat olika resultat beroende på målgrupp och hur frågan ställts.[53]

Tillgången till fast vårdkontakt har även analyserats i en rapport från 2024. Där framkommer att det inte är någon skillnad mellan könen i hur vanligt det är att ha en fast vårdkontakt. Rapporten visar även att personer med en fast vårdkontakt mindre ofta än personer utan en fast vårdkontakt har varit med om att deras ordinarie mottagning eller den specialiserade vården inte har tillgång till den information som de behöver. Det är också vanligare att personer med en fast vårdkontakt svarar att de har fått vara så delaktiga som de önskar i besluten om sin vård, jämfört med personer utan en fast vårdkontakt.[54]

I en enkätundersökning genomförd av Autism Sverige svarade 49 procent att de saknar en fast vårdkontakt trots att de har ett sådant behov.[55]

Tillgången till fast vårdkontakt inom den specialiserade vården skulle kunna följas upp inom ramen för Nationell Patientenkät

Nationell Patientenkät är ett samlingsnamn för återkommande nationella undersökningar av patientupplevelser inom hälso- och sjukvården. Samtliga regioner deltar i Nationell Patientenkät och arbetet samordnas av SKR. Vartannat år genomförs en undersökning inom specialiserad öppen- och slutenvård. Enkäten följer upp *Kontinuitet och koordinering.* Denna del i enkäten avser att belysa patientens upplevelser av vårdens förmåga till kontinuitet och koordinering, bland annat hur väl patientens vård samordnas internt och externt. Parametrar som följs upp är hur patienten upplever personalens förmåga att samarbeta med varandra i relation till patienten och patientens önskemål avseende kontinuitet. Enligt utredningen skulle en ytterligare parameter att följa upp i enkäten kunna vara tillgången till fast vårdkontakt.

Inera bedriver just nu ett arbete med att ta fram ett digitalt stöd för sammanhållen planering på 1177. Målet med det digitala stödet är bland annat att invånare och anhöriga ska kunna se dokumentation från olika aktörer inom hälso- och sjukvården på ett och samma ställe.

[53] Ibid.
[54] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Vården ur befolkningens perspektiv PM*, 2024.
[55] Autism Sverige, *Hälso- och sjukvårdsrapport*, 2024.

Planen är också att patienter via det digitala stödet ska kunna få information om möjligheten att få en fast vårdkontakt samt begära och tilldelas en sådan kontakt. Även om det kan finnas patienter som behöver informeras på annat sätt kan tillämpningen av stödet vara ett effektivt sätt för regionerna att uppfylla lagstiftningens krav avseende fast vårdkontakt.

12.5 Utredningens bedömningar och förslag för ökad kontinuitet inom specialiserad vård

12.5.1 Patientens behov och önskemål ska beaktas vid valet av fast vårdkontakt

Förslag

Det ska förtydligas att:

- Vid valet av fast vårdkontakt ska hänsyn tas till patientens behov samt till patientens önskemål om vem som ska utses.

Ändringarna berör 6 kap. 2 § PL.

Skälen för utredningens förslag

Redan i dag gäller att en fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.[56] Detta är även något som patienten ska bli informerad om i sin kontakt med vården.[57] Utredningen visar dock att patienten inte alltid får sådan information.

I dag finns också bestämmelser om att vården ska utformas och genomföras i samråd med patienten.[58] Dessa bestämmelser är dock av övergripande karaktär. Vi menar att dessa inte ger tillräckligt tydligt stöd för att patientens önskemål om vårdkontakt ska beaktas. Utredningen föreslår därför ett förtydligande av att hänsyn ska tas till patientens behov (bland annat av trygghet, kontinuitet, samord-

[56] 6 kap. 2 § PL.
[57] 3 kap. 2 § 4 PL.
[58] Se 5 kap. PL.

ning och säkerhet), samt till patientens önskemål om vem som ska utses till fast vårdkontakt. I de förarbeten som utredningen tagit del av framgår att detta var lagstiftarens intention från början.[59]

Vi ser inte behov av en ny PAL-lagstiftning men kontinuiteten behöver prioriteras

Utredningen anser inte att det behövs en särskild reglering av tillgången till en fast läkarkontakt inom den specialiserade vården. Däremot gäller att de patienter som har behov av en läkare som fast vårdkontakt ska få det. Det ska även beaktas om patienten har en sådan önskan.

Den fasta vårdkontakten kan alltså vara en läkare, men vår bedömning är att det fortsatt bör finns en flexibilitet i regelverket vad gäller vilken profession som kan utses till fast vårdkontakt. Kontinuitet och samordning är inte beroende av just en läkare, utan snarare av olika professioner tillsammans. En fast vårdkontakt kan därför fortsatt vara alltifrån en administrativ funktion till en medicinskt ansvarig person. Vårdkontaktens uppgifter, ansvar och befogenheter behöver anpassas efter patientens behov.

I vilka fall kan den fasta vårdkontakten behöva vara en läkare?

Tillgången till läkare som fast vårdkontakt bör inte vara begränsad till patienter med livshotande tillstånd. Utredningen anser att det även kan finnas andra patienter som har ett särskilt behov av en läkare som fast vårdkontakt inom den specialiserade vården.

Primärvården ska med nuvarande lagstiftning samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården.[60] Av HSL framgår även att samordningsansvaret för primärvården undantar de patienter som bara har sin kontakt i den specialiserade vården. Vi tror att dessa patienter, som alltså inte omfattas av primärvårdens samordningsansvar, kan ha ett särskilt behov av att ha en läkare som fast vårdkontakt inom den specialiserade vården. Även patienter med kroniska sjukdomar som till exempel diabetes, hjärtsvikt, neurologiska sjuk-

[59] Prop. 2009/10:67, s. 61.
[60] 13 a kap. 1 § 5 HSL.

domar, KOL och astma som har behov av kontakter med vården under lång tid kan ha behov av en fast kontakt inom den specialiserade vården. Dessa patienter har ofta kontakt med flera olika vårdinrättningar på olika vårdnivåer och träffar därmed många olika läkare och annan sjukvårdspersonal. Även inom kronisk psykisk sjukdom finns personer som har multisjuklighet, vilket ställer krav på ett personcentrerat förhållningssätt som omfattar helhetssyn, samordning, delaktighet och kontinuitet. För sköra äldre, även de ofta med multisjuklighet, är det också viktigt med kontinuitet.

Ovanstående bedömning utesluter inte att även andra patienter kan behöva en temporär fast läkarkontakt inom den specialiserade vården vid ett mer begränsat vårdtillfälle. Viktigt att komma ihåg är också att patienter inte alltid efterfrågar kontinuitet och att anpassningar bör ske efter patientens behov, förutsättningar och preferenser. En annan aspekt är att patientens behov inte endast bör bedömas utifrån ett medicinskt perspektiv utan även efter patientens eget behov av trygghet och samordning.

12.5.2 Tillgången till fast vårdkontakt inom den specialiserade vården bör följas upp

Bedömning

Regeringen bör ge Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att följa upp hur befolkningens tillgång till fast vårdkontakt inom den specialiserade vården ser ut.

Skälen för utredningens bedömning

I samband med utredningens arbete har det blivit tydligt att kartläggningar och rapporter framför allt har fokuserat på att följa upp kontinuiteten inom primärvården på senare år. Det är naturligt med tanke på omställningen till en god och nära vård och med tanke på att kontinuitet inom primärvården är särskilt viktig. Samtidigt menar vi att det även finns ett värde i att följa upp kontinuiteten inom den specialiserade vården.

Bristen på uppföljning av tillgång till fast vårdkontakt inom den specialiserade vården kan drabba vissa patienter mer än andra, till

exempel patienter som har utdragna vårdförlopp inom psykiatrin. Personer med psykisk ohälsa har ofta behov av insatser från en rad olika aktörer. Det ställer krav på en välfungerande samverkan och samordning inom och mellan olika verksamheter och delar av systemet. Utredningen anser att regeringen bör ge Vård- och omsorgsanalys i uppdrag att kartlägga hur befolkningens tillgång till fast vårdkontakt inom den specialiserade vården ser ut, samt vilken profession som utgör den fasta vårdkontakten. Myndigheten har tidigare kartlagt hur stor andel av befolkningen som har en fast vårdkontakt respektive en fast läkarkontakt i primärvården. Vi bedömer därför det som lämpligt att myndigheten även ges uppdraget att följa upp kontinuiteten inom den specialiserade vården.

13 Konsekvenser av förslagen

I det här kapitlet finns merparten av konsekvensanalyserna för utredningens förslag.[1] Undantaget är de som rör uppdraget om nationella principer för ersättningar och avgifter i hälso- och sjukvården, som beskrivs i kapitel 14.

Förslagen innebär positiva konsekvenser för patienter och bedöms öka tillgängligheten till vården. Fler kommer att omfattas av vårdgarantin som en effekt av våra förslag. Information om patientens väntan på vård stärks. Sammantaget ökar förutsättningarna för att fler får vård i tid.

Utredningens förslag får i huvudsak positiva konsekvenser för barn och unga. Barnets rättigheter enligt barnkonventionen stärks.

I några fall bedömer vi att förslagen kan innebära marginella inskränkningar i den kommunala självstyrelsen. Dessa redogör vi särskilt för i avsnitten nedan. I de fall de förekommer är de väl motiverade och står i proportion till de fördelar som förslagen ger.

Genom de bedömda inskränkningarna i den kommunala självstyrelsen så aktualiseras finansieringsprincipen. Utredningen bedömer dock att regionernas kostnader för omställningsarbetet är av tillfällig karaktär och att förslagen på sikt kan leda till kostnadseffektiviseringar. Förslagen innebär inte några nya åtaganden för regionerna och inte heller någon ambitionshöjning, vilket utvecklas nedan. Sammantaget bedömer utredningen att det inte finns något skäl att göra någon ekonomisk reglering i enlighet med finansieringsprincipen.

[1] Kommittéförordningen (1998:1474), förordningen (2024:183) om konsekvensutredningar och utredningens direktiv styr vilka konsekvenser som beskrivs. Om förslagen har betydelse för den kommunala självstyrelsen anges konsekvenserna och de särskilda överväganden som har gjorts i enlighet med 14 kap. 3 § regeringsformen.

13.1 Konsekvenser för patienter och anhöriga

De förslag och bedömningar som utredningen lämnar ger bättre förutsättningar för att patienter ska få en mer tillgänglig vård. Vårt förslag om en ny vårdgaranti bedöms på sikt kunna leda till att fler får vård inom kortare tid. Vi ser också ett stort värde för patienter att information om tidpunkten för den medicinska bedömningen ges i ett tidigt skede. Det kan minska oro och stress och förbättra patientens och anhörigas möjligheter att planera för kommande vårdtillfällen. Förslagen innebär inte några kostnadsökningar för patienter eller för befolkningen.

Väntan på vård kan påverka patienters livssituation betydligt. Det kan handla om ytterligare nedsatt funktionsförmåga, förvärrat lidande och försämrat hälsotillstånd. I värsta fall kan långa väntetider innebära en patientsäkerhetsrisk. Lång väntan på vård eller behandling kan även ha negativ inverkan på närstående. Det kan till exempel visa sig genom ökad oro för en familjemedlem som har ett obehandlat sjukdomstillstånd.[2] Många lider också av bristande information om sitt vårdförlopp.

I dag är det i praktiken bara en liten del av patienterna som omfattas av vårdgarantin eftersom den tillämpas för kontakt med primärvården, medicinsk bedömning inom primärvården, besök inom den specialiserade vården respektive planerad vård inom den specialiserade vården. Begreppet planerad vård (som det är uttryckt i lagstiftningen) har dock kommit att tillämpas snävt och en rad vårdåtgärder som till exempel undersökningar, utredningar och återbesök med mera har exkluderats. Av de besök som genomfördes i den specialiserade vården 2025 var 2,5 miljoner första besök och 12,7 miljoner återbesök. Genom att även inkludera återbesök i vårdgarantin (se avsnitt 7.2.4) kommer betydligt fler patienter omfattas av vårdgarantin än i dag. Detsamma gäller förslaget om att inkludera undersökningar – det kommer att leda till att fler patienter får en garanti för sin väntan på vård. Förändringen innebär bland annat att vårdgarantin blir relevant för patienter med kroniska sjukdomar och personer som utreds inom psykiatrin. En konsekvens av förslaget är också att vårdgarantin blir mer begriplig och sammanhängande för patienter. Det blir mer förutsägbart hur länge patienten som längst ska behöva vänta på sin vård.

[2] Inspektionen för vård- och omsorg (IVO), *Tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården*, 2021, s. 29.

13.1.1 Konsekvenser för barn och unga av en lagstadgad vårdgaranti för BUP

Sedan 1 januari 2020 gäller lagen (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) som svensk lag. Rättigheterna i lagen bygger på de mänskliga rättigheterna och ska ge barn medborgerliga, politiska, ekonomiska och sociala rättigheter, men också rättigheter som ger barnet särskilt skydd mot våld, övergrepp och olika former av utnyttjande. Av artikel 3 i barnkonventionen framgår att alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata sociala välfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ, ska i första hand beakta vad som bedöms vara barnets bästa. Av artikel 24 om barns rätt till hälsa och sjukvård framgår bland annat att staterna ska vidta lämpliga åtgärder för att säkerställa att alla barn får nödvändig hälso- och sjukvård.

Utredningens förslag syftar till att stärka barnrättsperspektivet och se till att barn och unga vid behov får vård inom barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) inom rimlig tid. Enligt Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har försenad eller utebliven behandling lett till allvarliga konsekvenser för patienter, med hög skolfrånvaro, social isolering och ökande ångest som följd. I de mest allvarliga fallen har det lett till självskadebeteenden, självmordsförsök och i några fall även haft kopplingar till självmord. Tre månader i ett barns eller en ungdoms liv är en lång tid och i ett känsligt läge kan det vara avgörande för framtiden att insatserna ges snabbt. När primärvården bedömer att en specialistbedömning behövs finns det så stora problem att åtgärderna måste komma snabbt. Utredningens ambition har varit att skapa en lagstiftning som är tydlig och förutsägbar för både barn, unga, vårdnadshavare och de som ska tillämpa lagen. Förslaget om att den förstärkta målsättningen för väntetider till BUP regleras, kan leda till ökade förutsättningar för att alla barn och unga får tillgång till en likvärdig vård.

13.1.2 En vårdgaranti i enlighet med patientens behov

Den nya vårdgarantin ska utgå från patientens behov. Redan i dag är patientens behov tydligt inskrivet i hälso- och sjukvårdslagens (HSL:s) portalparagraf – den som har störst behov av vård ska få vård först.[3] Den etiska plattformen är beslutad av riksdagen och utgör grunden för prioriteringar i vården.[4]

Det är inte vårdgarantin som ska styra hur prioriteringar görs, men det är viktigt att vårdgarantins konstruktion ger utrymme för prioriteringar som är förenliga med den etiska plattformen och med riktlinjerna. Eftersom våra förslag omfattar fler delar av den planerade vården bedömer vi att de ger bättre utrymme för tillämpning av prioriteringsriktlinjerna än dagens vårdgaranti, som kommit att främst tillämpas för operationer.

Risken för undanträngning av patienter går inte att eliminera helt. Gentemot vårt förslag går det till exempel att hävda att patienter som väntar på en planerad uppföljning efter ett besök skulle kunna trängas undan av patienter som väntar på ett återbesök – eftersom det förra inte inkluderas i vårdgarantin, medan det senare gör det (se mer om detta i kapitel 7). Vår bedömning är likväl att risken för undanträngning av patienter minskar med våra förslag eftersom vi inkluderar fler delar av vårdkedjan och fler patienter. Det finns med vårt förslag helt enkelt färre möjliga scenarion där patienter kan trängas undan.

13.1.3 Jämställdhet mellan kvinnor och män

Förslagen bedöms inte få några direkta jämställdhetspolitiska effekter. Vi har inte identifierat några stora eller systematiska skillnader mellan män och kvinnor i väntetiderna till första besök, operation eller åtgärd. Samtidigt finns det studier som visar att det finns skillnader, till exempel när det gäller väntetider till vissa operationer.[5] Den generella vårdgaranti som vi föreslår omfattar fler patienter och fler delar av vårdprocessen än i dag och borde därför kunna påverka väntetiderna för män och kvinnor samt flickor och pojkar positivt.

[3] 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.
[4] Prop. 1996/97:60, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186.
[5] Vårdhandboken, ”Bemötande i vård och omsorg, genusperspektiv – Översikt”, hämtad 2026-04-14.

13.1.4 Personer med funktionsnedsättningar

Förslaget om en ny vårdgaranti bedöms inte ha några direkta effekter för personer med funktionsnedsättningar. Indirekt kan förslaget dock medföra vissa positiva effekter. Hos en del personer med funktionsnedsättningar kan det finnas komplexa och varaktiga vårdbehov som kan medföra behov av flera återbesök. För dessa patienter bedömer vi att förslagen innebär en tydlig förbättring eftersom återbesök föreslås omfattas av vårdgarantin.

Att införa en informationsgaranti i vårdgarantin bedöms som positivt ur ett funktionshinderperspektiv. Informationen ska även i fortsättningen ges på ett sätt som är anpassat efter patientens förmåga att ta till sig information. I den meningen innebär förslaget inte några förändringar i förhållande till nuvarande regelverk.

13.2 Konsekvenser för regionerna

13.2.1 Bedömning av reglering enligt finansieringsprincipen

Den kommunala finansieringsprincipen innebär att staten inte ska ge kommuner och regioner nya uppgifter utan att samtidigt tillhandahålla finansiering. Syftet är att kommunerna och regionerna inte ska behöva höja skatten eller omprioritera sin verksamhet för att klara följderna av beslut som tagits på statlig nivå. Principen tillämpas genom att den beräknade kostnaden eller besparingen för kommunerna respektive regionerna för en reform fördelas utifrån befolkningsstorlek.

Den kommunala finansieringsprincipen tillämpas alltså om kommunerna tillförs nya uppgifter, men även om frivilliga uppgifter blir obligatoriska, om det kommunala ansvaret för vissa uppgifter tas bort eller om ambitionsnivåerna för kommunala uppgifter ändras. Principen tillämpas också om regeländringar som påverkar kommunernas möjligheter att ta ut avgifter påverkar kommunernas möjligheter till andra inkomster.

Vi har bedömt samtliga förslag i förhållande till villkoren för den kommunala finansieringsprincipen. Vi kan konstatera att de första villkoren för när finansieringsprincipen tillämpas inte är aktuella för våra förslag – regionerna får inte några nya uppgifter och det handlar inte heller om frivilliga uppgifter som blir obligatoriska. Möjligheter

att ta ut avgifter påverkas inte heller. Det kommunala ansvaret för några uppgifter tas inte heller bort. Den punkt som det kan råda olika åsikter om är ifall förslagen innebär en ambitionshöjning eller inte. Vi bedömer att förslagen inte innebär någon ambitionshöjning, vilket vi återkommer till under nästkommande rubrik.

Ytterligare en situation då finansieringsprincipen aktiveras är i de fall då riksdag, regering eller myndighet fattar bindande beslut om ändrade regler för den kommunala verksamheten, med andra ord i situationer då den kommunala självstyrelsen inskränks. Detta gäller för några av våra förslag (se vidare nedan). Det rör sig då om marginella inskränkningar som vi i samtliga fall bedömer är väl motiverade och proportionerliga till de fördelar som förslagen medför. Även om dessa förslag innebär att finansieringsprincipen är tillämpbar så bedömer vi att regionernas kostnader är av tillfällig karaktär. Förslagen bedöms inte innebära några permanenta kostnadsökningar. Kostnaderna riskerar tvärtom att bli högre om patienter behöver vänta för länge på den vård de behöver. På längre sikt kan förslagen sannolikt leda till effektiviseringar och minskade kostnader eftersom de bedöms öka tillgängligheten till vården.

Vi bedömer därför inte finns skäl att göra någon reglering i enlighet med den kommunala finansieringsprincipen. Vi utvecklar våra skäl i avsnitten nedan. I avsnitt 13.3.1 beskrivs förslagen till ersättning för de tillfälliga kostnaderna.

Regionernas ansvar ändras inte med våra förslag

Regioner och kommuner är huvudmän med ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård i enlighet med kraven i HSL och övrig tillämplig lagstiftning. Det ingår alltså i huvudmännens ansvar att vidta tillräckliga åtgärder för att leva upp till de krav som ställs i lagstiftningen, inklusive tidsgränserna i vårdgarantin. Samtliga vårdåtgärder som vi föreslår ska ingå i vårdgarantin omfattas av det åtagande som regionerna redan har. Oavsett om det handlar om en undersökning eller ett återbesök i den specialiserade vården så ska patientens behov av vård styra prioriteringarna i vården. Detta ändras inte av en ny vårdgaranti. Det faktum att huvudmännen som kollektiv inte lever upp till kraven i nuvarande reglering innebär inte att det är fråga om nya åtaganden eller ambitionshöjningar. Förslagen handlar inte om ändrade priori-

teringar eller om att fler patienter ska få vård. Det är fortfarande professionen som avgör behovet av vård och den som har störst behov av vård ska få vård först. Slutsatsen blir att förslagen inte utgör någon ambitionshöjning enligt vår bedömning. Däremot ställs indirekt högre krav på regionerna att produktions- och kapacitetsplanera så att befolkningens vårdbehov tillgodoses inom den tid som bedöms vara medicinskt motiverad.

Vi anser inte att nya statliga permanenta medel bör tillföras, i enlighet med finansieringsprincipen, när det handlar om att huvudmännen ska uppfylla redan befintliga krav. Ett sådant förfarande riskerar att urholka nuvarande ansvarsfördelning mellan staten och kommunsektorn. Det riskerar även att leda till en kontinuerligt ökande efterfrågan på statligt ansvar för finansieringen av hälso- och sjukvården.

I vår bedömning har vi även tagit del av tidigare resonemang som förts om vårdgarantin. I samband med att vårdgarantin först lagstadgades menade exempelvis regeringen att

> det finns inget som visar att detta kommer att medföra ökade kostnader för landstingen. Ett fortsatt arbete för att stärka tillgängligheten och korta vårdköerna medför snarare en potential för landstingen att använda tillgängliga resurser mer effektivt. Regeringens åtgärder inom området de senaste åren, bland annat i form av ekonomisk ersättning, har haft syftet att bistå landstingen i detta arbete. Mot denna bakgrund anser regeringen att någon ekonomisk reglering inte ska göras.[6]

Även Delegationen för ökad tillgänglighet gjorde bedömningen att det inte fanns skäl att göra någon reglering av kostnader enligt finansieringsprincipen för den vårdgaranti som delegationen föreslog skulle införas.[7]

Mot bakgrund av detta bedömer vi sammantaget att det inte finns skäl att göra någon reglering i enlighet med finansieringsprincipen.

13.2.2 Ekonomiska konsekvenser för regionerna

Ett tillfälligt tillskott av medel till regionerna

En vårdgaranti med kortare tidsgränser innebär att det kommer att krävas ett omställningsarbete i regionerna för att leva upp till lagens krav. På kort sikt kan det utvecklingsarbete som behöver göras inne-

[6] Prop. 2009/10:67, s. 75.
[7] SOU 2022:22, s. 508.

bära vissa tillfälliga kostnader för regionerna. Vi föreslår därför ett tillskott av medel från staten under åren 2027, 2028 och 2029 (se nedan samt avsnitt 7.4). Medlen behövs bland annat för att hantera de uppbyggda vårdköerna, alltså vårdköer som ökat över tid och blivit för långa.

Vi vill samtidigt lyfta fram att det även med vårt förslag kommer vara professionen som avgör behovet av vård. Förslaget betyder inte att fler patienter ska få vård. Det handlar om att den medicinskt beslutade vård, som regionerna har ansvar för, i vissa fall kommer att behöva utföras tidigare. Om ett vårdbehov väl konstaterats, så blir kostnaderna för regionen inte lägre av att regionen väntar med den beslutade åtgärden eller behandlingen.[8] Kostnaderna riskerar tvärtom att bli högre om patienter behöver vänta för länge på den vård de behöver. Vi återkommer till detta i avsnitt (13.5) om samhällsekonomiska konsekvenser.

Vi bedömer att det finns möjlighet att hantera de uppbyggda köerna och även korta väntetiderna generellt genom effektivare användning av tillgängliga resurser. Det kan till exempel handla om en bättre kapacitetsplanering inom regionen. Vissa regioner kan behöva öka den egna kapaciteten, eller öka sin användning av befintliga avtal med privata och idéburna vårdgivare. Ett annat alternativ är att regionen ökar användningen av utomlänsvård. Tillskottet till regionerna ska därför vara tillfälligt.

Regionernas förtydligade ansvar kan leda till bättre kapacitetsplanering

Vi föreslår ett förtydligande i HSL om att regionen ska se till att en patient får vård i en annan region när regionen bedömer att vårdgarantin inte kommer kunna nås (se avsnitt 7.3). Som vi har beskrivit i avsnitt 6.8 respektive 7.3 förekommer det i dag att regioner väntar till dess att vårdgarantins tidsgräns är passerad. Utredningens förslag syftar till att regioner ska hjälpa patienter att få vård i en annan region så snart de bedömer att tidsgränsen kommer att passeras. Syftet med förtydligandet är att regionerna ska ha bättre framförhållning, produktions- och kapacitetsplanering.

[8] SOU 2008:127 s. 189.

Vi bedömer att förslaget kan leda till att fler patienter kommer erbjudas vård i en annan region än hemregionen. Det kan i förlängningen leda till att den samlade vårdkapaciteten i landet används på ett bättre sätt.

Andelen patienter som får utomlänsvård varierar mellan olika regioner och för vissa regioner skulle det kunna uppstå en viss ökning av kostnaderna för utomlänsvård med anledning av vårt förslag. Utöver kostnaden för vården behöver regionen i dessa fall bekosta resa och boende för patienten. Vi vill understryka att kostnaden för patientens vård i dessa fall redan är en del av regionens åtagande och därmed en kostnad som regionen skulle ha haft ändå. Det är viktigt att det finns rutiner för detta, så att fler patienter kan känna sig trygga med att tacka ja till vård i en annan region än hemregionen. I dag händer det att patienter tackar nej av sådana skäl.

Som vi beskrivit i kapitel 9 finns det ingen samlad bild av kostnaderna för utomlänsvård som beror på vårdgarantin. Ett exempel på kostnader för utomlänsvård kan hämtas från region Norrbotten, som är en region med en hög andel utomlänsvård. Där var kostnaderna för vårdgarantivård under 2024 157 miljoner kronor. Under 2025 hade kostnaderna för sådan utomlänsvård minskat med cirka 30 miljoner kronor. Enligt uppgift från regionen har minskningen skett genom att vården i hemregionen stärkts.[9] Det går därför inte att dra slutsatsen att kostnaderna för utomlänsvård nödvändigtvis behöver öka som en direkt effekt av vårt förslag. Regionerna avgör själva om vården i hemregionen bör stärkas eller om andelen utomlänsvård bör öka. Vi bedömer även att kostnaderna sammantaget på nationell nivå inte blir märkbart högre eftersom utomlänsvård snarare kan betraktas som en slags transferering av kostnader mellan huvudmännen.

Konsekvenser av förslagen om uppföljning och tillsyn

Vårt förslag om en ny vårdgaranti påverkar vilka uppgifter som behövs för att kunna följa upp vårdgarantin. Vi har bedömt att uppföljningen ska ske genom patientregistret (se kapitel 10). Det bör leda till en mer kvalitetssäkrad uppföljning av vårdgarantin och även en minskad administrativ börda för regionerna. Vi bedömer även att förändringen

[9] SVT Nyheter Norrbotten, ”Färre norrbottningar tvingas resa för att få vård”, 15 december 2025.

kan leda till att uppföljningen av väntetider till undersökningar blir bättre.

Vårt förslag om tillsyn i kapitel 11 innebär att IVO får möjlighet att förelägga vårdgivare och huvudmän att se till att informationsgarantin, samt informationsskyldigheten i patientlagen följs. Föreläggandet får förenas med vite. Det innebär att regioner som inte följer regelverket kan drabbas av vissa kostnader, i form av vite. Vår bedömning är att förslaget inte borde få någon betydande påverkan på regionernas kostnader. De som får ett föreläggande har goda möjligheter att undvika kostnader för vite genom att vidta åtgärder i enlighet med IVO:s beslut. För regioner och huvudmän som följer regelverket kommer det inte att uppstå några kostnader på grund av förslaget.

13.2.3 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Enligt 14 kap. 2 § regeringsformen (RF) sköter kommunerna lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund. På samma grund sköter kommunerna även andra angelägenheter som bestäms i lag. Enligt 14 kap. 3 § RF bör en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som föranlett den. Vid proportionalitetsbedömningen ska det dels göras en analys av de konsekvenser det tänkta förslaget får för den kommunala självstyrelsen, dels en avvägning mellan de kommunala självstyrelseintressena och de nationella intressen som den föreslagna lagstiftningen ska tillgodose.

Den vårdgaranti som vi föreslår utgår från att regionerna, precis som i dag, har stor frihet att bestämma hur den specialiserade vården ska organiseras. Syftet med flera av förslagen är att förstärka vårdgarantin i den specialiserade vården, där tillgänglighet varit ett problem under lång tid.

I avsnitten nedan framgår vår bedömning av hur de olika förslagen eventuellt påverkar den kommunala självstyrelsen.

En ny bedömningsgaranti inskränker inte i den kommunala självstyrelsen

Vårt förslag innebär att regionernas skyldighet att erbjuda ett besök i den specialiserade vården ska ändras till en skyldighet att erbjuda en medicinsk bedömning (se avsnitt 7.2.1). Vi bedömer att förslaget inte innebär någon inskränkning i den kommunala självstyrelsen, förslaget skapar tvärtom ett större handlingsutrymme för regionerna. Samtliga moment i den medicinska bedömningen ingår redan i vårdens skyldigheter enligt dagens reglering, och en bedömningsgaranti finns redan i primärvården. Förslaget innebär inte heller några nya arbetsuppgifter för vårdens medarbetare.

Vi bedömer att det kommer att bli enklare att anpassa vårdprocessen efter patientens behov med vårt förslag. Många patienter kommer även framöver att få den medicinska bedömningen vid ett fysiskt besök, men digitala lösningar kommer att kunna användas när sådana är lämpliga. Detta kommer att spara tid för både vården och patienten. Det är också tydligt att en medicinsk bedömning ska kunna göras av legitimerad vårdpersonal och att det inte behöver vara en läkare.

Tidsfrist för remisshanteringen inskränker marginellt i den kommunala självstyrelsen

Förslaget innebär att en tidsfrist för remisshanteringen blir en del av vårdgarantin (se avsnitt 7.2.2). Vi bedömer att förslaget innebär viss ökad regelstyrning av regionerna från statens sida. Vi bedömer därför att det medför marginella inskränkningar i den kommunala självstyrelsen, jämfört med vad nuvarande reglering innebär. Inskränkningen bedöms proportionerlig i förhållande till syftet med den.

Tidsgränsen som vi föreslår, tre arbetsdagar, är densamma som de flesta regioner redan tillämpar i dag. Remissreglerna i regionerna har funnits under flera år och är väl integrerade i vården. Vårt förslag handlar om att lagstadga processer och rutiner som redan finns i dag. Det minskar risken för att förslagen ska leda till ökad byråkrati, jämfört med i dag. Regler som endast återfinns i rutiner och avtal är svåra för patienter att få kunskap om och är i allmänhet inte heller föremål för tillsyn på samma sätt som regler i lag eller förordning är. Sammantaget talar detta för att denna process blir reglerad i lag och förordning.

En ny informationsgaranti i vårdgarantin innebär marginella inskränkningar

Förslaget innebär att en informationsgaranti till patienten införs, som blir en del av vårdgarantin (se avsnitt 7.2.2).

Förslaget om att låta information till patienten bli en del av vårdgarantin innebär en viss ökad regelstyrning av regionerna från statens sida. Vi bedömer därför att det har marginella inskränkningar i den kommunala självstyrelsen, jämfört med vad nuvarande reglering innebär. Inskränkningen bedöms proportionerlig i förhållande till syftet.

Det handlar dels om information till patienten om att en remiss har mottagits i den specialiserade vården, dels om information till patienten om när den medicinska bedömningen ska göras. Här vill vi betona att det inte handlar om några nya skyldigheter att informera patienten, utan om lagstadgade tidsgränser för *när* patienten ska få viss information. System och rutiner för att lämna informationen till patienten ska redan finnas i regionerna.

Vi vet att det finns stora brister när det gäller information till patienter. Hittills är det bara en region som har beslutat om en yttersta tidsgräns av det slag som vi föreslår reglering av. Vår bedömning är att om patienter och i förlängningen anhöriga får information om när den medicinska bedömningen kommer att ske så innebär det stora fördelar för patienten och det kan även minska belastningen på hälso- och sjukvården, när färre patienter behöver höra av sig med frågor om sin vård. Mot bakgrund av detta bedömer vi att den marginella inskränkning i den kommunala självstyrelsen som förslaget medför, är motiverad och proportionerlig.

Förslaget bedöms också kunna stimulera till bättre framförhållning i regionernas planering.

En ny vårdgaranti med väsentligt kortare tidsgränser inskränker marginellt i den kommunala självstyrelsen

Vi föreslår en ny vårdgaranti med väsentligt kortare tidsgränser som utgår från patientens behov (se avsnitt 7.2.4). Vi bedömer att förslaget innebär marginella inskränkningar i den kommunala självstyrelsen, jämfört med nuvarande reglering. Detsamma gäller förslaget om en lagstadgad vårdgaranti för BUP (se avsnitt 8.6.1).

Våra förslag innebär inte någon förändring av regionernas ansvar. Det finns redan en lagstadgad vårdgaranti som reglerar tidsgränser i den specialiserade vården. Det ingår i huvudmännens ansvar att vidta tillräckliga åtgärder för att leva upp till de krav som ställs i lagstiftningen, inklusive tidsgränserna i vårdgarantin. Att införa kortare tidsgränser handlar inte om ökad regelstyrning, utan om en omdefiniering av tidsgränserna, till kortare sådana.

Vårt förslag till vårdgaranti innebär även att fler delar av patientens vårdprocess regleras i lag jämfört med i dag. Detta medför viss ökad regelstyrning. Det är på grund av detta som vi bedömer att det finns en påverkan på den kommunala självstyrelsen, men att den är marginell. Det handlar om väntetiden för undersökningar och återbesök, som det inte finns någon bortre tidsgräns för i dagens vårdgaranti. Genom att undersökningar och återbesök ingår i vårdgarantin innebär det ökade krav på regionerna att planera vården med god framförhållning. De nya regleringarna motiveras dels av att regionerna inte uppfyller lagstiftarens intentioner när det gäller vårdens tillgänglighet, dels av vissa brister i nuvarande regelverk. Det är i dag inte någon region i Sverige som lever upp till vårdgarantins gränser för väntan på vård.

Vi bedömer att inskränkningen i den kommunala självstyrelsen är nödvändig för att åstadkomma en mer tillgänglig vård i hela landet. Vi bedömer även att inskränkningen är proportionerlig och motiverad i förhållande till de fördelar som förslaget innebär.

Förslag om regionernas ansvar för att se till att patienter får vård i tid

Förslaget handlar om att förtydliga så att det framgår av HSL att patienten ska få vård hos en annan vårdgivare så fort regionen bedömer att vårdgarantins tidsgräns inte kommer kunna nås. Regionen ska också stå för eventuella merkostnader (se avsnitt 7.3).

Eftersom det handlar om ett förtydligande av den reglering som redan finns bedömer vi att förändringen inte innebär någon inskränkning i den kommunala självstyrelsen.

Förslag om förtydligande i HSL inskränker inte i den kommunala självstyrelsen

Förslaget handlar om att förtydliga att regionen ska planera och organisera sin verksamhet så att den främjar en god tillgänglighet (se avsnitt 7.3.1). Regionerna har redan i dag ett ansvar för att tillhandahålla en god och lätt tillgänglig vård. Förslaget innebär inte någon detaljreglering av hur regioner organiserar och planerar sin verksamhet för att främja god tillgänglighet. Det är upp till regionen att bedöma vilka organisatoriska och planeringsmässiga åtgärder som är lämpliga. Vi bedömer sammantaget att förslaget inte innebär någon inskränkning i den kommunala självstyrelsen.

Förstärkt tillsyn inskränker marginellt i den kommunala självstyrelsen

Förslaget handlar om att det införs en möjlighet för IVO att förelägga huvudmän och vårdgivare att se till att informationsgarantin i vårdgarantin samt informationsskyldigheten i patientlagen följs (se avsnitt 11.2).[10] Föreläggandet får förenas med vite.

Förslaget innebär en möjlighet för IVO att förelägga huvudmän som inte funnits tidigare, men det behöver inte innebära några förändringar av IVO:s arbetssätt på området. IVO har redan i dag möjlighet att utöva tillsyn över information som ges om vårdgarantin och tillsynen ska fortsatt utgå från patientsäkerhetsrisker. Att utfärda ett föreläggande som kan vara förenat med vite är ett yttersta steg i tillsynen. IVO har exempelvis möjlighet att lämna råd och ge vägledning till regionerna för att avhjälpa missförhållanden. Förslaget innebär därför endast en marginell inskränkning i det kommunala självstyret. Inskränkningen bedöms proportionerlig i förhållande till syftet med den.

[10] Den nya informationsgarantin i vårdgarantin regleras i 9 kap. 1 § HSL. Informationsskyldigheten i patientlagen regleras i 3 kap. 1 och 2 §§.

13.2.4 Övriga konsekvenser för regioner

Vissa regioner kommer påverkas mer än andra av kortare tidsgränser

Det finns betydande skillnader i väntetider mellan verksamheter – både inom och mellan regioner och vårdområden. De regioner som inte klarar dagens tidsgränser kommer sannolikt till en början att få svårt att klara de nya tidsgränserna. För andra regioner bör de nya tidsgränserna inte bli en lika stor utmaning. Vi kan konstatera att vårdgarantins tidsgränser är en utmaning för flera av Norrlandsregionerna. Strukturella och ekonomiska förutsättningar har sannolikt en viss betydelse för regionernas väntetider. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har dock visat att varken skillnader i skattekraft, ekonomiska resurser eller befolkningsstruktur och vårdbehov har några tydliga samband med i vilken utsträckning regionerna lever upp till vårdgarantin.

Glesbygdens övergripande förutsättningar att organisera hälso- och sjukvården har diskuterats och utretts i olika sammanhang.[11] Frågan om hur vården är organiserad ligger emellertid utanför den här utredningens uppdrag.

Konsekvenser för administration, medarbetare och arbetsmiljö

Våra förslag om kortare tidsgränser i vårdgarantin bör inte medföra ökad administration för vårdens professioner. På sikt kan förslagen leda till en minskning av administration som uppstår för att hantera köer och de patienter som blir ställda i kö.

Långa väntetider leder till administration av köer och dubbelarbete i form av undersökningar som måste göras om på grund av att patientens hälsotillstånd har förändrats. Patienter som fått ett ökat vårdbehov fram till planerad behandling kan också kräva ytterligare resurser från vården. Vidare kan långa köer och låg tillgänglighet skapa stress hos vårdpersonal och leda till sämre arbetsmiljö. Givet att förslagen efterlevs bör fler patienter kunna få vård i ett tidigare skede, vilket bör minska risken för den här typen av kostnader och arbetsbelastning.

[11] SOU 2007:10 och SOU 2025:62.

Kortare tidsgränser i vårdgarantin skulle samtidigt kunna innebära en ökad stress för personalen om de nya tidsgränserna inte implementeras på ett ändamålsenligt sätt. Det kommer att krävas en kombination av tydliga strukturer, systematiskt arbete och en kulturförändring i hälso- och sjukvårdsorganisationen i samband med att de nya tidsgränserna införs. Balanserade produktionsplaner och scheman behöver upprättas för att balansera kapacitet med behov. Det är viktig att regionen tar sitt ansvar som arbetsgivare för att motverka att medarbetarnas arbetsmiljö påverkas på ett negativt sätt.

Brister i information från hälso- och sjukvården kan leda till att patienten eller närstående återkommer till vården. Detta tar onödig tid och resurser från vården och patienten. Genom förslaget om att reglera en bortre tidsgräns för när patienten ska få information om sin medicinska bedömning bör en del av dessa återbesök gå att undvika.

13.3 Konsekvenser för staten

Utredningen föreslår ingen förändring som påverkar ansvarsfördelningen mellan stat, kommun och region. Däremot lämnar vi förslag om att staten fördelar medel till regionerna under en begränsad period, vilket vi beskriver nedan. Vi lämnar också förslag som ger direkta konsekvenser för vissa statliga myndigheter. Dessa redovisas nedan under respektive myndighet.

13.3.1 Ekonomiska konsekvenser för staten

Staten tillför medel under en övergångsperiod

Vårt förslag i avsnitt 7.4 innebär att staten tillför medel till regionerna under en övergångsperiod för att stödja regionerna i arbetet med att hantera uppbyggda vårdköer, samt med att ställa om till den nya vårdgarantin.

Som vi har konstaterat i tidigare kapitel finns det brister i data om väntetider. Vi kan därför inte med säkerhet veta hur många som väntat för länge, mer än de nu lagstadgade 90 dagarna, på sitt besök eller sin operation. Det innebär vidare att det inte går att göra någon exakt beräkning av vad det skulle kosta för regionerna att inom en begränsad tid ge vård till patienter som väntat för länge på vård. Trots det har

vi försökt att göra en grov uppskattning av kostnaderna. Uppskattningen bygger på antalet patienter som har väntat längre än 90 dagar på första besök respektive längre än 90 dagar på operation eller åtgärd. Vidare har vi räknat på en genomsnittlig kostnad för ett första besök respektive operation. Vi har uppskattat kostnaderna för att hantera uppbyggda vårdköer utifrån nuvarande vårdgaranti till cirka 2,8 miljarder kronor.[12] Det är viktigt att notera att brister i data gör att vi inte vet hur många av patienterna som fortfarande är aktuella för operation. Skillnader i rapportering från regionerna spelar också roll här.

Det har tidigare gjorts satsningar för att hantera uppbyggda vårdköer. I januari 2022 gav till exempel regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att fördela medel till regionerna för hantering av de uppdämda vårdbehoven med anledning av covid-19-pandemin.[13] Insatser som regionerna fick använda medlen till då var exempelvis vårdlotsar, för att hjälpa patienter med vård inom vårdgarantin, regiongemensam kvalitetssäkring av inflödet och visualisering av gapet mellan behov, produktion och kapacitet, samt regionövergripande upphandlingar av privata vårdgivare.[14] I uppdraget ingick även att Socialstyrelsen skulle följa upp hur regionerna arbetade med att omhänderta de uppdämda vårdbehoven och hur medlen användes.

Vi föreslår att staten gör en liknande satsning med anledning av våra förslag, under åren 2027, 2028 och 2029. Vårt förslag är att 1 miljard kronor avsätts per år och innebär en ökning av anslaget 1:11 Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna, utgiftsområde 9. Detta motsvarar alltså ungefär kostnaden på 2,8 miljarder kronor utslaget på tre år.

I de sedan tidigare beräknade medlen (cirka 7 miljarder kronor år 2027 exempelvis) finns satsningar som kommer att underlätta i omställningen och i arbetet med att korta vårdköerna, vilket vi har tagit hänsyn till i vår uppskattning av kostnaderna. Till exempel finns

[12] Enligt Väntetidsdatabasen väntar cirka 50 000 patienter på en operation och cirka 100 000 på ett första besök. Om vi uppskattar att en operation i genomsnitt kostar 50 000 kronor och ett första besök i genomsnitt 3 000 kronor uppgår den totala summan till 2,8 miljarder kronor. Genomsnittskostnaden för en operation har beräknats utifrån ett vanligt ingrepp inom de tre vårdområden där flest patienter väntar på en operation (ögonsjukvård, ortopedi och kirurgi). Operationerna som valts är operation av grå starr (15 000 kronor), operation av höftledsprotes (105 000 kronor) och ljumskbråck (30 000 kronor).
[13] Regeringsbeslut S2022/00456.
[14] Ibid.

redan en beräknad satsning på kortare vårdköer på 750 miljoner kronor år 2027 respektive 500 miljoner kronor år 2028.

Ett riktat statsbidrag är det mest ändamålsenliga

Vi föreslår alltså ett riktat statsbidrag till regionerna under en begränsad tidsperiod. Ett alternativ skulle kunna vara att tillföra medel inom ramen för det generella statsbidraget. Mot bakgrund av att förslagen på sikt inte bedöms innebära ytterligare kostnader för regionerna samt att det inte går att styra medel till en viss verksamhet med ett generellt statsbidrag anser vi att ett sådant upplägg inte är ändamålsenligt. Det skulle stå regionerna fritt att använda medlen som de själva ville och därmed inte vara garanterat att medlen användes för att hantera de uppbyggda vårdköerna. Det skulle även vara svårt att följa upp hur medlen faktiskt använts av regionerna.

I detta sammanhang kan även nämnas att regionerna i samband med att den nationella vårdgarantin infördes 2005 fick medel i det generella statsbidraget enligt finansieringsprincipen. Regionerna fick 700 miljoner kronor 2005 och sedan 500 miljoner per år från och med 2006.[15]

13.3.2 Konsekvenser för myndigheter

Uppdrag till Socialstyrelsen och insamling av data

Förslaget om en ny vårdgaranti kommer att påverka Socialstyrelsens insamling av väntetidsdata. Detta eftersom de uppgifter som samlas in måste anpassas efter den nya vårdgarantin. Rent praktiskt innebär det att en del nya informationsmängder kommer behöva samlas in i patientregistret.

Som vi beskriver i kapitel 10 så är det viktigt för förtroendet för hälso- och sjukvården att det finns en stabil nationell uppföljning av väntetider som bygger på tillförlitliga och relevanta data. Detsamma gäller den statliga tillsynen (se kapitel 11), som också är beroende av uppgifter för att kunna utöva tillsyn över vårdgarantin.

En förutsättning för att uppföljningen och även tillsynen av vårdgarantin ska kunna fungera effektivt är att de mätpunkter som följs

[15] Prop. 2004/05:1, utgiftsområde 25.

upp är relevanta för att bedöma hur väl regionerna når upp till vårdgarantin. Därför är det viktigt att Socialstyrelsen fortsätter arbetet med insamlingen av väntetidsdata och anpassar uppföljningen efter den nya vårdgarantin. Under arbetet behöver Socialstyrelsen ha dialog med regionerna om hur olika begrepp ska tolkas och andra frågor som uppstår i samband med inrapportering av data. Det behovet kommer sannolikt att vara stort, både på grund av det nya regelverket och att ansvaret för insamlingen av väntetidsdata nyligen övergått från SKR till Socialstyrelsen.

I avsnitt 7.2.3 lämnar vi en bedömning om att Socialstyrelsen bör ta fram en nationell standard för vilken information om vårdgarantin som patienten ska få. Bedömningen innebär att myndigheten behöver arbeta med att ta fram information om vårdgarantin och sprida den till berörda aktörer.

Det pågår redan ett arbete med att utvidga patientregistret.[16] Det som tillkommer med anledning av vår bedömning är det utrednings- och definitionsarbete som behövs som en konsekvens av den nya vårdgarantin. Sammantaget bedöms detta kosta 4–6 miljoner kronor. Det kan finansieras från anslag 1:6, Bidrag till folkhälsa och sjukvård, utgiftsområde 9.

IVO får möjlighet att förelägga med vite

I avsnitt 11.2 föreslår vi att IVO får möjlighet att förelägga vårdgivare och huvudmän att se till att informationsgarantin i vårdgarantin samt informationsskyldigheten i 3 kap. patientlagen följs. Detta medför inte något nytt åtagande eller uppdrag för IVO. Den nya bestämmelsen skapar större utrymme för IVO att bestämma om det är vårdgivaren eller huvudmannen som har ansvar för bristerna. Eftersom bestämmelserna om information till patienten är tydliga bedömer vi att föreläggande som förenas med vite kommer ha goda chanser att hålla för granskning i domstol. På så sätt bedömer vi att IVO:s tillsyn av vårdgarantin kan bli mer effektiv än i dag.

När det gäller bedömningen att det ska införas en sekretessbrytande bestämmelse som gör att IVO får tillgång till individuppgifter ur patientregistret bedömer vi att det är för tidigt att göra en konsekvensanalys. En sådan bör göras när Socialstyrelsen slutfört arbetet med

[16] Regeringsbeslut S2026/00384.

att utvidga insamlingen av uppgifter om väntetider till patientregistret.

Uppdrag till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

I avsnitt 10.7 lämnar vi bedömningen att regeringen bör ge Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att göra en utvärdering av konsekvenserna av den nya vårdgarantin ur ett patientperspektiv. Detta bedöms kosta cirka 2–3 miljoner kronor per år och kan finansieras genom anslag 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård, utgiftsområde 9. Utvärderingen bör genomföras under en tidsperiod om cirka 2–5 år så att slutsatser från utvärderingen kan vara en hjälp i implementeringsarbetet och bidra till eventuella förbättringar i konstruktionen av vårdgarantin.

Uppdrag till Upphandlingsmyndigheten

I avsnitt 10.6 lämnar vi bedömningen att regeringen bör ge Upphandlingsmyndigheten i uppdrag att stödja regionernas arbete med att identifiera och minska administrativa hinder som försvårar användningen av upphandlade avtal inom hälso- och sjukvården. Detta bedöms kosta totalt 2 miljoner kronor under ett år. Uppdraget kan finansieras med 2 miljoner kronor från anslag 1:6, Bidrag till folkhälsa och sjukvård, utgiftsområde 9.

13.4 Konsekvenser för grupper och aktörer

13.4.1 Företag och idéburen verksamhet

Privata och idéburna vårdgivare som utför hälso- och sjukvård på uppdrag av regionerna kommer att påverkas av förslagen om en ny vårdgaranti.

Det är regionernas ansvar att planera och säkerställa att den samlade kapaciteten i regionen motsvarar befolkningens behov. Privata och idéburna vårdgivare kan användas för att lösa den uppgiften. Både förslaget om förtydligat ansvar för regionerna när det gäller att hjälpa patienter vidare till andra vårdgivare (avsnitt 7.3) och förslaget om att en informationsgaranti införs i vårdgarantin (avsnitt 7.2.2) kan

vara positivt för privata och idéburna vårdgivare. Det kan leda till en större efterfrågan på den kapacitet som finns hos dessa vårdgivare.

Regionen behöver ställa krav på de privata och idéburna vårdgivare som den har avtal med. Det kan till exempel handla om att hålla de tidsgränser som anges i vårdgarantin. Även privata vårdgivare kan därför behöva ändra arbetssätt eller planera om för att klara de krav som ställs. När nya avtal skrivs finns det möjligheter för diskussion och förhandling om eventuell förändrad ersättning till följd av lagändringarna, om det anses vara motiverat. De kommer också att omfattas av den uppföljning och tillsyn som vi föreslår av den nya vårdgarantin. Det kan tänkas vara särskilt svårt för mindre privata och idéburna vårdgivare att leva upp till krav på registrering och uppföljning, men det är viktigt för att det ska vara möjligt att följa upp att vårdgarantin följs. Vi bedömer inte att detta innebär någon ökad administrativ börda jämfört med hur det fungerar i dag.

Förslaget om tillsyn av informationsgarantin (se kapitel 11) innebär att privata och idéburna aktörer som inte följer regelverket kan drabbas av vissa kostnader, i form av vite. Vår bedömning är att det här påverkar privata och idéburna aktörer på samma sätt som det offentliga. Syftet är att styra ansvariga vårdgivare att följa vårdgarantin, utan att det ska behöva uppstå någon kostnad. Aktörer som inte uppfyller kraven och får ett föreläggande har goda möjligheter att undvika kostnader för vite genom att vidta åtgärder i enlighet med IVO:s beslut. Förslaget får inte några konsekvenser för aktörer som följer regelverket.

13.4.2 Kommuner

Våra förslag bedöms inte ha några direkta effekter för den hälso- och sjukvård som bedrivs av kommunerna. Kommunerna har inget ansvar för specialiserad vård. Den kommunala verksamheten kan påverkas positivt om de föreslagna förändringarna medför att patienter som också har kommunal hälso- och sjukvård eller kommunal omsorg får bättre tillgång till den specialiserade vården.

13.5 Samhällsekonomiska konsekvenser

Utredningens förslag innebär marginellt ökad reglering av vårdprocesserna men vi bedömer att de samhällsekonomiska konsekvenserna av detta främst kommer från kortare väntetider i vården. Kortare väntetider i vården innebär minskat lidande för patienter och anhöriga, lägre kostnader för sjukvården på sikt, samt sannolikt ökad arbetstillfredsställelse hos vårdpersonal. Det samhällsekonomiska värdet av dessa konsekvenser är dock svåra att beräkna.

Långa väntetider i vården leder till lidande och försämrad hälsa för de patienter som drabbas. Enligt IVO kan lång väntan förvärra symptom, försämra patientens hälsostatus och leda till ett sämre kliniskt resultat.[17] Med långa väntetider uppstår ofta behov av ytterligare undersökningar, vård och behandling – behov som sannolikt inte hade funnits om tillgängligheten till vården hade varit bättre. Det innebär ökade kostnader för regionerna och resursineffektivitet. I värsta fall kan långa väntetider leda till vårdskador, vilket i sin tur leder till ytterligare ökade kostnader för regionerna.

I en rapport där IVO har gått igenom klagomålsärenden och lex Maria–anmälningar till BUP framgår att långa väntetider är vanliga och att konsekvenserna av att vänta för länge på vård kan bli allvarliga. Det är avgörande att få vård i tid eftersom försenad eller utebliven behandling kan leda till allvarliga konsekvenser för patienterna, med hög skolfrånvaro, social isolering och ökad ångest som följd. I de mest allvarliga fallen där IVO riktat kritik mot BUP har självskadebeteenden, suicidförsök och i några fall även suicid förekommit i anslutning till försenad eller utebliven behandling.[18] Liknande konsekvenser framgår av genomgången av lex Maria-anmälningar, där bristerna rapporterats av vårdgivare. IVO lyfter också fram att behovet av att hantera vårdkön tar administrativa resurser i anspråk.[19] Det finns således besparingar att göra för regionerna genom att minska väntetiderna.

Om kortare väntetider innebär kortare sjukskrivningsperioder för de patienter som drabbas kan statens utgifter för sjukförsäkringen minska, samt arbetsproduktion och därmed BNP öka. Minskade sjukskrivningar kan även innebära ökade skatteintäkter för staten (och för regioner och kommuner) om sjukskrivningen ersätts med

[17] IVO, *Tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården*, 2021, s. 28.
[18] IVO, *Långa väntetider inom barn- och ungdomspsykiatrin riskerar patientsäkerheten*, 2025, s. 2.
[19] IVO, *Tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården*, 2021, s. 29.

arbetsinkomst. Precis som tidigare utredningar har vi inte hittat något underlag som tydligt visar på kopplingen mellan sjukskrivning och väntetider i vården. Det gör det svårt att bedöma hur stor denna effekt kan vara. Det skulle kunna innebära en minskning i sjukskrivningstalen om dagens vårdgaranti efterlevdes.

13.6 Andra nyttor med förslagen

13.6.1 Ökad styrning mot en jämlik vård

Ojämlikhet i hälsa är en stor utmaning och de socioekonomiska skillnaderna i hälsa har ökat över tid. Personer som bor i socioekonomiskt utsatta områden har exempelvis högre dödlighet och sämre överlevnad vid allvarliga sjukdomar.

Förslaget om att fler ska omfattas av vårdgarantin ökar förutsättningarna för att de patienter som har störst behov av vård får företräde till vården. Den förändringen styr på ett bättre sätt än i dag mot målet om en jämlik vård. Vidare kan förslaget om att införa en informationsgaranti främja socioekonomisk jämlikhet. Resursstarka individer har många gånger bättre förutsättningar att söka information om sin vård. Att regionerna kommer att ge patienten information inom en viss tid kan underlätta för mindre resursstarka patienter att ta del av den informationen.

Våra förslag innebär att fler delar av vårdprocessen omfattas av vårdgarantin och förtydligar regionernas skyldigheter, vilket ökar förutsättningarna för att vårdgarantin tillämpas på ett mer likartat sätt i hela landet. På så sätt kan förslagen bidra till målet om en jämlik vård. Genom att tidsgränserna för remisshanteringen blir en del av den nationellt reglerade vårdgarantin, ökar förutsättningarna för att en viktig del av vårdprocessen blir mer likvärdig i hela landet.

Förslaget om att regioner ska agera snabbare för att ge vård hos andra vårdgivare när vårdgarantin inte uppfylls kan också bidra till en mer jämlik vård. Om förslaget genomförs kommer regionerna att behöva använda kapacitet i hela landet i högre grad, vilket på sikt borde kunna leda till en utjämning av väntetiderna.

Våra förslag berör den specialiserade vården. Jämlikheten påverkas även av insatser inom andra delar av hälso- och sjukvården, som akutsjukvård, primärvård samt hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete. Utöver det påverkas jämlikheten även av insatser inom andra

politikområden. Mot bakgrund av det bedömer vi att förslagens påverkan på jämlikheten är positiv men begränsad.

13.6.2 Positiva men begränsade effekter på folkhälsan

Forskning visar att hälso- och sjukvården tillsammans med andra insatser spelar en tydlig roll för människors hälsa.[20] Framför allt påverkas folkhälsan dock av andra faktorer som socioekonomi, boendemiljö och levnadsvanor.[21] Mot bakgrund av det bedömer vi att förslagen kommer att ha en positiv men begränsad effekt på folkhälsan.

Den vårdgaranti vi föreslår är generell och de effekter vi eftersträvar bör därför påverka samtliga patientgrupper. Långa väntetider kan bidra till ökad så kallad ”undvikbar sjuklighet”, det vill säga sjuklighet som inte hade behövt uppstå. Det kan också leda till förstärkta ohälsoklyftor. En vårdgaranti som styr mot att den medicinska bedömningen ska ske tidigare ökar sannolikheten för att patienter får rätt vårdåtgärd tidigare än i dag. Tidiga insatser ökar i sin tur förutsättningarna för bättre behandlingsresultat och att personer som exempelvis är sjukskrivna i väntan på operation eller behandling kan komma tillbaka i arbete snabbare. För barn och unga kan det handla om att komma tillbaka till skolan tidigare. Förutsatt att den nya vårdgarantin efterlevs av regionerna kan den på så sätt påverka folkhälsan i positiv riktning.

13.7 Övriga konsekvenser

Förslagen bedöms inte ha några konsekvenser för EU-rätten, sysselsättningen, de integrationspolitiska målen, miljön och klimatet, brottsligheten eller det brottsförebyggande arbetet.

[20] Dahlgren och Whitehead, 1991.
[21] Marmot och Wilkinson, 2005.

13.8 Konsekvenser för regionerna av att patienten kan välja utförare inom sluten vård

I kapitel 9 skriver vi om patienters möjligheter att välja utförare inom sluten vård. Att i lag reglera patientens möjlighet att helt fritt välja utförare i hela landet inom sluten vård skulle kunna få stor påverkan på regionernas möjlighet att planera sin verksamhet. Det skulle innebära en stor inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Med utredningens förslag införs därför en möjlighet för hemregionen att godkänna sluten vård i en annan region innan det uppstår något kostnadsansvar. Eftersom regionerna fortsatt kommer att ha kontroll över sina kostnader för utomlänsvård bedömer vi inte att förslaget innebär någon inskränkning av det kommunala självstyret. Syftet med att ändå lagstifta om möjligheten att välja utförare är att det bedöms öka möjligheten för patienter att få kännedom om möjligheten att välja vårdgivare inom sluten vård. Förslaget bedöms inte leda till någon stor ökning av patientströmmar över regiongränserna.

13.9 Konsekvenser av förslagen för ökad kontinuitet inom specialiserad vård

13.9.1 Konsekvenser för patienter

I kapitel 12 skriver vi om hur kontinuiteten i den specialiserade vården kan förbättras. Utredningen bedömer att förslaget om att hänsyn ska tas till patientens behov samt till patientens önskemål om vem som ska utses till fast vårdkontakt kan skapa förutsättningar för ökad trygghet och delaktighet för patienterna i den specialiserade vården. Trygghet utvecklas bland annat utifrån att patienten känner sig viss om att vårdpersonen i fråga känner till patientens sjukhistoria och livssituation. Detta är inte minst viktigt för patienter med kronisk sjukdom eller andra komplexa vårdbehov. Möjligheten att följa en patient över tid ökar förutsättningarna för att undvika misstag av olika slag och kan på så sätt öka patientsäkerheten.

God relationskontinuitet kan även ha en positiv påverkan för patienter med oklara symtom. En betydande andel av patienter söker vård för symtom som det råder osäkerhet om diagnos och lämplig behandling kring. I dessa fall kan kvaliteten på bemötandet i vården och en tillitsfull relation med vården vara särskilt avgörande. Vården

kan inte alltid erbjuda specifika behandlingsinsatser för denna patientgrupp, men en kontinuerlig vårdkontakt kan öka förutsättningarna för att hitta strategier för att hantera patientens problem. På så sätt kan vården undvika att komplexa multibesök i olika delar av vården utvecklas.

13.9.2 Konsekvenser för vårdens medarbetare

Att som medarbetare känna sina patienter och deras sjukdomshistoria kan ge en känsla av kontroll, säkerhet och trygghet. Goda mellanmänskliga kontakter kan även bidra till en bättre arbetsmiljö och ökad trivsel på arbetsplatsen. Kontinuitet medför även ett moment av ökat lärande för vårdpersonalen, genom att de får återkoppling på resultatet av de åtgärder och rekommendationer som getts i samband med tidigare möten med patienten.

13.9.3 Konsekvenser för regioner och arbetsgivare

På systemnivå kan god kontinuitet medföra högre effektivitet i organisationen, inte minst genom minskad tid för inläsning och ett minskat externt kommunikationsbehov. De psykologiska och sociala vinsterna som kan uppkomma som en följd av god kontinuitet förväntas även påverka arbetsmiljö och trivsel, något som i förlängningen kan påverka arbetsplatsens attraktionskraft och personalomsättning.

13.9.4 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Förslaget innebär ett förtydligat krav på att regionerna i större utsträckning behöver ta hänsyn till patienternas önskemål, vilket vi betraktar som en marginell inskränkning i regionernas handlingsfrihet. Förslaget är dock ett förtydligande av gällande lagstiftning och bedöms därför inte vara ett helt nytt ingrepp i det kommunala självstyret.[22]

[22] Se 6 kap. 2 § PL och prop. 2009/10:67, s. 61.

13.9.5 Ekonomiska konsekvenser

Vårt förslag till förtydligande bedöms inte medföra några nya kostnader för regionerna – regionerna ska redan i dag vara beredda på att tillhandahålla fast vårdkontakt till alla som har en sådant behov.[23] Det finns även i dag bestämmelser om att vården ska utformas och genomföras i samråd med patienten.

13.10 Konsekvenser av att inte genomföra förslagen

Under utredningens arbete har vi resonerat om vad det skulle innebära om våra förslag inte genomförs. Utöver vår utredning finns det flera initiativ och åtgärder på nationell och regional nivå som kan sätta fokus på arbetet med tillgänglighet och i bästa fall bidra till minskade väntetider i vården. Det handlar bland annat om Socialstyrelsens och E-hälsomyndighetens arbete med nationell vårdförmedling, Socialstyrelsens stöd till regionernas kapacitetsplanering, olika regionala utvecklingsarbeten för att korta köer och inrättandet av en nationell kösamordnare. Dessa åtgärder kan bidra till bättre kapacitetsutnyttjande, men kommer inte kunna åtgärda de problem som beror på hur vårdgarantin är konstruerad.

Som vi beskrivit i tidigare kapitel är det många patienter som inte omfattas av någon vårdgaranti i dag, exempelvis patienter som väntar på sin undersökning eller sitt återbesök. Detta beror på hur den lagstadgade vårdgarantin i dag är konstruerad. Det är också en förklaring till den kritik som riktats mot vårdgarantin. Det finns inget som tyder på att detta är något som kommer att förändras av sig självt. Därför kommer problemen med undanträngning av vissa patientgrupper sannolikt att kvarstå i större utsträckning om inga författningsändringar genomförs. Som vi beskrivit tidigare kan vi inte eliminera risken för undanträngningseffekter, men vi bedömer att risken för sådana blir mindre med våra förslag, eftersom vi inkluderar fler patientgrupper och situationer i vårdgarantin. Att inte genomföra vårt förslag om en lagstadgad vårdgaranti för BUP skulle innebära att ordningen, med dels en överenskommelse om en icke lagstadgad vårdgaranti för BUP, dels en lagstiftad vårdgaranti, fortsatt skulle

[23] Enligt nu gällande 6 kap. 2 § PL ska en fast vårdkontakt utses till de patienter som begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

skapa otydlighet. De bristande förutsättningarna för jämlik vård och otydligheten för patienterna skulle kvarstå.

Många patienter har bristfällig kunskap om vårdgarantin. Det innebär att det är svårt för dem att vara delaktiga i sin vårdprocess. Därför behöver kraven på information till patienten stärkas och omfattas av vårdgarantin. Om våra förslag om förbättrad information inte genomförs är det sannolikt att det inte sker någon förbättring i det avseendet.

Bristande information är också en fråga om patientsäkerhet. Vi vet att det finns brister i informationen till patienter. Om förslaget att IVO får möjlighet att förelägga vårdgivare och huvudmän att följa informationsgarantin inte genomförs bedömer vi att information till patienten inte kommer att vara prioriterad tillsyn för IVO. IVO:s möjligheter att utöva tillsyn över informationen om vårdgarantin förblir i så fall begränsade och patientens rätt till information stärks inte.

Det förslag som handlar om att förtydliga att regioner som inte kan erbjuda vård inom tidsgränserna i hemregionen ska se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare inom tidsgränserna (se avsnitt 7.3), är viktigt för att förtydliga regionens ansvar för tillgänglighet. Om förslaget inte genomförs är risken att regioner även i fortsättningen avvaktar med att hjälpa patienter vidare till en annan vårdgivare i tid.

Att vårdgarantin inte uppfylls är allvarligt och det påverkar också förtroendet för hälso- och sjukvården. En viktig lärdom från uppföljningar, utvärderingar och granskningar som gjorts av statens styrning av vården är just att ett nytt styrmedel inte automatiskt innebär att väntetiderna till vården blir kortare.[24] En klokt formulerad garanti kan däremot bidra till mer ansvarstagande från regionernas sida och mer delaktiga patienter. Tillsammans med andra insatser för att öka tillgängligheten kan en förändrad vårdgaranti på sikt bidra till kortare väntetider och minskade skillnader i väntetider mellan regionerna.

När det gäller våra förslag om ökad kontinuitet är en konsekvens av att inte genomföra förslagen att kontinuiteten inom den specialiserade vården fortsatt kommer att vara bristfällig. Patienternas möjlighet till ökad samordning, trygghet och delaktighet inom den speci-

[24] Se bland annat Riksrevisionen, *I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer*, 2023 och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Löftesfri garanti. En uppföljning av den nationella vårdgarantin*, 2017.

aliserade vården kommer inte att förbättras. När det gäller möjligheten att välja utförare av sluten vård i andra regioner finns det i dag ingen lagreglering – den möjligheten framgår i stället av riksavtalet. Om vårt förslag inte genomförs kommer möjligheten att välja fortsatt vara otydlig för regioner och patienter. Det kommer då även fortsatt krävas att patienten har en mycket god insyn i det svenska hälso- och sjukvårdssystemets administrativa delar för att känna till möjligheten att välja utförare av sluten vård i andra regioner.

14 Nationella principer för ersättningar och avgifter inom hälso- och sjukvården

I oktober 2025 beslutade regeringen om tilläggsdirektiv till utredningen. Utöver de ursprungliga direktiven ska utredningen även analysera och lämna förslag på hur statens styrning kan stärkas genom ett system med nationella principer för ersättningar och avgifter inom hälso- och sjukvården.[1] I uppdraget ingår att vid behov ta fram principer för ersättningar och avgifter för digital vård som inte är en integrerad del av en vårdkedja, det vill säga digital utomlänsvård. Denna bedrivs bland annat av så kallade nätläkare.

I detta kapitel beskrivs först bakgrunden till vårt uppdrag, sedan utredningens bedömningar och förslag, följt av konsekvenser av förslagen.

14.1 Utmaningar med nuvarande system för ersättningar och avgifter

Det finns en stor variation i utformningen av regionernas patientavgifter och ersättningsmodeller till utförare. Patientavgifter för samma typ av tjänst skiljer hundratals kronor mellan olika regioner. Stora variationer i avgifter skapar otydlighet och ojämlikhet för patienter och kan ifrågasättas ur ett patient- och jämlikhetsperspektiv.

Även utformningen av regionernas ersättningssystem varierar och tidigare utredningar har bland annat pekat ut den svaga samordningen samt de frekventa ändringarna av utförarnas uppdrag och ersättningar som problematiska.[2]

[1] Dir. 2025:94.
[2] SOU 2019:42.

Den nuvarande ersättningsmodellen för digital utomlänsvård bedöms vara särskilt problematisk. Digital utomlänsvård bedrivs i dag på primärvårdsnivå men ersättningarna styrs av ett parallellt system, som fungerar enligt andra logiker än dem i den övriga primärvården. Modellen medför att huvudmännen blir betalningsskyldiga för en vård de inte själva har beställt och inte heller på egen hand kan kontrollera omfattningen av, eller följa upp. Flera tidigare utredningar har konstaterat att systemet inte är förenligt med behovsprincipen och inte heller främjar ett effektivt resursutnyttjande.[3]

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har konstaterat att regionernas kostnader för digital utomlänsvård har ökat kraftigt under de senaste åren och att de ökade kostnaderna kan leda till en obalans i resursfördelningen i förhållande till behovsprincipen.[4]

Konkurrensverket anser att systemet innebär att det inte råder konkurrens på lika villkor mellan vårdcentralerna i primärvårdens vårdvalssystem och de privata digitala vårdgivarna som verkar med utomlänsersättning. Detta bland annat eftersom en vårdcentral som erbjuder digitala vårdtjänster till sina listade patienter får lägre ersättning än den ersättning som betalas om samma patient besöker en privat digital vårdtjänst med utomlänsersättning.[5]

Inte heller de aktörer som erbjuder digital utomlänsvård anser att nuvarande system är funktionellt för en vidare utveckling av den offentligt finansierade digitala vården. Från deras sida lyfts bland annat att det nu finns digitala aktörer av mycket olika karaktär och det medför också behov av olika modeller för styrning, ersättning och uppföljning.

14.2 Olika ersättningsprinciper i hälso- och sjukvården och kunskapsläget om dem

Som huvudmän ansvarar regioner och kommuner för att erbjuda och finansiera den svenska hälso- och sjukvården. Inom ramen för det kommunala självstyret har de ett stort utrymme att välja hur de organiserar och utformar den hälso- och sjukvård de ansvarar för. Det gäller även vilka ersättningsprinciper de tillämpar för dem som

[3] SOU 2019:42 och Ds 2023:27.
[4] SKR, *Primärvård i Sverige*, 2024.
[5] Konkurrensverket, *Privata digitala vårdtjänsters påverkan på konkurrensförhållanden inom primärvården*, 2022, s. 9.

ska utföra vården, oavsett om det är vård i egen regi eller vård som upphandlas av privata aktörer.

Ersättningsprinciper som används inom hälso- och sjukvården är inte principer för budgetering eller finansiering. Det handlar i stället om utformningen av den ersättning som i olika former utgår från en tänkt beställare till den aktör som utför hälso- och sjukvården. Betydelsen av *anslag* och relaterade termer som rör budget skiljer sig därmed i detta kapitel från hur termerna används i budgetlagen liksom i övriga kapitel i utredningens betänkande. Principerna som beskrivs nedan kan tillämpas av såväl lokala styren som stater och privata försäkringssystem, oberoende av vilken nivå som styr och vem som har beställaransvar.

14.2.1 Ersättningar – ett bland flera verktyg för styrningen av hälso- och sjukvården

Utformningen av ersättningar är ett av flera verktyg för att styra mot de resultat som beställare och finansiärer önskar få ut av hälso- och sjukvården. Effekterna av varje styrsignal beror i slutänden på den sammantagna styrningen, liksom på den kontext som styrningen sker i.[6] En väl genomtänkt och utformad ersättningsmodell kan inte förväntas kompensera för en i övrigt icke-fungerande styrning, inklusive bristande resurser.[7]

I det följande redogörs övergripande för de vanligast förekommande principerna – som i sin tur kan utformas och kombineras på en rad olika sätt. Se även tabell 14.1 nedan.

[6] SOU 2017:56, s. 92.
[7] Ibid. s. 150.

Tabell 14.1 Olika ersättningsprinciper inom hälso- och sjukvården och exempel

Typ	Fast ersättning		Rörlig ersättning	
Objekt	Resurser/Input (anslagsfinansiering)	Registrerade individer eller patienter	Aktiviteter/ Prestationer	Målbaserad (Pay for performance, P4P)
Exempel	Detaljerad budget: Anslag uppdelat på Kostnadsslag (löner, utrustning, läkemedel etc.) utan möjlighet till omfördelning.	Fast ersättning för listade i primärvården (kapitering), med eller utan justering utifrån förväntat vårdbehov.	Fee for service (FFS)	Ersättning utifrån måluppfyllelse (struktur, process, resultat), t.ex. täckningsgrad.
	Ramanslag med möjligheter till omfördelning mellan kostnadsslag.		Besök, vårddag	
			DRG (diagnosrelaterade grupper)	
			Vårdrelaterade episoder	

Källa: Fritt efter ESO-rapport 2010:7, s. 43.

Fasta ersättningar

Det finns två huvudsakliga typer av fasta ersättningar som används vid ersättning av utförare: anslagsfinansiering och kapitering. Bägge är exempel på prospektiva ersättningar, som ger bättre planeringsförutsättningar för, och lägger mindre risk på finansiären eftersom ersättningen är oberoende av den vårdvolym som produceras.[8] Det innebär också att den finansiella risken flyttas till utföraren.

Det som inom hälso- och sjukvården brukar kallas *anslagsfinansiering* innebär att utföraren får en fast summa pengar i förväg baserat på budgeterade behov. Det kan ske antingen i form av en mer detaljerad budget, utan möjlighet till omfördelning, eller i form av ett ramanslag, med möjlighet till omfördelning inom ramen. Anslagets storlek baseras vanligen på historiska kostnader, till exempel kostnaderna från föregående år, men kan justeras utifrån förväntade trender eller sparbeting. Ett ramanslag kan även baseras på en analys

[8] Anell, A, *Värden i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården*, 2010, s. 43 och SKR, *Effekter av ersättningsmodeller i hälso- och sjukvården – en forskningsöversikt*, 2022, s. 3.

av det förväntade vårdbehovet. Ramanslag är en förhållandevis möjliggörande ersättningsform som innebär en låg administrativ börda. Denna ersättningsmodell styr samtidigt inte mot specifika uppgifter, utan för det krävs andra styrsignaler.[9]

Kapitering är den dominerande ersättningsformen i svensk primärvård. Den innebär att det utgår en ersättning per individ som ingår i ”befolkningen” för den aktuella vårdenheten. I svensk primärvård innebär det att en vårdcentral får en ersättning för varje individ som valt att lista sig på just den vårdcentralen. I andra kontexter, utan valmöjligheter, kan befolkningen till exempel vara de som bor i ett visst geografiskt upptagningsområde som utföraren ansvarar för. Kapiteringsersättning utgår med samma summa för varje registrerad individ, oavsett hur den individens sjukvårdsbehov och faktiska vårdutnyttjande ser ut. Därför görs det ofta olika typer av viktningar av kapiteringsersättningar, för att göra dem mer rättvisande. För att vikta en persons sannolika risk att drabbas av ohälsa används olika komponenter som kön, ålder, socioekonomiska faktorer samt vårdtyngd.[10] Dessa kan används ensamma eller tillsammans för att justera ersättningsnivån.[11]

I svensk primärvård har vanligen den utförare som patienten är listad hos och som får kapiteringsersättningen, även ett *kostnadsansvar* för vissa kostnader som rör de listade patienternas behov av andra insatser. Det kan exempelvis göras avdrag när listade patienter söker vård hos en annan utförare i primärvården, inom eller utom den egna regionen. Kostnadsansvar för utföraren kan även tillämpas när utföraren inom ramen för en vårdkontakt beställer medicinsk service, såsom provtagning, laboratorieanalys, klinisk fysiologi eller röntgenundersökning, samt för förskrivna och uthämtade läkemedel. Denna typ av kostnadsansvar innebär en ökad finansiell risk för utföraren, något som är mer ovanligt i andra länder.[12]

Så kallade *geografiska ersättningar* är en särskild form av fast ersättning. För att motverka utmaningar med att etablera vårdinrättningar i geografiskt ofördelaktiga lägen kan man ge tilläggsersättning till utförare som etablerar mottagningar på sådana platser. Ett ofördel-

[9] SOU 2017:56, s. 95–96.
[10] Ett mått på arbetsbelastningen för personalen kopplat till patienternas individuella behov.
[11] SKR, *Ersättningsmodeller för nära vård*, 2023, s. 33.
[12] SKR, *Ersättningsmodeller för nära vård*, 2023, s. 45 och Anell, A., *Vården är värd en bättre styrning*, 2020, s. 85.

aktigt läge kan till exempel bestå i långt avstånd till sjukhus eller ett område med lägre befolkningstäthet.

Rörliga ersättningar i två olika former

Rörliga ersättningar kan grovt delas upp i två olika former; ersättningar för specifika aktiviteter eller prestationer samt målbaserade ersättningar.[13]

Ersättningar för specifika aktiviteter eller prestationer kan till exempel handla om ersättning per besök, ersättning för en viss typ av behandling eller särskild ersättning för att ha genomfört ett så kallat SIP-möte. Det ger incitament till att utförarna producerar mer av just denna aktivitet. *Målrelaterade ersättningar* premierar uppnådda resultat (eller sanktionerar bristfällig resultatuppfyllelse med indragen ersättning). Till skillnad från prestationsersättningar som belönar resursinsatser eller prestationer, syftar målbaserade ersättningar till att skapa incitament att leverera slutmålet för verksamheten.[14] I praktiken så baseras dock målbaserad ersättning på olika processmått, snarare än utfallsmått. Det innebär också att de ofta kan beskrivas som en variant av ersättning för viss prestation, till exempel att uppföljningar av diabetespatienter registreras i ett nationellt register.

Täckningsgrad för primärvårdskonsumtion kan räknas in bland de målrelaterade ersättningarna. Den är vanlig i svensk primärvård och används för att få utförarna att i så stor utsträckning som möjligt ta hand om den egna enhetens listade patienter på primärvårdsnivå och inte i onödan remittera patienter till högre vårdnivå. En särskild form av täckningsgrad är i vilken utsträckning de listade patienterna får sina insatser på primärvårdsnivå hos just den utförare som de är listade hos.[15] Eftersom det är svårt att kontrollera besöksfrekvensen hos andra vårdgivare kan vårdcentraler främst påverka täckningsgraden genom att öka de egna besöken, och därmed de egna besökens andel av de totala besöken.

Om en vårdcentral har en hög täckningsgrad så innebär det i bästa fall att de i hög grad har lyckats tillgodose patienternas vårdbehov på primärvårdsnivå, och på den egna vårdcentralen. En låg täcknings-

[13] Anell, A., *Värden i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården*, 2010.
[14] Ibid.
[15] SKR, *Ersättningsmodeller i primärvården*, 2022, s. 20 och Ds 2023:27, s. 33.

grad kan omvänt signalera att patienterna i högre grad sökt annan vård än den som tillhandahålls på vårdcentralen eller i primärvården. Ett lågt utfall kan indikera att patienterna upplever att de inte kan få tillgång till den vård de efterfrågar på vårdcentralen eller i primärvården eller att det finns god tillgång på specialiserad öppenvård i närområdet – eller både och. En låg täckningsgrad medför en lägre ersättning, eller avdrag.[16]

Rörliga ersättningar förflyttar den finansiella risken så att mer av den ligger på finansiären eftersom ersättningen till utförarna blir beroende av vad som produceras. De rörliga ersättningarna ger vidare incitament att producera mer av det som ersättningen avser. De förväntade effekterna beror på hur objektet för ersättningen definieras, och även på ersättningsnivån. En ersättning baserad på DRG-poäng[17] ger incitament att producera fler DRG-poäng; en ersättning per besök eller hela vårdepisoder ger incitament att producera mer av dessa objekt. Beroende på hur objektet för ersättningen definieras kan förändringar försvåras eller blockeras, till exempel införandet av nya behandlingar (som ännu inte fått en ersättning) eller arbetsväxling mellan personal (om den rörliga ersättningen kopplas till enskilda yrkeskategorier). En rörlig ersättning ställer därför högre krav på att ersättningen och ersättningsnivåerna, och i vissa fall även tillhörande beskrivningssystem, kontinuerligt uppdateras i takt med att nya behandlingar och ny evidens tillkommer.[18]

14.2.2 Vad vet vi om effekter av olika ersättningsprinciper?

Så vilken eller vilka ersättningsprinciper är då bäst? Trots en omfattande litteratur och många empiriska studier är evidensen när det gäller effekter av ersättningsprinciper till utförare inom hälso- och sjukvård ganska svag, sett utifrån ett strikt vetenskapligt perspektiv. Det beror främst på att det finns få randomiserade och välkontrollerade studier. Det är praktiskt svårt att genomföra studier med hög vetenskaplig kvalitet när det gäller ersättningsprinciper.

[16] SKR, *Ersättningsmodeller för nära vård*, 2023.
[17] Diagnosrelaterade grupper (DRG) är i grunden ett beskrivningssystem för att dela in patienter i medicinskt- och resurshomogena grupper vilka används för aggregerad verksamhetsbeskrivning i hälso- och sjukvården. DRG-koderna kopplas till vikter och kan därigenom användas som ett relativt mått på vård- och behandlingskostnaden för en genomsnittspatient i varje DRG-grupp. Därigenom kan de också utgöra grund för ersättningar.
[18] Anell A., *Värden i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården*, 2010, s. 47 och *Vården är värd en bättre styrning*, 2020, s. 71.

När man tar del av den litteratur som finns är det också viktigt att beakta kontextens betydelse. En och samma ersättningsprincip kan få olika effekt beroende på vem som driver mottagningar, hur styrning och uppföljning i stort utformas, graden av konkurrens mellan vårdgivare i olika geografiska områden, graden av altruism etc. Att en och samma ersättningsprincip kan få olika effekt beroende på sammanhanget är i sig en viktig kunskap.

För vår svenska kontext behöver vi också vara medvetna om att en stor andel av den internationella forskningen om ersättning till primärvård och öppen vård fokuserar på privata vårdgivare och ofta avser den ersättning till individuella läkare. Det finns vanligen en tydlig uppdelning mellan beställare/finansiärer respektive vårdgivare. I svensk hälso- och sjukvård är majoriteten av enheter och mottagningar ägda och styrda av regionerna. Både bland privata och offentliga arbetsgivare är det praxis att läkare liksom annan vårdpersonal är anställd med fast lön. Svenska läkare får därmed inte med automatik högre inkomster om de producerar mer vård. Eftersom ersättningen i svensk vård avser enheter och mottagningar har chefers agerande och prioriteringar stor betydelse. Chefer kan genom sitt agerande förstärka eller motverka effekterna av en ersättningsprincip. Effekterna av att använda olika ersättningsprinciper blir därmed mera osäkra.[19]

Trots brister i studiers design går det att identifiera många viktiga lärdomar från den samlade litteraturen. En ”gammal” kunskap är att det finns för- och nackdelar med olika enskilda ersättningsprinciper. Dessa för- och nackdelar innebär att olika ersättningsprinciper kan kopplas samman med olika målsättningar. Beroende på hur olika mål rangordnas kan olika ersättningsprinciper vara mer eller mindre fördelaktiga. En annan etablerad rekommendation i litteraturen är att tillämpa en kombination av ersättningsprinciper. Olika kombinationer av fast, rörlig och även målbaserad ersättning återfinns i de principer som används för att ersätta primärvård eller sjukhus i olika länder. Tilläggas kan att oavsett val av ersättningsprincip finns behov av en parallell styrning och uppföljning som kompenserar för bristerna med den/de principer man valt.[20]

[19] Anell, A., *Värden i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och* sjukvården, 2010, s. 56 f. och SKR, *Ersättningsmodeller för nära vård*, 2023, s. 25.
[20] Anell, A., *Vården är värd en bättre styrning*, 2020, s. 71 f.

Tabell 14.2 För- och nackdelar med olika ersättningsprinciper till utförare i hälso- och sjukvården

Ersättningsprincip	Fördelar	Nackdelar	Kompletterande krav på styrning
Anslag per kostnadsslag	Möjliggör central kontroll av resursfördelningen. God kostnadskontroll.	Inga direkta incitament för vårdgivare att vara produktiv. Risk för underproduktion. Hindrar substitution mellan kostnadsslag.	Följ upp användning av resurser och produktivitet.
Ramanslag	God kostnadskontroll. Tillåter substitution mellan kostnadsslag. Låga administrationskostnader.	Inga direkta incitament för vårdgivare att vara produktiv. Risk för underproduktion.	Följ upp användning av resurser och produktivitet.
Kapitering	God kostnadskontroll. Vårdgivare har incitament att vara effektiva i kombination med val för befolkning. Låga administrationskostnader.	Risk att vårdgivare undviker patienter med stora vårdbehov och stora kostnader. Risk för underproduktion.	Riskjustera ersättningen per individ utifrån förväntade vårdbehov. Följ upp användning av resurser och produktivitet.
Ersättning per åtgärd	Incitament att producera många besök och insatser.	Risk för ökade kostnader. Höga administrationskostnader.	Kostnadskontroll genom volym- och/eller pristak.
Ersättning per behandling (t.ex. DRG)	Incitament att producera många behandlingar.	Risk för ökade kostnader. Höga administrationskostnader. Risk att vårdgivare undviker patienter med förväntade kostnader som överstiger ersättning.	Kostnadskontroll genom volym- och/eller pristak. Skapa tilläggsersättningar för svåra patientfall.

Källa: ESO-rapport 2010:7 s. 52, fritt efter Barnum H, Kutzin J, Saxenian H. Incentives and provider payment methods. The international journal of health planning and management, 1995; 10(1): 23–45.

Generellt kan sägas att ersättning per åtgärd genererar en ökad vårdvolym. Enligt flera studier finns dock anledning att ifrågasätta om den ökande volymen bidrar till patientnytta. Om det är fallet eller inte beror bland annat på utgångsläget. En studie från norsk primärvård visar att ersättning per åtgärd i primärvården kan kopplas samman med färre besök på sjukhus. Flera studier visar också att ersätt-

ning per åtgärd tenderar att minska antalet remisser till sjukhusens specialister medan en fast ersättning med kapitering i stället ökar dessa. När det gäller resultatbaserad ersättning visar flertalet studier att det kan ha effekt på de processmått som oftast fokuseras. Effekten är ofta marginell och beror även här på utgångsläget; störst effekt nås för vårdgivare med stor förbättringspotential. Effekterna på längre sikt och på den egentliga patientnyttan är mer osäker. Flera studier visar vidare att ökad andel kapitering i en kontext där man tidigare använt ersättning per åtgärd genererar en mindre vårdvolym. Det finns studier som visar att blandade ersättningsystem ger en vård som svarar bättre mot patientnyttan. Flera studier visar även att det finns ökad risk för undervård med en renodlad kapiteringsersättning.[21]

Internationella studier om effekterna av en riskjusterad kapitering utifrån socioekonomiska faktorer saknas. Denna brist på studier kan kopplas samman med att ersättningsmodeller med riskjusterad kapitering som inkluderar socioekonomiska faktorer är ovanlig i andra länder än Sverige. Riskjusteringen utgår i huvudsak ifrån demografiska modeller eller att den är diagnosbaserad.[22]

När det gäller olika former av vårdepisodersättningar, så kallad ”bundled payment”, finns ett glapp mellan teoretiska förslag på hur sådana lösningar borde användas och de lösningar som prövats i praktiken. Medan förslagen i policylitteraturen till stor del fokuserat på större grepp och bättre integrerad vård för patienter med många sjukdomar (som har störst behov av bättre integrerad vård) så har de lösningar som prövats i praktiken fokuserat på avgränsade kirurgiska behandlingar och enskilda kroniska sjukdomar. I litteraturen noteras att vårdepisodersättningar som inkluderar insatser från flera olika vårdgivare under längre tid nästan alltid förutsätter större förändringar i organisation och ledarskap, vilket är svårare att genomföra jämfört med att ändra ersättningsprinciperna.[23]

[21] SKR, *Effekter av ersättningsmodeller i hälso- och sjukvården – en forskningsöversikt*, 2022, s. 32.
[22] Ibid.
[23] Ibid.

14.2.3 Vad styr användningen av olika ersättningssystem?

Mot bakgrund av ovan är det förståeligt att utformningen av ersättningar till utförare av hälso- och sjukvård är föremål för ständig diskussion och utveckling i olika länders hälso- och sjukvårdssystem. Diskussionen om problem och behoven av utveckling ser olika ut beroende på vilka ersättningsprinciper som tillämpas, och kan i någon mån beskrivas som ett sökande efter nya lösningar på grund av missnöje med de lösningar som använts.

I USA, med dess försäkringsbaserade och förhållandevis kostsamma hälso- och sjukvårdsystem (jämfört med andra OECD-länder), finns till exempel en lång tradition av rörlig ersättning och starka ekonomiska incitament att tillhandahålla stora volymer av vård. Sedan senare delen av 1970-talet har olika försök gjorts för att införa prospektiva och fasta element i ersättningen, till exempel i form av DRG-ersättning och på senare tid även ersättning utifrån vårdepisodsersättningar samt resultatbaserade ersättningar som fokuserar på kvalitet snarare än kvantitet. I svensk hälso- och sjukvård har det i stället funnits en tradition att arbeta med olika former av anslagsfinansiering till offentliga vårdgivare.[24]

Samtidigt som DRG-ersättningen infördes i USA som ett försök att kontrollera kostnaderna infördes DRG-baserade system i svensk vård som ett försök att stimulera en ökad vårdvolym i början av 1990-talet. I jämförelse med andra länder kan svensk hälso- och sjukvård sägas präglas av att man relativt snabbt inför nya lösningar men även avvecklar dessa om det uppstår problem. De svenska regionerna var till exempel relativt snabba på att införa DRG- baserade ersättningar men utvecklingen under senare tid har inneburit att flera regioner gått tillbaka till fasta anslag (vilka dock vanligen grundar sig på historiska DRG-data). Införandet av DRG i andra europeiska länder har gått långsammare, men har varit mera stabilt.[25]

[24] SKR, *Effekter av ersättningsmodeller i hälso- och sjukvården – en forskningsöversikt*, 2022, s. 4.
[25] Ibid.

Val av ersättningssystem påverkas av målen för hälso- och sjukvårdssystemet

Valet av ersättningssystem påverkas av de mål som gäller för hälso- och sjukvården. Ersättningar till utförare är ett flexibelt styrinstrument som förhållandevis snabbt kan ändras och anpassas till de mål som prioriteras vid en viss tid. Vilka mål som är prioriterade kan variera mellan olika hälso- och sjukvårdsystem och över tid även inom samma hälso- och sjukvårdsystem.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, är målet med hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.[26] Det framgår även av lagen att offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet.[27] Utöver detta tillkommer mål som huvudmännen fastslår i sina egna styrdokument. Målen gäller både befolkningsnivå och individnivå. Vilka mål som i praktiken ges högst politisk prioritet kan därmed variera över tid.

De mål som är relevanta för en offentligt finansierad hälso- och sjukvård kan komma i konflikt med varandra. Tillgänglighet kan exempelvis komma i konflikt med jämlik vård och kostnadskontroll med bästa kvalitet. En utmaning vid utformning av ersättningsprinciper är att samtidigt beakta de olika relevanta målen för hälso- och sjukvården. Det finns som nämnts för- och nackdelar med alla ersättningsprinciper beroende på hur målen prioriteras. En återkommande rekommendation i litteraturen är därför att blanda olika ersättningsprinciper. Till exempel att kombinera en kapiteringsersättning med viss andel rörlig och målbaserad ersättning. En annan återkommande rekommendation är att val av ersättningsprinciper alltid måste kombineras med annan styrning och uppföljning, som kompenserar för bristerna med enskilda ersättningsprinciper.[28]

[26] 3 kap. 1 § HSL.
[27] 4 kap. 1 § HSL.
[28] SKR, *Effekter av ersättningsmodeller i hälso- och sjukvården – en forskningsöversikt*, 2022, s. 5.

Omställningen till god och nära vård behöver beaktas i utformningen av ersättningar

Omställningen till god och nära vård lyfter särskilt fram vissa mål, såsom kontinuitet, personcentrering och samverkan. Omställningen ändrar förstås inte på de befintliga övergripande mål som finns formulerade i bland annat HSL. Men för att klara av omställningen behövs en förmåga att utveckla och implementera innovationer, både när det gäller arbetsformer i och nära verksamheten och när det gäller samverkan på systemnivå. Digitaliseringen ger vidare möjligheter att arbeta och kommunicera på nya sätt. Omställningen kan därför leda till nya potentiella målkonflikter, till exempel vad gäller en avvägning mellan att snabbt uppnå god tillgänglighet till primärvård med befintliga arbetsformer, alternativt att utveckla nya arbetsformer som leder till bättre tillgänglighet på sikt.

I generell litteratur om styrning diskuteras avvägningar mellan utvecklingen på kort och lång sikt ofta i termer av ”exploit” och ”explore”, som i sin tur kräver olika former av styrning. De mest framgångsrika innovativa organisationerna är bra på båda. I ett vårdperspektiv skulle detta innebära att svensk vård snabbt kan förbättra tillgängligheten samtidigt som man lyckas utveckla arbetsformerna och genomföra omställningen till en god och nära vård.[29]

Ett dynamiskt perspektiv kan anses särskilt viktigt för att möta vårdens utmaningar inom ramen för knappa personalresurser. Den vanligaste bedömningen bland både policyforskare och beslutsfattare är att vårdens utmaningar inte kommer att kunna mötas inom ramen för befintliga arbetsformer; arbetssätten måste förändras. Mer generellt är det också innovationer i arbetsformerna som historiskt sett har ökat såväl produktivitet som kvalitet. Mot den bakgrunden finns särskild anledning att överväga i vilken grad styrningen inklusive ersättningsprinciperna skapar möjligheter till utveckling och förnyelse. Sådant som låser fast incitamenten till vissa givna (ofta befintliga) arbetssätt bör undvikas. För att skapa legitimitet för ett långsiktigt utvecklingsarbete inom ramen för nuvarande system behöver dock målen som gäller god vård på jämlika och behovsbaserade villkor uppnås i rimlig grad även på kort sikt.[30]

[29] SKR, *Effekter av ersättningsmodeller i hälso- och sjukvården – en forskningsöversikt*, 2022, s. 7.
[30] Ibid.

14.3 Olika slags ersättningar i regionerna i dag

Historiskt sett har den offentligt finansierade regionala hälso- och sjukvården i Sverige huvudsakligen varit finansierad genom fast ersättning för ett visst verksamhetsområde som fastställs i förväg, även kallat ”anslagsfinansiering”. I takt med att det under 90-talet och framåt öppnades upp för fler privata utförare och så småningom införandet av det obligatoriska vårdvalet i primärvården 2010 så har möjligheterna ökat för fler typer av ersättningsprinciper. Nedan redogörs för hur användningen av olika ersättningsprinciper ser ut i nuläget i olika delar av regionernas hälso- och sjukvård.

14.3.1 Ersättningsregler i primärvården uppdateras över tid

Varje region har frihet att utforma sina förfrågningsunderlag och andra regler för sina valfrihetssystem i primärvården. Detta gäller även principer och regelverk för hur utförarna ersätts. Ersättningsregler uppdateras över tid, utifrån förändrade förutsättningar och nya prioriteringar i regionerna. Valet av ersättningsmodell har en potentiellt viktig styrningsfunktion när det gäller etableringen av utförare och vilka tjänster som erbjuds, inte minst när det gäller de digitala vårdtjänsterna.[31]

Generellt kan sägas att även om det finns många skillnader mellan regionernas olika ersättningsregler i primärvården så finns det också vissa övergripande gemensamma drag. Ett sådant är att samtliga regioners ersättningsmodeller huvudsakligen består av kapiteringsersättning, i form av ersättning med ett visst belopp för varje listad patient, för den tidsperiod då patienten är listad hos utföraren. Kapiteringsersättningen beräknas på olika sätt i olika regioner, men justeras typiskt sett utifrån olika faktorer som speglar de listade individernas förväntade vårdbehov, som ålder, kön, sjukdomsbörda (Ajusted Clinical Groups, ACG) eller socio-ekonomiska egenskaper (Care Need Index, CNI). När utföraren mottar kapiteringsersättning för en patient medför det vanligen även ett kostnadsansvar för de listade patienternas behov av vissa andra insatser, till exempel olika typer av medicinsk service.[32] Detta kostnadsansvar, är relativt ovanligt i andra länder. I svensk primärvårdskontext gör detta kostnadsansvar i kombi-

[31] Ds 2023:27, s. 30.
[32] Ibid. s. 31.

nation med individers valfrihet att riskjusteringen av kapiteringsersättningen blir mer angelägen.

Det är också vanligt med tilläggsersättning till utförare som etablerar mottagningar med ofördelaktigt geografiskt läge, såsom långt avstånd till sjukhus eller ett område med lägre befolkningstäthet.[33]

Utöver den fasta kapiteringsersättningen utgår ofta även olika typer av rörliga ersättningar, till exempel för utförda patientbesök. En majoritet av regionerna uppger dock att de i dagsläget inte har någon särskild ersättning för digitala vårdbesök.[34] En form av rörlig ersättning är att utföraren får tillgodogöra sig patientavgiften och kompenseras för de fall patienten är avgiftsbefriad. Det kan också noteras att ersättningen för ett besök ofta skiljer sig åt beroende på om patienten är listad hos utföraren eller inte. Flertalet regioner lämnar ingen besöksersättning alls när patienten är listad hos utföraren.

Olika former av mål- eller resultatbaserad ersättning kan tillämpas i svensk primärvård, även om dess betydelse minskat över tid. Särskild ersättning kan till exempel utgå när vissa målvärden uppnås, eller så görs ett avdrag om värdena inte uppnås. Det kan handla om följsamhet till riktlinjer för antibiotikaanvändning eller uppfyllnad av vårdgarantin. Även täckningsgrad för vårdkonsumtion är en vanligt förekommande ersättningsgrund.[35]

14.3.2 Andra förutsättningar för ersättningsprinciper inom specialiserad vård

Inom den specialiserade vården finns det inget krav på införande av vårdvalssystem och majoriteten av den specialiserade vården utförs i regionernas egen regi. Därmed finns det inte publicerade förfrågningsunderlag eller liknande som redogör för de samlade ersättningsprinciperna, på det sätt som gäller för primärvården. Tillsammans med regionerna har dock SKR sammanställt uppgifter om ersättningsprinciper inom den specialiserade vården för 2021. SKR:s rapport är utgångspunkt för följande redogörelse.

[33] Ds 2023:27, s. 33.
[34] Sirona, *Nationell kartläggning av digitala vårdbesök och övriga digitala tjänster inom primärvården. Slutrapport av Sirona till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*, 2026, s. 23.
[35] Ds 2023:27, s. 32–33.

Flera ersättningsprinciper förekommer inom den specialiserade vården

SKR:s enkätundersökning visar att flera olika modeller förkommer inom den specialiserade vården och användningen skiljer sig mellan den vård som ges i egen regi respektive upphandlas av privata aktörer.

År 2021 var anslagsersättning den helt dominerande ersättningsformen för specialiserad vård i egen regi. Det gällde både somatisk och psykiatrisk vård. Andra ersättningsformer användes av endast tre regioner och då i begränsad omfattning. För vissa verksamhetsområden i Region Stockholm och Västra Götaland utgjorde dock antingen besöksersättning eller ersättning baserad på DRG-poäng hälften av den totala ersättningen.[36]

När uppdrag i stället överlämnas till någon annan ser bilden lite annorlunda ut. I enlighet med lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV, kan regionerna välja att inrätta vårdval. Totalt åtta regioner hade 2021 vårdval inom specialiserad vård, sju regioner inom specialiserad somatisk vård och sju inom specialiserad psykiatrisk vård. Totalt motsvarade det 46 stycken vårdval inom specialiserad vård, varav region Stockholm stod för 26 stycken.[37] Åtgärdsbaserade rörliga ersättningar är den ersättningsform som var vanligast inom vårdval för somatisk vård. Fast ersättning såsom kapitering förekom inte alls. Besöksersättning var den vanligaste formen, och användes av fem regioner. Vårdepisoder användes av tre regioner, men ett antal av episoderna i prislistan omfattade endast en vårdkontakt och skulle snarare kunna ses som besöksersättning. DRG-ersättning användes av tre regioner och målbaserad ersättning användes av två. Värdebaserad ersättning[38] användes endast av en region.[39]

Bland de regioner som hade vårdval inom specialiserad psykiatrisk vård användes tre olika ersättningsformer. Åtgärdsbaserad ersättning grundat på besök användes i fem av sju regioner och var den vanligaste ersättningsformen. Vårdepisodersättning förekom i två regioner, men liksom för den somatiska vården omfattar ett antal av vårdepisoderna bara ett enda besök. Målrelaterad ersättning förekom i en region.[40]

---

[36] SKR, *Ersättningsmodeller för specialistvård*, 2022, s. 15.
[37] Ibid. s. 25.
[38] Vårdepisodersättning, vilken kompletteras med en målrelaterad ersättning.
[39] SKR, *Ersättningsmodeller för specialistvård*, 2022, s. 26.
[40] Ibid. s. 28.

När undersökningen genomfördes (2021) hade 14 regioner verksamhet inom specialiserad somatisk vård som var upphandlad enligt Lag (2016:1145) om offentlig upphandling, förkortad LOU. I dessa regioner användes fem olika ersättningsformer. Den vanligaste var besöksersättning, vilket användes av 11 regioner. Såväl vårdepisodersättning som fast eller abonnemangsersättning användes av fem regioner, medan DRG-baserad ersättning användes i fyra regioner och målrelaterad ersättning användes i två.[41]

År 2021 var det åtta regioner som hade specialiserad psykiatrisk vård upphandlad enligt LOU och även bland dessa användes fem olika ersättningsformer. Vanligast var åtgärdsbaserad ersättning kopplat till besök vilket användes i sex regioner. Därefter följde fast ersättning eller abonnemang som användes av tre regioner samt vårdepisodersättning som användes av två regioner. Åtgärdsersättning baserad på DRG och målrelaterad ersättning användes av vardera en region.[42]

14.3.3 Avtal reglerar ersättningar för utomlänsvård

Som beskrivits i kapitel 9 är patienternas möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård var de vill i landet reglerad i lag sedan införandet av patientlagen (2014:821), förkortad PL. Patienter är alltså inte bundna till den hälso- och sjukvård som erbjuds av den egna hemregionen. Det är dock patientens hemregion som bekostar vården även när den utförs i annan region, under förutsättning att de remissregler som gäller i hemregionen följs. När en patient får vård i annan region än hemregionen benämns detta vanligen som ”utomlänsvård”.

För att åstadkomma en effektiv samverkan mellan regionerna vid utomlänsvård behöver ett antal aspekter som inte regleras i HSL klargöras. Det gäller till exempel hur betalning för utförda tjänster ska beräknas och hur ersättning ska utgå till vårdgivande region och till privat vårdgivare med kontrakt med region. Detta har regionerna hanterat genom att utveckla riksavtalet, regionavtal inom samverkansregionerna, mellanlänsavtal och i kontrakt med privata vårdgivare.

[41] Ibid. s. 30.
[42] Ibid. s. 35.

Regionavtal, mellanlänsavtal och riksavtal är alla viktiga för utomlänsvården

Ett *regionavtal* reglerar samarbetet beträffande utomlänsvård m.m. inom respektive samverkansregion[43], som vid sina region- och universitetssjukhus driver högspecialiserad sjukvård. I ett *mellanlänsavtal* regleras samarbetet mellan enskilda regioner. Dessa avtal kan avse samverkan om hälso- och sjukvård för till exempel boende i tätortsområden, som är uppdelade på flera regioner eller där regiongränsen korsar en naturlig arbetsmarknadsregion.[44]

Riksavtalet är en överenskommelse mellan Sveriges regioner beträffande utomlänsvård och har som ansats att reglera det som inte framgår av gällande lagstiftning, regionavtal, mellanlänsavtal, eller i regionernas avtal med privata vårdgivare. Riksavtalet har bestämmelser om vad som gäller när en person får vård, såväl fysisk som på distans, av en annan region eller av vårdgivare som kontrakterats av annan än hemregionen. Avtalet omfattar uttryckligen även en underleverantör till kontrakterad vårdgivare.

All fakturering ska ske enligt principerna i kapitel 8 i Riksavtalet.[45] Där framgår att hemregionen ska betala en skälig ersättning till vårdregionen enligt de principer som redogörs för i avtalet.

För utomlänsvård av privata utförare med kontrakt med vårdregionen (gäller såväl utförare enligt LOV som LOU) ska vårdregionen ersättas av hemregionen enligt prislistan i vårdregionens kontrakt med utföraren. Utöver ersättning enligt vårdregionens kontrakt med utföraren kan vårdregionens kostnader för utförarnas fria nyttigheter tillkomma. Det framgår även i de två senare fallen att transparens behöver finnas kring grunderna för faktureringen.[46]

När det gäller vårdkontakter på distans anger avtalet att hemregionen ska ersätta vårdregionen enligt gällande version av SKR:s Rekommendation om gemensamma utomlänsersättningar för digitala vårdtjänster i primärvården (se vidare avsnitt 14.6.2).

I betänkandet Digifysiskt vårdval påtalades att fysiska utomlänsbesök kan ersättas tio gånger så högt som ett besök inom den egna regionen. Ersättningen tar ingen hänsyn till innehållet i besöket utan

[43] Regeringen har i förordning beslutat om att dela in landet i sex samverkansregioner för den hälso- och sjukvård som berör flera regioner. Regionerna ska samverka i den typen av frågor.
[44] SKR, *Riksavtal för utomlänsvård. Med giltighetstid fr.om 1 september 2025*, s. 5–6.
[45] Ibid. s. 6–7.
[46] Ibid. s. 13–14.

utbetalas även för enkla åkommor och oavsett om patienten gör ett enskilt eller alla sina besök på samma ställe. I betänkandet framhölls att det finns en risk att detta skapar både snedvridande incitament och ger oavsedda effekter för utförare som får kostnadsansvar för sina listade patienters besök i andra regioner.[47]

14.4 Avgifter i svensk hälso- och sjukvård

14.4.1 Avgifternas roll i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet

Hälso- och sjukvården finansieras till övervägande del genom region- och kommunalskatt. Patientavgifter och övriga avgifter från hushållen står för en relativt liten andel av kostnaderna för hälso- och sjukvård, cirka 13 procent 2024. I detta ingår dock även exempelvis utgifter för tandvård och läkemedel, både receptbelagda och receptfria. År 2024 avsåg 45 procent utgifter för medicinska varor. Den andel som just patientavgifter står för är alltså betydligt lägre och täcker enbart en mindre del av de faktiska kostnaderna för hälso- och sjukvården.[48]

Patientavgifterna i offentligt finansierad hälso- och sjukvård fungerar främst som ett styrningsverktyg. Avsikten är att i viss mån reglera efterfrågan, så att det till exempel inte uppstår många uteblivna besök eller att personer söker vård för sådant som lämpar sig väl för egenvård. Hälso- och sjukvårdshuvudmännen har, inom vissa givna ramar (se vidare avsnitt 14.4.2) en stor frihet att själva besluta om avgifters nivåer och utformning, vilket är en del av det kommunala självstyret. I praktiken kan man säga att avgifternas roll i det svenska systemet i hög grad handlar om att försöka skapa incitamentsstrukturer för att personer ska söka vård vid rätt tillfälle och på rätt vårdnivå, vilket är en del av ambitionen att åstadkomma ett kostnadseffektivt system.

Det är få personer i Sverige som avstår från hälso- och sjukvård på grund av kostnaderna (patientavgifter). En undersökning från 2023 anger till exempel att sex procent av befolkningen har avstått från ett läkarbesök på grund av kostnader. Samtidigt skiljer sig resultaten mellan olika grupper. Personer med utländsk bakgrund

[47] SOU 2019:42, s. 265.
[48] SCB, ”Hälso- och sjukvårdens andel av BNP var 11,2 procent 2024”, hämtad 2026-04-19.

hade oftare än personer med svensk bakgrund avstått vård på grund av kostnaden. Likaså var det mer vanligt förekommande att personer med låg utbildning hade avstått vård på grund av höga kostnader än personer med högre utbildningsnivåer och personer med sämre hälsotillstånd svarade också oftare än andra att de avstått vård på grund av kostnaden.[49]

I så kallad privat-privat vård, som inte finansieras av region eller kommun, får man betala hela kostnaden får vården själv. Det gäller till exempel vid plastikkirurgi som inte är medicinskt motiverad och vid operationer vid brytningsfel i ögat som inte är medicinskt motiverade.[50]

Ökningar av patientavgifter förväntas minska efterfrågan på hälso- och sjukvårdstjänster. Detta kan få oönskade konsekvenser när patienter styrs mot annan typ av vård eller när det drabbar vissa grupper mer än andra. SBU publicerade 2011 en sammanställning av systematiska översikter som undersökte hur egenavgifter påverkar patienters hälsa och efterfrågan på läkemedel och läkarbesök inom öppenvården. Slutsatsen var att det fanns ett måttligt starkt vetenskapligt underlag för att ökade egenavgifter ledde till minskad efterfrågan. Det bedömdes oklart om nivån på egenavgifter påverkade efterfrågan på annan vård och patienters hälsa. År 2018 gjorde myndigheten en uppdatering av vilka systematiska översikter som hade publicerats på ämnet sedan den tidigare sammanställningen. Slutsatserna pekade generellt fortsatt på att ökade egenavgifter för vårdbesök minskar efterfrågan på vård.[51]

År 2024 svarade SBU:s upplysningstjänst på en fråga om vilken sammanställd forskning som finns om effekten av patientavgifter på antalet besök inom akutsjukvården. Efter litteratursökning och bedömning av risk för bias i systematiska översikter valde SBU att inte redovisa någon systematisk översikt i svaret. Två systematiska översikter identifierades som undersökte rätt frågeställning, men där bedömdes att risken för bias var hög och överförbarheten till svenska förhållanden låg. Författarnas slutsatser redovisades därför inte i svaret. SBU framhöll att det faktum att underlag saknas eller har mycket låg tillförlitlighet inte ska tolkas som att insatsen saknar

[49] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Vården ur befolkningens perspektiv PM 2024:3*, 2024.
[50] 1177, ”Patientavgifter och högkostnadsskydd”, hämtad 2026-04-19.
[51] SBU, *Egenavgifter inom hälso- och sjukvården som styrmedel för nyttjande av vård*, 2018.

effekt. Det betyder däremot att det behövs forskning för att förbättra kunskapsläget.[52]

14.4.2 Regleringen av avgifter i hälso- och sjukvården

Frågor om avgifter för offentligt finansierad hälso- och sjukvård regleras i 17 kap. HSL. Regleringen beskriver att avgifter får tas ut för vård och i samband med att patienter uteblir från avtalade besök. Den tydliggör också att patienter ska behandlas lika vid uttag av avgifter då en regions invånare söker öppen hälso- och sjukvård i en annan region än där man är bosatt samt vad som gäller för avgiftsnivåer i sluten vård.

I 17 kap. 6 § HSL regleras ett högkostnadsskydd, det vill säga ett högsta belopp som regionerna får ta ut, för bland annat öppen hälso- och sjukvård under en 12-månadersperiod. Högkostnadsskyddet för öppen vård uppgår för år 2026 till 1 450 kronor i samtliga regioner. Vårdavgifter och andra avgifter för vård och förbrukningsartiklar som avses i 6 § får inte tas ut av patienter som är 85 år eller äldre. Det saknas i övrigt bindande regler för hur regionerna får bestämma vårdavgifter i den öppna hälso- och sjukvården. Ett generellt tak kan också sägas finnas genom bestämmelserna i kommunallagen om att regioner och kommuner inte får ta ut högre avgifter än vad som motsvarar kostnaderna för de tjänster eller nyttigheter som de tillhandahåller.[53] Som vi tidigare sett är dock patientavgifter inom svensk hälso- och sjukvård utformade så att de endast täcker en liten del av de faktiska kostnaderna.

14.4.3 Avgifter varierar på flera sätt

Varierande patientavgifter i regionerna

Regionerna har alltså frihet att ta ut olika avgifter för olika typer av tjänster. Det innebär till exempel att avgifter kan differentieras mellan yrkeskategorier, mellan olika tider på dygnet och mellan olika typer av kommunikations- och besöksformer (fysiskt, telefon, digitalt). I primärvården har samtliga regioner beslutat om avgiftsfrihet för

[52] SBU, *Patientavgifter och vårdutnyttjande inom akutvård*, 2024.
[53] 2 kap. 6 § Kommunallagen (2017:725), KL.

barn under 18 år, flertalet även upp till 20 års ålder. Regionerna har även beslutat om att den screening som genomförs i form av mammografi för kvinnor över 40 år samt gynekologiska cellprovtagningar för kvinnor över 23 år är avgiftsfria. I övrigt skiljer sig avgifter åt mellan regionerna. För digital kontakt med allmänläkare 2026 varierar till exempel avgiften mellan 100 kronor och 400 kronor. För ett fysiskt besök hos läkare i primärvården varierar avgiften mellan 200 och 400 kronor. De flesta regioner gör ingen skillnad i avgifter mellan besök hos läkare och andra hälso- och sjukvårdsprofessioner. Åtta regioner har ett ”hembesökstillägg” och detta varierar mellan 50 och 300 kronor. Västra Götalandsregionen tillämpar som enda region differentierad patientavgift i primärvården beroende på om patienten besöker sin genom listning valda primärvårdsenhet (200 kronor) eller en annan primärvårdsenhet (300 kronor). 12 regioner har samma avgift för fysiska och digitala allmänläkarbesök, resterande har en lägre avgift för digitala besök. Avgiften för ett akutbesök varierar under 2026 mellan 250 och 620 kronor.[54]

SKR utfärdade i mars år 2018 en rekommendation om att regionerna som lägst skulle ta ut en patientavgift om 100 kronor för digitala vårdkontakter i primärvården.[55] Motivet för rekommendationen var både att stimulera utvecklingen av digitala vårdtjänster och att undvika att framkalla oönskade beteenden hos patienter och vårdgivare. Som ytterligare skäl lyfte SKR att avgiftsfrihet för digitala vårdkontakter kan innebära en risk för ökad konsumtion av vård som kanske inte är helt motiverad av medicinska skäl, samt att olikheter i patientavgifter kan skapa oönskade incitament för vårdgivares etablering.

Hjälpmedel omfattas inte av högkostnadsskyddet

Det finns inte någon tillförlitlig sammanställning av data när det gäller avgifter för hjälpmedel i regioner och kommuner. Socialstyrelsen har vid ett par tillfällen samlat in statistik om kostnader (senast 2025), men myndigheten konstaterar själv att hjälpmedelsstatistiken är en relativt nystartad statistikserie och det tar tid innan en statistikinsamling genererar stabil statistik.

[54] SKR, *Patientavgifter 2026*, 2026 och 1177, ”Patientavgifter och högkostnadsskydd”, hämtad 2026-04-19.
[55] SKR, *Patientavgifter vid digitala vård-möten, Meddelande från styrelsen nr 5/2018*, 2018.

Insamlingen från 2025 visade sammantaget att uppgifterna för kostnader var så pass spretiga att en övergripande beskrivning inte kan göras. Bortfallet var omfattande och varierande, och avgifterna, i den mån de alls rapporterats, avser olika hjälpmedel fördelat på olika avgiftstyper. Med den brasklappen kan det noteras att insamlingen indikerade att avgifter för vuxna personer för ett antal olika hjälpmedel på regionnivå skiljer sig åt. Exempelvis tog två regioner ut avgift för manuell rullstol, och sju regioner tog ut avgift för eldriven rullstol. År 2024 varierade avgiftsnivån i det sistnämnda exemplet mellan 100 och 1450 kronor i engångsavgift.

Det hjälpmedel för vuxna där avgifter är vanligast gäller hörapparater, något som 15 regioner angett. Avgifterna för hörapparaterna låg i intervallet 250–1 700 kronor, med ett medelvärde som uppgick till 870 kronor. En handfull regioner har uppgett att ingen avgift tas ut för hörapparater och ett fåtal regioner har inte besvarat frågan. Få regioner avgiftsbelägger hjälpmedel för barn, med undantag för ortopediska skor, där majoriteten av regionerna använder avgift.[56] Enligt praxis omfattas hjälpmedel inte av vare sig det regionala eller kommunala högkostnadsskyddet. Det kan framstå som motsägelsefullt då flera huvudmän samtidigt anser sig kunna ta ut hjälpmedelsavgifter med stöd av bestämmelsen om vårdavgifter.

Tidigare bedömningar och förslag kring avgifter för hjälpmedel

Enligt Hjälpmedelsutredningen finns det inte ett helt tydligt lagstöd i HSL för att ta ut avgifter kopplade till hjälpmedel. Sådana tjänster som kommuner är skyldiga att tillhandahålla kräver lagstöd för att huvudmannen ska kunna ta ut avgift (2 kap. 5 § kommunallagen). HSL stödjer att avgifter tas ut för vård, men inte för hyra, service eller liknande.[57]

Hjälpmedelsutredningen bedömde att det krävdes en lagreglering för att komma till rätta med de regionala skillnaderna i avgifter associerade med hjälpmedel. I sitt betänkande föreslog de bland annat en ny bestämmelse om hjälpmedelsavgifter som uttryckligen beskrev att sådana avgifter får tas ut och under vilka förutsättningar.

[56] Socialstyrelsen, *Statistik om hjälpmedel 2024 och kostnader 2025*, 2025, s. 4.
[57] SOU 2017:43, s. 399.

De föreslog även att avgifter som tas ut i samband med besök för behovsbedömning och förskrivning av hjälpmedel skulle ingå som beräkningsgrund för regionernas högkostnadsskydd.[58] Förslagen har inte tagits vidare.

Eget högkostnadsskydd för läkemedel

I lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. 5 § regleras ett högkostnadsskydd för läkemedel och vissa förbrukningsartiklar. Lagens bestämmelser kompletteras i förordningen (2002:687) om läkemedelsförmåner m.m.

Detta högkostnadsskydd syftar till att begränsa den ekonomiska bördan för patienter när det gäller kostnader för receptbelagda läkemedel. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) fattar beslut om vilka receptbelagda läkemedel och förbrukningsartiklar som ska ingå i högkostnadsskyddet. Beloppen inom högkostnadsskyddet ändras årligen utifrån prisbasbeloppet. Högkostnadsskyddet är uppbyggt på så sätt att den enskilde patienten får sin totala läkemedelskostnad under en tolvmånadersperiod stegvis reducerad enligt en trappstegsmodell, beroende på hur stor kostnaden är. Modellen justerades under 2025.[59] För den som har påbörjat sin högkostnadsskyddsperiod efter 1 juli 2025 innebär det att en person betalar 100 procent av kostnaden för receptbelagda läkemedel och andra varor upp till 2 000 kronor. Därefter minskar kostnaden stegvis under en tolvmånadersperiod. Under hela perioden betalar en person aldrig mer än 3 800 kronor. När den sammanlagda läkemedelskostnaden före rabatt uppgår till 7 117 kronor har individen betalat 3 800 kronor. Personen får då frikort för resten av den innevarande tolvmånadersperioden.[60]

Läkemedel och andra varor som ingår i läkemedelsförmånen är dock kostnadsfria för barn under 18 år och preventivmedel är gratis för personer under 21 år. I högkostnadsskyddet ingår även att livsmedel till barn under 16 år kostar 120 kronor per uttag.[61]

[58] Ibid. s. 432–436.
[59] Prop. 2024/25:144, bet. 2024/25:SoU27, rskr. 2024/25:222.
[60] E-hälsomyndigheten, ”Högkostnadsskydd”, hämtad 2026-02-10.
[61] Prop. 2024/25:144, bet. 2024/25:SoU27, rskr. 2024/25:222.

14.5 Kringkostnader vid nationell vårdförmedling

Som vi beskrivit i avsnitt 4.3.1 har regeringen sedan 2023 arbetat med att inrätta en nationell vårdförmedling för att öka tillgängligheten och korta vårdköerna inom hälso- och sjukvården.

Nationell vårdförmedling är en process som syftar till att matcha tillgänglig vårdkapacitet i landet med patienter som är i behov av vård. När en vårdgivare kan ta emot en patient aktualiseras också hantering av resor och boende för patienten, och vid behov närstående. När vård förmedlas för att patienten ska få vård inom vårdgarantins ramar ska det inte innebära någon extra kostnad för patienten.[62] Hemregionen ska därmed ersätta patientens kringkostnader, exempelvis resa och logi.

Socialstyrelsen, som har uppdrag kopplade till den nationella vårdförmedlingen, beskriver att det finns hinder, som att patienter kan behöva ligga ute med pengar för resan, eller att de behöver ta ledigt eller sjukanmäla sig från jobbet. Myndigheten konstaterar även att regionernas drivkrafter för att erbjuda patienter vård hos en annan vårdgivare i hög grad styrs av om detta uppfattas vara ett kostsamt eller lönsamt alternativ. Aspekter som hur kostnader fördelas mellan regioner och vårdgivare och vilken ersättningsmodell som används, verkar ha stor påverkan. Kostnaden uppges vara en stor anledning till att vissa vårdgivare och regioner inte alltid erbjuder nationell vårdförmedling till vissa patientgrupper.[63]

I mars 2025 lämnade Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten sitt förslag till nationell plan för nationell vårdförmedling. En av de punkter som lyfts är att regioner inte ska avstå nationell vårdförmedling till följd av höga kostnader för patientresor, och att patienter inte ska tacka nej till nationell vårdförmedling på grund av att de blir ersatta för resekostnaderna först i efterhand. Det beskrivs vidare att Socialstyrelsen därför ska utreda förutsättningarna för att införa en individbaserad ”vouchermodell” som innebär att kringkostnader som uppstår vid nationell vårdförmedling ersätts av staten. Den exakta utformningen av en sådan modell behöver utredas närmare. Utgångspunkten så som den beskrivs i rapporten är att staten bör stå för finansieringen av kostnaderna. Arbetet förväntas ta 1–2 år.[64]

---

[62] 9 kap. 2 § HSL.
[63] Socialstyrelsen, *Analys av incitamentsstrukturer för nationell vårdförmedling*, 2025.
[64] Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten, *Förslag till en nationell plan för nationell vårdförmedling*, 2025.

14.6 Digital vård som inte är integrerad i en vårdkedja

En särskild form av utomlänsvård är den digitala utomlänsvården. Den har uppstått efter införandet av bestämmelserna om fri rörlighet i den öppna vården 2015. Vi bedömer att det är den vården som i våra direktiv benämns ”digital vård som ej är integrerad i en vårdkedja”. Nedan redogörs för dess framväxt och förekomst i dag samt hur ersättningarna för denna vård är utformade.

14.6.1 Framväxten av så kallad ”digital utomlänsvård”

Den 1 januari år 2015 trädde patientlagen i kraft. Därmed gavs patienter (rättslig) möjlighet att söka öppen vård utanför hemlandstinget. År 2015 beslutade också Region Jönköpings län att ett digitalt vårdbesök skulle likställas med ett fysiskt besök vad gäller hur det ersätts från regionen. Under 2016 slöt sedan först företaget Min Doktor och därefter Kry avtal med varsin privat vårdvalsleverantör i Region Jönköping. Via sina underleverantörsavtal kom de då in i vårdvalet för primärvård och fick möjlighet att ta emot patienter digitalt och få besöken ersatta av Region Jönköping. Tjänsterna riktades dock bredare än så och även patienter i andra regioner började använda tjänsterna. Inledningsvis fakturerade Region Jönköping andra regioner för dessa digitala konsultationer på samma sätt som vanliga, fysiska, utomlänsbesök, vilket då innebar cirka 2 000 kronor per besök. Den höga ersättningsnivån baserades på att utomlänsbesök av en patient som tillfälligt vistades i annan region förväntades innebära en merkostnad för vårdgivaren.[65] År 2017 införde Sörmland avgiftsfria besök i primärvården, och därefter etablerade flera digitala vårdgivare sig i Sörmland. Det gav dem möjlighet att erbjuda invånare i hela landet avgiftsfria digitala besök. Dessa händelser under åren 2015–2017 blev i hög grad starten på den diskussion som sedan dess pågått om digitalt profilerade vårdaktörer som verkar med offentlig finansiering utan att fullt ut vara en integrerad del av en vårdkedja.

[65] SOU 2019:42, s. 270.

Regionernas ersättningsystem påverkar etableringen av digitala vårdgivare

Initialt etablerade sig alltså de digitala aktörerna som underleverantörer till utförare i vårdvalet för primärvården i Region Jönköpings län. År 2016 gjordes 20 149 digitala utomlänsbesök och regionerna betalade 37 miljoner kronor i digital utomlänsersättning till de privata digitala vårdgivarbolagen. När Region Sörmland införde sin avgiftsfria primärvård rörde flera digitala vårdgivare sig i stället dit. År 2020 införde Region Stockholm extra besöksersättning för olistade inomlänspatienter, vilket gällde både digitala och fysiska besök. Samma år etablerade flera digitala vårdgivare fysiska vårdcentraler i Region Stockholm, och dessa kunde därmed tillhandahålla ett samlat digifysiskt primärvårdserbjudande. När Region Stockholm sedan 2023 sänkte ersättningen för digitala besök och tog bort tilläggsersättningen för olistade inomlänspatienter sammanföll detta med att flera digitala vårdgivare sålde vårdcentraler i Stockholm och sökte underleverantörsavtal i Region Sörmland.[66] Detta indikerar att företagen söker sig till den region där de får mest fördelaktiga ekonomiska förutsättningar. Företrädare för Region Stockholm beskriver även att vissa digitala vårdgivare med avtal i regionen då började genomföra digitala besök för regionens invånare i form av utomlänsvård, även om samma vårdgivare även hade avtal och fysisk mottagning i Region Stockholm.[67]

I dagsläget är Region Sörmland den region som merparten av de digitalt profilerade vårdgivarna har avtal med. Våren 2026 finns det i Region Sörmland 12 olika företag som verkar som digitala underleverantörer till sex olika vårdcentraler.[68,69] Det finns även andra regioner som fakturerar för digital utomlänsvård men omfattningen är marginell jämfört med Sörmlands fakturering.[70]

År 2025 fakturerades övriga regioner för drygt 2,7 miljoner digitala vårdbesök, via Sörmland. Det motsvarade en kostnad om cirka 1,07 miljarder kronor. Under samma år var det drygt en miljon individer som nyttjade dessa digitala vårdtjänster.[71] Region Sörmland

[66] Muntlig information från SKR vid möte, januari 2026.
[67] Sirona, *Nationell kartläggning av digitala vårdbesök och övriga digitala tjänster inom primärvården. Slutrapport av Sirona till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*, 2026, s. 24.
[68] Muntlig information från SKR vid möte, januari 2026.
[69] Skriftlig kommunikation med Region Sörmland, april 2026, (obs dock att det varierat eftersom vissa avtal sagts upp).
[70] Skriftlig kommunikation med Hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket vid SKR, maj 2026.
[71] Muntlig information från SKR vid möte, januari 2026.

beskrev i slutet av år 2025 att regionen hade över tre miljoner patienter i sin databas, trots att den bara har 300 000 invånare.[72] Eftersom det är Sörmland som avtalsmässigt är uppdragsgivare till de digitala aktörerna så faller det också på denna enskilda region att följa upp avtalen och den vård som ges utifrån dessa avtal (se även avsnitt 14.6.4). De regioner som faktureras för vården har inte själva möjlighet till uppföljning eftersom de inte har något direkt avtalsförhållande med leverantörerna.

14.6.2 Ersättning av digital utomlänsvård

Konstruktionen med ersättning av digital utomlänsvård enligt riksavtalet

Under åren 2015–2016 etablerades en praxis att de digitala besöken hos underleverantörer till utförare i regionernas primärvårdsvårdval skulle ersättas som ett utomlänsbesök enligt gällande riksavtal (för de patienter som kom från andra delar av landet än den region där man hade avtal). Den ökade omfattningen av digitala vårdkontakter och att den ersättning som tillämpades ansågs som orimligt hög gjorde att SKR under 2017 samlade sig kring särskilda rekommendationer i frågan om digitala utomlänskontakter.

I januari år 2017 beslutade SKR:s styrelse att rekommendera att utomlänsersättningar för digitala vårdkontakter skulle vara 1200 kronor. I maj samma år kom en ny rekommendation om 650 kronor per digitalt utomlänsbesök. Rekommendationen avsåg de ersättningar som regionerna fakturerar mellan sig – inte ersättning till vårdgivarna. Rekommendationen från maj 2017 baserades på en självkostnadskalkyl som skattade olika kostnadskomponenter. Ersättningarna inkluderade patientavgift. I ersättningen ingick också kompensation för provtagning och medicinsk service, för vilken vårdgivaren skulle ha fullt kostnadsansvar. I rekommendationen formulerades vidare vissa gemensamma krav på de digitala vårdtjänsterna, vilka skulle vara uppfyllda för att de skulle berättiga till ersättning.[73]

[72] Dagens samhälle, ”Region avfyrar ny fakturasalva mot Kry och Doktor.se”, 18 november 2025.
[73] SKR, *Meddelande från styrelsen – Utvecklingen av digitala vårdtjänster*, 2019.

SKR rekommenderar en lägstanivå för patientavgiften och sänker ersättningsnivåerna enligt riksavtalet

I mars 2018 beslutade SKR:s styrelse om en rekommendation till regionerna att tillämpa en lägsta nivå för patientavgiften på 100 kronor vid digitala vårdkontakter i primärvården.[74] Denna rekommendation kan ha varit en reaktion på att Region Sörmland hade beslutat att göra primärvården avgiftsfri för patienter och att det ungefär samtidigt startats en digital leverantör, Doktor.se, i just Sörmland.[75] Leverantören kunde därmed erbjuda avgiftsfria besök till alla i Sverige.

I juni 2019 beslutade SKR:s styrelse om en rekommendation att sänka ersättningen per digitalt läkarbesök till 500 kronor. Även ersättningarna för besök till andra professioner rekommenderades sänkas.[76] I januari 2026 beslutade SKR:s styrelse att ytterligare sänka den rekommenderade nivån på utomlänsersättningar för digitala vårdtjänster i primärvården. Den nya rekommendationen innebär att utomlänsersättningar för digitala vårdtjänster i primärvården från och med 1 juni 2026 bör uppgå till

- 435 kronor för en digital läkarkontakt
- 405 kronor för en digital kontakt med psykolog, kurator eller psykoterapeut
- 235 kronor för en digital kontakt med annan legitimerad sjukvårdspersonal.[77]

Flera regioner har utrett möjligheten att inte betala utomlänsersättning för digitala besök. De har landat i olika slutsatser både kring om detta faktiskt är möjligt och om det i så fall bör göras eller inte. Utredningar har till exempel visat att det inte är juridiskt möjligt utifrån avtalsrättsliga relationer, men även pekat på att det kan leda till att den egna regionens patienter missgynnas vid behov av vård i andra regioner.[78]

[74] SKR, *Meddelande från styrelsen – Patientavgifter vid digitala vårdmöten*, 2018.
[75] SOU 2019:42, s. 270.
[76] SKR, *Meddelande från styrelsen – Utvecklingen av digitala vårdtjänster*, 2019.
[77] SKR, *Meddelande från styrelsen – Digital utomlänsvård*, 2026.
[78] Konkurrensverket, *Privata digitala vårdtjänsters påverkan på konkurrensförhållanden inom primärvården*, 2022, s. 58.

Regionernas kostnader för digital utomlänsvård

Kostnadsandelen av regionernas köp av primärvård från andra regioner i relation till nettokostnaderna för primärvård var relativt konstant under åren innan och direkt efter att patientlagen trädde i kraft och patienten gavs (rättslig) möjlighet att söka utomlänsvård. Tidiga analyser visade att patientlagen haft begränsad effekt på utomlänsvården.[79] Utredningen Styrning för en mer jämlik vård tog fram data som visade på att utomlänsvårdens andel av primärvården fördubblades under åren 2015–2018. Detta trendbrott sammanfaller tidsmässigt med den snabba ökningen av konsumtionen av digitala vårdtjänster i primärvården, vilket i huvudsak sker i form av utomlänsvård.[80] År 2016 gjordes 20 149 digitala utomlänsbesök[81] och regionerna betalade 37 miljoner kronor i digital utomlänsersättning till de privata digitala vårdgivarbolagen. År 2021 hade denna summa stigit till drygt 800 miljoner kronor.[82]

År 2022 publicerade Konkurrensverket en rapport om hur privata digitala vårdtjänster och systemet med utomlänsersättning har påverkat konkurrensen på primärvårdsmarknaden. Konkurrensverket ansåg att systemet med utomlänsersättning innebär att det inte råder konkurrens på lika villkor mellan vårdcentralerna i vårdvalssystemen och de privata digitala vårdgivarna som verkar med utomlänsersättning. En vårdcentral som erbjuder digitala vårdtjänster till sina listade patienter får exempelvis lägre ersättning för det än den ersättning som utgår/betalas ut till en privat digital vårdtjänst enligt utomlänsersättningen, om samma patient söker sig dit.[83] Myndigheten noterade även att patientavgiften för ett fysiskt besök på vårdcentral i vissa fall kan vara högre än vid besök hos en privat digital vårdgivare och bedömde att regionerna borde se över patientavgifterna så att patienterna stimuleras att i första hand vända sig till den vårdcentral där de är listade.[84]

Konkurrensverket framhöll även det problematiska i att den region som i slutändan står för kostnaden inte har någon avtalsrelation

[79] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Lag utan genomslag. Utvärdering av patientlagen 2014–2017*, 2017.
[80] SOU 2019:42, s. 256.
[81] Skriftlig kommunikation med Region Jönköpings län, mars 2026.
[82] Konkurrensverket, *Privata digitala vårdtjänsters påverkan på konkurrensförhållanden inom primärvården*, 2022, s. 7, s. 28.
[83] Ibid. s. 9.
[84] Ibid. s. 11.

med de privata digitala vårdföretagen och därför inte kan ställa krav eller följa upp avtalen själv, utan måste be den region som utfärdat fakturan om hjälp. Den region som får fakturan har därmed svårt att bedöma om det som utförts berättigar till ersättning eller inte.[85]

Konkurrensverket lyfte även fram att eftersom övriga regioner inte har något avtal med företagen kan de inte heller på andra sätt integrera dess tjänster i sina system. De privata digitala vårdgivarna kan till exempel vanligen varken hämta eller lämna uppgifter till regionernas journalsystem. Denna brist på utbyte av information menar myndigheten innebär att viktiga delar av digitaliseringens fördelar inte kommer samhället till del, utan till stor del stannar hos de digitala vårdföretagen.[86]

Myndigheten ansåg att regionerna borde se över utomlänsersättningen i syfte att digitala vårdbesök i första hand hanteras inom ramen för de ordinarie ersättningssystemen i vårdvalen.[87]

14.6.3 Användningen av digitala tjänster som ej är integrerade i en vårdkedja

Ökad tillgänglighet men ojämlik användning

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vård- och omsorgsanalys) har analyserat resursutnyttjande och jämlikhet kopplat till digitala vårdbesök, med särskild inriktning på nationella digitala vårdgivare, så kallade nätläkare. Analysen beskriver bland annat att digitala besök har bidragit till ökad tillgänglighet för vissa grupper men visar även på en ojämlik användning av digitala besök – både ur ett behovsmässigt och socioekonomiskt perspektiv.[88]

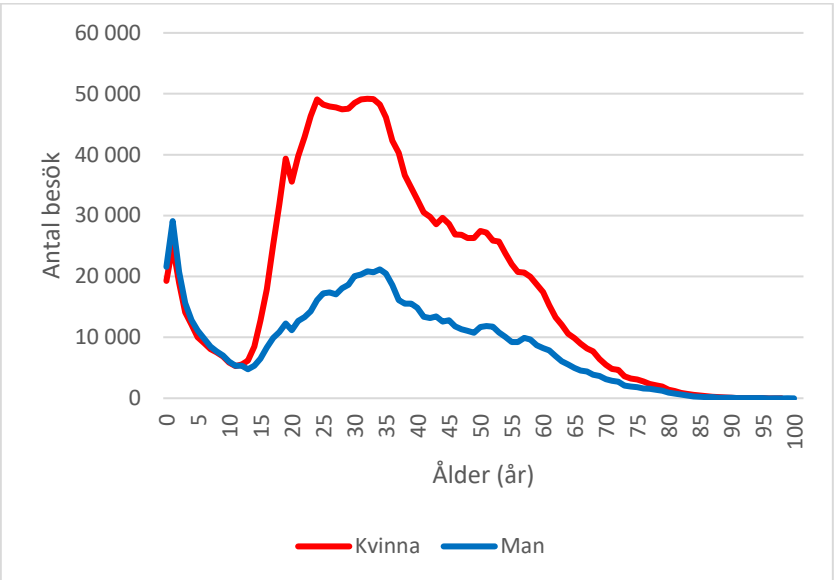
Digitala vårdbesök används främst för barn och av yngre vuxna, storstadsbor, personer som inte har någon kronisk sjukdom och personer med relativt goda socioekonomiska förhållanden. För fysiska besök gäller i princip det omvända, de används mer av äldre, personer med kronisk sjukdom och personer med sämre socioekonomiska

[85] Ibid. s. 58.
[86] Konkurrensverket, *Privata digitala vårdtjänsters påverkan på konkurrensförhållanden inom primärvården*, 2022, s. 80.
[87] Ibid. s. 81.
[88] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Besök via nätet. Resursutnyttjande och jämlikhet kopplat till digitala vårdbesök*, 2022.

förhållanden.[89] Detta bekräftas även av statistik från Region Sörmland, se till exempel figur 14.1.

Figur 14.1 Antal besök hos digitala vårdgivare utifrån ålder och kön

Via Region Sörmland 2025



Källa: Region Sörmland.

Vård- och omsorgsanalys visade också att digitala läkarbesök i viss utsträckning ersatte fysiska läkarbesök i primärvården, men de skapade också ny konsumtion. Resultaten pekade på att digitala läkarbesök leder till fler uppföljande besök än vad fysiska besök gör. Skillnaden är tydligast under första månaden efter det inledande besöket.[90]

[89] Ibid.
[90] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Besök via nätet. Resursutnyttjande och jämlikhet kopplat till digitala vårdbesök*, 2022.

Ångest- och depressionstillstånd samt fetma är vanligt förekommande diagnoser

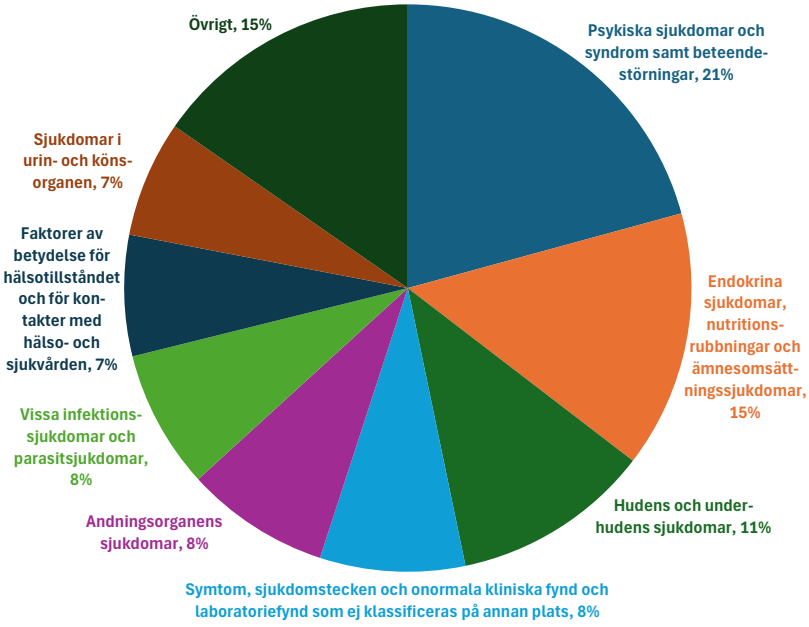
Vård- och omsorgsanalys har tidigare genomfört en befolkningsenkät som undersökte befolkningens och patienters uppfattningar om videobesök kontra fysiska besök.[91] Fyra kvalitetsaspekter undersöktes: väntetider, personkontinuitet, vilken vårdpersonal som deltar i mötet och om den samlade journalen är tillgänglig för vårdpersonalen. Resultaten visade att alla fyra kvalitetsaspekter spelade roll, men att slippa väntetider värderades högst i de digitala besöken. Resultaten visade också att deltagarna generellt föredrog fysiska besök framför digitala, och att betalningsviljan var högre för ett fysiskt besök än för ett digitalt. Det fanns skillnader mellan grupper i hur högt man värderade fysiska besök. Föräldrar som söker vård för barn med övre luftvägsinfektion värderade ett fysiskt besök lägst jämfört med ett digitalt. Äldre personer (över 60 år) värderade digitala besök lägre än yngre.[92]

Enligt Region Sörmland utgjordes den största andelen av de digitala vårdbesöken 2025 av psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar, se figur 14.2. I denna diagnosgrupp ingår bland annat ångest- och depressionstillstånd. Den näst största andelen av de digitala vårdbesöken utgjordes av diagnosgruppen endokrina sjukdomar, nutritionsrubbningar och ämnesomsättningssjukdomar. Här ingår bland annat diagnosen fetma. Om vi endast ser till diagnos (och inte till hela diagnosgrupper) så är fetma den vanligaste.[93]

[91] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Tre perspektiv på digitala vårdbesök – befolkningens, patienternas och vårdpersonalens uppfattningar*, 2020.
[92] Ibid.
[93] Region Sörmland, *Statistikpaket DVG 2025*, 2026.

Figur 14.2 Andel diagnoser

Diagnosgrupper (huvuddiagnoser) via Region Sörmland 2025



Källa: Region Sörmland.

Kartläggning av digitala inomlänsbesök

I sin analysplan för 2026 konstaterar Vård- och omsorgsanalys att det är viktigt att kontinuerligt följa upp utvecklingen av de digitala vårdbesökens roll, användning och effekter i vården. De senaste åren har digitala vårdtjänster fått ett större genomslag även i den traditionella primärvården, men det går ännu inte att på nationell nivå få en samlad bild av vilka tjänster som används och hur den totala användningen av digital vård utvecklas. Myndigheten har därför tagit initiativ till en förstudie för att belysa dessa frågor.[94] Förstudien avslutades under våren 2026 och fokuserar på digitala vårdbesök som genomförs inom regionerna, så kallade digitala inomlänsbesök. Den visar bland annat att digitala vårdbesök i dag är en del av primärvården i samtliga regioner. En kartläggning avseende åren 2020–2024 visar att videobesök ökade kraftigt under de första åren men

[94] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Analysplan*, 2026, s. 36.

har därefter minskat medan användningen av skriftlig chatt ökat kontinuerligt, även om nivån fortsatt är relativt låg. Röstsamtal är under hela perioden den vanligaste digitala kontakttypen inom primärvården.[95]

Samtidigt framhålls att det saknas tillförlitlig nationell statistik om digitala inomlänsbesök. Möjligheterna att följa, jämföra och tolka utvecklingen är begränsad. Avsaknaden av gemensamma nationella definitioner försvårar jämförelser. Dessutom varierar regionernas möjligheter att registrera och rapportera digitala vårdbesök, vilket gör uppföljningen fragmenterad. Kartläggningen visar också att ersättningsmodellerna har stor betydelse för både genomförande och rapportering av digitala vårdbesök.[96]

14.6.4 Ett ifrågasatt system

Systemet för digital utomlänsvård och de digitala aktörerna har varit föremål för debatt

Parallellt med att de digitalt profilerade privata aktörerna utökat sin närvaro och sin fakturering till regionerna har det pågått en stundtals infekterad debatt om deras agerande och roll i systemet. De digitalt profilerade vårdaktörerna kan generellt sägas karaktäriseras av ett arbetssätt som bygger på att resurser i form av arbetskraft ”poolas” och därmed kan de erbjuda mycket hög tillgänglighet till tjänsterna, i hela landet. Flera av dem utvecklar också olika typer av digitala verktyg, såsom AI-triage, kunskapsstöd och vårduppföljning.[97]

Initialt gällde att dessa företag som regel inte hade direkta avtal med huvudmän utan var avtalsparter till enskilda vårdvalsutförare i en region. Detta har dock delvis ändrats efter hand när aktörer som Kry och Doktor.se valt att även öppna fysiska vårdcentraler på flera ställen i Sverige. Kry och Doktor.se har i dag runt 30 vårdcentraler var runtom i landet.[98] De har därmed en bredare typ av digifysiskt erbjudande. Samtidigt har de inom sina koncerner separata bolag för

[95] Sirona, *Nationell kartläggning av digitala vårdbesök och övriga digitala tjänster inom primärvården. Slutrapport av Sirona till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*, 2026, s. 17.
[96] Sirona, *Nationell kartläggning av digitala vårdbesök och övriga digitala tjänster inom primärvården. Slutrapport av Sirona till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*, 2026.
[97] Konkurrensverket, *Privata digitala vårdtjänsters påverkan på konkurrensförhållanden inom primärvården*, 2022, s. 71.
[98] Kry, ”Välkommen till våra vårdcentraler”, hämtad 2026-04-09 och Doktor.se, ”Välj din vårdcentral”, hämtad 2026-04-09.

just det digitala utbudet, och dessa har underleverantörsavtal med respektive företags fysiska vårdcentraler i Sörmland. Bland övriga aktörer som verkar med hjälp av den digitala utomlänsersättningen har vissa ett bredare digitalt primärvårdsutbud medan andra specialiserar sig på enskilda delar av primärvårdsuppdraget, exempelvis psykisk hälsa, högt blodtryck eller primärvård för barn. På senare tid har flera aktörer tillkommit som riktar in sig på att erbjuda tjänster för viktminskning.

Något som bidragit till debatten är att vissa av aktörerna lägger stora resurser på marknadsföring, något som tidigare inte har varit särskilt vanligt inom primärvården. Vissa av reklamkampanjerna har mottagit kritik för att vara aggressiva och för att uppmuntra till onödig konsumtion av vård.[99]

Därutöver har det riktats kritik mot såväl själva systemets konstruktion, med ett parallellt ersättningsystem utanför regionernas ordinarie styrning, som mot flera av företagens sätt att nyttja systemet. Systemet bedöms skapa incitament att bedriva vård på ett sätt som i högre grad styrs av ersättningslogik än av medicinska behov. Vården blir efterfrågestyrd mer än behovsstyrd. En följd av det kan bli att patienter med omfattande och komplexa vårdbehov får stå tillbaka till förmån för enklare och mer frekventa digitala kontakter. En överhängande risk finns att resurser som borde riktas till patienter med större vårdtyngd i stället fördelas på en stor mängd korta kontakter med begränsad betydelse för patientens långsiktiga hälsa.

Mot bakgrund av denna kritik har det även tidigare tillsatts utredningar med uppdrag att se över systemet.

Digifysiskt vårdval (SOU 2019:42)

Uppdraget

Regeringen beslutade den 18 december 2017 att ge en särskild utredare i uppdrag att utreda hur styrningen av hälso- och sjukvården bättre kan främja en jämlik och behovsbaserad vård (dir. 2017:128). Analysen skulle omfatta styrsystemen inom hälso- och sjukvården som helhet, inklusive bland annat dåvarande landstingens ersättnings-

[99] SOU 2019:42, s. 270–271. Se även Breakit, ”Kry spenderar miljoner på att locka förkylda till läkaren – sågas”, hämtad 2026-01-28 och DI digital, ”Efter kritiken – Kry tvingas sluta ragga patienter på stan”, hämtad 2026-01-28.

system. Den 1 mars 2018 beslutade regeringen om tilläggsdirektiv till utredningen (dir. 2018:14) i vilket de fick uppdraget att analysera ett långsiktigt hållbart system för så kallade nätdoktorer, med beaktande av principen om en behovsstyrd vård.

Utredningen slutredovisade sitt uppdrag i oktober 2019 genom slutbetänkandet Digifysiskt vårdval – tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet (SOU 2019:42).

Analysen

Fokus för den utredningens uppdrag var i stora delar primärvården, och de menade att dagens styrning, bland annat i form av ersättningssystemen, har ett flertal brister. Som exempel nämndes den svaga samordningen, de frekventa ändringarna av utförarnas uppdrag och ersättningar och en alltför hög detaljeringsgrad, vilket inte signalerar tillit. Vidare konstaterades att ”mångfalden av snedvridande incitament i styrningen skapar risker för att vården inte ges efter behov, inte minst när det gäller utomlänsvården”. Utredningen bedömde att fler delar behövde bli mer nationellt likriktade, men med möjlighet till lokal anpassning.

När det gäller det som i våra direktiv benämns ”digital vård som ej är integrerad i en vårdkedja” så underströk utredningen att digitaliseringen skapar möjlighet att åtgärda ett av primärvårdens huvudproblem – tillgängligheten – samt att ge vårdens professioner ökad flexibilitet i arbetet, vilket är av stort värde för attraktiviteten i vårdyrkena. Det sätt på vilket de så kallade nätläkarna kommit att bli en del av den offentligt finansierade vården har dock inneburit en krock mellan ett decentraliserat vårdvalssystem och ett nationellt system för digital vård, som av många olika skäl i längden är ohållbart. Utredningen underströk samtidigt att hälso- och sjukvårdens stora utmaning för att uppnå effektivitet och patientcentrering är fungerande samverkan och koordinering, och de menade därmed att det inte borde skapas ett särskilt nationellt system eller en egen vårdnivå för nätläkartjänsterna. Deras förslag tog i stället sikte på att skapa en bättre integrering av den digitala och den fysiska vården, samtidigt som kontinuitet framhölls som utgångspunkt för valfrihet och organisering av primärvården.

Förslag och bedömningar

Utredningen såg behov av förändringar i de krav som ställs på utförare, i syfte att göra vården mer tillgänglig och integrerad. De såg även behov av åtgärder för att skapa mer nationell jämlikhet samt öka transparensen. De lämnade flera förslag och rekommendationer med det syftet, däribland att:

- Patientens val av utförare inom primärvården ska ske genom listning. Förslaget innebar att även val av utförare i ett annat landsting (utomlänsvård) skulle ske genom listning. Möjligheten till utomlänsvård inom primärvården i form av tillfälliga besök hos annan utförare än där patienten är listad skulle därmed begränsas.
- Primärvård som erbjuds av underleverantör till en utförare skulle fortsatt kunna erbjudas patienter *inom ramen* för utförarens uppdrag.
- Regionerna rekommenderades att ställa krav på samtliga utförare att tillhandahålla såväl digital som fysisk tillgänglighet, så kallat digifysisk vård. Vidare borde regionerna tydligt ange i förfrågningsunderlaget för vårdvalssystemet vilka mer specifika krav som ställs på utförare avseende såväl digital som fysisk tillgänglighet.

Som en konsekvens av utredningens förslag bedömde utredningen att så kallade nätläkarbolag skulle kunna behöva ansöka om etablering i samtliga regioner. Företagen skulle behöva kunna tillhandahålla möjlighet till fysisk vård antingen genom egen försorg eller genom avtal med underleverantör. Företag skulle alltså kunna ansluta sig som underleverantör av digital vård till utförare som i dag huvudsakligen levererar traditionell vård med fysiska besök men skulle då behöva medverka till fullgörandet av huvudleverantörens uppdrag för att fortsatt ersättas med offentliga medel. I dessa fall skulle företaget i fråga få sluta avtal med huvudleverantören – ett avtal som bland annat skulle reglera den ekonomiska ersättningen. Befintlig möjlighet att som underleverantör till en vårdcentral i en region erbjuda besök nationellt skulle begränsas.

Andra förslag och bedömningar av betydelse för vårt utredningsuppdrag var:

- Införande av en nationellt reglerad patientavgift i vårdvalssystemen i primärvården med samma besöksavgift i samtliga regioner. Avgiften föreslogs uppgå till 100 kronor.
- Gemensamma ersättningsprinciper för primärvården. Följande principer bedömdes tillämpliga: långsiktighet, stabilitet och innovationsfrämjande, årlig uppräkning av ersättningen, fast ersättning (kapitering) för listade som huvudsaklig ersättning, riskjustering i kapiteringen för att styra mot de med störst behov, minskad detaljstyrning, kontinuitet och tillgänglighet prioriteras och belönas, i ökad utsträckning göra medicinsk service och läkemedel till en så kallad fri nyttighet för utförare inom primärvården. Vidare framhölls att regionerna borde undvika olika behandling av utförare, snedvridande incitament och särbehandling av kontaktform, som till exempel besök hos annan vårdgivare än där man är listad eller utomlänsbesök.
- Regeringen borde följa utvecklingen på området och om principerna inte tillämpades efter två år borde ytterligare åtgärder i form av reglering av principerna övervägas.

Förslagen i dessa delar har ej tagits vidare på nationell nivå, med undantag för förslaget att patientens val av utförare inom primärvården ska ske genom listning. Det förslaget genomfördes genom tillägg av ny bestämmelse i HSL (7 kap. 3a §), vilken infördes i prop. 2021/22:72. Bestämmelsen trädde i kraft den 1 juli 2022.

Effektiv och behovsbaserad digital vård (Ds 2023:27)

Uppdraget

Den 22 juni 2022 beslutade dåvarande socialministern att ge en så kallad bokstavsutredare i uppdrag att biträda Socialdepartementet med att utreda hur digitala vårdgivare ska kunna bli en del av en mer sammanhållen och kontinuitetbaserad digifysisk primärvård med god tillgänglighet där samtliga aktörer tillsammans arbetar för att tillgodose patienternas behov av en god och nära vård. Utredaren

skulle bland annat göra en översyn av de ersättningsprinciper som tillämpas för vårdval, utomlänsvård och digital utomlänsvård och föreslå åtgärder för ett mer sammanhållet system.

Utredaren redovisade uppdraget i promemorian Effektiv och behovsbaserad digital vård (Ds 2023:27).

Analysen

Primärvårdens uppdrag att bland annat samordna patientens insatser försvåras av ett splittrat system

Möjligheten att ta ett helhetsansvar och samordna vården på ett effektivt sätt för patienten, försvåras av att patienten samtidigt erbjuds lättillgängliga digitala besök som vare sig sker i samverkan med den mottagning där patienten är listad och patientens fasta läkarkontakt, eller dokumenteras på sätt så att dessa lätt kan ta del av de insatser som har gjorts för patienten.

Relationskontinuitetens betydelse i primärvården riskerar att urholkas i dagens system

Framväxten av nationellt verksamma digitala vårdgivare i primärvården, som erbjuder lättillgängliga och ofta tillfälliga vårdkontakter som utomlänsvård, gagnar typiskt sett inte kontinuitet. Samtidigt har flera digitala vårdgivare utvecklats mot att erbjuda ett mer digifysiskt omhändertagande, genom att också etablera fysiska primärvårdsenheter runt om i landet eller på andra sätt bygga upp en egen infrastruktur med olika samarbetspartners för fysiska möten och för till exempel provtagning. Det ger större potential att bidra till primärvårdens uppdrag att skapa kontinuitet och samordning för patienterna. Vårdgivare som tillhandahåller ett smalare vårderbjudande för enstaka, tillfälliga vårdkontakter, bidrar enligt utredningens uppfattning snarare till att öka uppsplittringen av primärvården.

Huvudmännens förmåga att prioritera och styra försvagas av den digitala utomlänsvården

Det är i huvudsak regionernas sätt att ersätta digitala besök i primärvården genom utomlänstaxan som har lett till att det har uppstått ett helt nytt (nationellt) vårdutbud, vid sidan av det ordinarie vårdutbudet i regionen.

Den gemensamma utomlänsersättningen för digitala vårdtjänster i primärvården har bidragit till att ge viss stabilitet och förutsebarhet för de nationellt verksamma digitala vårdgivarna, vilka har kunnat etablera sig mer eller mindre frikopplat från regionernas ordinarie primärvård. Den digitala utomlänsvården och ersättningen för den har dock därigenom i praktiken gjorts fristående från huvudmännens prioriteringar och ekonomiska styrmedel för hur vårdutbudet ska se ut.

Patientens hemregion kan, i enlighet med principerna om det fria valet av utförare i öppen hälso- och sjukvård, inte annat än acceptera de prioriteringar vad gäller vårdutbud och ersättningsnivåer som gjorts av en annan region där en invånare har sökt öppenvård. Enligt utredningens bedömning är det därför olyckligt att vissa regioner, bland annat regioner som under en tid har stått för majoriteten av den digitala utomlänsvården, inte tillämpar samma ersättningsprinciper för inom- och utomlänspatienter.

Det krävs åtgärder för att säkerställa principen om vård efter behov och kostnadseffektivitet

Digitala vårdtjänster kan rätt använda bidra till effektivisering av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Utvecklingen av digitala vårdgivare och digitala vårdtjänster i primärvården har bidragit till ökad tillgänglighet, men riskerar också att vara kostnadsdrivande med begränsade möjligheter för regionerna att styra över prioritering och omfördelning av resurser.

När de gemensamma resurserna till hälso- och sjukvården är begränsade, måste prioriteringar ske. Då är det allvarligt att regionerna – som huvudsakligen finansierar och ansvarar för vården – i begränsad utsträckning kan sägas ha beställt den vård som utförs av nationellt verksamma digitala vårdgivare. Dess omfattning och innehåll styrs i stället i praktiken ofta av vårdgivarna och efterfrågan från patienterna. Det innebär en risk för att resurser som borde gå till de med störst

behov i stället läggs på vård av patienter med förhållandevis små behov. Utredaren ansåg att det finns anledning att ifrågasätta om behovs- och solidaritetsprincipen går att upprätthålla utan förändringar av gällande regelverk.

Dagens system innebär konkurrensproblem och en omotiverad styrning mot utomlänsvård

Ersättningsformerna för den digitala utomlänsvården gör det möjligt att upprätthålla en tillgänglighet som ofta inte är möjlig i patientens hemregion. Samtliga regioner har utformat sina vårdvalssystem och ersättningsmodeller med listning och fast kapiteringsersättning som bas. Syftet är bland annat att styra mot kontinuitet och helhetsansvar, att patienterna i möjligaste mån ska få hela sitt behov av insatser i primärvården från en och samma utförare. Regionerna lämnar därför låg eller ingen ersättning för besök av utförarens listade patienter, för vilka kapiteringsersättning lämnas. Även ersättningen för besök av patienter som inte är listade hos utföraren är ofta betydligt lägre än utomlänsersättningen. I många regioner är det därför oattraktivt för en utförare att erbjuda lättillgängliga digitala vårdtjänster till andra än de egna listade patienterna.

Konkurrensverket har konstaterat att förekomsten av två olika ersättningssystem på samma marknad påverkar konkurrensen inom primärvården negativt. Vårdcentralerna får svårt att konkurrera med de privata digitala vårdgivarna som finansieras med utomlänsersättning genom att erbjuda liknande digitala tjänster, eftersom vårdcentralernas ersättningssystem ofta ger låg eller ingen ersättning för digitala besök. Konkurrensproblemen blir enligt Konkurrensverket särskilt besvärande när kostnaderna för utomlänsbesök direkt eller indirekt påverkar vårdcentralernas ekonomi, vilket är fallet i flera regioner.[100]

Promemorian delar Konkurrensverkets bedömning att nuvarande system innebär att digitala vårdgivare har en konkurrensfördel i förhållande till den traditionella primärvård som bedrivs genom en kombination av fysiska och digitala vårdkontakter. Detta gäller särskilt eftersom digitala vårdgivare också har möjlighet att avgränsa sitt vårdutbud till vissa vårdtjänster, som kan vara mindre resurskrävande.

[100] Konkurrensverket, *Privata digitala vårdtjänsters påverkan på konkurrensförhållanden inom primärvården*, 2022.

Systemet som helhet riskerar att leda till en oavsedd styrning mot digital utomlänsvård.

Specialiserad digital öppen vård har svårt att hitta en egen plats i systemet

Det är med få undantag endast inom primärvården som kombinationen av obligatoriska valfrihetssystem och möjlighet att erhålla ersättning för digitala vårdkontakter har gjort det möjligt för vårdgivare att erbjuda digitala vårdtjänster med offentlig finansiering. De mer specialiserade aktörerna har därför funnit att den enklaste och kanske enda möjligheten att kunna verka med offentlig finansiering är att agera underleverantör till en vårdcentral som har vårdvalsavtal med en region. Vårdgivarna kan därmed erbjuda sina tjänster inom ramen för utomlänstaxan. Enligt promemorian är detta dock en mindre lämplig lösning för dessa vårdgivare.

Få regioner har beslutat om vårdval inom öppen specialiserad vård och enligt promemorian så lämnar ännu färre möjlighet för vårdvalsaktörer att omhänderta och ersättas för helt digitala vårdkontakter i öppen specialiserad vård. Detta kan bero på att det råder olika uppfattningar om vilka vårdformer som lämpar sig för ett digitalt omhändertagande och att de vårdförlopp som kan omhändertas digitalt är färre i den specialiserade vården än i primärvården. Utifrån samtal med regionrepresentanter dras dock slutsatsen att det även kan bero på en motvillighet att öppna för en utveckling mot nationellt verksamma digitala vårdgivare i specialiserad vård. En verksamhet som öppnar för helt digitala vårdkontakter måste nämligen från start ta höjd för att ta emot vårdsökande från hela landet, vilket är en ansträngning både för vårdgivare och för den region som då får till uppgift att administrera och följa upp den nationella digitala verksamheten. Det kan därför med fog antas att regelverket kring utomlänsvård i viss mån motverkar eller hämmar utvecklingen av nya digitala vårdtjänster inom den specialiserade öppenvården.

Förslag och bedömningar

Promemorian lämnade flera förslag och bedömningar, nedan listas de mest centrala i förhållande till vårt utredningsuppdrag:

- En definition av begreppet distanskontakt ska införas i HSL samt krav på att regionerna ska erbjuda distanskontakt om det inte bedöms vara nödvändigt att vården utförs genom fysisk kontakt.
- Patientens hemregion ska enbart vara skyldig att ersätta kostnaden för distanskontakter som erbjuds av en annan region om distanskontakten har föregåtts av en adekvat behovs- och lämplighetsbedömning, enligt grunder som beslutas av den region som erbjuder vården.
- Vid utomlänsvård som sker genom distanskontakt ska patienten betala de vårdavgifter som tillämpas i patientens hemregion. Syftet med förslaget var att patienter inte ska välja utomlänsvård när ett för patienten likvärdigt utbud av utförare och vårdtjänster finns att tillgå i den egna regionen.
- SBU bör ges i uppdrag att sammanställa forskning för när det lämpar sig respektive inte lämpar sig med hälso- och sjukvård via distanskontakt.
- Regeringen bör uppmuntra och stimulera forskning kring digitala tjänster och distanskontakter inom den öppna vården.
- Regionerna bör i högre utsträckning än i dag se till att ersättningen till utföraren är teknikneutral.
- Regionerna bör ersätta jämförbara besök på samma sätt oberoende av om patienten är folkbokförd i den egna regionen eller i en annan region.
- Regionerna bör besluta om differentierade ersättningar för digitala vårderbjudanden som inte omfattar hela primärvårdsuppdraget.
- Regionerna bör ställa tydliga krav på sina vårdvalsaktörer vid användning av underleverantörer genom ökade krav på uppföljning, dokumentation, anslutning till nationella gemensamma e-hälsospecifikationer samt anslutning till nationell patientöversikt (NPÖ).
- Regionerna bör verka för att digitala underleverantörer fullt ut ska kunna använda NPÖ.

- Regionerna bör säkerställa att vårdgivarna har riktlinjer för läkemedelsförskrivning och receptförnyelse vid distanskontakt.
- Regionerna bör informera om och marknadsföra sitt digitala utbud bredare.

Fler möjligheter till ökat välstånd (SOU 2025:96)

Regeringen beslutade den 20 april 2023 att tillsätta en kommitté med uppdrag att analysera vilka faktorer som påverkar produktivitetstillväxten och lämna förslag för att höja densamma i näringslivet och öka produktiviteten i den offentliga sektorn i Sverige. Kommittén, som gavs namnet Produktivitetskommissionen, överlämnade sitt slutbetänkande i oktober 2025. I slutbetänkandet lämnas inga författningsförslag men väl förslag på olika åtgärder, bland annat för att öka produktiviteten i den offentliga sektorn i Sverige. Ett kapitel ägnas åt hälso- och sjukvården och utredningen lyfter fram att regionernas skyldighet att ersätta digital utomlänsvård enligt utomlänstaxan bör tas bort.

Produktivitetskommissionen menar att det finns indikationer på att den ökade digitala tillgängligheten inneburit att patienter med lättare åkommor sökt vård för sådant som inte alltid borde hanteras av hälso- och sjukvården. Vidare konstateras att det är svårt att ge ett definitivt svar på om de digitala vårdgivarna i någon betydande utsträckning avlastat den fysiska vården, men det finns indikationer på att digitala vårdgivare försvårat för kontinuiteten i vården, vilket ofta lyfts fram som en nyckelfaktor för hög effektivitet. Den digitala utomlänsvården har också medfört en gränsöverskridande problematik kopplad till välfärdsbrott och felaktiga utbetalningar, med ökade möjligheter till fusk och felaktig fakturering.[101]

Produktivitetskommissionen framhåller vikten av att den digitala vårdens potential tillvaratas och blir en integrerad del av den ordinarie vården. Samtidigt menar de att för att det ska vara möjligt krävs bland annat konkurrensneutralitet och ersättningssystem som inte skapar osunda incitament hos utförare. Därför bör kravet på regioner att ersätta digitala vårdbesök genom utomlänsersättningen tas bort.[102]

[101] SOU 2025:96, s. 566.
[102] Ibid. s. 567.

Återkommande fakturering av besök som ej bedöms vara kvalificerad hälso- och sjukvård

Region Sörmlands granskningar av Kry och Doktor.se

Under 2025 genomförde Region Sörmland en fördjupad uppföljning av digitala distanskontakter som utförts av Kry och Doktor.se.[103] Inom ramen för uppföljningen granskades journaler från digitala kontakter som ägt rum under 2024. Granskningen kom fram till att vårdgivarna regelbundet fakturerat för besök som inte bedöms vara kvalificerad vård. Huvudorsakerna till detta bedöms vara bristande triagering i kombination med bristande följsamhet till kravet att endast begära ersättning för kvalificerad hälso- och sjukvård. Ett stort antal digitala distanskontakter anses inte utgöra kvalificerad sjukvård då de enbart har inneburit hänvisning vidare till fysisk vård, enklare rådgivning att likställa med den som ges av 1177 eller receptförnyelser utan nödvändiga ställningstaganden. Trots detta har Kry och Doktor.se begärt ersättning för dessa besök.

Av de patienter som fick digital vård av Kry och Doktor.se (inom ramen för deras avtal med Region Sörmland) utgjordes 50 respektive 40 procent (år 2024) av personer folkbokförda i Stockholms län. Mot bakgrund av detta ingick Region Stockholm och Kry i januari 2026 en överenskommelse.[104] Av överenskommelsen framgår att parterna är överens om att faktureringen via Region Sörmland för invånare i Region Stockholm, som inte är listade på Kry, ska minskas betydligt inom kort tid. Denna minskning ska sedan fortsätta successivt under året. När omställningen är klar ska digitala besök för Region Stockholms invånare debiteras inom Region Stockholm. Kry ska även utifrån överenskommelsen betala 18 miljoner kronor till Region Stockholm.

[103] Region Sörmland, *Fördjupad uppföljning avseende digitala distanskontakter inom vårdval vårdcentral Kry Primärvård AB samt Doktor.se*, 2025.
[104] Region Stockholm, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, *Delegationsbeslut 2026-01-29, PVN 2025–0141*, 2026.

Region Sörmlands granskning av Blodtrycksdoktorn

I februari 2026 presenterade Region Sörmland även en extern granskning av Blodtrycksdoktorn.[105] Den visade att endast 1–2 procent av journalanteckningarna uppfyller kraven på dokumentation av anamnes[106], status, medicinsk bedömning och plan. Automatiserade bakgrundsfrågor och standardiserade meddelanden används i stor utsträckning i stället för medicinsk anamnes och bedömning, vilket inte bedömdes uppfylla gällande krav. Vidare identifierades omfattande avvikelser mellan journalförda uppgifter och inrapporterade uppgifter till grund för ersättning. Majoriteten av de granskade vårdkontakterna bedömdes inte motsvara kvalificerad hälso- och sjukvård. Sammantaget visade granskningen att Blodtrycksdoktorns i stor utsträckning avvek från kraven på god och säker vård samt från Region Sörmlands regelverk för ersättningsbar digital vård.

I mars 2026 beslutade Region Sörmland att dra tillbaka godkännandet av Blodtrycksdoktorn som underleverantör.[107] Konsekvenserna av beslutet är att Blodtrycksdoktorn inte längre kan tillhandahålla offentligt finansierad digital utomlänsvård och fakturera andra regioner via Region Sörmland.

Sveriges Radios granskning av Kry

I april 2026 presenterade Sveriges Radio (inom ramen för Ekots program Kaliber) en granskning av Kry.[108] Enligt granskningen kan en läkare i Krys digitala tjänst ta emot 100 patienter på en dag. Granskningen visar också att Kry rangordnar läkarna utifrån snabbhet och betalar ut bonus när de tar fler patienter i timmen.

Flera läkare vittnar i Ekots granskning om att de har haft så snabba patientbesök att de själva ifrågasätter vårdkvaliteten. Flera är också kritiska till att läkarvård ges för alldeles för lätta besvär. Kry uppger att de inte premierar snabbhet på bekostnad av kvalitet.

Inom ramen för samma granskning testade Ekots reportrar att söka digital vård för feber och halsont genom företaget Min Doktor.

[105] Sirona, *Granskning av Blodtrycksdoktorn AB - Journalgranskning utförd av Sirona på uppdrag av Region Sörmland*, 2026.
[106] Tillägnande av information från en patient rörande dennes tidigare medicinska tillstånd och behandlingar.
[107] Region Sörmland, ”Region Sörmland drar tillbaka godkännandet av Blodtrycksdoktorn som underleverantör”, hämtad 2026-04-17.
[108] Sveriges radio, Ekot granskar, ”Kry-läkare: ’Kan ta 100 patienter på en dag’ ”, 15 april 2026.

Reportrarna fyllde i ett frågeformulär och startade ett besök men valde att lämna appen utan att någon vårdpersonal hunnit ansluta till chatten. De avbröt dock inte formellt kontakten med Min Doktor.

I efterhand kunde de se att en läkare försökt kontakta dem i chatten, men konstaterat att eftersom de inte återkommit så förutsattes att patienten inte längre var i behov av hjälp. Trots detta uppges i granskningen att Min Doktor satt en diagnos och fakturerat regionen för ett genomfört läkarbesök. Min Doktor uppger i granskningen att man inte ska ta betalt i sådana här situationer, och att deras interna riktlinjer förutsätter att det sker en faktisk dialog mellan patient och vårdpersonal.

14.7 Centrala utgångspunkter och avgränsningar för våra förslag och bedömningar

14.7.1 Syfte och avgränsningar

Våra analyser, förslag och bedömningar utgår från det syfte som uttalas i våra direktiv – att patienter ska få vård i rätt tid utifrån behov och att den vården ska ges på rätt vårdnivå. Vårdens resurser ska användas så effektivt som möjligt.

HSL:s bestämmelse om att den som har störst behov av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården är central, liksom bestämmelsen om att offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet.[109]

Enligt gällande lagstiftning är regionerna, och i viss mån kommunerna, huvudmän för hälso- och sjukvården i Sverige. En parlamentarisk kommitté, Vårdansvarskommittén, har nyligen haft i uppdrag att utreda ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för regional hälso- och sjukvård, men kommit fram till att inte rekommendera något sådant.[110] Det innebär att under överskådlig framtid har vi ett regionalt huvudmannaskap. Vårt utredningsuppdrag omfattar inte någon översyn av detta.

Vi har inte heller i uppdrag att se över eller föreslå ändringar när det gäller vårdnivåer (till exempel vad som är primärvård respektive specialiserad vård) eller vårdformer (öppen och sluten vård). Vårt uppdrag är inte heller att utreda *om eller när* digital vård är lämplig.

[109] 3 kap. 1 § och 4 kap. 1 § HSL.
[110] SOU 2025:62.

Vi vill dock påminna om att primärvård är en vårdnivå, inte en organisatorisk enhet.[111] Även om en region väljer att organisatoriskt dela upp primärvårdsnivån i olika enheter och olika vårdval så medför det inte att det som sorteras utanför den organisatoriska enheten ”vårdcentral” automatiskt utgör specialiserad vård.

14.7.2 Frågorna är en del i en större kontext

Ersättningar och avgifter är två av flera verktyg för styrningen av hälso- och sjukvården. Vi konstaterar att effekterna av olika styrsignaler beror på den sammantagna styrningen, liksom på miljön som styrningen sker i.

Ersättningar och avgifter är på flera sätt två olika slags styrsignaler, vilket behöver beaktas i utformningen av våra förslag och bedömningar. En av de principiellt viktigaste skillnaderna är att avgifter riktar sig direkt till patienterna – de benämns ofta patientavgifter eller egenavgifter för hälso- och sjukvård. Ersättningar avser i stället de ersättningsmodeller som regionerna använder för att ersätta utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Det handlar alltså om på vilka grunder de resurser som finns tillgängliga ska fördelas. I diskussioner om ersättningsmodeller blandas dock ibland perspektiven ihop och kritik riktas mot ersättningsprinciperna även när kritiken i grunden handlar om storleken på de resurser som fördelas.[112] Vår utredning har inte i uppdrag att se över storleken på de resurser som avsätts för hälso- och sjukvård i stort eller för vissa områden inom hälso- och sjukvården.

I framtagandet av våra förslag och bedömningar har vi utgått från behovet av fortsatt och kontinuerlig utveckling och främjande av innovation i hälso- och sjukvården. Det gäller både digital och övrig vård.

En central utgångspunkt för våra förslag är att digital vård och digital teknik är viktiga verktyg för en effektiv, tillgänglig och personcentrerad vård. Tekniken har dock inget egenvärde. Införandet av såväl digitala som andra lösningar i offentligt finansierad vård behöver beakta påverkan på såväl arbetssätt som på systemet som helhet. Ibland medför det kanske att resurser, medvetet eller omedvetet,

[111] Prop. 1994/95:195, s. 46 f.
[112] SOU 2017:56, s. 125.

omprioriteras från en del av systemet till en annan, från en målgrupp till en annan. I sådana fall behöver det beaktas om den genomförda förflyttningen är i linje med behovsprincipen i prioriterings-plattformen.

14.8 Utredningens förslag och bedömningar

I detta avsnitt redogör vi för uppdraget att analysera och lämna förslag på hur statens styrning kan stärkas genom ett system med nationella principer för ersättningar och avgifter inom hälso- och sjukvården, inklusive vid nationell vårdförmedling samt vid digital vård som inte är en integrerad del av en vårdkedja.

I rutan nedan beskriver vi i korthet våra samlade förslag och bedömningar vad gäller ersättningar och avgifter inom hälso- och sjukvården. Samtliga utvecklas och motiveras i avsnitten som sedan följer.

Vi lämnar inledningsvis ett antal bedömningar som syftar till att lägga grunden för ett system med nationella principer för ersättningar och avgifter inom hälso- och sjukvården.

- Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att i samverkan med regionerna inrätta en funktion för ersättningar och avgifter i hälso- och sjukvården. Funktionen ska ägna sig åt uppföljning, utveckling, lärande och samordning av ersättningar och avgifter.
- Regionerna bör enas om enhetliga avgifter inom hälso- och sjukvården. Detta bör ske med utgångspunkt i målet om vård på lika villkor. En enhetlig avgift bör till en början införas för alla medicinska bedömningar i primärvården. Även avgifter för hjälpmedel bör vara ett prioriterat område att ta sig an.
- Regeringen bör tillsätta en utredning om hur kostnader kopplade till hjälpmedel och hjälpmedelsförskrivning kan ingå i ett högkostnadsskydd för den öppna vården.

- Socialstyrelsens pågående utredningsarbete kring en modell för att kompensera för kringkostnader för patienter och medföljande vid nationell vårdförmedling bör slutföras som planerat.

Vi lämnar även ett antal förslag som syftar till att skapa förutsättningar för att all offentligt finansierad digital vård ska vara en integrerad del av hälso- och sjukvården. Förslagen innebär att

- En definition av begreppet distanskontakt ska införas i HSL.
- Det förtydligas att regionen ska erbjuda den som omfattas av 8 kap. 1 eller 2 § HSL möjlighet till vård genom distanskontakt när sådan är lämplig ur ett medicinskt perspektiv. Patienten får avstå ett sådant erbjudande och ska då få vård på annat sätt.
- Patientens val av utförare av offentligt finansierad öppen och sluten vård ska inte omfatta utomlänsvård som endast ges genom distanskontakt.
- Regionens skyldighet att erbjuda öppen och sluten vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård ska inte omfatta vård som endast ges genom distanskontakt.

Förslagen innebär sammantaget att möjligheten att erbjuda offentligt finansierad digital vård till invånare i hela Sverige baserat på ett avtal i en enskild region försvinner. För att kunna erbjuda vård som enbart ges genom distanskontakt till patienter i en viss region behöver privata aktörer ha ett avtal som leverantör eller underleverantör till just den regionen.

14.8.1 Ett system med nationella principer för ersättningar och avgifter inom hälso- och sjukvården

Bedömning

Staten och regionerna bör etablera en gemensam funktion med uppdrag att

- ta fram nationella principer för ersättningar och avgifter i hälso- och sjukvården,
- följa upp vilka ersättningsmodeller och avgifter som tillämpas, vilka effekter de medför och i vilken grad modellerna är i linje med de nationella principerna, samt
- analysera och identifiera behov av utredning, lagstiftning, forskning och utveckling kopplat till ersättningar och avgifter.

Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att i samverkan med regionerna inrätta funktionen.

I ett nästa steg bör staten överväga hur kommunerna kan inkluderas i funktionens arbete.

Skälen för utredningens bedömning

Variation utan motivation och kontroll

Regionerna har valt att utforma sina ersättningssystem på olika sätt. Flera regioner har vittnat om att de egentligen inte vet riktigt hur eller i vilken mån de genom sina ersättningar styr mot vård efter behov.[113] För närvarande finns det inte något etablerat forum eller struktur för lärande mellan hälso- och sjukvårdshuvudmännen. I syfte att främja en mer jämlik och behovsstyrd vård finns starka skäl att använda mer gemensamma ersättningsprinciper inom vården.

Den svenska modellen med kommunalt självstyre ger i teorin stora möjligheter att testa olika former av ersättningsmodeller och lära av de olika utfallen, och hur de relaterar till de olika kontexterna. Utan en struktur för kontinuerlig uppföljning av vilka ersättnings-

[113] SOU 2019:42, s. 248.

modeller som tillämpas i hälso- och sjukvården och vilka effekter de medför går man dock miste om den möjligheten.

När det gäller avgifter i hälso- och sjukvården finns det som vi sett i avsnitt 14.4 bestämmelser som reglerar hur mycket patienter maximalt betalar, för till exempel ett vårddygn på sjukhus eller för öppen vård under en 12-månaders period. Inom dessa yttre ramar finns dock stora friheter för regionerna att utforma sina patientavgifter. Det kan skilja hundratals kronor på hur mycket patienten får betala för samma typ av besök eller hjälpmedel i olika regioner. Det är svårt att se att detta går i linje med portalparagrafens mål om vård på lika villkor och vård efter behov. Varierande avgifter gör det också svårare att informera patienter om vilka villkor som gäller. Regionerna har i nuläget endast enats om ett fåtal gemensamma nivåer för avgifter, till exempel för digitala utomlänsbesök.

En nationell funktion för att stärka samordningen och kontrollen

I våra direktiv beskrivs att dagens system med ersättningar och avgifter i regionerna behöver utvecklas och samordnas. Det framhålls också att Vårdansvarskommittén i sitt betänkande gjorde bedömningen att statens ansvarsutkrävande och kontroll bör stärkas i syfte att säkra patientens rättigheter samt garantera att hälso- och sjukvårdslagstiftningen får större genomslag i praktiken. Av budgetpropositionen 2026 framgår att regeringen avser öka den statliga styrningen, kontrollen och uppföljningen av hälso- och sjukvården, i enlighet med Vårdansvarskommitténs bedömningar.

För att skapa förutsättningar för en stärkt samordning och utveckling av ersättningar och avgifter bedömer vi att regeringen bör ta initiativ till att etablera ett system med nationella principer för ersättningar och avgifter inom hälso- och sjukvården. I samverkan med regionerna bör en funktion inrättas med uppgift att

- ta fram nationella principer för ersättningar och avgifter i hälso- och sjukvården,
- följa upp vilka ersättningsmodeller och avgifter som tillämpas i hälso- och sjukvården, vilka effekter de medför, i vilken grad modellerna är i linje med de nationella principerna och om existerande variationer kan anses motiverade, samt

– analysera och identifiera behov av utredning, lagstiftning, forskning och utveckling kopplat till ersättningar och avgifter inom hälso- och sjukvården.

Funktionen kommer utgöra ett strukturerat forum för uppföljning, utveckling, lärande och samordning, mellan hälso- och sjukvårdshuvudmännen och den nationella nivån. Beslut om utformningen av ersättningar och avgifter kommer fortsatt att fattas av varje enskild huvudman, men dessa förväntas beakta de slutsatser och rekommendationer som funktionen presenterar.

Vi har övervägt att ge funktionen ett beslutande mandat, men gör bedömningen att det i så fall skulle behövas lagändringar som ger regeringen eller Socialstyrelsen ett mandat att besluta i frågor som i dag är regionernas ansvar. Detta bedömer vi skulle utgöra en oproportionerlig inskränkning i det kommunala självstyret. Funktionens arbete bedöms kunna bidra till att skapa en djupare förståelse av aktuella utmaningar kopplade till ersättningar och avgifter och behov av ytterligare åtgärder. På så sätt bör den även kunna bidra med beredningsunderlag till regeringen för att avgöra om behov finns av starkare normering.

Resultatet måste inte bli att alla ersättningsmodeller ser likadana ut. Genom att alla huvudmän engageras i den gemensamma lärprocessen skapas förutsättningar för ett mer sammanhållet och samordnat användande av de styrverktyg som ersättningar och avgifter utgör och för större likhet när det är motiverat. Genom ökad samordning och kunskap förväntas detta bidra till en mer jämlik vård.

Funktionen bör placeras på Socialstyrelsen

Utredningen bedömer att funktionen bör placeras på Socialstyrelsen och stödjas av ett kansli.

Ingen av de myndigheter som har uppgifter relaterade till hälso- och sjukvården har i dag ett uttalat uppdrag kopplat till styrningen av ersättningar och avgifter. Det finns alltså inte någon självklar hemvist för den funktion som vi rekommenderar.

Det kan samtidigt konstateras att Socialstyrelsen är förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet. I myndighetens instruktion regleras bland

annat uppgifter som rör statlig styrning med kunskap[114] och att myndigheten ska följa, stödja och främja utvecklingen inom hälso- och sjukvården när det gäller

1. tillgänglighet, väntetider och vårdkapacitet,
2. en god och nära vård med fokus på primärvården,
3. patientsäkerhet, och
4. kompetensförsörjning.

Vidare har regeringen genom såväl en instruktionsändring som flera olika uppdrag uttryckt ett ökat fokus på Socialstyrelsens uppdrag att arbeta verksamhetsnära och stödja hälso- och sjukvårdshuvudmännen i utvecklingen av hälso- och sjukvården. I detta sammanhang är det avgörande att myndigheten även bygger upp en kompetens och aktivt kan ge ett stöd i frågor som rör den övergripande styrningen av hälso- och sjukvården, inklusive den ekonomiska styrningen. Mot denna bakgrund bedömer vi sammantaget att uppgiften att stå värd för den nya funktionen bör läggas på Socialstyrelsen.

Utformningen av funktionen

I den vidare utformningen och uppbyggnaden av funktionen bedömer vi att följande aspekter särskilt bör beaktas:

1. Ersättningar och avgifter är två områden som skiljer sig åt på flera sätt. Inom dessa finns det sedan en mängd olika delområden som kräver olika angreppssätt och olika uppsättningar principer. För att uppnå en effektiv styrning bör det inom funktionen upprättas två olika ”arbetsflöden” (ersättningar respektive avgifter).
2. För dessa två arbetsflöden behöver myndigheten sedan utarbeta prioriteringsordningar för i vilken ordning funktionen ska ta sig an olika delområden. Här kan man tänka sig olika angreppssätt:
   - Att börja med områden där det redan finns en relativt hög nivå av statlig styrning men även utmaningar kopplade till variationer i ersättningar och avgifter, som nationell högspecialiserad vård och rättspsykiatrisk vård.

[114] Förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen 3 och 4 §§.

- Att börja med områden som berör ett stort antal patienter eller vårdtillfällen, som avgifter i primärvård eller för hjälpmedel.
- Att utgå från de områden där det bedöms finnas störst vinster i en stärkt samordning. Ett sådant exempel skulle kunna vara frågor om ersättningar och avgifter kopplade till digital utomlänsvård eller kopplat till nationell vårdförmedling.
- Att utgå från systemet för kunskapsstyrning och dess prioriterade områden.

3. För varje område funktionen överväger att ta sig an och utveckla nationella principer för blir det centralt att inledningsvis beakta om ifall det finns problem relaterat till just ersättningar och avgifter, eller om det snarare är andra aspekter som behöver åtgärdas för att komma till rätta med upplevda problem.
4. Med utgångspunkt i de olika områden och uppgifter som funktionen tar sig an behöver funktionen knyta till sig relevanta kompetenser som exempelvis hälsoekonomer och personer med nationalekonomisk kompetens. Funktionen bör även utveckla kontakter och samarbeten med forskare inom berörda områden och olika relevanta nätverk. Företrädare för privata utförare som utför offentligt finansierad vård behöver involveras i arbetet.
5. När det gäller uppgiften att följa upp olika modeller och deras effekter blir det centralt att denna uppföljning redovisas på ett sätt så att den kan användas för att
   - återkoppla till regioner och bidra till ett systematiskt lärande, på såväl regional som nationell nivå,
   - identifiera behov av vidare utredning, lagstiftning samt forskning och utveckling,
   - utveckla nationella principer, som får normativ innebörd.
6. Funktionen bör i första hand vara lärande och rådgivande. Med hjälp av den kontinuerliga uppföljningen som utförs kommer det att visa sig om de principer funktionen rekommenderar får genomslag eller inte. Om förväntad samordning och utveckling uteblir kan underlaget ligga till grund för regeringens beslut att initiera starkare normering, såsom lagstiftning.

I ett nästa steg bör staten överväga hur kommunerna kan inkluderas i funktionens arbete.

Några utgångspunkter för funktionens arbete

När funktionen är upprättad och ska ta sig an sina uppgifter bedömer vi att följande principer bör fungera som utgångspunkter för arbetet med ersättningar och avgifter.

Liksom övriga hälso- och sjukvården bör funktionen ta sin utgångspunkt i **HSL:s portalparagraf** samt bestämmelsen om att offentligt finansierad hälso- och sjukvård ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet.[115] Vidare bör funktionen beakta att för att uppnå målet om vård på lika villkor kan det i utformningen av modeller för ersättningar och avgifter krävas **särskild hänsyn till olika gruppers behov av och tillgång till vård**. Det kan till exempel handla om att högre ersättningar går till enheter som har patienter med större vårdbehov eller att patientavgifter differentieras för att bidra till jämlik tillgång till vård.

Nationella principer för ersättningar och avgifter bör vidare utformas på ett sätt som uppnår en **balans i styrningen mot hög kontinuitet respektive god tillgänglighet**. Dessa dimensioner är båda centrala i utformningen av god hälso- och sjukvård och står delvis i konflikt med varandra. Det går inte att uppnå maximal kontinuitet[116] och maximal tillgänglighet samtidigt. I praktiken är tillgänglighet i dag ofta tydligt mätt och sanktionerad. Kontinuitet är svårare att definiera, mäta och följa upp, och tenderar att inte få samma tydliga fokus i styrningen av hälso- och sjukvården. Det riskerar leda till att systemet prioriterar det som är lätt att mäta, och prioriterar kortsiktiga lösningar som ger snabb tillgång framför sådant som ger bättre långsiktig effektivitet. En god balans förutsätter att tillgänglighet och kontinuitet definieras utifrån patienternas behov och vårdens uppdrag.

När det gäller utformningar av ersättningsmodeller så bör dessa som utgångspunkt premiera såväl **samverkan** mellan olika delar av systemet som **innovation och utveckling**. Styrningen bör dock

[115] 3 kap. 1 § och 4 kap. 1 § HSL.
[116] I detta sammanhang avses främst relationell kontinuitet. För beskrivning av olika former av kontinuitet se avsnitt 12.1.1.

som utgångspunkt vara teknikneutral och inte ta sikte på enskilda tekniska lösningar eller verktyg.

I utformandet av ersättningsmodeller bör funktionen undvika olika ersättningar för en jämförbar vårdtjänst till inom- och utomlänspatienter. När en nationell listningstjänst för val av vårdcentral finns tillgänglig[117] bör en modell utvecklas för hur kapiteringsersättning i primärvården kan betalas till vårdcentraler även för utomlänspatienter som listar sig där.

I uppföljningen av olika ersättningsmodeller är det centralt att fokusera inte bara på avsikterna bakom utformningen utan även dess faktiska utfall och föröka dra lärdomar av det. Om man tar exemplet med en kapiteringsersättning som riskjusteras utifrån vårdbehov så har den goda intentioner, men det är inte självklart att de extra medel som faller ut går till de som har störst behov.

14.8.2 Enhetliga avgifter stärker principen om vård på lika villkor

Bedömning

Regionerna bör enas om enhetliga avgifter inom hälso- och sjukvården. Detta bör ske med utgångspunkt i målet om vård på lika villkor. Funktionen för ersättningar och avgifter inom hälso- och sjukvården bör ta fram förslag på storleken på avgifterna.

Enhetliga avgifter bör till en början införas för medicinska bedömningar i primärvården. Dessa bör gälla oavsett hur bedömningen förmedlas, av vilken profession och om det är en inom- eller utomlänskontakt. Regionerna bör överväga hur utformningen kan premiera kontinuitet på den eller de enheter där patienten är listad eller har andra långvariga kontakter.

Regeringen bör tillsätta en utredning om hur kostnader kopplade till hjälpmedel och hjälpmedelsförskrivning kan införlivas i ett högkostnadsskydd. Vidare bör avgifter för hjälpmedel vara ett prioriterat område för den nya funktionen för nationella principer för ersättningar och avgifter i hälso- och sjukvården.

[117] Jfr uppdrag till E-hälsomyndigheten att utveckla en nationell listningstjänst i primärvården (S2026/00990).

Skälen för utredningens bedömning

Regionerna bör enas om enhetliga avgifter inom hälso- och sjukvården

Frågan om enhetliga patientavgifter berör centrala dimensioner av hälso- och sjukvårdens styrning, som jämlik tillgång till vård, kommunalt självstyre och möjlighet till lokal anpassning. Forskningsläget om olika avgifters effekt på vårdsökande och tillgång till vård är inte entydigt, och mycket forskning är gjord i andra kontexter än svensk hälso- och sjukvård. Det finns dock starka indikationer på att ökade egenavgifter för vårdbesök minskar efterfrågan på vård i öppen vård, även om denna effekt slår ojämnt i befolkningen beroende på bland annat betalningsförmåga. I svensk kontext vet vi även att exempelvis personer med sämre hälsa och lägre utbildningsnivå i högre grad avstår från vård på grund av kostnaderna (se avsnitt 14.4.1). Uteblivna besök riskerar att på sikt leda till mer ohälsa för individen och potentiellt högre kostnader för hälso- och sjukvården och samhället. Uteblivna besök är också ett logistiskt problem för vården som resulterar i lägre kostnadseffektivitet.

Enhetliga avgifter bedöms ha potential att bidra till att stärka jämlikheten i tillgång till vård samt öka transparensen och förutsägbarheten för patienter. Enhetliga avgifter skulle göra systemet enklare att förstå och navigera. Enhetliga avgifter bedöms vidare kunna medföra förenklad administration i samband med utomlänsvård. På så vis kan det också bidra till att underlätta genomförandet av nationella reformer, som nationell vårdförmedling. Stora variationer i avgifter skapar i stället otydlighet och ojämlikhet för patienter.

Gemensamma nationella avgiftsmodeller innebär samtidigt att regionernas handlingsutrymme minskar, särskilt vad gäller ekonomisk anpassning och möjligheten att använda avgifter som styrinstrument. Därför kan införande av enhetliga avgifter också medföra behov av alternativa finansieringslösningar, särskilt för regioner med svag ekonomi. Exempel på sådana lösningar skulle kunna vara statliga medel till regioner som riskerar att förlora intäkter på enhetliga avgiftsmodeller eller att regionerna justerar i sina egna budgetar eller ersättningsmodeller för området, exempelvis genom mindre ersättning till utförarna i något avseende.

Oavsett vilken nivå respektive region har på avgifter i den öppna vården så gäller högkostnadsskyddet för patienter i hela landet. Vi vet också att det är en relativt liten andel patienter som står för majori-

teten av kostnaderna i vården, eftersom de har behov av flera olika vårdkontakter. Dessa personer kommer att uppnå högkostnadsskyddet oavsett vad det är för nivå på avgiften. Det finns därmed en begränsning för hur stora intäkter regionerna kan få in via patientavgifter. Det reflekteras i det faktum att patientavgifter står för en relativt liten del av finansieringen av hälso- och sjukvården i Sverige.

Sammanfattningsvis bedömer vi det som orimligt att patientavgifter för samma typ av tjänst skiljer hundratals kronor mellan olika regioner. Det är särskilt bekymmersamt ur ett patient- och jämlikhetsperspektiv. Med utgångspunkt i HSL:s mål om vård på lika villkor bedömer därför utredningen att regionerna bör arbeta fram och enas om enhetliga avgifter inom hälso- och sjukvården. Den funktion som vi bedömer bör inrättas (se avsnitt 14.8.1) bör få i uppdrag att arbeta fram förslag på enhetliga nivåer.

En enhetlig avgift för medicinska bedömningar i primärvården

Vi bedömer att regionerna inledningsvis bör införa enhetliga avgifter för medicinska bedömningar i primärvården, oavsett hur bedömningen förmedlas, av vilken profession och om det är en inom- eller utomlänskontakt.

Primärvården är den första vårdnivån och ska utgöra basen och navet i hälso- och sjukvården. Det är där de flesta vårdbehov tas om hand. En enhetlig och relativt låg nivå på avgifter i primärvården bedöms kunna bidra till en stärkt jämlikhet i tillgång till vård. Det skulle också göra det enklare att informera patienter om vilka villkor som gäller. Givet att primärvården står för en så stor andel av besöken i hälso- och sjukvården är det rimligt att regionerna tar sig an detta område först. Det är också ett område där man redan har enats om en gemensam avgift för digitala utomlänsbesök, på primärvårdsnivå.

I betänkandet Digifysiskt vårdval föreslogs en ny lagreglering om att avgiften för besök i primärvård inom vårdvalssystemet, där patienten är listad, ska fastställas till 0,0023 prisbasbelopp enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste tiotal kronor. Vi anser att detta förslag kan tjäna som en användbar utgångspunkt för funktionens arbete med att ta fram förslag på enhetliga avgifter för primärvården.

Vi bedömer att det bör vara patientens behov som utgör grund för vilken typ av kontakt som efterfrågas och bokas in, inte vilken profession, region eller vilket kontaktsätt som är billigast att få hjälp via. Vi anser också att avgiften bör gälla alla relevanta delar av den regionala primärvården, det vill säga inte bara vårdcentraler utan även enheter som på grund av hur regionerna valt att organisera sin primärvård kan utgöra egna organisationer. Det kan till exempel handla om rehabiliteringsmottagningar på primärvårdsnivå, barna- och mödravårdscentraler eller läkare och fysioterapeuter som verkar på den nationella taxan.[118]

Regionerna bör överväga hur utformningen kan premiera kontinuitet på den eller de enheter där patienten är listad eller har andra långvariga kontakter (exempelvis en mottagning för primärvårdsrehabilitering när sådana ej är inkluderade i vårdcentralens uppdrag).

Oklart läge och stora variationer när det gäller avgifter för hjälpmedel

Utifrån en ambition om mer enhetliga avgifter så ser vi att hjälpmedel är ytterligare ett centralt område att ta sig an. Olika utredningar har de senaste 35 åren pekat på stora variationer i de avgifter som tas ut och också lämnat förslag för att åtgärda detta.[119] I nuläget är det dock ett område med oklar styrning och fortsatt stora variationer.

Regioner och kommuners ansvar att som huvudmän för hälso- och sjukvård erbjuda hjälpmedel regleras i HSL.[120] Av PL framgår att när det finns olika hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning tillgängliga ska patienten ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska få det valda hjälpmedlet, om det med hänsyn till hans eller hennes behov och till kostnaderna för hjälpmedlet framstår som befogat.[121]

Regioner och kommuner bestämmer själva vilka hjälpmedel de ska köpa in och erbjuda, vilket innebär att sortimentet varierar över landet.[122] De bestämmer även om och i så fall vilka avgifter som tas ut för hjälpmedel. Olika typer av avgifter kan tas ut i samband med förskrivning av hjälpmedel. Det handlar dels om besöksavgifter i sam-

[118] Dvs. som verkar enligt lagen om läkarvårdsersättning (1993:1651), LOL och lagen om ersättning för fysioterapi (1993:1652), LOF.
[119] Jfr SOU 1989:39, SOU 1995:35, SOU 2004:68, SOU 2017:43.
[120] 8 kap. 7 §, 12 kap. 5 § och 14 kap. 3 § HSL.
[121] 7 kap. 2 § PL.
[122] SOU 2017:43, s. 72.

band med bedömning, förskrivning, utprovning och uppföljning av hjälpmedel, dels om hjälpmedelsavgifter som är kopplade till ett specifikt hjälpmedel. Utöver det finns även serviceavgifter som avser reparationer med mera. Det finns dock ingen enhetlighet i fråga om avgiftens storlek eller hur de tas ut. Variationen innebär att personer i olika delar av landet med samma behov av hjälpmedel, kan få hjälpmedel på olika ekonomiska villkor.

Kostnader för hjälpmedel bör omfattas av högkostnadsskydd

För att skapa en mer jämlik tillgång till hjälpmedel och undvika att patienter behöver avstå hjälpmedel på grund av kostnader bedömer vi att regeringen bör tillsätta en utredning om hur kostnaderna[123] för hjälpmedel på ett ändamålsenligt sätt kan införlivas i ett högkostnadsskydd. Vidare bör avgifter för hjälpmedlen vara ett prioriterat område för den nya funktionen för nationella principer för ersättningar och avgifter i hälso- och sjukvården.

Det finns stora – och ur såväl medicinskt som patientperspektiv omotiverade – skillnader i vilka avgifter som tas ut kopplat till hjälpmedel (se avsnitt 14.4.3). Det framstår också som motsägelsefullt att regioner anser sig kunna ta ut hjälpmedelsavgifter med stöd av HSL:s bestämmelse om vårdavgifter samtidigt som praxis i tillämpningen av högkostnadsskyddet i regionernas öppna vård är att det inte omfattar avgifter för hjälpmedel.[124]

Enligt Socialstyrelsens statistik fick 624 906 personer hjälpmedel förskrivna 2024. Den absoluta merparten av dessa förskrevs till personer som var 65 år eller äldre.[125] År 2015 var antalet personer 65 år och äldre i Sverige drygt 1,9 miljoner och 2025 var motsvarande siffra cirka 2,2 miljoner. Antalet äldre personer är prognosticerat att fortsätta öka och därmed kan också behoven av hjälpmedel förväntas öka. En likvärdig tillgång till hjälpmedel bör ses som en angelägen samhällsfråga.

En utredning bör därför få i uppdrag att analysera hur det ser ut med förskrivning och avgifter för hjälpmedel i regioner och kommuner i dag samt lämna förslag på hur kostnaderna för hjälpmedel

[123] Med kostnader avses här både avgifter för besök kopplade till hjälpmedel och andra typer av kostnader som kan tas ut kopplat till hjälpmedel och hjälpmedelsförskrivning.
[124] SOU 2017:43, s. 399 f.
[125] Socialstyrelsen, *Statistik om hjälpmedel 2024 och kostnader 2025*, 2025.

på ett funktionellt sätt kan införlivas i ett högkostnadsskydd. Det kan inte förutsättas att enbart regionernas avgifter bör ingå i ett sådant skydd. Utredningen bör därför titta förutsättningslöst på avgifter i samband med hjälpmedelsförskrivning i såväl regioner som kommuner.

Utöver detta bedömer vi att den funktion vi föreslår i avsnitt 14.8.1 bör prioritera att ta sig an frågan om avgifter för hjälpmedel. Ett sådant arbete är inte beroende av, och behöver inte heller invänta, en statlig utredning. Däremot kan funktionens arbete på det området potentiellt också utgöra inspel och underlag till en statlig utredning.

14.8.3 Ersättning av kringkostnader vid nationell vårdförmedling

Bedömning

Socialstyrelsens pågående utredningsarbete kring en modell för att kompensera kringkostnader, för patienter och medföljande, vid nationell vårdförmedling bör slutföras som planerat.

Skälen för utredningens bedömning

Socialstyrelsen har ett pågående arbete om kringkostnader

Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten har ett pågående uppdrag att utveckla och etablera arbetet med nationell vårdförmedling (se avsnitt 4.3, 10.6 och 14.5). Som en del av detta arbete har Socialstyrelsen påbörjat arbetet med att analysera kringkostnader vid nationell vårdförmedling. Resultaten så långt visar att regionerna har olika arbetssätt och kostnadsnivåer för att ersätta patienter för sådana kostnader. Dessa skillnader kan både påverka regionernas förutsättningar att erbjuda nationell vårdförmedling och patienters möjlighet att tacka ja till ett erbjudande.[126]

I en rapport från mars 2025 beräknade Socialstyrelsen att arbetet med att utreda införandet av en modell för att kompensera resekostnaderna vid nationell vårdförmedling skulle ta 1–2 år.

[126] Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten, *Utveckla och etablera arbetet med nationell vårdförmedling Delredovisning*, 2026, s. 35.

Utredningen bedömer att Socialstyrelsen är mest lämplig att utarbeta förslag på en modell för hur kringkostnader för patienter och medföljande bör ersättas vid nationell vårdförmedling.

Bedömningar för Socialstyrelsens fortsatta arbete

Kringkostnader ska inte förhindra någon att ta del av den vård man har behov av och rätt till. System för ersättning av kringkostnader i samband med vård som ges på annan ort behövs inte bara vid nationell vårdförmedling. Socialstyrelsens pågående arbete bör även beakta andra situationer som kräver att patienter får sin vård på annan ort, som till exempel nationell högspecialiserad vård.

En utgångspunkt bör vara att patienten inte ska behöva lägga ut pengar för merkostnader som uppstår då vård ges på annan plats än hemorten. Sådana kostnader kan uppstå både vid resor inom och utanför den egna regionen.

För att de modeller myndigheten tar fram ska bidra till en behovsstyrd vård kan det behövas olika ersättningar beroende på behovet av och omfattningen av den vård det handlar om. Kanske är det till exempel inte lika rimligt i alla situationer, eller för alla personer, att få ersättning även för medföljandes kringkostnader. Vidare behöver patientens specifika behov och ingreppets natur beaktas vid val av färdsätt samt behov av övernattning. För att skapa ett rättvist och rättssäkert system behöver detta regleras i en transparent modell med olika kategorier av ersättningar. För att det ska bli en jämlik vård ur ett patientperspektiv behöver kringkostnader ersättas på samma sätt av samtliga regioner. Den funktion vi lyfter fram i bedömningen i avsnitt 14.8.1 kan förslagsvis användas för att enas om gemensamma principer och modeller för kostnader i samband med vård på annan plats än hemorten. I utarbetandet behöver man även beakta risker kopplade till välfärdsbrott.

Vad gäller finansieringen av kringkostnader för patienter och medföljande så bör fördelningen av ansvar mellan regionerna och staten noga beaktas i det fortsatta arbetet. I grunden ansvarar regionerna för att erbjuda den hälso- och sjukvård det är frågan om. Om en region inte kan erbjuda specialiserad vård inom vårdgarantins tidsgränser ska den se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten. Samtidigt har regionerna delvis

olika förutsättningar att erbjuda all vård inom den egna regionen. Infrastruktur, avstånd och tillgång till olika alternativa sätt att resa varierar också över landet och kan påverka kostnader för resor. Enligt Socialstyrelsen styrs dessutom regionernas drivkrafter för att erbjuda patienter vård hos en annan vårdgivare i hög grad av om detta uppfattas vara ett kostsamt eller lönsamt alternativ. För att styra mot en jämlik och behovsstyrd vård kan det därför finnas anledning för staten att bidra till finansiering av kringkostnader för patienter och medföljande.

14.8.4 Regionerna ska erbjuda möjlighet till distanskontakt

Förslag

En definition av termen distanskontakt införs i HSL. Med distanskontakt avses en patients kontakt med hälso- och sjukvården där hälso- och sjukvårdspersonalen och patienten är rumsligt åtskilda och de använder informations- och kommunikationsteknologi för att kommunicera med varandra.

Regionen ska erbjuda den som omfattas av 8 kap. 1 eller 2 § HSL möjlighet till vård genom distanskontakt när sådan är lämplig ur ett medicinskt perspektiv. Patienten får avstå sådant erbjudande och ska då få vård på annat sätt.

Två nya bestämmelser införs, 2 kap. 7 a § och 8 kap. 2 b § HSL.

Skälen för utredningens förslag

Distanskontakter spelar en allt större roll inom hälso- och sjukvården

Distanskontakter inom hälso- och sjukvården är inte en ny företeelse men den tekniska utvecklingen har de senaste åren gett nya möjligheter till utveckling. Ny informations- och kommunikationsteknologi, som digitala verktyg, har till exempel skapat möjlighet att utföra mer hälso- och sjukvård på distans än vad som var möjligt när detta främst skedde genom telefonkontakt.

Olika lösningar för digital vård och uppföljning samt egenmonitorering är i dag viktiga verktyg i såväl huvudmännens som olika vårdgivares arbete med att uppnå en effektiv, tillgänglig, personcentrerad

och behovsstyrd vård. De utgör en betydelsefull del av hälso- och sjukvården och har potential att kunna spela en ännu större roll framöver. Detta gäller inte minst i glesbygd, där tillgången på fysisk vård kan vara särskilt utmanande. Medvetenheten om att digital vård och andra typer av distanskontakter är ett av flera verktyg för att nå målen för hälso- och sjukvården är central. De har inget egenvärde i sig. Den samlade styrningen av hälso- och sjukvården behöver utgå från denna grundläggande princip.

En definition av distanskontakt införs

Vård på distans förekommer i dag i en omfattning som inte har beaktats i utformningen av merparten av nuvarande regelverk för hälso- och sjukvården (se avsnitt 14.8.5). För att kunna erbjuda en jämlik, behovsstyrd, sammanhållen och kostnadseffektiv vård i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården som helhet behövs nu viss särskild reglering av vård som sker på distans.

En förutsättning för att kunna införa sådan reglering är att det går att beskriva vilken vård som regleringen ska träffa. Vi bedömer att en definition bör regleras i lag. I likhet med förslaget i departementspromemorian Effektiv och behovsbaserad digital vård (Ds 2023:27) anser vi att termen distanskontakt är den som bör användas och definieras. Vi föreslår att distanskontakt ska definieras i HSL som en patients kontakt med hälso- och sjukvården där hälso- och sjukvårdspersonalen och patienten är rumsligt åtskilda och de använder informations – och kommunikationsteknologi för att kommunicera med varandra.

Till skillnad från termer som ”digital vård” eller ”digital vårdkontakt” är ”distanskontakt” i sig en teknikneutral term, vilket är önskvärt för att undvika att termen blir inaktuell när nya metoder för patienters kontakt med vården utvecklas. Vår definition av termen förtydligar samtidigt att kontakten ska ske genom någon form av informations- och kommunikationsteknologi. Även med denna avgränsning rymmer termen flera sätt att kommunicera med patienten på distans, som telefonkontakt, skriftlig kommunikation (olika typer av chattar) och videosamtal. Beroende på den pågående teknikutvecklingen är det troligt att termen över tid kan komma att avse ytterligare kommunikationsvägar.

Vår föreslagna definition skiljer sig i vissa avseenden från förslaget i Ds 2023:27. Enligt det förslaget skulle en distanskontakt definieras som en ”vårdkontakt i öppen vård där hälso- och sjukvårdspersonal och patient är rumsligt åtskilda”, i enlighet med Socialstyrelsens termbank. Remissvaren på Ds 2023:27 var generellt positiva till den föreslagna definitionen men hade synpunkter på dess utformning. Flera ansåg att begränsningen till öppen vård borde tas bort.

I dag kan även viss sluten vård ges i hemmet. Vidare kan patienter ha permission under tiden som de är intagna för sluten vård och då kan distanskontakter vara lämpliga. För att inte oavsiktligt förhindra omställningen mot en mer nära vård bedömer utredningen att definitionen bör omfatta både sluten och öppen vård.

I ett remissvar till Ds 2023:27 lyftes frågan om det fanns en risk att begränsa definitionen till att bara gälla rumslig åtskillnad, och inte även uttryckligen inkludera en tidsmässig åtskillnad. Med anledning av detta önskar utredningen förtydliga att med vår föreslagna formulering omfattas såväl distanskontakter som sker i realtid (synkront) som med fördröjning (asynkront). Om kontakten sker synkront (till exempel ett videomöte eller telefonsamtal) eller asynkront (till exempel via en chat) är inte avgörande för om det utgör en distanskontakt. Det som definierar distanskontakten är framför allt den rumsliga åtskillnaden. Därför är enbart den aspekten en del av den föreslagna definitionen. Det sista ledet i definitionen visar samtidigt att det krävs något mer än enbart rumslig åtskillnad mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Definitionen avser kontakter där informations – och kommunikationsteknologi används för kommunikationen mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal. Det vill säga ett fysiskt brev kan exempelvis inte kvalificera sig som en distanskontakt.

Till skillnad från Socialstyrelsen använder vi den mer generella termen ”kontakt” och inte termen ”vårdkontakt”. En vårdkontakt är enligt Socialstyrelsens termbank en ”kontakt mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal *då hälso- och sjukvård utförs*”. Varken vårdkontakt eller kontakt är definierade i HSL.

Även om de lagförslag vi lämnar i detta betänkande handlar om situationer där vård ges genom distanskontakt anser vi att definitionen av distanskontakt inte ska begränsas till kontakter där hälso- och sjukvård utförs. För att definitionen ska bli så användbar som möjligt även för framtida reglering bör även kontakter av mer admi-

nistrativ karaktär omfattas. Vår definition använder därför termen ”kontakt” för att undvika eventuella missförstånd om detta. Förutom ett vårdmöte kan en kontakt exempelvis handla om att boka in ett möte eller om informationsinhämtning inför ett kommande möte eller vårdtillfälle.

Vår definition av distanskontakt visar också på att det handlar om en kontakt ”där *hälso- och sjukvårdspersonal* och patient är rumsligt åtskilda”. Definitionen omfattar därmed inte en potentiell situation där en teknisk lösning, till exempel en AI, har en direktkontakt med patient. Det är situationer där det i dag ännu inte finns ett tydligt regelverk och vår bestämmelse kan därmed inte föregå detta.

Regionernas ansvar att erbjuda en lätt tillgänglig och nära vård

Regionerna ska erbjuda en god vård. Det innebär bland annat att vården ska vara lätt tillgänglig, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, samt bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet.[127]

HSL reglerar även att regionen ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen.[128] I propositionen som låg bakom införandet av denna bestämmelse förde regeringen bland annat fram att vården även i fortsättningen i första hand ska finnas fysiskt nära patienterna. I allt större utsträckning kommer dock vården framöver att ges via olika tekniska lösningar. Målsättningen är att åstadkomma en större flexibilitet, där patientens behov med större individuell utformning och anpassning kan mötas av vården.[129] Bestämmelsen innebär att vårdcentraler och andra vårdenheter geografiskt sett ska finnas nära människor, men även att huvudmannen ska sträva efter att öka användningen av tekniska lösningar inom olika vårdformer, till exempel genom att göra det möjligt för patienten att, i de fall detta är lämpligt och möjligt, få hjälp i sitt eget hem via dator eller mobiltelefon eller på annat sätt. Regeringen konstaterade att det var mest aktuellt med digital och virtuell vård i fall av mindre komplex karaktär, som vid lättare åkommor, uppföljning, monitorering och återbesök. Regeringen konstaterade

[127] 5 kap. 1 § HSL.
[128] 7 kap. 2 a § HSL.
[129] Prop. 2017/18:83, s. 22.

samtidigt att med den tekniska utvecklingen kan detta komma att förändras, till exempel vad gäller diagnostik.[130]

När primärvårdens grunduppdrag slogs fast i HSL skrevs det in att det i uppdraget ingår att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska se till att vården är lätt tillgänglig.[131] I den bakomliggande propositionen gjorde regeringen bland annat bedömningen att hälso- och sjukvården kan vara lätt tillgänglig genom att den möjliggör digitala möten eller andra icke-fysiska sätt för patienten att kommunicera med och möta vården.[132]

Tillgång till vård genom distanskontakter är en central del av hälso- och sjukvården

Använda på rätt sätt, och i enlighet med patienternas önskemål och individuella förutsättningar, är distanskontakter en central del i att tillhandahålla en effektiv, tillgänglig, personcentrerad och behovsstyrd vård. I takt med att samhället i sin helhet blir alltmer digitaliserat och det finns möjlighet att få tillgång till allt fler tjänster på distans finns en förväntan från befolkningen om att detta ska fungera även inom hälso- och sjukvården. Att kunna möta de förväntningarna är en viktig del i att behålla eller öka förtroendet för hälso- och sjukvården.

Covid-19-pandemin och den snabba framväxten av digitala aktörer som verkar på den digitala utomlänstaxan har bidragit till en påskyndad digitalisering i vården. Det gäller även den hälso- och sjukvård som utförs i regionernas egen regi och alla regioner erbjuder i dag, i olika format och utsträckning, möjligheter till digitala distanstjänster.

Detta reflekteras bland annat i regionernas förfrågningsunderlag för primärvården. De ställer till exempel krav på att vårdgivarna ska erbjuda både fysisk och digital närvaro. Invånarna ska erbjudas digitala kontaktvägar, till exempel möjligheten att delta i videobesök, kommunicera via chattfunktion, förnya recept, fylla i formulär med mera. Den digitala vården ska vara väl integrerad med den fysiska.[133] Distanskontakter ska vara lika naturliga delar av vårdutbudet, som

[130] Ibid. s. 46.
[131] 13 a kap. 1 § 2 HSL.
[132] Prop. 2019/20:164, s. 79.
[133] Se till exempel Region Norrbotten, *Beställning Vårdval Primärvård 2026 Huvudbok* och Region Sörmland, *Regelbok för vårdval vårdcentral i Region Sörmland 2026*, 2025.

ett fysiskt besök på en mottagning, där så bedöms vara möjligt. Detta ska ske utan risk för försämrad kvalitet eller patientsäkerhet.[134] Digitaliseringens möjligheter ska alltid beaktas genom principen digitalt när det går, fysiskt när det behövs.[135] Region Östergötland ställer bland annat krav på att leverantörer av primärvård aktivt ska följa utvecklingen av nya tjänster inom 1177 e-tjänster och erbjuda minst basutbudet. Under 2026 kommer regionen återinföra 1177 Direkt[136] som digital ingång för regionens invånare. Leverantören ska kunna ta emot och lämna ifrån sig ärenden via 1177 Direkt.[137] Även Region Jönköping och Region Örebro ställer krav på att leverantören ska erbjuda invånarna digitala vårdmöten i form att chatt och videosamtal via 1177 Direkt.[138] Denna utveckling av digital vård och andra distanskontakter behöver fortsätta och även stödjas på ett ansvarsfullt sätt.

Det förtydligas att regionerna ska erbjuda möjlighet till distanskontakt

Vi föreslår en ny bestämmelse som tydliggör att regionen ska erbjuda möjlighet till vård genom distanskontakt när sådan är lämplig ur ett medicinskt perspektiv. Patienten ska ha möjlighet att avstå ett sådant erbjudande och ska då få vård på annat sätt.

Bestämmelsen tydliggör att patienter som har förmåga och önskan att kunna nyttja distanskontakter ska inte behöva ta sig till en fysisk mottagning för sådant som inte ur ett medicinskt perspektiv kräver ett fysiskt möte. Tillgången till vård som utförs genom distanskontakt ska inte heller variera på ett orimligt sätt beroende på var i landet man bor eller får sin vård. Det gäller såväl öppen vård som sluten vård, i den mån det är tillämpligt. De lösningar som erbjuds måste i vanlig ordning vara säkra ur såväl tekniskt som integritetsperspektiv.

Utformningen av vårt förslag skiljer sig i vissa avseenden från motsvarande förslag i Ds 2023:27. Där lämnades ett förslag om att

[134] Region Västmanland, *Regelbok Vårdval Vårdcentral 2026 – Vårduppdrag Västmanland*.
[135] Region Värmland, *Krav- och kvalitetsbok Vårdval Värmland*, 2025.
[136] 1177 Direkt är en tjänst där patienter kan söka digital vård och få tillgång till egenvårdsråd, digital medicinsk bedömning eller ett inbokat fysiskt vårdbesök vid behov. Nästan samtliga regioner har denna typ av lösning på ett eller annat sätt, men de underliggande plattformarna och hur de är utformade för patienten kan variera något.
[137] Region Östergötland, *Vårdval primärvård Regelbok för auktorisation 2026*.
[138] Region Jönköpings län, *Primärvård inom vårdval Region Jönköpings län Regelbok 2026* och Region Örebro län, *Hälsoval Örebro län Krav- och kvalitetsbok Förfrågningsunderlag med förutsättningar för att bedriva primärvård inom Region Örebro län*, 2025.

regioner ska erbjuda distanskontakt om det inte bedöms vara nödvändigt att vården utförs genom fysisk kontakt.

Flera remissvar på Ds 2023:27 hade synpunkter på att formuleringen styrde alltför hårt mot distanskontakt. Förslaget kunde tolkas som att distanskontakt ska vara huvudregeln, medan fysiska besök är ett andrahandsval som bara ska användas när det är nödvändigt. Flera remissvar önskade förtydliganden av att det är patienten som avgör om kontakten ska ske på distans eller på plats.

Genom formuleringen ”regionen ska erbjuda *möjlighet till* vård genom distanskontakt” så betonar vi att det är just en möjlighet som erbjuds. Normalt sett är avvägningen mellan fysisk vård och vård på distans ett beslut som tas av behandlingsansvarig profession i samråd med patienten utifrån patientens individuella situation. Valet att anta erbjudandet om vård genom distanskontakt eller inte ligger dock hos patienten. Om denne av någon anledning önskar ett fysiskt besök så ska det erbjudas, även om det som föranleder kontakten ur ett medicinskt perspektiv skulle kunna hanteras via en distanskontakt. Att bestämmelsen sedan anger att patienten får avstå ett erbjudande om distanskontakt och i så fall ska få vård på annat sätt visar på att det är patientens val. Med uttrycket ”annat sätt” avses som utgångspunkt en kontakt i form av ett fysiskt möte. En patient ska inte kunna nekas vård om den väljer att avstå från ett erbjudande om distanskontakt. Regionen är ytterst ansvarig för att erbjuda hälso- och sjukvård, och i det fallet blir regionen skyldig att tillhandahålla en fysisk kontakt. Patienter som inte har förmåga till distanskontakt, är otrygga vid användande av digitala tjänster eller föredrar fysisk vård ska kunna få ett fysiskt möte. Patienter som har behov av sjukresa till en fysisk mottagning får inte nekas detta med motivering att distanstjänst kan erbjudas. Samtidigt kan effekten bli att om patienten väljer att avstå ett erbjudande om vård genom distanskontakt, i ett fall där det är uppenbart att det skulle kunna vara funktionellt för patienten, så kan patienten få vänta något längre på ett fysiskt vårdtillfälle. Om det rör sig om situationer som omfattas av vårdgarantin skulle det då falla inom ramen för självvald väntan.

Bestämmelsen avgränsar de situationer där regionerna ska erbjuda vård genom distanskontakter till vård som ur ett medicinskt perspektiv är lämplig att ge på distans. Det vill säga situationer där vetenskap och beprövad erfarenhet visat att en distanskontakt för det aktuella behovet är både säker och likvärdig en fysisk kontakt, ur ett medi-

cinskt perspektiv. Ett exempel på område där det finns ett tydligt stöd i forskningen för att flera typer av behandlingar är minst lika effektiva när de ges på distans är psykologisk behandling.

Utredningen vill också framhålla behovet av att digitala vårdtjänster utformas på ett sätt som inte utestänger olika grupper från möjligheten att ta del av tjänsterna. Då är samskapande (co-design) med personer och patientgrupper ett användbart angreppssätt.

Regionerna fastställer vilka typer av vårdbehov som omfattas

Regionerna kommer regelbundet behöva fastställa vilka typer av vårdbehov som omfattas. Nästa steg blir därefter att se till att det finns tekniska och kunskapsmässiga förutsättningar hos utförare att erbjuda sådan vård genom distanskontakt. Krav på detta behöver exempelvis reflekteras i regionernas förfrågningsunderlag för vård som upphandlas. De enskilda vårdgivarna behöver sedan leva upp till detta i förhållande till patienterna.

Ansvaret att erbjuda möjlighet till vård genom distanskontakt ska omfatta de grupper som regionen ansvarar för enligt 1 och 2 § 8 kap. HSL. Ansvaret omfattar inte dem som regionen har ansvar för enligt 8 kap. 3 § HSL, det vill säga personer som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård. Genom att knyta ansvaret att tillhandahålla distanskontakter till regionens ansvar enligt 8 kap. 1 § HSL så vill utredningen framhålla vikten av att tjänster via distanskontakter utformas på ett sätt så att de kan utgöra en integrerad del av patientens sammantagna vårdkedja. För den stora majoriteten utgår den från hälso- och sjukvården i den region där patienten är bosatt eller vistas. Genom att även inkludera dem som omfattas av ansvaret enligt 8 kap. 2 § respekteras samtidigt behovet av likabehandling i vård för dessa grupper.

Utredningen vill också betona vikten av att sträva efter god relationell kontinuitet i såväl distanskontakter som vid fysiska kontakter. Kontinuitet i relationer mellan patienten och vårdens medarbetare samt mellan olika professioner och olika vårdkontakter är centralt för såväl vårdens kvalitet och patientens upplevelse som medarbetarnas arbetsmiljö och effektiviteten i hälso- och sjukvården. Bättre tillgång till distanskontakter kan exempelvis ge utökade möjligheter för patienter att få kontakt med sin fasta vård- eller läkarkontakt.

Distanskontakter kan också ge nya möjligheter för gemensamma möten mellan patienten och dennes fasta vårdkontakter i olika delar av systemet. Den kan till exempel ske genom att en primärvårdsläkare i samband med ett patientbesök, via distanskontakt, konsulterar en läkare inom den specialiserade vården kring patientens behov, eller vice versa.

Samtidigt är relationell kontinuitet inte lika viktigt i alla situationer och inte heller för alla personer. I vissa situationer är det utan tvekan viktigare med en snabb bedömning eller åtgärdande av vårdbehovet än att det är någon av patientens fasta kontakter som genomför dem. I dessa fall är dock informationskontinuitet fortsatt av stor vikt. För att möta vårdbehov snabbare i situationer som ej ställer krav på kontinuitet så skulle regionerna också kunna samordna, ”poola”, sina resurser på liknande sätt som görs av de nationellt verksamma digitala vårdgivarna. Det skulle kunna göras såväl inom en region eller sjukvårdsregion som nationellt.

14.8.5 Offentligt finansierad digital vård ska vara en integrerad del av hälso- och sjukvården

Förslag

Patientens val av utförare av offentligt finansierad öppen och sluten vård ska inte omfatta all utomlänsvård. Patienten får utom hemregionen inte välja utförare som endast erbjuder vård genom distanskontakt.

Regionens skyldighet att erbjuda öppen och sluten vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård omfattar inte vård som endast ges genom distanskontakt.

Ändringarna berör 9 kap. 1 § PL och 8 kap. 3 § HSL.

Bedömning

Regionerna bör besluta om förändringar i riksavtalet i det som gäller vård genom distanskontakter. Ett nytt krav bör införas om att distanskontakter för utomlänspatienter – inom såväl primärvård som specialiserad vård – ska föregås av minst en fysisk kontakt för samma behov för att vara ersättningsberättigade. Den

separata ersättningen för distanskontakter i primärvården bör utgå. Ersättningar för utomlänsvård som ges via distanskontakt, som en del av en digifysisk vård, bör ersättas av hemregionen i enlighet med det som gäller den aktuella tjänsten i vårdregionens kontrakt eller överenskommelse med utföraren.

Skälen för utredningens förslag och bedömning

En betydande del av den offentligt finansierade digitala vården klassas och ersätts i dag som digital utomlänsvård på primärvårdsnivå. Den digitala vården hanteras därmed inom de resurser som avser primärvård, men utan möjligheter till styrning och kontroll på samma sätt som övrig primärvård.

Vi konstaterar att huvudmännen med nuvarande system blir betalningsskyldiga för en vård som de inte själva har beställt och inte heller på egen hand kan kontrollera omfattningen av eller följa upp. Detta eftersom de inte har något avtalsförhållande med utförarna. Det är problematiskt.

Konkurrensverket konstaterade redan 2022 att aktuellt system innebär att det inte råder konkurrens på lika villkor mellan vårdcentralerna i vårdvalssystemen och de privata digitala vårdgivarna som verkar med utomlänsersättning.[139]

Utredningen bedömer att nuvarande ersättningsmodell för den digitala utomlänsvården har kommit till en punkt där såväl regioner som digitala utförare upplever att systemet inte är funktionellt. Den bristande tilliten förhindrar nödvändig utveckling och konstruktiva samarbeten för att fullt ut använda potentialen med digitala vårdlösningar. Vidare finns det starka indikationer på att nuvarande system har lett till en oavsiktlig omfördelning av resurser från grupper med större behov till grupper med mindre behov. Våra förslag syftar till att åtgärda detta och skapa bättre förutsättningar för att systemets sammanlagda resurser fördelas utifrån behov och på ett kostnadseffektivt sätt.

Samtidigt vill vi med våra förslag bevara den geografiska valfrihet som var intentionen när patientlagen infördes, och som då avsåg fysisk vård. Det vill säga att en person som exempelvis pendlar till

[139] Konkurrensverket, *Privata digitala vårdtjänsters påverkan på konkurrensförhållanden inom primärvården*, 2022.

sitt arbete i en annan region, är student i annan region eller är bosatt nära gränsen till en annan region ska kunna välja en utförare i den regionen som ett alternativ till en utförare i sin hemregion.

Den digitala utomlänsvården hanteras utanför huvudmännens ordinarie styrning

Tillämpningen av befintliga regelverk för fri etableringsrätt i primärvården och fri rörlighet inom den öppna vården i kombination med riksavtalet för utomlänsvård[140] har bidragit till ett parallellt system för digital primärvård. Det systemet är frikopplat från styrningen av den reguljära digifysiska[141] primärvård som regioner ansvarar för och ersätter enligt andra principer.

Som både vi och tidigare utredningar har visat innebär detta att det finns en liten men växande del av den offentliga hälso- och sjukvården som är utom räckvidd för huvudmännens ordinarie styrning och därmed inte heller utgör en integrerad del i befintliga vårdkedjor. Som vi sett i avsnitt 14.6.2 har detta sammanfallit med en avsevärd ökning av digitala utomlänsbesök och regionernas kostnader för sådana besök.

Styckpris för utomlänsersättning och fast pris för övrig primärvård

Utomlänsersättningarna är generellt utformade som styckprisersättningar för olika typer av åtgärder. När den digitala utomlänsvården uppstod ersattes den först med samma summa som den för fysiska utomlänsbesök hos läkare i primärvården. Så småningom skapades dock ett eget spår för den digitala utomlänsvården i riksavtalet, men fortsatt med utformningen att ersättning ges per besök.

Ersättningsmodellerna i de regionala vårdvalsystemen för primärvård har, som framgår av avsnitt 14.3.1, i stället utformats så att de till övervägande del bygger på kapitering (det vill säga en fast ersättning per individ som är listad på den aktuella vårdcentralen). De bygger i relativt liten utsträckning på olika typer av rörliga ersättningar. Det är ett val som gjorts bland annat med syfte att styra mot ett helhetsansvar och sammanhängande digifysisk vård. Det avser

[140] Avser huvudsakligen bestämmelser i PL, HSL och LOV.
[141] Som kombinerar digital och fysisk närvaro.

även att styra i enlighet med principer om såväl att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården som att offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet.

Behovet av att göra prioriteringar i enlighet med prioriteringsplattformen

I det parallella ersättningssystemet för den digitala utomlänsvården på primärvårdsnivå används i stället en modell med ersättning per besök och inte en fast ersättning i form av till exempel kapitering. Som vi sett i avsnitt 14.2.1 ger den typen av rörliga ersättningar incitament att producera mer av just det som ersätts. Rörliga ersättningar innebär också att den finansiella risken i högre grad ligger på finansiären – i detta fall regionerna – eftersom ersättningen till utförarna blir beroende av vilka volymer som produceras. Därför finns ett tydligt behov av en kompletterande styrning som inkluderar någon form av kostnadskontroll, exempelvis genom volym- eller pristak, men något sådant finns inte i ersättningssystemet för den digitala utomlänsvården.

Volymen digital utomlänsvård som utförs är i hög grad styrd av patienternas efterfrågan. Besöksersättningen kan vidare fungera som ett incitament att dela upp åtgärder som egentligen skulle kunna utföras samtidigt på flera olika besök. Sammantaget finns det en tydlig risk att nuvarande modell för digital utomlänsvård omfördelar resurser i hälso- och sjukvården på ett sätt som inte är förenligt med prioriteringsplattformen och att resurser bör fördelas efter behov.

I detta sammanhang är det viktigt att belysa skillnaden mellan behov och efterfrågan. I motsats till behov, som kan vara både omedvetna och icke uttryckta, är efterfrågan alltid uttryckt. Vård kan efterfrågas även om hälso- och sjukvården bedömer att det inte finns ett medicinskt behov av den. I propositionen där prioriteringsplattformen föreslogs konstaterade regeringen att behovs-solidaritetsprincipen kan komma i konflikt med efterfrågeprincipen. Att tillämpa efterfrågeprincipen som grund för prioriteringar kan innebära att individer med sämre förmåga att ta för sig kommer i kläm, vilket kan äventyra principen om en vård på lika villkor för hela befolkningen. Regeringen

konstaterade att det inte går att bortse från människans egna önskningar helt, men dessa kan inte utgöra grund för prioriteringar.[142]

Beslut om vårdens resurser innebär att prioriteringar görs

Varje gång det fattas beslut om användning av resurser så görs en prioritering, ett val. Ett beslut om att använda hälso- och sjukvårdens resurser till ett visst ändamål innebär samtidigt att avstå från att använda dem till något annat. Vissa patienters behov av vård prioriteras framför andra patienters behov. Ofta handlar det om att någon ges vård tidigare än någon annan.[143]

Hög produktivitet anförs stundtals som ett argument för att vårdgivare som verkar med hjälp den digitala utomlänsersättningen är resurseffektiva. Produktivitet kan då till exempel mätas i form av hur många patienter en läkare kan ta emot under en viss tid. Att en verksamhet är maximalt produktiv är dock ointressant om det som verksamheten ägnar sig åt är av liten betydelse utifrån vårdens övergripande målsättningar eller om den använder resurser som gör att mer angelägen vård trängs undan.

Innebörden av behovs-solidaritetsprincipen i prioriteringsplattformen är att om prioriteringar måste *ske mellan effektiva åtgärder*, ska mer av vårdens resurser ges till de mest behövande, de med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten. Detta gäller även om konsekvenserna då kan bli att alla inte får sina behov tillgodosedda. Detta innebär också ett ansvar att utreda och undersöka var de otillfredsställda behoven finns.[144] För att kunna styra och fördela vårdens resurser i linje med ovan räcker det inte att utgå enbart från produktivitet eller effektivitet för enskilda lösningar eller aktörer. Det behövs även ett systemperspektiv och en bedömning av eventuella undanträngningseffekter till följd av de val som görs.

Utifrån nuvarande evidensläge bedöms ofta digitala hälsoteknologier vara kostnadseffektiva. Det är dock inte samma sak som att vården sparar pengar tack vare den nya teknologin, utan innebär i regel att investeringarna är rimliga sett till de effekter, de hälsovinster, som kan förväntas uppstå för just den aktuella problematiken.[145]

[142] Prop. 1996/97:60, s. 23–24.
[143] Prop. 1996/97:60 s. 11.
[144] Ibid. s. 20–21.
[145] Ekman, B och Ellegård, LM, *Digitaliseringen av svensk vård och omsorg*, 2023, s. 47.

Om ny teknologi införs utan att nya resurser tillförs så blir det dock mindre resurser kvar till patienter i andra delar av vården, eftersom de uppkomna hälsovinsterna vanligen inte innebär att individer efterfrågar, behöver eller erbjuds mindre hälso- och sjukvård.[146] I fallet med den digitala utomlänsvården ser vi att även om de digitala teknikerna i sig är kostnadseffektiva så innebär systemets utformning att de resurser som finns inom regionernas primärvårdsbudgetar omfördelas från ordinarie primärvård till digital utomlänsvård. Detta sker utan att regionerna kan styra över hur denna omfördelning görs.

Ökad risk för undanträngningseffekter

För att respektera prioriteringsplattformen och behovs-solidaritetsprincipen behöver det alltså bevakas att eventuella besparingar och frigjorda resurser som uppstår på grund av digital vård går till patienterna med störst behov. Om användandet av en viss teknologi eller medicin för vissa tillstånd i stället leder till samma eller ökade utgifter behöver man på systemnivå se till att detta inte tränger undan högre prioriterad vård.

I detta sammanhang kan noteras att de personer som i Sverige använder sig av digitala teknologier för att få vård, till exempel via digital primärvård, hittills är yngre, mer välutbildade och har högre socioekonomisk standard än personer som utnyttjar traditionell primärvård genom fysiska besök.[147] Detta kan bero på att dessa grupper är så kallade early adopters av ny teknologi, och i så fall kan nyttjandet komma att sprida sig till andra delar av befolkningen på sikt. Om man tittar på samtliga besök som gjordes via underleverantörer i Sörmland under 2025 så framgår att i förhållande till befolkningsandel är patienter från Region Stockholm kraftigt överrepresenterade och patienter från exempelvis Region Dalarna och Region Västerbotten är underrepresenterade.[148]

Vi bedömer att nuvarande ersättningsmodell skapar incitament att bedriva vård på ett sätt som i högre grad styrs av ersättningslogik än av medicinska behov. Därigenom ökar risken för undanträngnings-

[146] Ibid. s. 49.
[147] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Besök via nätet. Resursutnyttjande och jämlikhet kopplat till digitala vårdbesök*, 2022.
[148] Region Sörmland, *Statistikpaket DVG 2025*, 2026.

effekter. Sammantaget finns det starka indikationer på att systemet har lett till en oavsiktlig och oönskad omfördelning av resurser från grupper med större behov till grupper med mindre behov.

Detta utesluter inte att det kan finnas vissa grupperingar och personer vars vårdbehov har blivit mer korrekt prioriterade och resurssatta tack vare tillgången till den digitala utomlänsvården. Ett sådant exempel kan vara tillgång till psykologtjänster på primärvårdsnivå, som ser väldigt olika ut på olika håll landet. Detta måste beaktas och hanteras i utvecklingen av ett alternativt system.

Även de som erbjuder digital utomlänsvård är missnöjda med nuvarande modell

Även privata aktörer som till stor del, eller enbart, erbjuder digital vård anser att nuvarande modell för ersättning av den digitala utomlänsvården inte längre är ändamålsenlig. Detta framkom vid utredningens dialogmöte med dessa aktörer. Flertalet menade att nuvarande system har haft en viktig roll i utvecklingen av den digitala vården i Sverige men att det inte längre är funktionellt. Bland annat framhöll aktörerna att det saknas tydliga definitioner och att samsynen brister kring vad aktörerna ska göra och ersättas för. Det har i sin tur lett till en många gånger infekterad diskussion och stora slitningar mellan regioner och privata utförare, vilket upplevs försvåra ett konstruktivt samarbete och vidareutveckling av den digitala vården.

Utredningen uppfattar att det finns en förståelse för att den perfekta ersättningsmodellen inte finns, men att aktörerna efterfrågar tydlighet, likvärdighet och förutsägbarhet i styrningen. Aktörerna framhöll också att det i dag finns digitala aktörer med många olika typer av vårderbjudanden och att det troligen finns behov av olika ersättningsmodeller för att uppnå en effektiv styrning. Någon menade att den digitala utomlänsvården sätter principen om vård efter behov ur spel med resultat att många patienter med relativt sett mindre behov ges mer resurser än flera av de kroniker som finns på en vanlig vårdcentral. Den aktören hade mot denna bakgrund avstått från möjligheten att använda sig av ersättningarna för digital utomlänsvård.

Nuvarande system behöver förändras

Utredningen bedömer att det i dag finns en bred enighet om att nuvarande system för digital utomlänsvård behöver förändras. Systemet är inte ändamålsenligt för att ge en behovsstyrd och effektiv vård och inte heller för att stimulera en fortsatt utveckling och innovation inom hälso- och sjukvården.

Den digitala utomlänsvården var inte föremål för övervägande i samband med införandet av den fria rörligheten i den öppna vården. Utredningen som låg bakom förslagen genomfördes åren 2011 och 2013 och själva lagstiftningen trädde i kraft den 1 januari 2015. Vid den tidpunkten fanns inte digital vård, i den betydelse vi i dag avser, som en etablerad företeelse i hälso- och sjukvården. Som vi sett i avsnitt 14.6 växte den fram först efter att patientlagen trätt i kraft. Vare sig ordet ”digital” eller ”distans” finns nämnt i den statliga utredning (SOU) som lade fram förslaget och inte heller i den proposition som låg till grund för riksdagens beslut om patientlagen.[149] I så väl betänkandets som propositionens konsekvensanalys beskrivs att det inte finns något som talar för ”att patienter, som en direkt följd av förslaget, i så mycket högre grad än vad som sker i dag kommer att resa till andra landsting i syfte att erhålla vård”.[150] Analyserna avser olika typer av fysiska vårdtillfällen i andra regioner. Som vi sett i avsnitt 14.6 har vi nu en situation där de digitala utomlänsbesöken ökat markant sedan 2016 och en situation som är problematisk på flera sätt.

Den nuvarande styrningsmodellen för digital utomlänsvård medför betydande svårigheter för regionerna att i sin huvudmannaroll se till att patienter får vård i rätt tid utifrån behov, på rätt vårdnivå, samtidigt som regionen ser till att vårdens resurser används så effektivt som möjligt. Det krävs därför förändringar i styrningen.

Förändringar i avgifter och ersättningsmodeller är inte tillräckligt för att uppnå en behovsstyrd vård

Vi bedömer att de problem som finns med dagens modell inte främst har att göra med nivån på ersättningar och avgifter för digital utomlänsvård. För att uppnå det uttalade syftet i våra direktiv så är det

[149] SOU 2013:2, prop. 2013/14:106.
[150] SOU 2013:2, s. 254, prop. 2013/14:106, s. 107.

därför inte tillräckligt att lämna förslag på justeringar av nuvarande ersättningar och avgifter. Själva utformningen av ersättningssystemet för den digitala utomlänsvården är dock en central del i den aktuella problematiken.

Att olika typer av utomlänsvård ersätts på de sätt som anges i riksavtalet är en etablerad praxis. Riksavtalet är en överenskommelse mellan regionerna och inte något som är reglerat i lag. Det finns därmed i teorin inget som hindrar regionerna från att i grunden förändra det som regleras i avtalet, som hur själva ersättningen av den digitala utomlänsvården ska utformas. Det faktum att det rör sig om just utomlänsvård kan samtidigt i viss mån begränsa möjligheterna för vilka ersättningssystem som rent praktiskt ses som möjliga att tillämpa. Att införa annat än ”styckprisersättning” skulle rimligen kräva ett större arbete med att ensa uppdragsbeskrivningar och ersättningsmodeller mellan regionerna. Att inget sådant arbete genomförts de senaste åren, trots att frågorna återkommande har behandlats inom relevanta forum i SKR, indikerar att det är låg sannolikhet att ett sådant initieras och genomförs inom närtid.

Vi gör vidare bedömningen att med den tolkning av gällande bestämmelser som sedan flera år etablerats så finns det begränsat utrymme för regionerna att ändra grundförutsättningarna som skapar utrymmet för ett parallellt system där privata aktörer genom ett enda regionalt avtal eller underleverantörsavtal kan erbjuda digital utomlänsvård i hela Sverige.

För att uppnå det avsedda syftet med vårt uppdrag krävs det därför förändringar i den lagstiftning som skapar förutsättningarna för dagens system och påverkar möjligheten till styrning och kontroll av de aktörer som tillhandahåller digital utomlänsvård.

Den fria rörligheten mellan regionerna ska inte omfatta hälso- och sjukvård som enbart ges genom distanskontakt

För att vårdens resurser ska användas effektivt och behovsstyrt behöver möjligheten att erbjuda obegränsat med offentligt finansierad digital vård till invånare i hela landet baserat på ett avtal i en enskild region upphöra. Vi föreslår förändringar i bestämmelsen i patientlagen som reglerar patienternas möjlighet att inom och utom sin hemregion få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård.

Som beskrivits i tidigare kapitel föreslår vi att patientens möjlighet att välja utförare i hela landet även ska omfatta sluten vård. Utomlänsvården ska dock godkännas av hemregionen innan hemregionen svarar för kostnaderna (se avsnitt 9.4). Sammantaget innebär våra förslag därmed att en patient som omfattas av en regions ansvar för hälso- och sjukvård inom eller utom denna region ska få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen eller sluten vård. Patienten får dock inte utom regionen välja utförare som endast erbjuder vård genom distanskontakt. För vård inom den egna regionen införs inte någon begränsning.

Bestämmelsen innebär att valmöjligheten vid utomlänsvård är begränsad till utförare som har ett fysiskt eller digifysiskt utbud av hälso- och sjukvård. Om en person exempelvis är bosatt i Region Skåne kommer han eller hon inte kunna söka vård hos en utförare som är leverantör eller underleverantör i Region Sörmland om denna endast erbjuder vård genom distanskontakter. Den utföraren kommer enbart kunna erbjuda sina tjänster till dem som är bosatta i Region Sörmland (det vill säga den region som utförarens avtal är kopplat till).

När det gäller primärvården så regleras det i HSL att regionen ska organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt välja och få tillgång till en fast läkarkontakt. Valet ska ske genom så kallad listning (uppgifter om den enskilde förs in i en förteckning över utförarens patienter). Listning påverkar inte den enskildes möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård. En person kan också välja att lista sig på en vårdcentral i en annan region än sin hemregion och där få tillgång till en fast läkarkontakt. Som utgångspunkt får dock en patient enbart lista om sig två gånger under ett år.[151] Dessa regler förändras inte av våra förslag.

Det är därmed fortsatt möjligt för en person att lista sig på en vårdcentral i en annan region. När patienten gör sitt val om var den ska lista sig behöver den beakta vilket behov av fysiska respektive digitala vårdtjänster den förväntar sig att ha och hur utföraren kan tillgodose dessa. Regionerna bör överväga att ta fram ett gemensamt informationsmaterial om listning till patienter och allmänhet, för att underlätta för patienterna att göra informerade val. Om personen i vårt exempel ovan, som är bosatt i Skåne väljer att lista sig på en

[151] 7 kap., 3–3b §, HSL.

närliggande vårdcentral i exempelvis Region Halland, vilken har ett digifysiskt erbjudande, så kommer personen att kunna ta del av såväl de fysiska tjänster som de distanstjänster som utföraren erbjuder inom ramen för sitt uppdrag.

Förslaget begränsar inte möjligheten för patienter att använda distanskontakter för att kontakta en vårdenhet där man har pågående fysiska eller digifysiska vårdkontakter, eller söker kontakt för att få ta del av ett fysiskt eller digifysiskt vårdutbud. Det finns inte heller fortsättningsvis något som hindrar personen från att besöka en vårdcentral i en annan region än hemregionen, som erbjuder fysisk och digital vård. Förslaget begränsar inte möjligheten att välja utförare som endast erbjuder vård genom distanskontakt inom den region där man är bosatt.

Förändringar i regionernas skyldighet att erbjuda vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård

Vårt förslag innebär på motsvarande sätt att regionens skyldighet att erbjuda öppen och sluten vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård inte ska omfatta vård som endast ges genom distanskontakt. Regionens ansvar att erbjuda dem vård som ges fysiskt eller digifysiskt kvarstår.

Även om en utförare har ett digifysiskt utbud på en fysisk plats så betyder inte det att det är ett utbud som i realiteten är fullt tillgängligt för patienter i samtliga andra regioner. Många av dessa patienter kan i praktiken enbart sägas kunna ta del av den vård som ges genom distanskontakt. Uttrycket vård som endast ges genom distanskontakt behöver förstås i förhållande till vad som är möjligt för en patient.

En utförare som vill erbjuda vård som är helt baserad på distanskontakter kommer behöva ha ett avtal som leverantör, eller underleverantör, i de regioner där man vill erbjuda sådan vård. Möjligheten att erbjuda offentligt finansierad digital vård till invånare i hela Sverige baserat på ett avtal i en enskild region upphör därmed. Detta bedöms ge regionerna förutsättningar att uppnå bättre integrering med övrig offentligt finansierad vård. Det gäller såväl behovsstyrning som ekonomisk styrning samt informationsöverföring och uppföljning. Integreringen uppnås exempelvis genom utformningen av kravspecifi-

kationer, ersättningsystem och uppföljningskrav gällande utförarna i fråga.

Förslaget ger möjlighet för huvudmännen att utifrån de lokala behoven av hälso- och sjukvård utforma olika typer av krav och ersättningar för olika typer av distanskontakter, och även differentiera styrningen i olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet. Eftersom erbjudande om distanskontakter på primärvårdsnivå ska vara en integrerad del i utbudet hos vårdcentraler så kommer detta troligen oftast ingå i kapiteringsersättningen till vårdcentraler, snarare än att en särskild ersättning för olika besök utgår. Om en viss vårdcentral i det läget önskar använda en underleverantör för att tillhandahålla vissa digitala tjänster så blir det upp till dessa bägge parter att avtala hur underleverantören ska ersättas för vården den utför åt vårdcentralen.

Man kan även tänka sig ett scenario där det i en viss region är svårt att genom fysiska kontakter tillhandahålla exempelvis psykologbehandling på primärvårdsnivå och att regionen därför ser behov av ett ökat utbud av distanskontakter. Då kan en särskild ersättning för denna typ av kontakter tillämpas i förhållande till utförare. Till skillnad från den digitala utomlänsersättningen är regionen dock inte utlämnad till att enbart kunna använda besöksersättning utan det finns ett spelrum att utforma en ersättningsmodell utifrån de mål man vill styra mot.

Förslagen gäller inte bara primärvården, utan även den specialiserade vården. På motsvarande sätt ges det där utrymme för huvudmännen i sin roll som beställare av vård att kunna utforma kravspecifikationer, ersättningsystem och uppföljningskrav för digital specialiserad vård, på ett sätt som säkerställer nödvändig integrering med övrig offentligt finansierad vård. Utredningen bedömer att våra förslag i denna del innebär att regionernas oro för att potentiellt tappa (kostnads)kontrollen om man inkluderar digital vård även i upphandlingar i den specialiserade vården inte längre blir relevant. Därmed bedöms förslagen också kunna bidra till nya möjligheter för digitala vårdgivare inom den specialiserade vården.

Bestämmelsen omfattar både öppen vård och sluten vård. Även om det i dagsläget troligen inte är aktuellt med sluten vård som endast ges genom distanskontakt kan det inte uteslutas att utvecklingen framöver kommer att medge det.

Regleringen behöver speglas i regionernas förfrågningsunderlag

I enlighet med ambitionen att säkerställa en fortsatt utveckling av vård som ges på distans och att patienten ska kunna få ett samlat digifysiskt omhändertagande där den är listad i primärvården så begränsar vi inte valet av utförare som erbjuder digifysisk vård.

Det finns ingen exakt gräns för vad som är att anse som digifysisk vård. Om en aktör skulle välja att inte agera i enlighet med lagstiftningens intention kan detta potentiellt utnyttjas, exempelvis genom att skapa ett erbjudande som enbart har en försumbar del fysisk vård och i realiteten sker enbart genom distanskontakt. Vi bedömer att ett sådant erbjudande är att likställa med vård som enbart ges genom distanskontakt.

Det är också tänkbart med en situation där digifysiska aktörer i primärvården aktivt försöker locka till sig listningar av patienter från andra regioner, även regioner där avstånden gör att det inte finns någon verklig möjlighet att erbjuda en samlad digifysisk vård. Ett sådant agerande är inte heller i linje med förslagens intention.

För att fullt ut genomföra våra förslag i enlighet med dess intention, och undvika sådana avarter av digifysisk vård, så behöver regionerna använda det utrymme de har som beställare av den upphandlade vården. Det vill säga de behöver aktivt begränsa möjligheterna till sådana beteenden genom villkorsskrivningar i förfrågningsunderlag och avtal.

Det kan till exempel handla om tydliga villkor kring marknadsföring och vilken information som ska ges till patienter i samband med erbjudande om listning. Det kan också handla om utformningen av ersättningar. Ett exempel på en region som agerat för att motverka icke önskvärda beteenden är Region Skåne som valt att enbart ersätta digitala besök för personer som är folkbokförda i Skåne.[152] Ett annat exempel är överenskommelsen mellan Region Stockholm och Kry, som innebär att digitala besök för Region Stockholms invånare ska debiteras inom Region Stockholm (där Kry har vårdcentraler).[153]

För att få fullt genomslag kommer regionerna behöva samordna sig kring sådana villkor. Den funktion vi bedömer ska inrättas

[152] Region Skåne, *Förfrågningsunderlag och Avtal beslutade i Primärvårdsnämnden för Vårdcentral i Hälsoval Skåne Gällande år 2026*, 2025.
[153] Region Stockholm, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, *Delegationsbeslut 2026-01-29, PVN 2025–0141*, 2026.

(se avsnitt 14.8.1) skulle även kunna användas även för den samordningen.

Behov av förändringar i riksavtalet för utomlänsvård som ges genom distanskontakt

Även med våra förslag så kommer det fortsatt finnas utrymme för utomlänsvård som ges genom distanskontakter, men då *som en del av en digifysisk vård*, utförd såväl i regionernas egen regi som av privata aktörer. Skillnaden är att regionerna inte kommer vara ersättningsskyldiga för vård som enbart ges genom distanskontakter och att regionerna kommer ha större kontroll över styrningen av den vård som ges.

Riksavtalet behöver därmed reglera vad som ska gälla ersättningar för de distanskontakter som kan bli aktuella, vilka kommer kunna avse både primärvård och specialiserad vård. För att riksavtalet ska stödja intentionerna i den lagstiftning vi föreslår bedömer vi att regionerna bör besluta om förändringar i det som gäller utomlänsvård genom distanskontakt.

För att betona inriktningen på ett samlat digifysiskt omhändertagande bör ett nytt krav införas om att distanskontakter för utomlänspatienter – inom såväl primärvård som specialiserad vård – ska *föregås* av minst en fysisk kontakt kring samma behov för att vara ersättningsberättigade.

Vidare bör den separata ersättningen för distanskontakter i primärvården utgå. Som vi sett utgör den ett parallellt ersättningsystem som till skillnad från ersättningarna i den reguljära primärvården i stora delar styr mot vård utifrån efterfrågan och inte behov.

Ersättningarna för den utomlänsvård som ges genom distanskontakt bör vara i linje med intentionen att skapa en mer sammanhållen och behovsstyrd vård och det faktum att alla de utomlänsdistanskontakter som regionerna kan bli ersättningsskyldiga för ska vara en del av en digifysisk vård. Ersättningar för utomlänsvård som ges via distanskontakt, som en del av en digifysisk vård, bör därför ersättas av hemregionen i enlighet med det som gäller den aktuella tjänsten i vårdregionens kontrakt eller överenskommelse med utföraren. Det skulle exempelvis innebära att om en person som är folkbokförd i Norrbotten listar sig på en vårdcentral i Stockholm och gör digitala besök via den vårdcentralen så ska Region Norrbotten ersätta Region

Stockholm i enlighet med vad som sägs om digitala besök i Region Stockholms förfrågningsunderlag för sina vårdcentraler. Om Region Stockholm inte har någon särskild ersättning för digitala besök för listade (inomläns-)patienter så blir resultatet att det inte heller uppstår någon kostnad för dessa besök för Region Norrbotten.

14.8.6 Bättre förutsättningar för uppföljning av digital vård

Bedömning

För att möjliggöra en sammanhållen nationell uppföljning av vård via distanskontakt bör Socialstyrelsen få i uppdrag att ta fram stöd för hur digital vård och annan vård via distanskontakt ska kodas och beskrivas i exempelvis patientjournaler, i samband med avtalsuppföljning och vid inrapportering till olika hälsodataregister.

Vård- och omsorgsanalys bör få i uppdrag att följa och årligen rapportera om regionernas utbud av vård genom distanskontakt och användandet av dessa tjänster, ur ett befolkningsperspektiv.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) bör få i uppdrag att återkommande ta fram kunskapsöversikter för när det lämpar sig respektive inte lämpar sig med hälso- och sjukvård via distanskontakt.

Regeringen bör uppmuntra och stimulera forskning kring distanskontakter och digitala tjänster.

Regionerna bör ställa tydliga krav på sina leverantörer och underleverantörer vad gäller dokumentation, uppföljning, anslutning till nationella gemensamma e-hälsospecifikationer, kommande krav enligt EHDS samt anslutning till Nationell patientöversikt (NPÖ).

Huvudmännen bör enas om gemensamma kriterier för vad som är potentiellt ersättningsberättigade digitala vårdtjänster inom olika vårdnivåer och vårdområden. Processer för att fastslå detta skulle kunna hanteras inom ramen för den funktion som föreslås i avsnitt 14.8.1.

Skäl för utredningens bedömning

Regeringen bör stödja utvecklingen och uppföljningen av vård genom distanskontakt

Vi lämnar förslag som innebär att betydelsen av vård som ges via distanskontakter lyfts fram. Grunden läggs vidare för en ny struktur för hur den digitala utomlänsvården ska integreras med övrig offentligt finansierad hälso- och sjukvård och även för hur den ska ersättas finansiellt. Dessa förslag sätter samtidigt ljuset på behovet av att utvecklingen av vård genom distanskontakter, och olika lösningar som tas fram i regionerna, följs upp och utvärderas.

Förutsättningarna för uppföljning av digital vård behöver stärkas. Det innefattar behov av tydligare definitioner, mer enhetliga rutiner för registrering och datainsamling samt bättre förutsättningar att inkludera samtliga vårdgivare i uppföljningen.[154]

Utvecklingen understryker även behovet av mer forskning på området. Det gäller både vilken typ av vårdkontakter som lämpar sig för vård på distans och vad som krävs för att den digitala vården ska kunna integreras med övrig vård.

Mot denna bakgrund ser vi behov av att regeringen vidtar ett antal åtgärder:

- Socialstyrelsen bör få i uppdrag att ta fram stöd för hur digital vård och annan vård via distanskontakt ska kodas och beskrivas i exempelvis journaler och inrapportering till olika hälsodataregister. Behovet av beskrivningssystem som täcker den vård som utförs genom distanskontakter är centralt för möjligheten till en ändamålsenlig nationell uppföljning av hälso- och sjukvården. Uppdraget bör genomföras i samråd med såväl Myndigheten för vård- och omsorgsanalys som med huvudmännen. Det är huvudmännen som ska använda kodverken och generera data för uppföljningen.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bör få i uppdrag att följa och årligen rapportera om regionernas utbud av vård genom distanskontakt och användandet av dessa tjänster, ur ett befolkningsperspektiv.

[154] Sirona, *Nationell kartläggning av digitala vårdbesök och övriga digitala tjänster inom primärvården. Slutrapport av Sirona till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*, 2026, s. 2.

- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) bör få i uppdrag att sammanställa kunskapsöversikter för när det lämpar sig respektive inte lämpar sig med hälso- och sjukvård via distanskontakt.
- Regeringen bör uppmuntra och stimulera forskning kring distanskontakter och digitala tjänster.

Fortsätta åtgärder krävs från huvudmännen för att uppnå nödvändig integrering av privata aktörer som utför offentligt finansierad vård

Det kommer att finnas privata vårdgivare som utför offentligt finansierad digital vård även framöver. Därför finns det också ett antal frågor relaterade till vård på distans som huvudmännen behöver adressera.

Utredningen vill i detta sammanhang understryka behovet av att:

- regionerna ställer tydliga krav på sina leverantörer och underleverantörer vad gäller dokumentation, uppföljning, anslutning till nationella gemensamma e-hälsospecifikationer, kommande krav enligt EHDS samt anslutning till Nationell patientöversikt (NPÖ),
- regionerna enas om gemensamma kriterier för vad som bör utgöra potentiellt ersättningsberättigade digitala vårdtjänster inom olika vårdnivåer och vårdområden. Processer för att fastslå detta skulle kunna hanteras inom ramen för den funktion som föreslås i avsnitt 14.8.1.

Vi vill betona att så länge majoriteten av offentligt finansierad digital vård utförd av privata vårdgivare är på primärvårdsnivå så är det viktigt att skilja mellan de olika typer av bedömningar som görs vid den så kallade 0:an respektive 3:an i vårdgarantin i primärvården. Detta behöver beaktas i utformningen av ersättningar. Mycket av befintliga konflikter om vad som är ersättningsbart förefaller handla om bedömningar och besked till patienten som kan sägas motsvara den typ av kontakt som sker vid den så kallade 0:an i vårdgarantin. Denna reglerar att en patient samma dag som den söker hjälp ska få kontakt med primärvården. Den bedömning som sker i samband med denna första kontakt görs för att avgöra om patientens tillstånd är sådant att vidare kontakt med primärvården är befogad: att patienten har behov av

en medicinsk bedömning av en legitimerad profession i primärvården (därigenom aktiveras garantin om medicinsk bedömning i primärvården).

Vid den så kallade 3:an sker sedan den medicinska bedömning som görs av den legitimerade yrkesgrupp som patienten, utifrån konstaterat behov, möter inom ramen för vårdgarantin. Det ligger i yrkesutövningen hos varje vårdprofession att vid kontakt med en patient meddela en slutsats i form av bedömning; en diagnos, ett vårdbehov eller annan konkret åtgärd. I författningskommentaren till bestämmelsen om medicinsk bedömning i primärvården framgår bland att en medicinsk bedömning ska journalföras i enlighet med bestämmelserna i 3 kap. patientdatalagen (2008:355).

Utredningen vill även i förhållande till regionerna framhålla behovet av att det utvecklas och tillämpas ett beskrivningssystem som på ett enhetligt sätt täcker in den vård som utförs genom distanskontakter. Ett sådant system underlättar inte bara den nationella uppföljningen utan även den regionala. I detta sammanhang vill utredningen även påminna om regionernas ansvar enligt kommunallagen att när skötseln av en kommunal angelägenhet genom avtal har lämnats över till en privat utförare, ska kommunen eller regionen kontrollera och följa upp verksamheten.[155]

14.9 Konsekvensanalys för förslagen

I detta avsnitt presenteras en konsekvensanalys för de förslag som lämnas i kapitlet, som samtliga rör distanskontakter.

[155] 10 kap. 8 § Kommunallagen.

Förslagen innebär att huvudmännen, regionerna, får mer rådighet och kostnadskontroll vad gäller offentligt finansierad digital hälso- och sjukvård. På så vis skapas bättre förutsättningar för att systemets sammanlagda resurser fördelas utifrån behov och på ett kostnadseffektivt sätt.

Regionerna får möjlighet till större kontroll och en tydligare avtalsrelation till de digitala utförare som regionerna betalar för. Vi bedömer att det skapar för möjligheter för mer differentierade och ändamålsenliga ersättningar för de tjänster som regionerna har behov av att upphandla, både inom primärvård och inom specialiserad vård. Sammantaget förväntas detta bidra till mer konstruktiva samarbeten och avtalsrelationer.

Förslagen bedöms inte medföra någon inskränkning i den kommunala självstyrelsen. De innebär inte heller några nya åtaganden för regionerna eller någon ambitionshöjning. Därmed aktiveras inte finansieringsprincipen för förslagen.

För patienterna bedöms förslagen ge bättre förutsättningar att få en sammanhållen digifysisk vård, som utgår från den vårdcentral där patienten är listad. Potentiellt kan det även ge bättre tillgång till digitala lösningar inom den specialiserade vården, när det är lämpligt. Förslagen medför inga särskilda konsekvenser för barn utöver de som gäller generellt för patienter och anhöriga.

14.9.1 Konsekvenser för patienter och anhöriga

Bättre förutsättningar för en mer sammanhållen digifysisk vård

För patienterna bedöms förslagen ge bättre förutsättningar att kunna få en sammanhållen digifysisk vård, som utgår från den vårdcentral där patienten är listad. Genom att regionerna kan ställa direkta krav på utförarna kring exempelvis dokumentation och informationssystem så skapas även bättre förutsättningar för ett mer fungerande och ändamålsenligt informationsutbyte om patienten mellan olika berörda vårdgivare.

På sikt kan det även ge bättre tillgång till digitala lösningar i den specialiserade vården, när det är lämpligt. Utvecklingen av den digitala utomlänsvården på primärvårdsnivå, och den tillhörande bristen på kostnadskontroll för huvudmännen, bedöms ha medfört en mot-

villighet hos huvudmännen att öppna för en utveckling mot nationellt verksamma digitala vårdgivare inom specialiserad vård. Våra förslag förväntas bidra till att öppna upp dessa låsningar (se avsnitt 14.8.5).

Jämfört med befintlig reglering blir det en viss begränsning i möjligheten för patienter att välja digital utförare på primärvårdsnivån. Om det faktiskt blir ett mindre eller annorlunda utbud att välja bland i praktiken beror på vilka tjänster regionerna väljer att tillhandahålla, antingen i egen regi eller genom avtal med privata vårdgivare.

Det är också troligt att möjligheten att få tillgång till offentligt finansierad digital hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå dygnet runt kommer att begränsas eller i vissa fall försvinna. Generellt kan sägas att primärvården har vissa uppgifter som ska kunna utföras oavsett tid på dygnet. Det gäller exempelvis medicinska bedömningar i kommunal hälso- och sjukvård, konstaterande av dödsfall och utfärdande av vårdintyg. Vård på primärvårdsnivå är dock till övervägande del av sådan karaktär att det är vård som kan vänta till nästa dag. Det som är medicinskt akut ska som utgångspunkt inte hanteras av primärvården. De flesta vårdbehov som ska hanteras av primärvården, även brådskande, kan tas om hand på eller i nära anslutning till kontorstid. Att samordna olika resurser under ett mindre antal timmar per dygn är mer resurseffektivt än att ha dem tillgängliga dygnet runt och den reguljära primärvårdens verksamheter är därför som huvudregel förlagda på eller i nära anslutning till kontorstid. Vare sig ur ett medicinskt perspektiv eller effektivitetsperspektiv kan det alltså sägas vara motiverat att det offentliga ska finansiera tillgång till digitala tjänster på primärvårdsnivå dygnet runt.

Samtidigt finns det inte något som hindrar att en utförare, offentligt eller privat finansierad, tillhandahåller digitala vårdtjänster dygnet runt. Om utföraren sedan gör det eller inte kommer rimligen bland annat bero på vilken vård utföraren har i uppdrag, eller själv åtar sig, att utföra. Det kommer också bero på om utföraren kan hitta ett kostnadseffektivt sätt att göra det på, inom ramen för den finansiering den har.

Ett förändrat utbud eller längre väntetider i vissa situationer kan upplevas som en försämring för personer som vant sig vid att kunna få väldigt snabb kontakt med en digital vårdgivare även för behov som inte är medicinskt prioriterade eller som kanske borde vara föremål för egenvård snarare än hälso- och sjukvård. I detta sammanhang vill vi framhålla att det finns dygnet runt tillgänglig sjukvårds-

rådgivning via 1177, som är upphandlad av regionerna och gratis för den som ringer.[156] I tjänsten får man hjälp med bedömning av vårdbehov och vid behov råd eller vägledning vidare till lämplig vårdmottagning. Om det är vårdbehov som kräver vidare hantering inom primärvården så gäller sedan vårdgarantin och att man ska få möjlighet till medicinsk bedömning inom tre dagar. Är det ett akut behov kommer man att hänvisas till akutmottagning.

Valet av utförare och fast läkarkontakt är det centrala valet i primärvården

De begränsningar som beskrivits ovan följer av en avvägning mellan två olika principer som delvis krockar med varandra i nuvarande system. Det gäller principen om behovsstyrd vård (som den är uttryckt i HSL:s portalparagraf samt i prioriteringsplattformen) och principen om valfrihet (som den är uttryckt i patientlagens bestämmelse om val av utförare). Vi bedömer att den valfrihet av utförare i just digital utomlänsvård som oförutsett och utan intention skapades i samband med patientlagens tillkomst inte kan finnas kvar utan att behovsprincipen blir åsidosatt. I valet mellan dessa bägge principer bedömer vi att den så kallade portalparagrafen väger tyngst och att den begränsade inskränkning som förslagen medför vad gäller valfriheten för just vård genom distanskontakt är proportionerlig.

Utredningen vill också understryka att den valfrihet som i vår bedömning är den mest centrala när det gäller primärvården kvarstår – valet av vårdcentral och fast läkarkontakt i primärvården.[157] Det är här merparten av vårdbehoven tas om hand, det är här kontinuerliga relationer byggs upp över tid och det är därför också här som bryggan till andra delar av vårdsystemet finns. Regioner och utförare av primärvård kan utveckla och förbättra sina digifysiska erbjudande så att patienter *vill* lista sig hos dem. Även om grunduppdraget är detsamma så kan olika vårdcentraler ha olika profil och på så vis attrahera patientgrupper med olika preferenser.

Sammantaget bedöms förslagen skapa bättre förutsättningar för patienterna att få en personcentrerad, effektiv och sammanhållen hälso- och sjukvård.

[156] Förutom kostnaden för själva telefonsamtalet.
[157] Jfr 7 kap. 3 § HSL.

Konsekvenser för barn

Inga särskilda konsekvenser utöver de som gäller generellt för patienter och anhöriga.

14.9.2 Konsekvenser för vårdens medarbetare och kompetensförsörjningen

I maj 2025 var det totalt 254 800 legitimerade yrkesutövare sysselsatta i hälso- och sjukvården. Sjuksköterskor och läkare utgör tillsammans 65 procent av de legitimerade yrkesgrupperna. De resterande 35 procenten är fördelade på de övriga 20 legitimationsyrkena.

Spridningen är stor mellan länen när det gäller antalet legitimerade inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare. Antalet läkare, inklusive specialistläkare, varierar till exempel mellan 342 och 555 per 100 000 invånare.[158] Det finns inga uppgifter om deltidsarbete bland legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i Socialstyrelsens statistik. Undersökningar från bland annat fackförbund pekar på att omkring 30 procent arbetar deltid, men i vissa grupper ännu fler.[159]

Arbete inom hälso- och sjukvården kan vara tungt, både fysiskt och psykiskt, och vara en bidragande faktor till att många, främst kvinnor, arbetar deltid. Förslaget om att regionerna ska erbjuda möjlighet till distanskontakt sätter ökat fokus på att detta ska ingå i regionernas erbjudande. Om mer vård genomförs i form av distanskontakter kan det bidra till mindre stress och en bättre arbetsmiljö för hälso- och sjukvårdspersonalen. Detta eftersom det ger mer flexibilitet i hur verksamheten kan organiseras och därmed också möjlighet att öka flexibiliteten för medarbetarna. Vissa typer av distanskontakter bedöms också möjliggöra för vissa grupper av medarbetare att arbeta på annan plats än vid fysiska arbetsuppgifter. Möjligheten till distansarbete kan göra det enklare att kombinera arbete med familjeliv. Sammantaget kan förslagen därmed bidra till ett mer hållbart arbetsliv och att fler kan ha förutsättningar att gå upp i arbetstid.

[158] Socialstyrelsen, *Trender och trendbrott i tillgången på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, Nationella planeringsstödet 2026 – fördjupningsrapport*, 2026, s. 10–12.
[159] Jfr Vårdförbundet, *Tre av tio jobbar deltid i vården – många orkar inte heltid*, hämtad 2026-05-06 och Läkartidningen, *Primärvårdsläkare väljer nu deltid,* hämtad 2026-05-06.

Särskilt om medarbetare som arbetar för vårdgivare som är helt digitala

Det saknas i hög grad kunskap om hur arbetsvillkoren ser ut eller upplevs hos medarbetare som arbetar för vårdgivare som är helt digitala. Vi har därför tillfrågat fackförbund som varit representerade i vår referensgrupp för professioner och vars medlemmar är vanligt förekommande bland vårdgivare som är helt digitala om deras erfarenheter. Där framhålls att privata vårdgivare som huvudsakligen bedriver verksamhet utifrån utomlänstaxan i en del fall saknar kollektivavtal, vilket innebär att de anställda inte alltid omfattas av de standardiserade villkor, löneökningar och tjänstepensioner som är norm på den svenska arbetsmarknaden.[160]

Den stora fördelen sett ur medarbetarnas perspektiv är flexibiliteten och friheten att lägga upp sitt arbete. Psykologerna som arbetar hos digitala vårdgivare kan arbeta hemifrån, styra sina tider och själva lägga upp planeringen för sina patienter. De har också goda möjligheter att nischa sig på diagnoser och behandlingsinriktningar de är mest intresserad av.[161]

Baksidan är hög arbetsbelastning och stress. Ersättningsmodellen i utomlänstaxan i kombination med interna incitamentsstrukturer skapar en arbetsmiljö med hårda produktionskrav. Psykologerna ska klara höga kvoter av samtal för att få full ersättning. Många psykologer upplever etisk stress. Hos vissa arbetsgivare är psykologen ekonomiskt ansvarig om patienten uteblir från ett inbokat besök. Journalföring och reflektion efter samtal hinns inte med under arbetstid utan får skötas efter.[162] Detta liknar den bild som framträder i Sveriges radios granskning av Kry.[163]

Det lyfts även fram att det oftast saknas introduktion vid nyanställning liksom kompetensutveckling. Bristen på fysisk närvaro av kollegor gör också att man kan uppleva en känsla av ensamhet i jobbet. För psykologer är det heller inte lika vanligt som på andra arbetsplatser med strukturerade forum för kollegialt utbyte kring svåra patientfall eller lärande av vararanda.[164]

---

[160] Skriftlig kommunikation med Psykologförbundet, april 2026.
[161] Skriftlig kommunikation med Psykologförbundet, april 2026.
[162] Ibid.
[163] Sveriges radio, Ekot granskar, ”Kry-läkare: ’Kan ta 100 patienter på en dag’ ”, 15 april 2026.
[164] Skriftlig kommunikation med Psykologförbundet, april 2026.

14.9.3 Konsekvenser för regioner

Förslaget i avsnitt 14.8.4 om att införa en definition av termen ”distanskontakt” bedöms inte i sig medföra några konsekvenser. Konsekvenser som följer av övriga förslag där termen används, i avsnitt 14.8.4 och 14.8.5, beskrivs nedan.

Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Förslaget i avsnitt 14.8.4 om att regioner ska erbjuda möjlighet till vård genom distanskontakt när sådan är lämplig ur ett medicinskt perspektiv utgör ett förtydligande av gällande rätt och bedöms inte medföra någon inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Som beskrivits i avsnitt 14.8.4 ställer befintlig reglering krav på en lätt tillgänglig vård.[165] Det ställs även krav på att regionerna ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen.[166] Av förarbeten framgår att en del av att göra vården lätt tillgänglig, samt kunna ge den nära befolkningen, är att kommunikation och möten med vården kan tillhandahållas genom olika tekniska lösningar.[167] Det bör även framhållas att förslaget inte innebär att regioner och utförare är skyldiga att tillämpa en viss form av informations- och kommunikationsteknik för distanskontakter. Regioner och utförare bör utforma relevanta lösningar, med beaktande av behoven hos patienterna, den tekniska och medicinska utvecklingen samt utvecklingen i samhället i stort.

Förslaget i avsnitt 14.8.5 om att patientens val av utförare av offentligt finansierad öppen och sluten vård inte ska omfatta utomlänsvård som endast ges genom distanskontakt bedöms inte medföra någon inskränkning i det kommunala självstyret. Tvärtom bedöms förslaget stärka det kommunala självstyret genom att regionerna ges större rådighet att styra över den vård de har kostnadsansvar för. Detsamma gäller förslaget om att regionens skyldighet att erbjuda öppen och sluten vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar inte ska omfatta vård som endast ges genom distanskontakt. Detta är en spegling av förslaget som reglerar patienternas valmöjligheter.

[165] 5 kap. 1 § HSL, 13 a kap. 1 § 2 HSL.
[166] 7 kap. 2 a § HSL.
[167] Prop. 2017/18:83 s. 46, prop. 2019/20:164 s. 79.

Ekonomiska konsekvenser för regioner

Förslagen i avsnitt 14.8.4 och 14.8.5 innebär inte några nya åtaganden för regionerna och inte heller någon ambitionshöjning. Därmed aktiveras inte finansieringsprincipen för förslagen.

Som beskrivits ovan utgör förslaget i avsnitt 14.8.4 om att regioner ska erbjuda möjlighet till vård genom distanskontakt ett förtydligande av befintlig reglering. Samma bedömning gjordes vad gäller motsvarande förslag i Ds 2023:27. Förslaget innebär inte heller att regioner och vårdgivare är skyldiga att tillämpa en viss form av informations- och kommunikationsteknik för distanskontakter utan det är upp till dem att utforma relevanta lösningar. I sammanhanget kan även påminnas om bestämmelsen i HSL om att regionerna ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård.[168]

Förslaget i avsnitt 14.8.5 om att patientens val av utförare av offentligt finansierad öppen och sluten vård inte ska omfatta utomlänsvård som endast ges genom distanskontakt bedöms ge regionerna bättre ekonomisk kontroll och rådighet att styra över den vård de har kostnadsansvar för. Jämfört med dagens situation bedöms detta få konsekvenser framför allt i förhållande till hur budgeten för primärvården fördelas. Genom förslaget skapas bättre förutsättningar för regionerna som huvudmän att säkerställa att de sammanlagda resurserna för hälso- och sjukvård fördelas utifrån behov och på ett kostnadseffektivt sätt. Detsamma gäller förslaget om att regionens skyldighet att erbjuda öppen och sluten vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar inte ska omfatta vård som endast ges genom distanskontakt. Vilket är en spegling av förslaget som reglerar patienternas valmöjligheter.

Förslagen i avsnitt 14.8.5 ger regionerna möjlighet till större kontroll och en tydligare avtalsrelation i förhållande till digitala utförare som utför tjänster vilka regionerna betalar för. Genom förslagen läggs initiativet på regionerna själva att beställa olika typer av digitala tjänster baserat på en egen behovsanalys och med ett självvalt avtalsformat i de fall man väljer att kontraktera privata utförare. Detta förväntas också öppna upp för mer differentierade och ändamålsenliga ersättningsnivåer för de olika typer av tjänster som regioner har behov av att upphandla, både inom primärvård och specialiserad

[168] 7 kap. 2 § HSL.

vård. Sammantaget förväntas detta skapa förutsättningar för mer konstruktiva samarbeten och avtalsrelationer mellan regioner och privata utförare.

Konsekvenser för vårdutbudet

Våra förslag ställer krav på privata aktörer som enbart erbjuder vård genom distanskontakt att ha avtal i samtliga regioner där man vill erbjuda sina distanstjänster – det vill säga precis samma förhållande som gäller för övrig hälso- och sjukvård. Eftersom nuvarande ordning inte ställt detta krav på just de utförare som endast erbjuder vård genom distanskontakt så finns en risk att vissa av dem inte bedömer sig ha förutsättningar att ingå sådana avtal med alla regioner. De skulle till exempel kunna välja att begränsa sin verksamhet till regioner med större befolkning. I det läget finns en viss risk att det totala utbudet av digital vård skulle minska. Ett förändrat utbud av olika aktörer behöver dock inte vara problematiskt så länge den vård som invånarna har behov av finns att tillgå. Utredningens förslag sätter också ljuset på att regionerna ska erbjuda vård genom distanskontakt när det är lämpligt ur ett medicinskt perspektiv. Ansvaret vilar på regionerna, som huvudmän, att säkerställa att det finns ett vårderbjudande – såväl fysiskt som digitalt – som motsvarar befolkningens behov. Ett sätt att möta behoven skulle även för regionernas del kunna vara att samordna, ”poola”, sina resurser på liknande sätt som de nationellt verksamma digitala vårdgivarna. Det skulle kunna göras såväl inom en region eller sjukvårdsregion som nationellt. En stor del av de personer som använder den digitala utomlänsvården har sökt hjälp för behov relaterade till psykisk ohälsa. Det är ett område som många gånger lämpar sig väl för vård genom distanskontakt och ett område där även huvudmännen själva i högre utsträckning skulle kunna samordna sina resurser för att erbjuda bättre tillgänglighet till psykologisk behandling och mer personcentrerad vård.

Övriga konsekvenser för regionerna

Förslaget i avsnitt 14.8.4 om att erbjuda möjlighet till vård genom distanskontakt avser personer som omfattas av regionens ansvar att erbjuda vård enligt 8 kap. 1–2 §§ HSL. I 8 kap. 2 § HSL regleras att regionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt

1. den som, utan att vara bosatt här, har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt vad som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen, och
2. den som avses i 5 kap. 7 § första stycket socialförsäkringsbalken och som omfattas av förordningen.

Personer som omfattas av denna bestämmelse har inte alltid ett svenskt personnummer. Det gör att personerna i dagsläget i praktiken ofta saknar möjligheter till inloggning genom elektroniska identifikationstjänster, såsom Bank ID. För att dessa personer ska ha möjlighet att få tillgång till vård genom distanskontakter krävs i nuläget lösningar som inte förutsätter inloggning med svenskt personnummer, utan tillåter inloggning exempelvis med reservnummer. Detta kan potentiellt utgöra en utmaning för regionerna.

Utredningen bedömer att detta kommer att tas om hand genom det pågående arbetet med EU:s digitala identitetsplånbok (EU Digital Identity Wallet (EUDIW). Arbetet är ett steg i EU:s arbete för att göra digitala tjänster enklare, säkrare och mer tillgängliga över landsgränserna. Med EU:s digitala identitetsplånbok ska individer och företag kunna använda digitala tjänster oavsett var de befinner sig inom EU. Varje medlemsland utvecklar sin egen plånbok, men alla bygger på samma tekniska och juridiska standarder för att tjänsterna ska fungera sömlöst över landsgränserna. En digital identitetsplånbok kan exempelvis innehålla körkort och personuppgifter som kan användas för att identifiera sig digitalt. Plånboken ska kunna användas såväl i personens hemland som i ett annat europeiskt land. Arbetet med den digitala identitetsplånboken är omfattande och delas upp i flera steg. I december 2026 ska en första version av den svenska statliga digitala identitetsplånboken finnas på plats. Någon gång 2028–

2029 förväntas den digitala identitetsplånboken vara fullt redo att möta de europeiska kraven.[169]

14.9.4 Konsekvenser för staten

Förslagen i avsnitt 14.8.4 och 14.8.5 medför inga direkta konsekvenser för staten.

I avsnitt 14.8.1, 14.8.2 och 14.8.6 lämnar vi bedömningar med innebörden att regeringen bör ta olika initiativ vidare. Om regeringen väljer att gå vidare med dessa kommer de att medföra vissa kostnader.

I avsnitt 14.8.1 föreslås att regeringen ska ge Socialstyrelsen i uppdrag att i samverkan med regionerna inrätta en funktion för nationella principer för ersättningar och avgifter inom hälso- och sjukvården. Etableringen och driften av den funktionen kan förväntas medföra vissa kostnader. Vi uppskattar att ett kansli kommer behöva bemannas av 2–3 personer, och utöver det knyta olika kompetenser till sig, utifrån behoven i de olika uppgifter man tar sig an. Vi uppskattar att kostnaden kommer uppgå till 10 miljoner kronor det första året. I samband med ett uppdrag att inrätta funktionen bör myndigheten få i uppgift att analysera omfattningen av det fortsatta behovet av finansiering.

I avsnitt 14.8.2 gör vi bedömningen att regeringen bör tillsätta en utredning om hur kostnader för hjälpmedel kan införlivas i högkostnadsskyddet för den öppna vården. En sådan utredning kan uppskattningsvis behöva 1,5–2 år på sig och vi uppskattar kostnaden till cirka 4 miljoner kronor per år.

I avsnitt 14.8.6. lämnar vi flera bedömningar avseende uppdrag som regeringen bör ge olika myndigheter.

Ett uppdrag till Socialstyrelsen att ta fram stöd för hur digital vård och annan vård via distanskontakt ska kodas och beskrivas bedöms kunna genomföras under två år och till en kostnad om 4,5 miljoner kronor per år.

Ett uppdrag till Vård- och omsorgsanalys att följa och årligen rapportera om regionernas utbud av vård genom distanskontakt och användandet av dessa tjänster, bedöms ligga inom ramen för vad myndigheten redan kan förväntas göra utifrån sitt instruktions-

[169] Myndigheten för digital förvaltning (Digg), ”Digital identitetsplånbok”, hämtad 2026-04-08.

enliga uppdrag och kostnaderna bör kunna hanteras inom ramen för myndighetens förvaltningsanslag.

Ett återkommande uppdrag till Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) att sammanställa kunskapsöversikter för när det lämpar sig med hälso- och sjukvård via distanskontakt bedöms vid respektive tillfälle kunna genomföras under ett år och till en kostnad om 2 miljoner kronor.

14.9.5 Konsekvenser för företag och idéburen verksamhet som är vårdgivare

En väsentlig del av offentligt finansierad hälso- och sjukvård utförs av privata utförare

I dag utförs en väsentlig andel av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården av privata utförare. En majoritet av dessa är företag. År 2023 utfördes 19 procent av den totala hälso- och sjukvården av privata utförare. Inom hälso- och sjukvårdssektorn fanns det 2023 drygt 29 000 privata verksamheter. Andelen köp från privata företag och stiftelser skiljer sig dock mycket mellan olika län.[170] År 2023 fanns det drygt 1 200 vårdcentraler i Sverige. Andelen vårdcentraler som drivs i privat regi har ökat från 26 procent år 2007 till 46 procent år 2023. Även här är dock variationen stor över landet. Stockholm har störst andel, där drivs drygt 71 procent av alla vårdcentraler i privat regi. I Västerbotten och Örebro är det i stället drygt var tionde vårdcentral som drivs privat.[171]

När det gäller företag som erbjuder offentligt finansierad digital utomlänsvård så finns det ingen fullständig sammanställning av dessa. Merparten av denna vård bedrivs dock av aktörer som har underleverantörsavtal i Region Sörmland och deras uppgifter och statistik är därmed det som SKR och andra berörda aktörer brukar använda sig av. Våren 2026 finns det i Region Sörmland 12 olika företag som verkar som digitala underleverantörer till sju olika vårdcentraler. De fördelar sig så här:[172]

[170] SCB, ”Privata företag utförde 18 procent av verksamheten inom vård, skola och omsorg 2023”, hämtad 2026-03-31.
[171] Ekonomifakta, ”Vårdcentraler i privat regi”, hämtad 2026-03-31.
[172] Skriftlig kommunikation med Region Sörmland, april 2026. I början av april verkade utöver detta Doktera som underleverantör till Vårdcentralen Norra Eskilstuna men tillståndet drogs tillbaka i slutet av april.

- Vårdcentralen Doktor.se Vingåker
  - Doktor.se Onlinemottagning
  - Doktor24
- Vårdcentralen Snabbdoktor Eskilstuna
  - Din Psykolog
  - Eatit
  - Knodd
- Vårdcentralen Centrum Flen
  - DrVikt
  - EsterCare
- Vårdcentralen Min Doktor vårdcentral Nyköping
  - MinDoktor.se
- Vårdcentralen Frösjön Gnesta
  - Joint Academy
  - Mindler
- Vårdcentralen Smeden Eskilstuna
  - ReceptOnline
- Vårdcentralen Kry Nyköping
  - Kry.

Som framgår av uppställningen så är det aktörer med olika slags erbjudanden. Vissa har ett bredare digitalt primärvårdsutbud medan andra specialiserar sig på enskilda delar av primärvårdsuppdraget. På senare tid har till exempel flera aktörer tillkommit som riktar in sig på att erbjuda tjänster för viktminskning.

Förutsättningar för fortsatt utveckling och sund konkurrens

Som vi sett i avsnitt 14.6.2 bedömer Konkurrensverket att nuvarande system innebär att det inte råder konkurrens på lika villkor mellan vårdcentralerna i vårdvalssystemen och de privata digitala vårdgivarna som verkar med utomlänsersättning. En vårdcentral som erbjuder digitala vårdtjänster till sina listade patienter får nämligen lägre ersättning än den ersättning som betalas om samma patient besöker en privat digital vårdtjänst med utomlänsersättning. Denna snedvridning i konkurrensen finns även mellan de privata företag som erbjuder offentligt finansierade digitala tjänster men valt att inte använda utomlänstaxan och de privata företag som valt att verka helt eller delvis med hjälp av ersättningen för digital utomlänsvård.

Genom våra förslag försvinner nuvarande parallella system för digital utomlänsvård och därmed även den snedvridna konkurrensen som det gav upphov till. Med våra förslag ges bättre förutsättningar för en likvärdig konkurrens, som bidrar till infriande av de övergripande målsättningarna i HSL.

Det kommer även framöver finnas utrymme för och behov av tekniska lösningar för distanskontakter utvecklade av privata aktörer och regionerna själva. Privata aktörer kommer även fortsättningsvis kunna verka som leverantörer till regionerna, eller underleverantörer till upphandlade leverantörer. Villkoren för dessa avtal kommer liksom i dag att bestämmas av regionerna, i deras roll som huvudmän och beställare av hälso- och sjukvård. Vårt nuvarande system med regionalt huvudmannaskap kan här sägas innebära en fördel ur konkurrenssynpunkt eftersom det ger upphov till flera olika upphandlingar inom samma eller närliggande områden, och därmed möjligheter för flera olika privata aktörer att konkurrera om sådana kontrakt. Privata aktörer som vill erbjuda vård som enbart ges genom distanskontakt kommer dock att behöva upprätta fler avtal än i dag om man vill erbjuda sina tjänster till hela eller stora delar av landet. Detta motsvarar den situation som gäller övrig offentligt finansierad hälso- och sjukvård, och är en effekt av att regionerna är huvudmän för hälso- och sjukvården. Om man inte vill jobba gentemot den offentligt finansierade hälso- och sjukvården finns precis som i dag alternativet att erbjuda privatfinansierad vård.

Att kunna jobba i större skala är vanligtvis en fördel i utvecklingen av olika digitala lösningar. Liksom i dag kommer troligen

vissa regioner kunna utveckla sina lösningar själv, eller i samarbete med andra regioner, medan andra kan förväntas behöva ta hjälp av privata aktörer eller arbeta i offentlig-privat samverkan. Ett sätt att underlätta för huvudmännen att kunna upphandla ändamålsenliga digitala lösningar skulle kunna vara tillskapandet av en samverkanshubb. En sådan hubb skulle kunna samla privata aktörer med lösningar som man vill erbjuda den offentligt finansierade vården. Ett kriterium för att kunna delta skulle vara att de aktuella produkterna och/eller tjänsterna uppfyller vissa fördefinierade grundläggande krav. Det skulle till exempel kunna handla om att produkterna lever upp till relevanta tekniska krav och standarder, såsom kommande krav enligt regelverket om det europeiska hälsodataområdet (EHDS), eller hur aktörerna ska säkerställa att offentligt finansierad vård och privat finansierad vård hålls åtskild när en aktör erbjuder bägge delarna. Utredningen bedömer att en sådan lösning med fördel skulle kunna undersökas vidare inom ramen för en eventuell överenskommelse mellan SKR och Vårdföretagarna om digital vård.[173]

Förslagen öppnar potentiellt nya möjligheter för digitala vårdgivare inom den specialiserade vården

Befintligt system med fri digital etablering på primärvårdsnivå, och den tillhörande bristen på kostnadskontroll för huvudmännen, bedöms ha medfört en motvillighet hos huvudmännen att öppna för en utveckling mot nationellt verksamma digitala vårdgivare inom specialiserad vård. En verksamhet som öppnar för helt digitala vårdkontakter måste nämligen från start ta höjd för att ta emot vårdsökande från hela landet, vilket är en ansträngning både för vårdgivare och för den region som då får till uppgift att administrera och följa upp den nationella digitala verksamheten. Som Ds 2023:27 också förde fram kan det därför antas att befintligt regelverk kring utomlänsvård i viss mån motverkar eller hämmar utvecklingen av nya digitala vårdtjänster inom den specialiserade öppna vården.

Utredningen bedömer att våra förslag kommer bidra till att öppna nya möjligheter för digitala vårdgivare inom den specialiserade vården. Förtydligande av att regionen ska erbjuda möjlighet till vård genom distanskontakt när sådan är lämplig ur ett medicinskt

[173] SKR, ”Reviderade ersättningar för digital utomlänsvård”, hämtad 2026-03-31.

perspektiv sätter ljuset på regionens ansvar att tillhandahålla distanslösningar, som digital vård. Ändringarna som innebär att privata aktörer behöver ha ett avtal som leverantör eller underleverantör till en region för att kunna erbjuda digital vård till patienter just där, innebär att regionernas rädsla för att potentiellt tappa (kostnads)kontrollen om de inkluderar digital vård även i upphandlingar i den specialiserade vården, inte längre är relevant. Detta bör skapa bättre förutsättningar för regionerna och digitala vårdgivare att kunna samverka konstruktivt, såväl inom primärvård som inom specialiserad vård. På så vis kan regioner och privata utförare gemensamt bidra till en utveckling som ger nytta både för patienter och för vårt gemensamt finansierade hälso- och sjukvårdsystem.

14.9.6 Konsekvenser för kommuner

Våra förslag bedöms inte ha några direkta effekter för den hälso- och sjukvård som bedrivs av kommunerna. Den kommunala verksamheten kan påverkas positivt om de föreslagna förändringarna medför att patienter som också har kommunal hälso- och sjukvård eller kommunal omsorg får en bättre sammanhängande digifysisk regional hälso- och sjukvård.

14.9.7 Övriga konsekvenser

Förslagen bedöms inte ha några direkta effekter på jämställdheten eller den offentliga servicen i glesbygder. Förslagen bedöms inte heller ha några konsekvenser för EU-rätten, sysselsättningen, de integrationspolitiska målen, miljön och klimatet, brottsligheten eller det brottsförebyggande arbetet.

14.9.8 Alternativa lösningar som övervägts

Ett separat vårdvalssystem för digitala primärvårdstjänster

Från olika aktörer, inte minst flera av de vårdgivare som i dag verkar med finansiering genom den digitala utomlänstaxan, uttalas ofta en efterfrågan på någon typ av nationellt ersättningskontrakt till vilket

en privat vårdgivare kan ansluta och sedan erbjuda sina digitala tjänster till hela landet. Detta alternativ kan ses som en utveckling av den befintliga situationen med digital utomlänsvård, vilken de facto fungerar som ett parallellt system med nationellt upptagningsområde.

Eftersom regionerna fortsatt är huvudmän för den aktuella hälso- och sjukvården så skulle den lösning som ligger närmast till hands vara utvecklingen av ett eller flera vårdvalssystem[174] som enbart omfattar digitala tjänster. Sådana skulle kunna utformas nationellt eller lokalt. Såväl betänkandet SOU 2019:42 som Ds 2023:27 för resonemang kring alternativet att etablera någon typ av separat vårdvalssystem för digitala primärvårdstjänster. Liksom dem har vi övervägt detta alternativ men på motsvarande grund som dem har även vi avfärdat detta alternativ.

Vår slutsats grundar sig på två huvudsakliga argument. Det handlar dels om att inte skapa en än mer fragmentiserad primärvård, med samma eller större brister i samordning och integrering som i dag. Det handlar också om att respektera den ansvarsfördelning som råder och som nyligen varit föremål för översyn. Dessutom hanterar en sådan lösning inte den digitala vård som skulle kunna ges inom den specialiserade vården.

Om någon typ av separat vårdvalssystem skulle skapas för en digital primärvård uppstår gränsdragningsproblematik. Vilka tjänster ska inkluderas i ett sådant vårdvalsystem och ska dessa i så fall inte längre ingå i den reguljära primärvårdens uppdrag? Risken finns för så kallad ”cream skimming” eller med ett svenskt uttryck att man plockat russinen ur kakan. Det vill säga att det skapas ett vårdvalssystem för de mest lönsamma, enkla eller minst resurskrävande patienterna medan den reguljära primärvården står kvar med patienter med större behov och större medföljande kostnader. Sett till de utförare som i dag utför digital utomlänsvård så är de också väldigt olika varandra. Vissa har både ett brett fysiskt och digitalt utbud, som täcker stora eller hela delar av primärvården, medan andra har ett erbjudande inom en specifik del av primärvårdsuppdraget, kopplat till exempelvis psykisk ohälsa eller problem med levnadsvanor och övervikt. Att utforma *ett* nationellt uppdrag som är ändamålsenligt i förhållande till dessa olika tjänster är lika orimligt som i det nuvarande systemet. Att utforma *flera olika* nationella system skulle inne-

[174] Utgående från Lag (2008:962) om valfrihetssystem.

bära ett betydande administrativt arbete för regionerna och det skulle dessutom bidra till att ytterligare fragmentisera vården.

Sådana lösningar skulle även medföra utmaningar vad gäller utformningen av styrningsmodeller för att ersätta detta på ett lämpligt sätt, utan att resurser oavsiktligt omfördelas i systemet. Det skulle även innebära utmaningar vad gäller utbildning av olika professioner. Givet att det inte finns någon etablerad och välfungerande lösning för överföring av relevant medicinsk information mellan vårdgivare i olika regioner (och ibland inte heller inom samma region) så kvarstår även problemen med att skapa sammanhållna och integrerade vårdkedjor för patienterna. Den utveckling som redan pågår mot ett mer digifysiskt arbetssätt i primärvården talar emot att införa särskilda uppdrag och ersättningsregler för nationellt verksamma digitala vårdgivare. En fortsatt integrering av digitala vårdtjänster och digitala vårdgivare i den ordinarie primärvården är att föredra.

Sedan Ds 2023:27 upprättades så har dessutom Vårdansvarskommittén avslutat sitt arbete och landat i att inte rekommendera ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. Det innebär att regionerna inom överskådlig framtid är huvudmän för merparten av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården, inklusive den vård som i dag bedrivs som digital utomlänsvård. I ansvaret som huvudmän ligger att planera och erbjuda vården utifrån befolkningens behov. Det är därmed deras uppgift att planera, finansiera och organisera den hälso- och sjukvård de ansvarar för på ett sätt så att de lever upp till de bestämmelser som finns i HSL. Givet den befintliga ansvarsfördelningen i svensk hälso- och sjukvård är det inte lämpligt att låta villkoren för digitala vårdtjänster fastställas av någon annan än regionerna.

Det bör också noteras att även om regionerna skulle gå samman och bestämma sig för att skapa ett nationellt valfrihetssystem för digitala tjänster så kvarstår, givet nuvarande tolkning av patientlagen, möjligheten för vårdgivare att etablera sig i en region och därifrån erbjuda tjänster nationellt. Allt annat lika skulle detta alternativ alltså skapa en situation där nuvarande problem med digital utomlänsvård kvarstår men det etableras utöver det ytterligare ett eller flera parallella system.

Utomlänsvård genom distanskontakt ska föregås av en behovs- och lämplighetsbedömning

I Ds 2023:27 föreslogs att utomlänsvård genom distanskontakt skulle föregås av en adekvat behovs- och lämplighetsbedömning. Patientens hemregion skulle enbart vara skyldig att ersätta kostnaden för distanskontakter som erbjudits av en annan region om distanskontakten hade föregåtts av en sådan bedömning, enligt grunder som beslutas av den region som erbjuder vården.

Remissvaren i denna del var blandade, och flera centrala instanser hade invändningar. De som helt eller delvis motsatte sig förslaget gjorde det bland annat utifrån en ståndpunkt att alla vårdgivare redan i dag omfattas av motsvarande krav på behovsbedömning i HSL. Det anfördes också att förslaget var otydligt utformat. Vissa läste in att det skulle tvinga patienter att ta en försvårande omväg via en annan vårdgivare innan man kunde få digital vård, vilket man motsatte sig. Remissinsatserna framförde även att systemet med en behovs- och lämplighetsbedömning skulle vara ineffektivt och resurskrävande. Det fanns också kritik mot att förslaget ställde upp ett indirekt krav på behovs- och lämplighetsbedömning för alla utförare – digitala som fysiska och oavsett om de drivs i regionens eller privat regi – i en bestämmelse som syftade till att reglera ersättningen mellan regioner för utförd vård. Vissa aktörer avstyrkte inte förslaget per se men framhöll att kriterierna för bedömning behövde vara enhetliga över hela landet för att främja kontinuitet och jämlikhet.

Vår utredning bedömer att detta förslag inte kommer åt grundproblematiken med den vård som ges i form av digital utomlänsvård. Det lämnar fortsatt utrymme för aktörer att erbjuda en omfattande mängd digital vård utan att ha en direkt avtalsrelation med den region där patienten hör hemma. Den vården kommer fortsatt ersättas via den ersättningsmodell och nivå som bestäms i riksavtalet för digital utomlänsvård. Som vi sett skiljer den modellen sig avsevärt från övrig primärvård. Det blir med andra ord fortfarande en snedvriden konkurrenssituation och regionerna har fortsatt inte kostnadskontroll. Däremot skapas bättre grund för att undvika situationer, som de nyligen uppdagade, där digitala vårdgivare i stor omfattning fakturerat för besök som ej bedöms vara kvalificerad vård. Även med denna lösning kvarstår problemen med att skapa sammanhållna och inte-

grerade vårdkedjor för patienterna. Vi ser alltså inte heller att detta alternativ svarar mot det syfte som är uttalat i vårt direktiv.

Skarpare krav för underleverantörer till utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård

Regionerna är upphandlande myndigheter och omfattas därför av det offentliga upphandlingsregelverket när de köper hälso- och sjukvårdstjänster från privata vårdgivare. Regelverket vilar ytterst på EU-rätten. Att använda sig av LOU är huvudregeln när regioner upphandlar hälso- och sjukvård. LOV, är ett alternativ till LOU, inte ett komplement. Regioner kan, men måste inte, tillämpa LOV. Undantaget är den regionala primärvården, där det är obligatoriskt för regionerna att göra detta.[175]

Det upphandlingsrättsliga regelverket ger som utgångspunkt möjlighet för en leverantör som tilldelats ett vårdkontrakt eller godkänts i ett LOV-system att anlita underleverantörer, om inte annat följer av lag, villkor eller kontrakt. Det främsta syftet med att leverantörer får använda sig av underleverantörer i offentlig upphandling är att öka förutsättningarna för en god konkurrens. Även mindre företag ska ha möjlighet att delta i offentliga upphandlingar. Den upphandlande regionen får ställa villkor för hur underleverantörer används.

I teorin är det därmed tänkbart att regionerna skulle kunna ställa skarpare krav på hur underleverantörer får användas för att uppfylla det åtagande som huvudleverantören åtagit sig. På så sätt skulle de kunna återta mer kontroll över styrningen av den digitala utomlänsvården. För att en sådan styrning ska få genomslag på nationell nivå krävs dock att regionerna samordnar sig kring hur villkor för underleverantörer ska formuleras – annars kan aktörer alltid etablera sig i annan region med mer tillåtande villkor. Så har inte skett.

Från utredningens dialoger med huvudmännen uppfattar vi att regionerna upplever att regelverket delvis är oklart vad gäller hur mycket utrymme de som upphandlande myndigheter har att begränsa antal underleverantörer och utforma de krav som kan ställas på underleverantörer. Denna otydlighet försvårar användningen av det handlingsutrymme som potentiellt finns.

[175] 7 kap. 3 § HSL.

För att åtgärda detta ser vi att det skulle behövas tydligare reglering eller vägledning för huvudmännen gällande hur det upphandlingsrättsliga regelverket kan användas och förstås. Givet att det rör sig om lagstiftning som vilar på omfattande EU-rätt, och berör fler områden än bara hälso- och sjukvård, så har vi inte bedömt att vi inom vårt uppdrag har möjlighet att överväga och föreslå ändringar i denna lagstiftning.

Reglering av hur patienter ska få tillgång till offentligt finansierad digital vård

I arbetet med förslagen som rör den digitala utomlänsvården har vi utgått från syftet att patienter ska få vård i rätt tid utifrån behov, att den vården ska ges på rätt vårdnivå och att det ska säkerställas att vårdens resurser används så effektivt som möjligt. För att uppnå detta har vi bedömt att huvudmännen behöver ha en större möjlighet till styrning och kontroll över den vård som i dag ges som digital utomlänsvård.

En följd av de förslag vi lämnar är att en utförare som vill erbjuda vård som är helt baserad på distanskontakter kommer behöva ha ett avtal som leverantör, eller underleverantör, i de regioner där utföraren vill erbjuda sådan vård. På så vis får regionerna förutsättningar för direkt styrning och kontroll även av den digitala vården.

Forskning visar att kontinuitet i hälso- och sjukvården hänger samman med bättre överlevnad, färre sjukhusinläggningar, ökad patienttillfredsställelse och mer effektiv resursanvändning. Effekterna är särskilt tydliga i primärvård och för patienter med stora och långvariga vårdbehov.

I utformningen av våra förslag har vi därför övervägt om det för att fullt ut uppnå en behovsstyrd och kostnadseffektiv vård behövs en reglering som ännu starkare än våra förslag knyter den offentligt finansierade digitala vården till den eller de enheter där en patient är listad eller har andra långvariga kontakter. Det skulle till exempel kunna regleras så att alla distanskontakter på primärvårdsnivå ska ske vid den vårdcentral där patienten är listad. Inget val av utförare som erbjuder (offentligt finansierad) primärvård genom distanskontakt skulle vara möjligt, varken inom eller utom den egna regionen. För den specialiserade vården skulle en reglering i så fall på motsvarande sätt begränsa möjligheten att välja utförare av vård som ges på distans

till sådana som är kopplade till en fysisk eller digifysisk vårdenhet där patienten har pågående kontakter.

En sådan reglering skulle dock omöjliggöra distanskontakter vid andra primärvårdsenheter än vårdcentraler (såsom BVC, MVC eller separata rehabiliteringsmottagningar) och även motverka utvecklingen av primärvårdsnivån som helhet. Vi bedömer att en sådan reglering också skulle göra ett obefogat stort ingrepp i patienternas valfrihet.

Nollalternativet

Det så kallade ”nollalternativet”, att inte vidta några åtgärder utan låta nuvarande system kvarstå, bedömer vi inte ha förutsättningar att uppnå syftet att patienter ska få vård i rätt tid utifrån behov och den vården ska ges på rätt vårdnivå och det ska säkerställas att vårdens resurser används så effektivt som möjligt.

I teorin har regionerna vissa verktyg som man i högre grad än i dag skulle kunna använda, och samordna, för att ändra incitamentsstrukturer och styra mot en mer sammanhållen digifysisk hälso- och sjukvård. Det handlar exempelvis om att huvudmän har möjlighet att ställa krav på de utförare man har avtal med vad gäller dels vilka kontaktvägar som ska tillhandahållas, dels hur underleverantörer används. Regionerna skulle också tillsammans kunna enas om vissa krav – krav som sedan behöver uttryckas i samtliga förfrågningsunderlag – som gör att incitamenten att systematiskt använda sig av ersättningen för digital utomlänsvård mildras eller elimineras. I likhet med den bedömning som gjordes i SOU 2019:42 konstaterar vi att regionerna har förhållit sig relativt passiva i denna fråga, bortsett från åtgärderna att succesivt sänka ersättningsnivåerna för digital utomlänsvård. I april 2026 beslutade SKR:s styrelse om nya rekommendationer för ersättning av digital utomlänsvård i primärvården. I de uppdaterade rekommendationerna förtydligas att en digital vårdkontakt endast är ersättningsberättigad om den utgör kvalificerad sjukvård. Rekommendationerna tydliggör ett antal situationer där ersättning inte ska utgå. Det gäller bland annat digitala kontakter som enbart omfattar administrativa åtgärder, råd om egenvård eller hänvisning vidare utan att någon medicinsk bedömning görs. Detta är ett välkommet steg, men det löser inte i grunden problemen med det parallella system som uppstått för den digitala utomlänsvården,

och de snedvridande incitament som det medför när det gäller behovsstyrd och kostnadseffektiv vård på systemnivå.

Vi konstaterar att det framstår som osannolikt att den nuvarande problematiken kommer att lösas enbart genom fortsatt frivillig samverkan mellan regionerna.

Vi gör därför bedömningen att för att uppnå syftet med vårt uppdrag krävs förändringar i den lagstiftning som givit förutsättningar för dagens parallella system, och som omöjliggör styrning och kontroll av de aktörer som tillhandahåller digital utomlänsvård.

15 Ikraftträdande

15.1 Utredningens förslag till författningsändringar

15.1.1 Ikraftträdande

Majoriteten av förslagen till ändringar i lag och förordning föreslås träda i kraft den 1 juli 2028. Det behövs inte några övergångsbestämmelser.

Undantagen är förslaget om en definition av termen distanskontakt, respektive om vård som ges genom distanskontakt, som föreslås träda i kraft den 1 januari 2028. Detta gäller även förslaget om att patienten ska få välja utförare av offentligt finansierad sluten vård.

Författningsändringarna bör träda i kraft så snart som möjligt. Samtidigt är det viktigt att regionerna får tid på sig att ställa om till en vårdgaranti med kortare tidsgränser. Vi bedömer att det är rimligt att regionerna får tid för detta under 2027 och första delen av 2028. Författningsändringarna som rör vårdgarantin föreslås därför träda i kraft den 1 juli 2028.

Regionernas behov av omställning gäller inte i lika hög utsträckning för samtliga förslag. Förtydligande om fast vårdkontakt i patientlagen (kontinuitet) ställer exempelvis inte samma krav på förändringar i organisationen. För att utredningens förslag ska fungera som en helhet föreslår vi ändå samma datum för ikraftträdande, den 1 juli 2028. Undantagen, som har ett annat datum föreslaget för ikraftträdande, rör förslagen om vård som ges genom distanskontakt (se kapitel 14) och förslaget om att patienten ska få välja utförare av offentligt finansierad sluten vård (se kapitel 9). I dessa fall finns inte samma behov av tid för omställning. Nuvarande system för digital utomlänsvård snedvrider konkurrensen och riskerar att patienters behov av vård

inte blir styrande. Förslagen som ska åtgärda detta bör därför träda i kraft snarast möjligt. Vi föreslår att de ska träda i kraft den 1 januari 2028.

16 Författningskommentar

16.1 Förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)

7 kap.

23 b §

Om Inspektionen för vård och omsorg finner att den informationsgaranti som följer av 9 kap. 1 § första stycket 4 och 5 hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) eller den informationsskyldighet som följer av 3 kap. 1 och 2 §§ patientlagen (2014:821) inte fullgörs, får inspektionen förelägga vårdgivaren eller regionen i egenskap av huvudman att avhjälpa bristen.

Paragrafen, som är ny, reglerar Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) möjlighet att rikta förelägganden för att avhjälpa brister i informationsgarantin i den nya vårdgarantin och den informationsskyldighet som följer av patientlagen (2014:821). Överväganden finns i avsnitt 11.2.

Av bestämmelsen framgår att IVO får meddela de förelägganden som behövs för efterlevnaden av reglerna om informationsgaranti i 9 kap. 1 § första stycket 4 och 5 hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL och 2 kap. 3 § 4 och 5 patientlagen. Tidsfristerna för informationsgarantin regleras i 6 kap. 1 a § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF. Vidare får IVO meddela de förelägganden som behövs för efterlevnaden av reglerna om informationsskyldighet i 3 kap. 1 och 2 §§ patientlagen. Bestämmelsen innebär att det knyts en särskild föreläggandemöjlighet till reglerna om information till patienter.

Enligt bestämmelsen kan ett föreläggande riktas både mot en vårdgivare och mot en region i egenskap av huvudman. Detta innebär att IVO kan välja adressat beroende på vilken nivå som bristerna i information finns. Även om regionen agerar både som vårdgivare

och huvudman finns det aspekter av kraven på information till patienter där huvudmannen har ett större ansvar och där IVO bör kunna rikta förelägganden mot regionen i den egenskapen. Det kan exempelvis handla om att huvudmannen har ett ansvar att se till att vårdgivare har en möjlighet att ge information till patienter på ett lämpligt sätt i enlighet med 3 kap. patientlagen. Vidare kan det handla om att huvudmannen har ett ansvar att se till att det finns rutiner som är lika mellan vårdgivare och som möjliggör informationsdelning mellan vårdgivare exempelvis gällande remisser.

Ett föreläggande får kombineras med vite, se 7 kap. 25 § patientsäkerhetslagen.

Ett föreläggande och en eventuell kombination med vite bör bara användas när det behövs för att åstadkomma rättelse. IVO behöver därför göra en bedömning av i vilka fall ett föreläggande med vite behövs. En sådan bedömning kan till exempel ta sin utgångspunkt i vad som framkommit om bristerna och om vårdgivaren eller huvudmannen visat vilja och förmåga att vidta rättelse. I 25 § anges hur ett föreläggande ska vara utformat. I övrigt gäller lagen (1985:206) om viten.

Beslut om föreläggande enligt förslaget ska kunna överklagas, se kommentaren till 10 kap. 13 § patientsäkerhetslagen nedan.

25 §

Ett föreläggande enligt *23 b eller* 24 § ska innehålla uppgifter om

1. de åtgärder som Inspektionen för vård och omsorg anser nödvändiga för att missförhållandena eller bristen ska kunna avhjälpas, och
2. när åtgärderna senast ska vara utförda.

Beslutet om föreläggande får förenas med vite.

Paragrafen ändras på så sätt att en hänvisning till den nya 23 b § läggs till i bestämmelsen. Se kommentaren till den bestämmelsen ovan. Överväganden finns i avsnitt 11.2.

10 kap.

13 §

Inspektionen för vård och omsorgs beslut får överklagas till allmän förvaltningsdomstol, om beslutet gäller

1. tillstånd att bedriva verksamhet enligt 2 kap. 4 § eller avgift för ansökan om sådant tillstånd enligt 2 kap. 9 §,
2. föreläggande enligt 7 kap. 20 § andra stycket att lämna upplysningar, handlingar eller annat material,
3. föreläggande enligt 7 kap. 23 a § att göra anmälan,
4. *föreläggande enligt 7 kap. 23 b § att avhjälpa brister i informationsgarantin eller informationsskyldigheten*,
5. föreläggande enligt 7 kap. 24 § att vidta rättelse,
6. förbud enligt 7 kap. 26, 27, 28 eller 28 b § att bedriva verksamhet,
7. återkallelse enligt 7 kap. 26 eller 27 § av tillstånd enligt 2 kap. 4 §, *eller*
8. förbud att utöva verksamhet enligt 8 § första stycket.

Andra beslut av Inspektionen för vård och omsorg enligt denna lag får inte överklagas.

Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

Första stycket i paragrafen ändras på så sätt att en ny *punkt 4* läggs till som innebär att föreläggande enligt 7 kap. 23 b § att avhjälpa brister i informationsgarantin eller informationsskyldigheten får överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Övriga ändringar är endast redaktionella.

Övervägandena finns i avsnitt 11.2.

16.2 Förslaget till lag om ändring i patientlagen (2014:821)

2 kap.

3 §

Enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska patienter erbjudas en vårdgaranti. Den *innebär* att den enskilde inom viss tid *ska få*,

1. kontakt med primärvården,
2. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården,
3. *remiss till den specialiserad vården granskad,*
4. *information om att en remiss till den specialiserad vården har mottagits,*
5. *information om när en medicinsk bedömning i den specialiserade vården ska ske,*

6. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom den specialiserade vården, och
7. planerad vård.

Paragrafen hänvisar till och redovisar innehållet i 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, om att regionerna ska erbjuda patienter en vårdgaranti. Överväganden finns i avsnitt 7.2.

Punkterna 3–6 är nya. Se författningskommentarerna till 9 kap. 1 § HSL och den mer utförliga kommentaren till 6 kap. 1 a § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) som båda är giltiga även för denna bestämmelse.

Andra meningen ändras språkligt. Någon ändring i sak är inte avsedd.

4 §

När regionen bedömer att garantin enligt 3 § *6* eller *7* inte *kommer att kunna uppfyllas,* ska *regionen se till att* patienten *får* vård hos en annan vårdgivare. *Det ska ske inom garantins gränser och* utan extra kostnad för patienten.

Paragrafen ändras för att motsvara ändringarna som gjorts i 9 kap. 2 § HSL, se kommentaren till den bestämmelsen. Överväganden finns i avsnitt 7.3.

6 kap.

2 §

En fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Vid valet av fast vårdkontakt ska hänsyn tas till patientens behov samt till patientens önskemål om vem som ska utses.

För en patient som får kommunal hälso- och sjukvård i ett sådant boende eller en sådan bostad som anges i 12 kap. 1 eller 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska kommunen utse en fast vårdkontakt om patienten begär det eller om det inte är uppenbart obehövligt.

Paragrafen reglerar patienters rätt till en fast vårdkontakt. Överväganden finns i avsnitt 12.5.

I paragrafen införs ett nytt *andra stycke* som innebär att hänsyn ska tas till patientens behov och önskemål om vem som ska utses till fast vårdkontakt. Detta tillägg innebär att verksamhetschefen, enligt 4 kap. 2 a § HSL, vid valet av fast vårdkontakt ska ta hänsyn till patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet och till patientens önskemål om vem som ska vara den fasta vårdkontakten. Det kan exempelvis handla om att en patient har behov av att den fasta vårdkontakten har en viss profession eller att patienten har särskilda önskemål om att den fasta vårdkontakten till exempel ska vara en legitimerad läkare. Det kan även handla om att patienten har önskemål om att en viss person ska eller inte ska utses till fast vårdkontakt. Tillägget innebär inte att verksamhetschefen är bunden av patientens önskemål utan enbart att hänsyn ska tas till önskemålet.

9 kap.

1 §

En patient som omfattas av en regions ansvar för hälso- och sjukvård ska inom eller utom denna region få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen *eller sluten* vård. *Patienten får dock utom regionen inte välja utförare som endast erbjuder vård genom distanskontakt.*

Den region som ansvarar för en patients hälso- och sjukvård får även ställa krav på att patientens slutna vård i en annan region ska godkännas innan den svarar för kostnaderna.

Bestämmelser om val av utförare inom primärvården genom listning finns i 7 kap. 3 a och 3 b §§ hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

I paragrafen regleras bland annat patientens möjlighet att välja utförare. Övervägandena finns i avsnitt 9.4 gällande förändringarna om sluten vård och 14.8.5 gällande distanskontakt. Vad gäller distanskontakt regleras detta även i 8 kap. 3 § HSL. Termen distanskontakt i denna paragraf avses följa den definition som finns i 2 kap. 7 a § HSL.

I *första stycket* finns en allmän bestämmelse om patientens möjlighet att välja utförare inom offentligt finansierad vård. Bestämmelsen ändras på så sätt att patientens val av utförare inte längre är begränsad till att gälla öppen vård. Valmöjligheten gäller även sluten vård, se dock andra stycket.

Om patienten söker vård i andra regioner än hemregionen finns det en begränsning av valet av utförare. Patienten har inte längre möjlighet att välja utförare som endast erbjuder vård genom distanskon-

takt i någon annan region än hemregionen. En utförare som även erbjuder fysisk vård men där patienten inte har någon faktisk möjlighet att ta del av vården, exempelvis på grund av för stort avstånd till vårdgivaren, räknas också som en utförare som *endast erbjuder vård genom distanskontakt.*

Valmöjligheten vid utomlänsvård begränsas därmed till utförare som har ett fysiskt eller digifysiskt utbud av hälso- och sjukvård. Den föreslagna bestämmelsen innebär att om en person exempelvis är bosatt i Region Skåne kommer han eller hon inte kunna söka vård hos en utförare som är leverantör eller underleverantör i Region Sörmland, om denna endast erbjuder vård genom distanskontakt. En sådan utförare kommer enbart kunna erbjuda sina tjänster till dem som är bosatta i den egna regionen, det vill säga den region som utförarens avtal är kopplat till.

Om det i stället är så att personen som är bosatt i Region Skåne väljer att till exempel lista sig på en närliggande vårdcentral i Region Halland, vilken har ett digifysiskt erbjudande, så kommer personen kunna ta del av såväl de fysiska tjänster som de distanstjänster som utföraren erbjuder inom ramen för sitt uppdrag. Bestämmelsen begränsar inte möjligheten för patienter att använda distanskontakter för att kontakta en vårdenhet där man har pågående fysiska eller digifysiska vårdkontakter, eller söker kontakt för att få ta del av ett fysiskt eller digifysiskt vårdutbud. Det finns inte heller fortsättningsvis något som hindrar en patient från att besöka en vårdcentral i en annan region än hemregionen, som erbjuder fysisk och digital vård.

I *andra stycket*, som är nytt, begränsas möjligheten att välja utförare inom den offentligt finansierade slutna vården på så sätt att patientens hemregion har möjlighet att godkänna eller inte godkänna om en patient ska få sluten vård i en annan region och om hemregionen därmed står för kostnaderna för vården. Det är upp till hemregionen att besluta om hur ett sådant godkännande ska regleras internt. En motsvarande bestämmelse införs i 8 kap. 3 § HSL.

16.3 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

2 kap.

7 a §

Med distanskontakt avses i denna lag en patients kontakt med hälso- och sjukvården där hälso- och sjukvårdspersonalen och patienten är rumsligt åtskilda och de använder informations- och kommunikationsteknologi för att kommunicera med varandra.

Paragrafen, som är ny, innehåller en definition av termen distanskontakt. Överväganden finns i avsnitt 14.8.4.

Termen distanskontakt föreslås ingå i flera bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen, HSL, se 8 kap. 2 b och 3 §§ HSL. Termen distanskontakt gäller för såväl öppen som sluten vård. Av definitionen framgår att det handlar om en kontakt där hälso- och sjukvårdspersonal och patient är rumsligt åtskilda. Det handlar med andra ord om en kontakt mellan hälso- och sjukvårdspersonal, som den är definierad i 1 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659), och patient. Definitionen omfattar därmed inte en potentiell situation där en teknisk lösning, till exempel en AI, har en direktkontakt med patient.

Det sista ledet i definitionen förtydligar att det krävs något mer än enbart rumslig åtskillnad mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen för att det ska utgöra en distanskontakt. Kontakten ska ske genom någon form av informations- och kommunikationsteknologi. En patient kan exempelvis ha distanskontakt med hälso- och sjukvården genom telefoni, men det kan också handla om att använda sig av olika typer av appar i exempelvis en surfplatta. Över tid kan ytterligare former av informations- och kommunikationsteknologi utvecklas och omfattas av definitionen.

Såväl distanskontakter som sker i realtid (synkront) som med fördröjning (asynkront) omfattas av definitionen. Om kontakten sker synkront (till exempel ett videomöte eller telefonsamtal) eller asynkront (till exempel en asynkron chatt) är inte avgörande för om den utgör en distanskontakt.

Definitionen är inte begränsad till att endast avse situationer när vård ges till en patient, utan gäller alla kontakter mellan patienter och hälso- och sjukvårdspersonal. Definitionen omfattar således även exempelvis kontakter för att boka in ett möte eller en kontakt

genom vilken information inhämtas inför ett kommande möte eller vårdtillfälle.

7 kap.

2 §

Regionen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård.

Regionen ska planera och organisera sin verksamhet så att den främjar en god tillgänglighet.

Regionen ska vid planeringen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare.

Paragrafen innehåller bestämmelser om regionens ansvar att planera hälso- och sjukvården. Överväganden finns i avsnitt 7.3.1.

I paragrafen läggs ett nytt *andra stycke* till, där regionens ansvar att planera och organisera sin verksamhet så att den främjar god tillgänglighet framgår. Genom denna bestämmelse tydliggörs att detta är ett av regionens centrala ansvarsområden. Begreppet tillgänglighet ska ges samma betydelse som det har i dag. Det kan innebära tillgänglighet till exempelvis rådgivning, tidsbokning, bedömning och behandling men även handla om geografisk tillgänglighet, öppettider, jourtjänstgöring, kötider, tillgång till information eller en vård som anpassats till patientens förutsättningar (jfr prop. 2019/20:164 s. 13 och prop. 1981/82:97 s. 57 och 117). Också genom digitala och andra tekniska lösningar kan hälso- och sjukvården uppfylla kravet på närhet och lättillgänglighet för patienten (prop. 2017/18:83 s. 23 och prop. 2019/20:164 s. 79).

Det är regionen som avgör vilken eller vilka åtgärder som är lämpliga för att planera och organisera sin verksamhet så att regionen främjar en god tillgänglighet. Exempel på sådana åtgärder kan vara inrättande av vårdlotsar och vårdgarantikanslier.

8 kap.

2 b §

Regionen ska erbjuda den som omfattas av 1 eller 2 § möjlighet till vård genom distanskontakt när sådan är lämplig ur ett medicinskt perspektiv. Patienten får avstå sådant erbjudande och ska då få vård på annat sätt.

I paragrafen, som är ny, regleras regionens skyldighet att erbjuda vård genom distanskontakt. Överväganden finns i avsnitt 14.8.4.

Regionen ska *erbjuda* möjlighet till vård genom distanskontakt. Det avser att betona att det är just en möjlighet som erbjuds. Valet att anta erbjudandet eller inte ligger hos patienten. Om han eller hon önskar ett fysiskt besök så ska det erbjudas patienten, även om det som föranleder kontakten ur ett medicinskt perspektiv skulle kunna hanteras via en distanskontakt.

Med uttrycket ”annat sätt” avses som utgångspunkt en kontakt i form av ett fysiskt möte. En patient ska inte kunna nekas vård om han eller hon väljer att avstå från ett erbjudande om distanskontakt. Regionen är ytterst ansvarig för att erbjuda hälso- och sjukvård, och i det fallet blir regionen skyldig att tillhandahålla en fysisk kontakt.

Den föreslagna bestämmelsen avgränsar de situationer där regionerna ska erbjuda vård genom distanskontakter till vård som ur ett medicinskt perspektiv är lämplig att ge på distans. Det vill säga situationer där vetenskap och beprövad erfarenhet visat att en distanskontakt för det aktuella behovet är både säker och likvärdig en fysisk kontakt, ur ett medicinskt perspektiv. Distanskontakten behöver även kunna ske på ett sätt som är säkert ur såväl ett tekniskt som ett integritetsperspektiv.

Regionen behöver regelbundet fastställa vilka typer av vårdbehov som omfattas och därefter säkerställa att det finns tekniska och kunskapsmässiga förutsättningar hos de vårdgivare som utför regionalt finansierad hälso- och sjukvård att erbjuda sådan vård genom distanskontakt. Krav på detta behöver exempelvis reflekteras i regionernas förfrågningsunderlag för vård som upphandlas. De enskilda vårdgivarna behöver leva upp till detta i förhållande till patienterna. Vården som kan erbjudas avser öppen vård och i den mån det är tillämpligt även sluten vård.

Regionens ansvar att erbjuda möjlighet till vård genom distanskontakt omfattar de grupper som regionen ansvarar för enligt 8 kap.

1 och 2 §§ HSL. Ansvaret omfattar exempelvis inte dem som regionen har ansvar för enligt 8 kap. 3 § HSL, det vill säga personer som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård.

3 §

Regionen ska erbjuda öppen *och sluten* vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård. En sådan patient omfattas inte av regionens vårdgaranti enligt 9 kap. 1 §. I övrigt ska vården ges på samma villkor som de villkor som gäller för de egna invånarna. *Regionens skyldighet att erbjuda öppen och sluten vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar omfattar inte vård som endast ges genom distanskontakt.*

Om patienten omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård enligt 1 §, svarar den regionen för kostnaderna för vård som patienten ges med stöd av första stycket. Detta gäller dock inte om den regionen ställer krav på remiss för vården och dessa remissregler inte följs.

Den region som ansvarar för en patients hälso- och sjukvård får även ställa krav på att patientens slutna vård i en annan region ska godkännas innan den svarar för kostnaderna.

Paragrafen innehåller bestämmelser om en regions ansvar för att erbjuda vård. Övervägandena finns i avsnitt 9.4 gällande förändringarna av den slutna vården och i avsnitt 14.8.5 gällande distanskontakt. Gällande distanskontakt regleras patientens möjligheter att välja utförare i 9 kap. 1 § patientlagen.

Första stycket ändras genom att begreppet öppen vård kompletteras med begreppet sluten vård. Begreppet sluten vård definieras i 2 kap. 4 § HSL och avser vård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning. Ändringen gällande sluten vård i första stycket innebär att regionens ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård åt utomlänspatienter nu även omfattar sluten vård med den begränsning som framgår av tredje stycket.

Regionens ansvar att erbjuda vård till patienter som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård begränsas så att det inte omfattar vård som endast ges genom distanskontakt. Termen distanskontakt definieras i 2 kap. 7 a § HSL och avser en patients kontakt med hälso- och sjukvården där hälso- och sjukvårdspersonalen och patienten är rumsligt åtskilda och de använder informations- och kommunikationsteknologi för att kommunicera med varandra. Regionens ansvar att erbjuda vård som ges fysiskt eller digifysiskt omfattas fortsatt av bestämmelsen. Med vård som *endast*

ges genom distanskontakt likställs i detta sammanhang även vård hos vårdgivare som erbjuder såväl fysisk vård som vård genom distanskontakt men där patienten inte har någon faktisk möjlighet att ta del av den fysiska vården, exempelvis på grund av för stort avstånd till vårdgivaren.

Distanskontakt omfattar även sluten vård. Även om det i dagsläget är svårt att hitta exempel där sluten vård endast ges genom distanskontakt kan en sådan utveckling inte uteslutas.

För att kunna erbjuda vård som endast ges genom distanskontakt till patienter i en viss region behöver en privat utförare ha ett avtal som leverantör, eller underleverantör till just den regionen. Möjligheten för en enskild privat utförare att erbjuda offentligt finansierad digital vård till invånare i hela Sverige baserat på ett avtal i en enskild region försvinner därmed.

I *tredje stycket*, som är nytt, regleras att den region som ansvarar för en patients hälso- och sjukvård (hemregionen) får ställa krav på att sluten vård i en annan region ska godkännas av hemregionen innan den svarar för kostnaderna. Det är upp till hemregionen att besluta om hur ett sådant godkännande ska regleras internt.

9 kap.

1 §

Regionen ska erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av regionens ansvar enligt 8 kap. 1 eller 2 §. Vårdgarantin *innebär* att den enskilde inom viss tid *ska få*

1. kontakt med primärvården,
2. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården,
3. *remiss till den* specialiserade vården *granskad*,
4. *information om att en remiss till den specialiserade vård har mottagits*,
5. *information om när en medicinsk bedömning i den specialiserade vården ska ske*,
6. *en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom den specialiserade vården, och*
7. planerad vård

Hos en sådan utförare som avses i 7 kap. 3 a § första stycket gäller vårdgarantin enligt första stycket 1 och 2 endast om den enskilde är listad hos utföraren.

Paragrafen innehåller bestämmelser om vårdgarantin. Överväganden finns i avsnitt 7.2.

Ändringarna i *första stycket* innebär att punkt 3 om besöksgarantin inom den specialiserade vården ersätts av de nya punkterna 3–6. Det närmare innehållet i vårdgarantin regleras i förordning i enlighet med bemyndigandebestämmelsen i 9 kap. 4 § HSL. Punkterna 3–6 behandlas mer utförligt nedan i kommentaren till 6 kap. 1 a § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF. Övriga ändringar i stycket är endast språkliga och redaktionella. Någon ändring i sak är inte avsedd.

2 §

När regionen *bedömer att* garantin enligt 1 § *6 eller 7 inte kommer att uppfyllas*, ska regionen se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare *inom garantins gränser och* utan extra kostnad för patienten.

Paragrafen reglerar konsekvensen av att en region inte klarar att uppfylla delar av vårdgarantin. Överväganden finns i avsnitt 7.3.

I dag gäller att om regionen inte uppfyller vårdgarantin i fråga om besök eller planerad vård inom den specialiserade vården ska regionen se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten. Bestämmelsen är en form av sanktion mot den region som inte uppfyller sitt vårdgarantiåtagande, se prop. 2009/10:67 s. 52.

Paragrafen ändras på så sätt att det förtydligas att regionen ska se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare *när* den bedömer att garantin inte kommer att uppfyllas. Denna nya lydelse innebär en skärpning av kraven på regionens agerande och innebär att den tidpunkt då regionens skyldighet att agera inträder så snart vårdgarantin inte bedöms kunna uppfyllas.

Paragrafen ändras vidare genom att det förtydligas att regionens agerande ska ske inom garantins gränser. Detta innebär att den bedömning eller den planerade vård som patienten erbjuds av en annan vårdgivare ska äga rum inom vårdgarantins tidsramar. Även fortsättningsvis gäller att patientens bedömning eller planerade vård ska ske utan att patienten får någon extra kostnad. Om regionens erbjudande exempelvis kräver att patienten reser till en annan region, ska kostnaderna för detta bäras av den region som inte uppfyllt garantin.

Eftersom bestämmelsen endast hänvisar till bedömningsgarantin och till garantin om planerad vård omfattas inte tidskraven för granskning av remiss eller om att informera om remiss i 9 kap. 1 § 3, 4 och 5 HSL. Övriga ändringar är endast redaktionella.

16.4 Förslaget till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)

6 kap.

1 §

Vårdgarantin enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) *innebär, inom verksamhet som utgör primärvård, att den enskilde ska få*

1. kontakt med primärvården samma dag som den enskilde söker kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti), *och*
2. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården inom tre dagar från det att den enskilde har sökt kontakt med primärvården, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver få en medicinsk bedömning och en sådan inte kan göras när den enskilde först söker kontakt (bedömningsgaranti inom primärvården).

Paragrafen innehåller bestämmelser om vårdgarantin. Överväganden finns i avsnitt 7.2.

Paragrafen ändras på så sätt att den enbart reglerar vårdgarantin för primärvården. Vårdgarantin för den specialiserade vården flyttas till en egen bestämmelse, 6 kap. 1 a § HSF.

Första meningen ändras språkligt. Någon ändring i sak är inte avsedd.

1 a §

Vårdgarantin enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) innebär, inom verksamhet som utgör specialiserad vård, att

1. den vårdgivare som mottar en remiss inom tre arbetsdagar granskar remissen,

2. den vårdgivare som mottar en remiss informerar patienten, inom tre arbetsdagar, om att remissen har mottagits (informationsgaranti),

3. patienten får information om när han eller hon ska få en medicinsk bedömning inom tio arbetsdagar från det att remissen har mottagits (informationsgaranti),

4. patienten får en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom 30 dagar från det att remissen har mottagits i den specialiserade vården (bedömningsgaranti inom den specialiserade vården), och

5. patienten får planerad vård inom 60 dagar från det att vårdgivaren har beslutat att patienten ska få den aktuella vården. (garanti för planerad vård). Vad gäller verksamhet som utgör barn- och ungdomspsykiatri ska planerad vård ges inom 30 dagar

Om någon remiss inte är nödvändig räknas tiden enligt första stycket 1, 2, 3 och 4 från det att den enskilde har sökt kontakt med vårdgivaren.

Inom den tid som framgår av första stycket 4 ska de åtgärder vara utförda som läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömer behövs för att kunna göra en medicinsk bedömning. Inom den tid som framgår av första stycket 5 ska de åtgärder vara utförda som läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har beslutat om.

Om vårdgivaren, efter att patienten fått den planerade vården enligt första stycket 5, beslutar om att patienten ska få ytterligare vård ska den ges inom 60 dagar från beslutet. Vad gäller verksamhet som utgör barn- och ungdomspsykiatri ska sådan vård ges inom 30 dagar.

Planerad uppföljning omfattas inte av vårdgarantin.

Paragrafen, som är ny, reglerar de tidsperioder inom vilka vårdgarantin inom specialiserad vård enligt 9 kap. 1 § första stycket HSL ska vara uppfylld och garantins innehåll i övrigt.
Överväganden till bestämmelsen finns i avsnitt 7.2 vad gäller den allmänna specialiserade vården och i avsnitt 8.6 vad gäller barn- och ungdomspsykiatrin.

Beräkningen av antalet dagar som föreskrivs i bestämmelsen är avsedd att ske enligt lagen (1930:173) om beräkning av lagstadgad tid. För punkterna 1–3 avser tidsfristen arbetsdagar. För punkterna 4–5 avser tidsfristen kalenderdagar.

Punkt 1, innebär att tidsfrister för remisshanteringen inkluderas i vårdgarantin. Punkten anger att vårdgivaren i den specialiserade vården som mottar en remiss inom tre arbetsdagar ska granska remissen. Det handlar då om att vårdgivaren ska göra den första preliminära bedömningen och prioriteringen av patientens vårdbehov i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2004:11) om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m. Någon ändring i sak av vårdgivares remisshantering i förhållande till gällande rätt är inte avsedd, utan bestämmelsen anger endast att detta moment i remisshanteringen, själva tidsfristen, blir en del av vårdgarantin. Om en vårdgivare redan tillämpar remissrutiner som innebär att garantins tidsgränser

och krav upprätthålls, finns således inget krav på att dessa ändras. Om den remiss som mottas är ofullständig och felaktig på ett sådant sätt att den mottagande vårdgivaren inte kan bedöma den, ska bestämmelsens tredagarsfrist inte börja löpa. Detta gäller även om remissen är skickad av misstag eller till fel mottagning.

Punkt 2, hänger samman med punkt 1 och innebär att den vårdgivare som granskat remissen ska informera patienten om att remissen har mottagits. Detta ska ske inom tre arbetsdagar. Om en remiss avvisas och inte ska tas vidare i den specialiserade vården ska patienten få information om det inom samma tidsgränser som i de fall när remissen tas vidare.

Hur vårdgivaren ska informera patienten regleras inte men vårdgivaren ska följa gällande regelverk i patientlagens tredje kapitel. Det innebär att vårdgivaren bland annat ska försäkra sig om att informationen anpassas till patientens individuella förutsättningar och att den ges skriftligen om patienten begär det, se 3 kap. 7 § PL.

Punkt 3, anger att vårdgivaren i den specialiserade vården inom tio arbetsdagar ska informera patienten om när han eller hon ska få sin medicinska bedömning. Detta utgör tillsammans med regleringen att ge patienten information om mottagen remiss inom tre arbetsdagar, en informationsgaranti. På samma sätt som under punkt 2 regleras inte hur vårdgivaren ska informera patienten. Vårdgivaren kan alltså uppfylla informationsgarantin på flera olika sätt, exempelvis genom att kontakta patienten per telefon eller genom ett skriftligt meddelande, digitalt genom 1177 eller fysiskt i brevlådan.

Punkt 4, innebär att dagens besöksgaranti ändras till en bedömningsgaranti och att tidsgränsen på nittio dagar kortas ned till en gräns på trettio dagar. Vad som avses med medicinsk bedömning utvecklas närmare i avsnitt 7.2.1. Uttryckets innebörd ska vara detsamma som inom primärvården och innebär en första bedömning av ett hälsotillstånd i syfte att ge patienten upplysningar om tillståndet samt om de behandlingsmetoder som står till buds, se prop. 1996/97:60 s. 40 f. och s. 44.

Inhämtande av information från patienten och i vissa fall även undersökningar, kan när det är lämpligt ske på distans genom någon form av teknisk lösning. Bedömning av vårdbehovet kan på samma sätt förmedlas på distans om det är lämpligt. I många fall kommer dock det fysiska besöket vara den form av kontakt som patienten

föredrar. Det är viktigt att kontakterna med patienten i större utsträckning sker utifrån patientens behov.

Den medicinska bedömningen ska utföras av läkare eller av annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, precis som i primärvården. Det avgörande är att bedömningen görs av någon med kompetens att bedöma patientens tillstånd och behov av hälso- och sjukvård. Det är den aktuella vårdgivaren som avgör vilken yrkeskategori som bör göra den medicinska bedömningen – avgörandet måste i första hand bero på patientens aktuella behov. Dessutom måste ansvarig vårdgivare ta hänsyn till vilken kompetens som finns tillgänglig och hur arbetssätten är utformade i den aktuella verksamheten.

En medicinsk bedömning kan föregås av någon form av undersökning eller provtagning. Den medicinska bedömningen kan resultera i ett konstaterande om att patienten inte behöver ytterligare vårdinsatser, i ett beslut om att ytterligare undersökning behöver genomföras eller i ett beslut om behandling, till exempel i form av operation.

Om det behövs mer än ett besök för att göra den medicinska bedömningen gäller garantin på 30 dagar även då. Till skillnad mot dagens besöksgaranti ingår därmed både undersökningar och återbesök i garantins tidsgräns.

Punkt 5, som handlar om tiden för planerad vård, motsvarar nuvarande 1 § 4 men ändras på så sätt att tidsgränsen kortas från 90 till 60 dagar samt att benämningen ”behandlingsgaranti” ändras till *garanti för planerad vård*. Med uttrycket planerad vård avses inte endast en åtgärd, som en operation, utan det kan handla om flera åtgärder som den ansvariga professionen beslutat om för den aktuella patienten. Planerad vård kan vara en operation, men kan också utgöras av en påbörjad fysioterapi, fördjupad psykiatrisk utredning eller ytterligare medicinsk undersökning. Om exempelvis en höftledsoperation är den beslutade åtgärden för patienten ska både eventuella undersökningar och själva operationen utföras inom 60 dagar från det att beslut fattats. Om en patient inte ska genomgå någon operation utan ska göra en skopi exempelvis, så gäller gränsen om 60 dagar för genomförd skopi. Undersökningar kan med andra ord ingå i garantin både som ett steg på väg mot operation och som slutåtgärd för patienten. Tidsfristen om 60 dagar börjar räknas när den medicinska bedömningen är avslutad och beslut har fattats om fortsatt planerad vård.

Vad gäller verksamhet som utgör barn- och ungdomspsykiatri införs en skarpare tidsgräns om trettio dagar. Inom denna trettio-

dagars gräns ska planerad vård, som fördjupad utredning och behandling, ske. Vad gäller uttrycket barn- och ungdomspsykiatri så har begreppet samma betydelse som inom hälso- och sjukvården i dag. Det som avses är således verksamhet med öppen vård som bas och med möjligheter till sluten vård för barn och ungdomar med de största utrednings- och vårdbehoven. För att bestämmelsen ska gälla krävs inte att barn- och ungdomspsykiatrin är organiserad på något särskilt sätt.

Återbesök ingår, vilket är en skillnad mot dagens behandlingsgaranti. Om ett återbesök skulle bli aktuellt efter att den planerade vården har avslutats bör det i stället omfattas av bestämmelsen om medicinsk bedömning och därför ske inom 30 dagar enligt punkt 4.

I *andra stycket* jämställs en remiss med att patienten tar kontakt med vården på egen hand enligt de remissregler som gäller i respektive region. Detta förfarande kan kallas egen vårdbegäran, egenremiss eller egenanmälan. Syftet med regleringen är att tydliggöra att det inte är nödvändigt att det skickas en remiss via vården, om inte regionen har ställt något sådant krav, för att vårdgarantin ska gälla.

I *tredje stycket* regleras att de åtgärder som läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömer behövs för att kunna göra en medicinsk bedömning ska vara utförda inom tidsgränsen 30 dagar. Det handlar om åtgärder som behöver utföras i den specialiserade vården för att nå fram till en sådan bedömning och som inte kan, eller utifrån till exempel standardiserade vårdförlopp eller lokala överenskommelser ska, utföras i primärvården. Det kan till exempel vara utredande åtgärder som undersökningar och provtagning. För att utföra dessa åtgärder kan patienten behöva ha kontakt med vården vid flera tillfällen.

Av tredje stycket framgår vidare att inom tidsgränsen 60 dagar ska de åtgärder vara utförda som den ansvariga professionen beslutat om för den aktuella patienten. Se ovan under punkt 5.

I *fjärde stycket* regleras att efter det att patienten fått planerad vård i enlighet med punkt 5 och det har beslutats om att ytterligare vård behövs, gäller samma tidsgränser som föreskrivs i punkt 5 på nytt. För barn- och ungdomspsykiatri gäller tidsgränsen 30 dagar och för övrig specialiserad vård gäller 60 dagar.

Av *femte stycket* framgår att planerad uppföljning inte omfattas av vårdgarantin. Planerade uppföljningar kan till exempel handla om att bedöma om en fraktur har läkt på rätt sätt efter ett visst antal

veckor eller regelbundna årliga uppföljningar vid kroniska diagnoser. Tidpunkterna för sådana besök styrs ofta av rekommendationer och nationella riktlinjer och vad som är en lämplig tidpunkt för planerad uppföljning skiljer sig tidsmässigt åt beroende på diagnos och patientens situation.

Med planerad uppföljning avses inte de återbesök till vården som kan ske inom ramen för att uppfylla vårdgarantin enligt punkterna 4 och 5.

Särskilt yttrande

Särskilt yttrande av Niklas Ekerstad, förordnad expert i utredningen, ordförande i Delegationen för medicinsk kvalitet, Svenska Läkaresällskapet (SLS)

SLS önskar här framföra ett särskilt yttrande över betänkandet (SOU 2026:38). Det innehåller sex punkter med tillhörande anknytning till betänkandets kapitel.

1. **Den föreslagna nya vårdgarantins status i förhållande till prioriteringsplattformen** (kap. 1, 3–8, 10, 13, 16)

SLS menar att en konstruktion med garanterad vård inom en viss tidsram med nödvändighet leder till konflikt med prioriteringsplattformen, och vi är därför i grunden tveksamma till vårdgaranti som lösning på problemet med vårdköer. Detta problem har dessutom tidigare lyfts och beskrivits av ett flertal aktörer, exempelvis Riksrevisionen. SLS anser att det i angivna kapitel samt aktuell författning måste framgå att normsystemet för prioriteringar (prioriteringsplattformen) är överordnat normsystemet för vårdgarantier, i händelse av konflikt dem emellan.

2. **Beskrivningen av risken för undanträngningseffekter** (kap. 4–8, 13)

Undanträngningseffekter innebär att patienter med mindre medicinska vårdbehov i praktiken får företräde framför patienter med större vårdbehov genom att behov som ingår i vårdgarantier och engångssatsningar tränger undan behov som inte ingår. Vårdgarantin utgår enbart från enskilda diagnoser, och beaktar inte svårighetsgrad och samsjuklighet. Den stora merparten av alla vårdbehov

berörs inte av vårdgarantier, och flera aktörer har tidigare beskrivit undanträngningseffekter i svensk sjukvård.

SLS anser att risken för undanträngningseffekter sannolikt kommer att öka om den nya vårdgarantin genomförs. Detta mot bakgrund av att: a) tidsgränserna för bedömnings- respektive behandlingsgaranti görs snävare, och b) fler utredningssteg kan förutses krävas inom ramen för bedömningsgarantin.

SLS anser även att uteblivna eller försenade planerade uppföljningar i form av återbesök riskerar att leda till att försämringar inte upptäcks med åtföljande konsekvenser för patientsäkerhet.

3. **Praktiska konsekvenser för patientflöden mellan olika vårdgivare** (kap. 7, 10, 13)

Givet den föreslagna nya vårdgarantins utformning, kan förutses ett ökande tryck på vården. Ett betydligt större antal patienter än i dag kommer att hänvisas till privata och offentliga vårdgivare i andra regioner.

SLS anser att risken för ökad administrativ börda, försämrad kontinuitet samt patientsäkerhet behöver belysas mer ingående än i betänkandet. Detta i synnerhet som exempelvis Riksrevisionen konstaterat att vårdgarantier hittills inte varit långsiktigt effektiva för att korta väntetider.

4. **Valfrihet beträffande val av vårdgivare inom sluten vård** (kap. 1, 9, 13, 16)

Det är centralt att val av vårdgivare sker inom ramen för den ordinarie prioriteringsordningen och att vården sker enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Det finns indikationer på att införande av normsystem för valfrihet inom vården menligt kan inverka på möjligheterna att följa prioriteringsplattformen. Exempelvis kan grupper med nedsatt autonomi eller socioekonomisk utsatthet missgynnas.

SLS anser att det behöver klarläggas hur risken för ökad ojämlikhet och avsteg från plattformen samt hälso- och sjukvårdslagens (HSL) portalparagraf rörande vårdbehov, kan reduceras vid genomförande av en ny vårdgaranti.

SLS anser även att det behöver beskrivas mer ingående hur de planeringsmässiga problem som kan förutses (på grund av akuta patientflöden, vårdplatsbrist och behov av specifik specialistkompetens) i relation till möjligheten att välja utförare inom sluten vård skulle kunna bemästras.

5. **Allmänna synpunkter på effektivitet, kapacitet och beslutsfattande inom hälso- och sjukvården** (kap. 3)

SLS anser att det ur effektivitets- och kapacitetssynvinkel krävs en markant förbättrad läkarbemanning inom primärvården, ökat antal sjukhusvårdplatser, samt en kraftfull satsning på kompetensförsörjning anpassad efter faktiska förutsedda vårdbehov. Det är först efter det att dessa förutsättningar är uppfyllda, som statliga satsningar såsom vårdgarantier har möjlighet att få långsiktigt genomslag.

SLS anser även att det på klinisk beslutsnivå alltid kommer att krävas individuella bedömningar på basen av vetenskap och beprövad erfarenhet, samt tillämpning av genomtänkta etiska principer.

6. **Den använda begreppsapparaten i betänkandet** (kap. 4–8, 13)

Det är centralt att en enhetlig nomenklatur, med tillhörande tydliga definitioner av nyckelbegrepp, tillämpas. I annat fall kan oklarheter och missuppfattningar uppstå.

SLS anser att exempelvis begreppen ”vårdbehov”, ”efterfrågan” och ”patientnytta” behöver definieras tydligare i utredningstexten, lämpligen med hänvisning till referensen Vårdens svåra val (SOU 1995:5).

Referenser

Lagar, förordningar, föreskrifter och EU-direktiv

Regeringsformen (1974:152).

Lag (1985:206) om viten.

Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning.

Lag (1993:1652) om ersättning för fysioterapi.

Patientdatalag (2008:355).

Lag (2001:99) om den officiella statistiken.

Lag (2008:962) om valfrihetssystem.

Offentlighets- och sekretesslag (2009:400).

Lag (2010:243) om ändring i hälso- och sjukvårdslagen.

Patientsäkerhetslag (2010:659).

Skollag (2010:800).

Patientrörlighetsdirektivet (2011/24/EU). Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU av den 9 mars 2011 om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård.

Lag (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom EES.

Patientlag (2014:821).

Lag (2016:1145) om offentlig upphandling.

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30).

Kommunallag (2017:725).

Lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.

Socialtjänstlag (2025:400).

Kommittéförordning (1998:1474).

Förordning (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen.

Förordning (2004:881) om kommunalekonomisk utjämning.

Förordning (2010:349) om vårdgaranti.

Förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

Förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst och LSS-verksamhet.

Förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80).

Förordning (2018:1129) om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

Förordning (2024:183) om konsekvensutredningar.

Förordning (2024:1252) om statsbidrag till regioner för stärkt tillgänglighet och ökad vårdkapacitet inom den specialiserade hälso- och sjukvården.

Förordning (2024:1253) om statsbidrag till kommuner och regioner för utveckling av en god och nära vård.

Förordning (2025:312) om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

Förordning (2025:661) om ändring i förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2004:11) om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:7) om livsuppehållande behandling.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2017:74) om begränsningar av förordnande och utlämning av vissa läkemedel.

Departementsserien

Ds 2023:27, *Effektiv och behovsbaserad digital vård.*

Statens offentliga utredningar

SOU 1989:39, *Hjälpmedelsverksamhetens utveckling – kartläggning och bedömning*.

SOU 1995:35, *Avgifter inom handikappområdet*.

SOU 2004:68, *Sammanhållen hemvård*.

S 2007:07, *Patientens rätt i vården*.

SOU 2007:10, *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*.

SOU 2008:127, *Patientens rätt. Några förslag för att stärka patientens ställning*.

SOU 2009:11, *En nationell cancerstrategi för framtiden*.

SOU 2013:2, *Patientlag – Delbetänkande av Patientmaktsutredningen*.

SOU 2016:2, *Effektiv vård*.

SOU 2017:43, *På lika villkor! Delaktighet, jämlikhet och effektivitet i hjälpmedelsförsörjningen*.

SOU 2017:53, *God och nära vård – delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård*.

SOU 2017:56, *Jakten på den perfekta ersättningsmodellen – Vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme?*

SOU 2018:39, *God och nära vård – En primärvårdsreform*.

SOU 2019:29, *God och nära vård – Vård i samverkan.*

SOU 2019:42, *Digifysiskt vårdval.*

SOU 2020:19, *God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.*

SOU 2021:6, *God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa.*

SOU 2021:34, *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga*.

SOU 2021:59, *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan*.

SOU 2021:80, *Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll*.

SOU 2022:22, *Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram*.

S 2024:A, *Rättsliga förutsättningar för en nationell vårdförmedling*, 2025.

S 2024:05, *Förslag på statliga engångsinsatser för att korta väntetider i vården.*

SOU 2024:43, *Staten och kommunsektorn – samverkan, självstyrelse, styrning.*

SOU 2024:50, *Nätt och jämnt – Likvärdighet och effektivitet i kommunsektorn, del 1.*

SOU 2024:57, *Ett nytt regelverk för hälsodataregister.*

SOU 2025:44, *Förbättrat stöd i skolan – Delbetänkande av Utredningen om en förbättrad elevhälsa.*

SOU 2025:62, *Ansvaret för hälso- och sjukvården.*

SOU 2025:96, *Fler möjligheter till ökat välstånd.*

SOU 2025:113, *En förbättrad elevhälsa – Slutbetänkande av Utredningen om en förbättrad elevhälsa.*

Kommittédirektiv

Dir. 2007:90, *Patientens rätt i vården.*

Dir. 2017:24, *Samordnad utveckling för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården.*

Dir. 2017:97, *Tilläggsdirektiv till Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01).*

Dir. 2018:90, *Tilläggsdirektiv till Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01).*

Dir. 2019:49, *Tilläggsdirektiv till utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01).*

Dir. 2020:81, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.*

Dir. 2021:107, *Tilläggsdirektiv till Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (S 2020:12).*

Dir. 2024:50, *Bättre styrning för en tillgänglig och jämlik hälso- och sjukvård med god kontinuitet.*

Dir. 2025:94, *Tilläggsdirektiv till utredningen Behovsstyrd vård (S2024:05).*

Dir. 2026:3, *Samordnare för att korta vårdköerna i hälso- och sjukvården.*

Riksdagstryck

Prop. 1981/82:97, *Om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*, bet. 1981/82: SoU51, rskr. 1981/82:381.

Prop. 1989/90:81, *Om ledningsansvaret inom den offentliga hälso- och sjukvården, m. m.*

Prop. 1990/91:14, *Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.*, bet. 1990/91:SoU9, rskr. 1990/91:97.

Prop. 1993/94:218, *Psykiskt stördas villkor*, bet. 1993/94:SoU28, rskr. 1993/94:396.

Prop. 1994/95:195, *Primärvård, privata vårdgivare m.m.*

Prop. 1996/97:60, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186.

Prop. 2003/04:105, *God ekonomisk hushållning i kommuner och landsting*, bet. 2004/05:FiU8, rskr. 2004/05:14.

Prop. 2004/05:1, *Budgetpropositionen för 2025, utgiftsområde 25*.

Prop. 2005/06:115, *Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre*.

Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*.

Prop. 2009/10:165, *Den nya skollagen – för kunskap, valfrihet och trygghet*.

Prop. 2009/10:210, *Patientsäkerhet och tillsyn*.

Prop. 2012/13:116 *En mer samlad myndighetsstruktur inom Folkhälsoområdet*.

Prop. 2013/14:106, *Patientlag*, bet. 2013/14SoU24, rskr. 2023/14:327.

Prop. 2016/17:43, *En ny hälso- och sjukvårdslag*.

Prop. 2017/18:40, *En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården*, bet. 2017/18SoU18, rskr. 2017/18:176.

Prop. 2017/18:83, *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti*, bet. 2017/18:SoU22, rskr. 2017/18:294.

Prop. 2019/20:164, *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, bet. 2020/21:SoU2, rskr. 2020/21:61.

Prop. 2021/22:1, *Budgetpropositionen för 2022*, bet. 2021/22:FiU1, rskr. 2021/22:46.

Prop. 2021/22:72, *Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en Primärvårdsreform*, bet. 2021/22:SoU22, rskr. 2021/22:225.

Prop. 2024/25:144, *Uppdaterat högkostnadsskydd för läkemedel*, bet. 2024/25:SoU27, rskr. 2024/25:222.

Prop. 2024/25:1, *Budgetpropositionen för 2025*.

Prop. 2025/26:1, *Budgetpropositionen för 2026*, bet. 2025/26:FiU1, rskr. 2025/26:64; bet. 2025/26:SoU1, rskr. 2025/26:114; bet. 2025/26:UbU1, rskr. 2025/26:124.

Prop. 2025/26:19, *Nästa steg för en god och nära vård*, bet. 2025/26: SoU23, rskr. 2025/26:157.

Regeringsbeslut

Regeringsbeslut, S2020/03320, *Ändring av uppdraget att utvärdera omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård*.

Regeringsbeslut, S2021/06332, *Uppdrag att utveckla förutsättningar för insamling av väntetidsdata*.

Regeringsbeslut, S2022/00456, *Uppdrag att fördela medel till regionerna för hantering av de uppdämda vårdbehoven*.

Regeringsbeslut, S2022/01373, *Uppdrag att stödja och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering samt lämna förslag på målvärden för antalet vårdplatser*.

Regeringsbeslut, S2022/01664, *Uppdrag att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet*.

Regeringsbeslut, S2022/01372, *Uppdrag att genomföra en förstudie om hur ett nationellt vårdsöksystem kan utvecklas, organiseras och förvaltas*.

Regeringsbeslut, S2023/00679, *Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser inom hälso- och sjukvården*.

Regeringsbeslut, S2023/00256, *Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning*.

Regeringsbeslut, S2023/01930, *Uppdrag att främja, stödja och följa upp omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård*.

Regeringsbeslut, S2023/02117, *Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för nationell vårdförmedling*.

Regeringsbeslut, S2023/02119, *Uppdrag att genomföra insatser som stödjer och stärker patienters möjlighet att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider*.

Regeringsbeslut, S2024/01007, *Uppdrag att följa förekomst av fast läkarkontakt i hela befolkningen*.

Regeringsbeslut, S2024/01058, *Uppdrag att bidra till att stärka samt följa upp tillgängligheten och vårdkapaciteten på regional och nationell nivå*.

Regeringsbeslut, S2024/02236, *Uppdrag att förbereda för att samla in väntetidsdata*.

Regeringsbeslut, S2025/00254, *Uppdrag till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att kartlägga och analysera risker och nyttor med viss vård*.

Regeringsbeslut, S2025/01282, *Uppdrag till Socialstyrelsen att följa upp överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om ökad tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatrin 2025–2026*.

Regeringsbeslut, S2025/00401, *Uppdrag till Socialstyrelsen att fördela, betala ut och följa upp medel för att korta vårdköerna*.

Regeringsbeslut, S2025/00657, *Uppdrag till Socialstyrelsen att genomföra fortsatta insatser för att utveckla arbetet med nationella utvecklingsteam*.

Regeringsbeslut, S2025/00940, *Uppdrag till Socialstyrelsen att förbereda för utökad insamling av uppgifter från hälso- och sjukvården*.

Regeringsbeslut, S2025/00971, *Uppdrag till Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten att utveckla och etablera arbetet med nationell vårdförmedling*.

Regeringsbeslut, S2025/01230, *Uppdrag till Socialstyrelsen att etablera och agera sammankallande part för en nationell cancer mission hubb*.

Regeringsbeslut, S2025/01233, *Uppdrag till Socialstyrelsen att fördela, betala ut och följa upp medel för att korta vårdköerna*.

Regeringsbeslut, S2025/01452, *Uppdrag till Inspektionen för vård och omsorg att stärka och utveckla tillsynen inom området psykisk hälsa och suicidprevention*.

Regeringsbeslut, S2025/01757, *Uppdrag till Socialstyrelsen att lämna förslag på ytterligare åtgärder för att korta vårdköerna*.

Regeringsbeslut, S2025/02147, *Regleringsbrev för budgetåret 2026 avseende Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*.

Regeringsbeslut, S2025/02147, *Regleringsbrev för budgetåret 2026 avseende Socialstyrelsen*.

Regeringsbeslut, S2026/00052, *Uppdrag till Socialstyrelsen att fördela, betala ut och följa upp medel för att korta vårdköerna.*

Regeringsbeslut, S2026/00092, *Uppdrag till Socialstyrelsen att fördela och betala ut medel för att stärka kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården*.

Regeringsbeslut, S2026/00201, *Ändring av uppdraget till Socialstyrelsen att följa upp överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om ökad tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatrin 2025–2026*.

Regeringsbeslut, S2026/00065, *Ökad överlevnad och bättre livskvalitet – nationell cancerstrategi 2.0*.

Regeringsbeslut, S2026/00384, *Uppdrag till Socialstyrelsen att genomföra förberedelser för nytt regelverk om hälsodataregister och utökad insamling*.

Regeringsbeslut, S2026/00948, *Uppdrag att stärka implementeringen av Socialstyrelsens stöd för utmönstring av vård som saknar patientnytta*.

Regeringsbeslut, S2026/00990, *Uppdrag att utveckla en nationell listningstjänst i primärvården.*

Överenskommelser

Regeringen och SKL, *Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa*, 2009.

Regeringen och SKL, *Kortare väntetider i cancervården. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2015*, 2015.

Regeringen och SKL, *En ny, uppdaterad kömiljard 2019. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting,* 2019.

Regeringen och SKR, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och* Landsting, 2019.

Regeringen och SKR, *Insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2021–2022. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner,* 2020.

Regeringen och SKR, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2020.

Regeringen och SKR, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021. Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2021.

Regeringen och SKR, *Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2022. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner,* 2021.

Regeringen och SKR, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2022.

Regeringen och SKR, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2023. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2023.

Regeringen och SKR, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2024. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner,* 2023.

Regeringen och SKR, *Strategiska insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2025*, 2025.

Regeringen och SKR, *Ökad tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatrin 2025–2026. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2025.

Regeringen och SKR, *Ökad tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatrin 2025–2026. Ändringsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2026.

Regeringen och SKR, *Strategiska insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2026. Tilläggsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2026.

Regeringen och SKR, *Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2026. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*, 2026.

Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna, *Utkast till sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna*, 2019.

Moderaterna, Liberalerna, Kristdemokraterna och Sverigedemokraterna, *Tidöavtalet: Överenskommelse för Sverige*, 2022.

Regeringsskrivelser

Skr. 2024/25:77, *Det handlar om livet – nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention.*

Domstolsavgöranden

Högsta förvaltningsdomstolens dom, HFD 2020 ref. 28.

Kammarrätten i Göteborgs dom den 2 december 2022 i mål nr 4502-22.

Förvaltningsrätten i Stockholms dom den 12 februari 2024 i mål nr 3487-23.

Myndighetsbeslut

Inspektionen för vård och omsorg, beslut 2025-06-09 dnr 3.5.1-27473/2023-6.

Inspektionen för vård och omsorg, beslut 2024-08-18 i ärende med dnr 3.1.1-05819/2025-9 avseende bråck.

Inspektionen för vård och omsorg, beslut 2024-02-26 i ärende med dnr 3.1.1-35834/2023-5 avseende urinblåsecancer.

Inspektionen för vård och omsorg beslut 2025-02-26 i ärende med dnr 3.1.1-36095/2024-3 avseende tarmundersökning.

Inspektionen för vård och omsorg beslut 2025-04-08 i ärende med dnr 3.1.1-04262/2025-5 avseende koloskopiundersökning.

Integritetsskyddsmyndigheten, beslut 2024-12-18, i ärende med dnr DI-2021-9333.

Litteratur, utredningar och publikationer

Anell, A., *Värden i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården*, rapport 2010:7, Regeringskansliet, 2010.

Anell, A., *Vården är värd en bättre styrning*, SNS Förlag: Stockholm, 2020.

Autism Sverige, *Hälso- och sjukvårdsrapport 2024*, 2024.

Barnombudsmannen. *Årsrapport 2024. Hur dåligt måste man må egentligen? Samhällets insatser för att främja barns psykiska hälsa*, 2024.

Dahlgren, G. och Whitehead, M., *Policies and strategies to promote social equity in health*, Institutet för framtidsstudier, 1991.

Deeny, S., Gardner, T., Al-Zaidy, S., Barker, I., Steventon, A., *Briefing: Reducing hospital admissions by improving continuity of care in general practice.* The Health Foundation, 2017.

Ekman, B. och Ellegård, LM., *Digitaliseringen av svensk vård och omsorg*, SNS Förlag: Stockholm, 2023.

Folkhälsomyndigheten, *Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige? Utvecklingen under perioden 1985–2014*, 2018.

Försäkringskassan, *Planerad vård utomlands*, 2017:4, 2017.

Haggerty J., Reid R., Freeman G., Starfield, B., Adair C., McKendry, R., *Continuity of Care: A Multidisciplinary Review*, BMJ, 2003.

Hanning, M. och Edhag, O., *Väntetider i vården – en utmaning*, Socialmedicinsk tidskrift 5-6 2006.

Inspektionen för vård- och omsorg, *Tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården*, Artikelnummer 2021-7, 2021.

Inspektionen för vård- och omsorg, *Iakttagelser i korthet. Långa väntetider inom barn- och ungdomspsykiatrin riskerar patientsäkerheten*, 2025.

Inspektionen för vård och omsorg, *Tillsyn av privat finansierad neuropsykiatrisk vård – Slutredovisning av regeringsuppdrag (S2025/00257)*, 2026.

Konkurrensverket, *Privata digitala vårdtjänsters påverkan på konkurrensförhållanden inom primärvården*, rapport 2022:3, 2022.

Lavin, R., *Viteslagstiftningen. En kommentar*, 2025-01-08, JUNO.

Lindgren, L., *Utvärderingsmonstret*, *Kvalitetsmätning och resultatstyrning i den offentliga sektorn*. Lund: Studentlitteratur, 2008.

Marmot, M. och Wilkinson, R., *Social determinants of health*, Oxford university press, 2005.

Meiqari, L., Al-Oudat, T., Essink, D., Scheele, F., Wright, P., *How have researchers defined and used the concept of 'continuity of care' for chronic conditions in the context of resource-constrained settings? A scoping review of existing literature and a proposed conceptual framework*, Health Res Policy Syst., 2019.

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor och Folkhälsomyndigheten, *Att inte bara överleva, utan att faktiskt också leva – En kartläggning om ungas psykiska hälsa*, Folkhälsomyndigheten, 2023.

Myndigheten för vårdanalys, *Låt den rätte komma in – Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden?*, rapport 2014:3, 2014.

Myndigheten för vårdanalys, *Varierande väntan på vård – Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin*, rapport 2015:5, 2015.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Lag utan genomslag. Utvärdering av patientlagen 2014–2017*, rapport 2017:2, 2017.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Löftesfri garanti? En uppföljning av den nationella vårdgarantin*, rapport 2017:6, 2017.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Vården ur patienternas perspektiv – 65 år och äldre – En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder,* PM 2017:2, 2017.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Vården ur befolkningens perspektiv 2020. En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*, rapport 2021:4, 2021.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Tre perspektiv på digitala vårdbesök – befolkningens, patienternas och vårdpersonalens uppfattningar*, rapport 2020:1, 2020.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *En lag som kräver omtag*, rapport 2021:10, 2021.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Besök via nätet.*

Resursutnyttjande och jämlikhet kopplat till digitala vårdbesök, rapport 2022:1, 2022.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Vården ur befolkningens perspektiv, 65 år och äldre International Health Policy Survey (IHP) 2021*, rapport 2022:2, 2022.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Kontinuitet och fast Läkarkontakt Kartläggning av måluppfyllelsen i överenskommelserna om en god och nära vård: 2023*, PM 2023:3, 2023.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Vården ur befolkningens perspektiv. International Health Policy Survey (IHP) 2023*, 2024.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Vården ur befolkningens perspektiv* PM 2024:3, 2024.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Fast läkarkontakt i primärvården 2024 – Behov och tillgång ur befolkningens perspektiv*, PM 2024:5, 2024.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Omtag för omställning Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: slutrapport,* rapport 2025:1, 2025.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Analysplan*, 2026.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *En fast punkt? Uppföljning av förekomsten av fast läkarkontakt i befolkningen: delrapport*, rapport 2026:2, 2026.

Nationella vårdkompetensrådet, *Förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning, Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning (S2023/00256)*, 2024.

Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, *En gemensam och sammanhållen kedja för kunskapsstyrning*, 2024.

Region Norrbotten, *Beställning Vårdval Primärvård 2026 Huvudbok*, Bilaga 1.

Region Skåne, *Förfrågningsunderlag och Avtal beslutade i Primärvårdsnämnden för Vårdcentral i Hälsoval Skåne Gällande år 2026,* 2025.

Region Stockholm, *Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Delegationsbeslut 2026-01-29, PVN 2025-0141*, 2026.

Region Sörmland, *Fördjupad uppföljning avseende digitala distanskontakter inom vårdval vårdcentral Kry Primärvård AB samt Doktor.se*, 2025.

Region Sörmland, *Regelbok för vårdval vårdcentral i Region Sörmland 2026*, 2025.

Region Värmland, *Krav- och kvalitetsbok Vårdval Värmland*, 2025.

Region Västmanland, *Regelbok Vårdval Vårdcentral 2026 – Vårduppdrag Västmanland*.

Region Jönköpings län, *Primärvård inom vårdval Region Jönköpings län Regelbok 2026*, version 1.0.

Region Örebro län, *Hälsoval Örebro län Krav- och kvalitetsbok – Förfrågningsunderlag med förutsättningar för att bedriva primärvård inom Region Örebro län,* 2025.

Region Östergötland, *Vårdval primärvård Regelbok för auktorisation 2026*.

Regionala cancercentrum i samverkan, *Styrdokument – Riktlinjer för framtagande av standardiserade vårdförlopp inom cancersjukvården*, version 2.0, 2020.

Regionala cancercentrum i samverkan, *Kortare väntetider i cancervården – status för inklusions- och ledtidsmål i SVF. En analys av SVF-data ur SKR:s väntetidsdatabas 2020–2021*, 2022.

Regionala cancercentrum i samverkan, *Cancer utan känd primärtumör (CUP)*, 2024-11-05.

Riksrevisionen, *Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet,* rapport 2017:3, 2017.

Riksrevisionen, *Regeringens underlag till riksdagen under pandemin – extra ändringsbudgetar 2020 och 2021*, rapport 2022:16, 2022.

Riksrevisionen, *I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer*, rapport 2023:12, 2023.

Saultz, JW., Annals of family medicine, *Defining and measuring interpersonal continuity of care*, 2003.

SBU, *Egenavgifter inom hälso- och sjukvården som styrmedel för nyttjande av vård*, 2018.

SBU, *Kontinuitet i vården – En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska och etiska aspekter*, 2021.

SBU, *Patientavgifter och vårdutnyttjande inom akutvård*, 2024.

Sirona, *Granskning av Blodtrycksdoktorn AB – Journalgranskning utförd av Sirona på uppdrag av Region Sörmland*, 2026.

Sirona, *Nationell kartläggning av digitala vårdbesök och övriga digitala tjänster inom primärvården. Slutrapport av Sirona till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*, 2026.

SKR, *Effekter av ersättningsmodeller i hälso- och sjukvården – en forskningsöversikt*, 2022.

SKR, *Ersättningsmodeller för nära vård,* 2023.

SKR, *Ersättningsmodeller för specialistvård*, 2022.

SKR, *Ersättningsmodeller i primärvården,* 2022.

SKR, *Första linjen för barns och ungas psykiska hälsa 21/22*, 2022.

SKR, *Psykiatrin i siffror. Barn- och ungdomspsykiatrin, kartläggning 2024*, 2025.

SKR, *Hälso- och sjukvårdsrapporten. Om läget och utvecklingen i den regionala sjukvården*, 2024.

SKR, *Primärvård i Sverige*, 2024.

SKR, *Pusselbitar och perspektiv – Första linjen och BUP:s erfarenheter av barn och ungas psykiska ohälsa*, 2025.

SKR, *Projekt hänvisning 2021*, 2022.

Socialdepartementet, *Uppdaterat högkostnadsskydd för läkemedel*, dnr S2024/02135, 2024.

Socialstyrelsen, *Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2009–2011*, artikelnummer 2012-5-16, 2012.

Socialstyrelsen, *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, chefer och personal*, 2015.

Socialstyrelsen, *Fast vårdkontakt – När, var hur?*, 2017-10-26.

Socialstyrelsen, *Patientströmmar över landstingsgränsen*, 2018.

Socialstyrelsen, *Kapaciteten i sjukvården – att hantera kritiska lägen*, artikelnummer 2018-12-1, 2018.

Socialstyrelsen, *Tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Februari 2018*, artikelnummer 2018-2-16, 2018.

Socialstyrelsen, *Nationellt utvecklingsteam inom den specialiserade psykiatriska vården*, artikelnummer 2025-3-9495, 2025.

Socialstyrelsen, *Inrapporterade depressioner och ångestsyndrom bland barn och unga vuxna – utvecklingen till och med 2018*, 2019.

Socialstyrelsen, *Kartläggning av första linjens verksamhet för barn och unga med psykisk ohälsa*, 2021.

Socialstyrelsen *Patientregistret – kan ge ledtrådar kring stroke och hjärtinfarkt*, 2022.

Socialstyrelsen, *Regeringsuppdrag om att utveckla förutsättningar för insamling av väntetidsdata, Slutrapport november 2022*, 2022.

Socialstyrelsen, *Statistik om specialiserad psykiatrisk vård*, 2023.

Socialstyrelsen, *Statistik om specialiserad psykiatrisk vård 2024 – fokus på ny inrapportering*, 2026.

Socialstyrelsen, *Uppföljning av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2022*, 2023.

Socialstyrelsen, *Insatser för att stödja omställningen till en god och nära vård 2023 – delredovisning*, artikelnummer 2024-3-9007.

Socialstyrelsen, *Förekomst av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna*, 2024.

Socialstyrelsen, *Socialstyrelsens plan för arbetet med tillgänglighet och vårdkapacitet*, 2024, artikelnummer 2024-11-9312.

Socialstyrelsen, *Plats för vård. Förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser i hälso- och sjukvården*, artikelnummer 2024-5-9098, 2024.

Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten, *Insatser som stödjer och stärker patienters möjlighet att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider*, *Delredovisning 1*, januari 2024.

Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten, *Nationell vårdförmedling Delredovisning av regeringsuppdrag (S2023/02119): genomföra insatser som stödjer och stärker patienters möjlighet att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider*, september 2024.

Socialstyrelsen, *Låt hjärtat orka längre – nationell utvärdering av vården vid hjärtsvikt*, 2024.

Socialstyrelsen, *Nationellt riktvärde för fast läkarkontakt*, 2024.

Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten, *Insatser som stödjer och stärker patienters möjlighet att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider*, *Slutredovisning*, 2025.

Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer 2024. Rörelseorganens sjukdomar – Utvärdering av vården vid inflammatoriska reumatiska sjukdomar*, 2024.

Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer 2025 – Utvärdering av vården vid multipel skleros och Parkinsons sjukdom*, 2025.

Socialstyrelsen, *Uppföljning av överenskommelser om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2023 och 2024. Slutredovisning av regionernas insatser*, 2025.

Socialstyrelsen, *Analys av incitamentsstrukturer för nationell vårdförmedling*, 2025.

Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten, *Förslag till en nationell plan för nationell vårdförmedling*, 2025.

Socialstyrelsen, *Förslag på ytterligare åtgärder för att korta vårdköerna*, 2025.

Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten, *Insatser som stödjer och stärker patienters möjlighet att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider*, 2025.

Socialstyrelsen, *Uppdrag att förbereda insamling av uppgifter om väntetider*, 2025.

Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvården 2025 Nationella planeringsstödet. Delrapport 1. Barn- och ungdomspsykiatrin*, 2025.

Socialstyrelsen, *Utvärdering av arbetssättet En väg in. En rapport om införandet av centraliserade funktioner för telefontriagering av vård för barn och unga med psykisk ohälsa*, 2025.

Socialstyrelsen, *Statistik om hjälpmedel 2024 och kostnader 2025*, 2025.

Socialstyrelsen, *Trender och trendbrott i tillgången på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, Nationella planeringsstödet 2026 – fördjupningsrapport*, 2026.

Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten, *Utveckla och etablera arbetet med nationell vårdförmedling Delredovisning*, 2026.

Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering och Sveriges Kommuner och Regioner, *Begrepp inom området psykisk hälsa*, 2024.

Statskontoret, *Tänk till om tillsynen. Om utformningen av statlig tillsyn*, 2012.

Statskontoret, *På väg mot en bättre tillsyn? En studie av den statliga tillsynens utveckling*, 2020.

Statskontoret, *Statens styrning med statsbidrag till kommuner och regioner 2024,* 2025.

Sveriges läkarförbund, *Medicin med detsamma – Förslag till en rättvisare vårdgaranti*, 2012.

Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar, *Årsrapport 2024*, 2025.

Vedung, E., *Utvärdering i politik och förvaltning*, Lund; Studentlitteratur, 1998.

Lagar i Danmark, Norge och Finland

Danmark, Sundhedsloven, LBK (275).

Norge, Lov om pasient- og brukerrettigheter, (LOV-1999-07-02-63).

Norge, Lov om spesialisthelsetjenesten m.m., (LOV-1999-07-02-61).

Finland, Hälso- och sjukvårdslag, Terveydenhuoltolaki, (1326/10).

Webbsidor m.m.

Breakit, ”Kry spenderar miljoner på att locka förkylda till läkaren – sågas”, https://www.breakit.se/artikel/15994/kry-spenderar-miljoner-pa-att-locka-forkylda-till-lakaren-sagas, hämtad 2026-01-28.

Dagens samhälle, ”Region avfyrar ny fakturasalva mot Kry och Doktor.se”, 18 november 2025, https://www.dagenssamhalle.se/samhalle-och-valfard/digitalisering/region-avfyrar-ny-fakturasalva-mot-kry-och-doktorse/, hämtad 2026-01-29.

DI digital, ”Efter kritiken – Kry tvingas sluta ragga patienter på stan”, 3 december 2025, https://www.di.se/digital/efter-kritiken-kry-tvingas-sluta-ragga-patienter-pa-stan/, hämtad 2026-01-28.

Myndigheten för digital förvaltning, ”Digital identitetsplånbok”, https://www.digg.se/digitala-tjanster/digital-identitetsplanbok, hämtad 2026-04-08.

Doktor.se, ”Välj din vårdcentral”, https://doktor.se/vardcentraler, hämtad 2026-04-09.

E-hälsomyndigheten, ”Högkostnadsskydd”, https://www.ehalsomyndigheten.se/privatperson/hogkostnadsskydd/, hämtad 2026-02-10.

Ekonomifakta, ”Vårdcentraler i privat regi”, https://www.ekonomifakta.se/sakomraden/foretagande/offentlig-sektor/vardcentraler-i-privat-regi_1210137.html, hämtad 2026-03-31.

Försäkringskassan, ”Statistik om internationell vård”, https://www.forsakringskassan.se/statistik-och-analys/statistik-om-internationell-vard, hämtad 2026-03-26, 2026-03-27.

Kry, ”Välkommen till våra vårdcentraler”, https://www.kry.se/vardcentraler/, hämtad 2026-04-09.

Läkartidningen, ”Primärvårdsläkare väljer nu deltid”, https://lakartidningen.se/nyheter/sex-av-tio-primarvardslakare-arbetar-deltid/, hämtad 2026-05-06.

Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet, ”Grundläggande om prioriteringar inom vård och omsorg”, https://liu.se/forskning/prioriteringscentrum/om-prioriteringar, hämtad 2025-11-13.

Regeringen, pressmeddelande, ”Regeringen stärker uppföljningen av vårdens väntetider”, https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2025/05/regeringen-starker-uppfoljningen-av-vardens-vantetider/, hämtad 2025-05-06.

Region Sörmland, ”Region Sörmland drar tillbaka godkännandet av Blodtrycksdoktorn som underleverantör”, https://regionsormland.se/nyheter/nyhetslista/region-sormland-drar-tillbaka-godkannandet-av-blodtrycksdoktorn-som-underleverantor/, hämtad 2026-04-17.

Regionala cancercentrum i samverkan, ”Nationella vårdprogram – RCC Kunskapsbanken”, https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/vardprogram/, hämtad 2025-04-23.

Regionala cancercentrum i samverkan, ”Så tas ett standardiserat vårdförlopp fram”, https://cancercentrum.se/diagnosbehandling/vardforloppsvf/andringarvardforlopp/satasettvardforloppfram.7393.html, hämtad 2026-02-04.

Region Stockholm, ”Regelverket för remisshantering inom Region Stockholms hälso- och sjukvård”, https://vardgivarguiden.se/administration/patientadministration/remittering/om-remisshantering/regelverk-remisshantering/, hämtad 2025-04-22.

Region Skåne, ”Remisshantering i Region Skåne”, https://vardgivare.skane.se/siteassets/2.-patientadministration/remisshantering-och-rutiner-for-vantande-patienter/remisshantering/god-klinisk-praxis---remisshantering.pdf, hämtad 2025-04-22.

SCB, ”Privata företag utförde 18 procent av verksamheten inom vård, skola och omsorg 2023”, https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/offentlig-ekonomi/finanser-for-den-kommunala-sektorn/finansiarer-och-utforare-inom-varden-skolan-och-omsorgen/pong/statistiknyhet/finansiarer-och-utforare-inom-vard-skola-och-omsorg-2023/, hämtad 2026-03-31.

SCB, ”Hälso- och sjukvårdens andel av BNP var 11,2 procent 2024”, https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/nationalrakenskaper/nationalrakenskaper/halsorakenskaper/pong/statistiknyhet/halsorakenskaper-2024/, hämtad 2026-04-19.

SCB, ”Köp från regioner i mnkr, löpande priser efter verksamhetsområde och år”, https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__OE__OE0107__OE0107D/ForsaljVerksamh/, hämtad 2026-03-10.

SKR, ”Utökad uppföljning av specialiserad vård”, https://extra.skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/utokaduppfoljningavspecialiseradvard.43536.html, hämtad 2026-02-09, 2026-02-11, 2026-02-12, 2026-03-31.

SKR, ”Reviderade ersättningar för digital utomlänsvård”, https://skr.se/pressrum/aktuellt/nyhetsarkiv/revideradeersattningarfordigitalutomlansvard.9910.html, hämtad 2026-03-13.

Socialstyrelsen, ”Statistik om patienter som får vård i en annan region”, https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/patienter-som-far-vard-i-en-annan-region/, hämtad 2026-03-26.

Socialstyrelsen, ”Statistik om tillgänglighet i hälso- och sjukvård”, https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/lagesbild-och-statistik-tillganglighet-vantetider-och-vardgaranti-i-halso-och-sjukvard/, hämtad 2025-04-09.

Socialstyrelsen, ”Stöd för produktions- och kapacitetsstyrning”, https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/tillganglighet-i-halso--och-sjukvarden/stod-for-produktions--och-kapacitetsstyrning/, hämtad 2026-02-04.

Socialstyrelsen, ”Socialstyrelsens termbank” (återbesök), https://termbank.socialstyrelsen.se/?query=%C3%A5terbes%C3%B6k&src_lang=swe&subject=0.0.0&diagram_name=&sorting_field=22&sorting_dir=0&search_mode=0, hämtad 2026-03-31.

Socialstyrelsen, ”Information till patienter om publicerade riktlinjer”, https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/information-till-patienter/om-publicerade-riktlinjer/, hämtad 2025-11-14.

Socialstyrelsen, ”Nationellt utvecklingsteam för barn- och ungdomspsykiatrin”, https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/psykisk-ohalsa/psykisk-halsa-hos-barn-och-unga/nationellt-utvecklingsteam-bup/, hämtad 2026-02-06.

Socialstyrelsen, ”Psykisk ohälsa – målbild för vårdcentraler”, https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/god-och-nara-vard/psykisk-ohalsa-malbild-for-vardcentraler/, hämtad 2026-04-10.

Sveriges radio, Ekot granskar, ”Kry-läkare: ’Kan ta 100 patienter på en dag’ ”, Publicerad 15 april 2026, https://www.sverigesradio.se/artikel/kry-lakare-kan-ta-100-patienter-pa-en-dag, hämtad 2026-04-19.

Vårdförbundet, ”Tre av tio jobbar deltid i vården – många orkar inte heltid”, https://www.vardforbundet.se/engagemang-och-paverkan/aktuellt/nyheter/tre-av-tio-jobbar-deltid-i-varden--manga-orkar-inte-heltid/, hämtad 2026-05-06.

Vårdhandboken, ”Bemötande i vård och omsorg, genusperspektiv – Översikt”, https://www.vardhandboken.se/arbetssatt-och-ansvar/bemotande-i-vard-och-omsorg/bemotande-i-vard-och-omsorg-genusperspektiv/oversikt/, hämtad 2026-04-14.

1177, ”Patientavgifter och högkostnadsskydd”, https://www.1177.se/sa-fungerar-varden/kostnader-och-ersattningar/patientavgifter/, hämtad 2026-04-19.

1177, ”Vårdgaranti”, https://www.1177.se/sa-fungerar-varden/lagar-och-bestammelser/vardgaranti/, hämtad 2026-04-02.

Övrigt

Famna, remissvar över betänkandet *God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild*, SOU 2017:53.

Inspektionen för vård- och omsorg, remissvar över betänkandet *Ett nytt regelverk för hälsodataregister*, SOU 2024:57.

Legitimerade Kiropraktorers Riksorganisation, remissvar över betänkandet *God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild*, SOU 2017:53.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, remissvar över betänkandet *Vägen till ökad tillgänglighet*, SOU 2022:22.

Pensionärernas riksorganisation, remissvar över betänkandet *God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild*, SOU 2017:53.

Regeringen, *Regeringsförklaringen*, 18 oktober 2022.

Regeringen, *Regeringsförklaringen – För ett rikare och tryggare Sverige*, 10 september 2024.

Region Sörmland, *Statistikpaket DVG 2025*, 2026.

SKR, *Meddelande från styrelsen – Patientavgifter vid digitala vårdmöten*, 2018.

SKR, *Meddelande från styrelsen – Utvecklingen av digitala vårdtjänster*, 2019.

SKR, *PM för arbetssätt för uppföljning av återbesök i specialiserad vård kopplat till rapportering av tillgänglighet till SKR*, 2023-11-17.

SKR, *Riksavtal för utomlänsvård, med giltighet fr.om 1 september 2025*, 2025.

SKR, *Hur får regionerna använda andra regioners avtal och LOU, utformning av kontrakt. Svarar riksavtalet på det?* presentation SKR, 2025.

SKR, *Patientavgifter 2026*, 2026.

SKR, *Meddelande från styrelsen – Digital utomlänsvård*, 2026.

Svenska distriktläkarföreningen, remissvar över betänkandet *God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild*, SOU 2017:53.

Sveriges läkarförbund, remissvar över betänkandet *God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild*, SOU 2017:53.

Sveriges läkarförbund, *PM Behövs en ny PAL-reglering? Input till utredningen Behovsstyrd vård*, 2025.

Svenska Läkaresällskapet, remissvar över betänkandet *God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild*, SOU 2017:53.

Svenska Läkaresällskapet, *Yttrande rörande utredningen Bättre styrning för en tillgänglig och jämlik hälso- och sjukvård med god kontinuitet (Dir 2024:05)*, 2025.

SVT Nyheter Norrbotten ”Färre norrbottningar tvingas resa för att få vård”, 15 december 2025.

Västra Götalandsregionen, *Regional medicinsk riktlinje, RMR, Remiss inom hälso- och sjukvård, Version 3.0*, Dokument-ID: SSN11800-2140136717-81.

Västra Götalandsregionen, *Krav och kvalitetsbok vårdval vårdcentral 2026*, 2025.

Kommittédirektiv 2024:50

Bättre styrning för en tillgänglig och jämlik hälso- och sjukvård med god kontinuitet

Beslut vid regeringssammanträde den 23 maj 2024.

Sammanfattning

En särskild utredare ska analysera och föreslå en ny och stärkt vårdgaranti samt lämna förslag som ökar kontinuiteten inom den specialiserade vården. Den nya vårdgarantin bör tydliggöra såväl patientens möjligheter att få vård hos en annan vårdgivare i de fall vårdgarantins tidsgränser inte kommer kunna uppfyllas som regionens ansvar att tillgodose detta. Syftet är att hälso- och sjukvården på ett bättre sätt ska leva upp till lagens krav på en tillgänglig vård som tillgodoser patientens behov av rätt vård i rätt tid, trygghet, kontinuitet och säkerhet, samtidigt som behovsprincipen respekteras.

Utredaren ska bl.a.

- föreslå en vårdgaranti inom den specialiserade vården med väsentligt kortare tidsgränser än i dag, som bl.a. innebär att barn och unga som är i behov av specialiserad vård vid psykisk ohälsa inte ska behöva vänta längre än 30 dagar på en första bedömning samt ytterligare 30 dagar på en fördjupad utredning eller behandling,
- analysera och föreslå en reglering som ger patienten möjlighet att utan extra kostnad fritt välja utförare i den offentligt finansierade vården i hela landet, i de fall vårdgarantin inom den specialiserade vården inte bedöms kunna uppfyllas av hemregionen,

- vid behov lämna förslag på åtgärder som stärker huvudmännens och vårdgivarnas förutsättningar att uppfylla vårdgarantin och följa patientlagen (2014:821),
- analysera hur en fast läkarkontakt inom specialiserad vård bör förhålla sig till funktionerna fast vårdkontakt och fast läkarkontakt i primärvården,
- lämna förslag på statliga engångsinsatser som syftar till att korta väntetiderna, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget att föreslå statliga engångsinsatser för att minska väntetiderna ska redovisas senast den 2 januari 2025. Övriga delar av uppdraget ska redovisas senast den 25 maj 2026.

Uppdraget om en ny och stärkt vårdgaranti för ökad tillgänglighet, kontinuitet och jämlikhet över landet

Patienter bör ges möjlighet att tidigare än i dag få vård hos en annan vårdgivare med kortare väntetider

Svensk hälso- och sjukvård håller hög medicinsk kvalitet men långa väntetider, med stora regionala skillnader, är ett problem sedan lång tid tillbaka. Bristande tillgänglighet kan t.ex. leda till att medicinska tillstånd förvärras och att sjukfrånvaron från arbetet blir onödigt lång.

För att komma till rätta med dessa problem infördes det bl.a. en lagstadgad vårdgaranti 2010. Regeringen har även avsatt avsevärda ekonomiska medel i syfte att öka tillgängligheten. Sedan 2010 har över 20 miljarder kronor tilldelats regionerna genom överenskommelser med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) för att öka tillgängligheten. Ytterligare medel har de senaste åren avsatts för att minska vårdplatsbristen och öka vårdkapaciteten. Tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet står också i centrum för regeringens och huvudmännens arbete med omställningen till en god och nära vård, även detta ett område där regeringen tilldelat regionerna medel. Sedan 2019 har regeringen avsatt knappt 18 miljarder kronor för arbetet med en god och nära vård.

Trots vidtagna åtgärder har den lagstadgade vårdgarantin i praktiken inte fungerat fullt ut. Tvärtom har väntetiderna fortsatt att öka de senaste åren och den lagstadgade vårdgarantin följs i allt lägre utsträckning. Patientens ställning och delaktighet har inte heller stärkts i önskad omfattning.

Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (S 2020:12), härefter benämnd Tillgänglighetsdelegationen, konstaterar i sitt slutbetänkande Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram (SOU 2022:22) att det förefaller ha utvecklats en syn på vårdgarantins gränser som målsättningar att ta sikte på, snarare än som yttersta gränser inom vilka medicinska prioriteringar ska ske. Likaså konstaterar Riksrevisionen i rapporten I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer (RiR 2023:12) att vårdgarantin inte har haft någon tydlig, långvarig effekt på väntetiderna. Mot den bakgrunden och i enlighet med Tidöavtalet, som är en överenskommelse mellan Sverigedemokraterna, Moderaterna, Kristdemokraterna och Liberalerna, bedömer regeringen att vårdgarantin ska ses över för att fler patienter ska få vård i tid. Regeringen bedömer att det är angeläget att den statliga styrningen i högre grad bidrar till målet att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet. Det är också angeläget att hälso- och sjukvården lever upp till de krav som framgår av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och patientlagen på en lätt tillgänglig vård som tillgodoser patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, samtidigt som behovsprincipen respekteras. För att hälso- och sjukvårdssystemet ska fungera effektivt behövs såväl en utbyggd primärvård som kan ta hand om merparten av befolkningens vårdbehov som en väl fungerande specialiserad vård. Det behövs även tillräckligt med vårdplatser i den slutna vården för att ta hand om de personer som behöver sjukhusens resurser. Därutöver krävs en väl fungerande samverkan mellan de olika delarna av systemet, så att varje person kan få en personcentrerad och sammanhängande vård, på rätt plats i vårdsystemet. Hälso- och sjukvården behöver därför arbeta parallellt med att öka tillgängligheten till den specialiserade vården och att bygga ut primärvården. En viktig del i detta är att korta vårdgarantins tidsgränser inom den specialiserade vården och bibehålla dagens tidsgränser inom primärvården i syfte att fler patienter ska få vård i tid.

Att tvingas vänta på vård kan utöver förvärrade medicinska tillstånd skapa oro, stress och rädsla hos patienten. En bristande tillgänglighet riskerar också att underminera förtroendet för hälso- och sjukvården och är inte förenlig med kraven i hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen om att vården ska vara lätt tillgänglig.

När regionen inte kan erbjuda specialiserad vård inom vårdgarantins tidsgränser har regionen en skyldighet att se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnader för patienten. Patienter har visserligen möjlighet att fritt välja utförare av offentligt finansierad öppen vård i hela landet oberoende av vårdgarantins gränser. Ett sådant val medför dock ofta extra kostnader för patienten, i form av t.ex. rese- och logikostnader. Inom den slutna vården saknas motsvarande möjlighet för patienter att fritt välja utförare. Eftersom regionens betalningsansvar för vården sammanfaller med vårdgarantins tidsgränser, innebär det i praktiken att många patienter tvingas vänta tills vårdgarantins gräns om 90 dagar inom den specialiserade vården har passerat innan de, med regionens hjälp och utan extra kostnad, kan få vård hos en annan vårdgivare. Förutsättningarna för patienter att få vård utanför sin hemregion skiljer sig åt betydligt mellan olika regioner. Regionernas organisation och arbetssätt för att öka tillgänglighet, med t.ex. patientkontor och vårdlotsar, har varierande effekt för patienterna.

Mot denna bakgrund anser regeringen att patienter ska ges möjlighet att tidigare än i dag få vård hos en vårdgivare i någon annan än den egna regionen, utan extra kostnad för patienten. Det behöver också bli enklare för patienter att själva söka vård hos andra vårdgivare, både inom hemregionen och i andra regioner. Som en del i detta har regeringen i enlighet med Tidöavtalet bl.a. tagit initiativ till att inrätta en nationell vårdförmedling som innebär att väntande patienter kan få vård hos en annan vårdgivare med ledig kapacitet eller kortare väntetider oavsett var i landet denna vårdgivare finns(S2023/02117). Genom att synliggöra var kapacitet finns i landet ska befintliga resurser kunna användas mer effektivt och väntande patienter snabbare erbjudas vård.

Mot bakgrund av de brister som finns med dagens vårdgaranti bedömer regeringen att Sverige behöver en ny och stärkt vårdgaranti med kortare tidsgränser än i dag för specialiserad vård och ett skärpt ansvar för regionerna i de fall vårdgarantins tidsgränser bedöms inte kunna uppfyllas.

Möjligheterna för tillsynsmyndigheten att agera exempelvis genom föreläggande mot huvudmannen, samt i vilken form, bör också ses över. Dessa ska dock inte medföra kostnader för patienten. Detta kan i sin tur bidra till kortare väntetider, stärkt patientperspektiv och en mer effektiv användning av resurserna i vårt gemensamma hälso- och sjukvårdssystem. En förutsättning för att en sådan vårdgaranti ska bidra till en god och tillgänglig vård i hela landet på lika villkor för hela befolkningen är att regionerna tillgängliggör information om regionernas skyldigheter och vilka möjligheter patienten ges i de fall tidsgränserna inte uppfylls. Patienternas rättigheter och regionernas ansvar i vårdgarantin ska även fortsättningsvis regleras i lag.

För att säkerställa att den nya vårdgarantin uppfyller sina syften och att patienterna får den vård de behöver, behöver följsamheten till den nya vårdgarantin följas upp. Här behöver statens roll i uppföljningen samt dess förutsättningar att göra detta på ett ändamålsenligt sätt analyseras.

Utredaren ska därför

- analysera och föreslå en vårdgaranti inom den specialiserade vården som utgår från patientens behov och med väsentligt kortare tidsgränser än i dag,
- analysera och föreslå en reglering som ger patienten möjlighet att utan extra kostnad fritt välja utförare i den offentligt finansierade vården i hela landet, i de fall vårdgarantin inom den specialiserade vården inte bedöms kunna uppfyllas av hemregionen,
- analysera och föreslå hur patientens möjlighet att fritt välja utförare av offentligt finansierad specialiserad vård i hela landet ska utökas till att också omfatta sluten vård,
- analysera och vid behov föreslå åtgärder som stärker huvudmännens och vårdgivarnas förutsättningar att uppfylla vårdgarantin och följa patientlagen,
- analysera och lämna förslag på lämpliga åtgärder som tillsynsmyndigheten kan vidta mot huvudmännen i de fall när vårdgarantin och patientlagen inte följs, utan att det medför ekonomiska sanktioner mot regionen eller kostnader för patienten,

- analysera och föreslå hur en förstärkt statlig uppföljning av vårdgarantin och patientlagen ska utformas med fokus på lärande och ansvarsutkrävande, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Det är prioriterat med vård i tid för barn och unga med psykisk ohälsa

För barn- och ungdomspsykiatrin finns det sedan 2011 en målsättning om en förstärkt vårdgaranti som innebär att barn och unga inte ska behöva vänta längre än 30 dagar på en första bedömning samt ytterligare 30 dagar på en fördjupad utredning eller behandling. Andelen genomförda första bedömningar och påbörjade fördjupade utredningar eller behandlingar inom dessa tidsgränser redovisas månatligen uppdelat per region. Målsättningen är dock inte lagstadgad utan har formulerats i överenskommelser mellan staten och SKR.

Eftersom det är extra viktigt att barn och unga med psykisk ohälsa som är i behov av specialiserad vård får hjälp i tid, och väntetiderna till barn- och ungdomspsykiatrin fortsätter att öka, är det särskilt relevant att se över väntetiderna inom denna del av vården.

Att öka tillgängligheten till vård för barn och unga med psykisk ohälsa är en prioriterad fråga för regeringen under mandatperioden och i regeringsförklaringen den 18 oktober 2022 anges att en lagstadgad vårdgaranti ska införas med innebörden att barn som behöver hjälp och stöd ska få det inom maximalt 30 dagar.

Utredaren ska därför

- föreslå en lagstadgad vårdgaranti som innebär att barn och unga som är i behov av specialiserad vård vid psykisk ohälsa inte ska behöva vänta längre än 30 dagar på en första bedömning samt ytterligare 30 dagar på en fördjupad utredning och efterföljande behandling,
- analysera och vid behov föreslå åtgärder för att stärka förutsättningarna för att vårdgarantin för barn och unga med psykisk ohälsa följs och inom ramen för analysen särskilt beakta vanligt förekommande patientgrupper, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget om fast läkarkontakt inom specialiserad vård

Kontinuiteten inom specialiserad vård behöver förbättras

På samma sätt som det finns brister i tillgänglighet inom den specialiserade vården finns det också brister när det gäller kontinuitet och patientdelaktighet. Detta konstateras bl.a. i rapporterna Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård (Socialstyrelsen 2021) och En lag som kräver omtag (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, rapport 2021:10).

Dagens alltmer specialiserade sjukvård, en åldrande befolkning och ett ökande antal multisjuka patienter med en komplex sjukdomsbild och flera olika diagnoser ställer höga krav på hälso- och sjukvården. Patienterna har ofta kontakt med många olika delar av vården, som därmed behöver organisera sig så att man kan tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, inte enbart på den egna kliniken eller mottagningen utan inom hälso- och sjukvårdssystemet i stort.

En central del i att uppnå trygghet, kontinuitet och säkerhet är att patienten och närstående vet vem som är ansvarig för den hälso- och sjukvård som ges och till vem frågor om vården kan ställas. Även för andra professioner och vårdenheter runt patienten är det av stor vikt att veta vilken läkare (eller annan hälso- och sjukvårdsprofession) som har ansvar för vården av en viss patient. Det underlättar informationsutbytet och har därmed positiv effekt för behandlingen av patienten och patientens upplevelse av vården.

Kontinuitet i relationer mellan patienten och vårdens medarbetare samt mellan olika professioner och olika vårdkontakter är centralt för såväl vårdens kvalitet och patientens upplevelse som medarbetarnas arbetsmiljö och effektiviteten i hälso- och sjukvården. Vissa funktioner i hälso- och sjukvården, som ska bidra till att säkerställa att dessa krav uppnås, är därför lagreglerade.

Reglering om fast läkarkontakt i primärvården har funnits sedan mitten av 1990-talet. Regionerna ansvarar för att alla som omfattas av deras ansvar kan välja och få tillgång till en fast läkarkontakt hos den utförare inom primärvården där patienten är listad. En fast läkarkontakt i primärvården syftar till att tillgodose patientens behov av kontinuitet i primärvården. Denna kontinuitet är särskilt viktig för personer med komplexa vårdbehov, men även vid mer sporadiska kontakter kan förebyggande åtgärder, t.ex. avseende livsstilsförändringar,

underlättas av att patienten har möjlighet att återkommande få träffa samma läkare Omfattande forskningsstudier har visat på den positiva effekt god kontinuitet har på behovet av akutvård, vård utanför arbetstid och mortalitet. Socialstyrelsens nationella riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården, om 1 100 invånare per specialistläkare och 550 invånare per ST-läkare, utgör en utgångspunkt i planering, resursfördelning och uppföljning av läkarresurserna i primärvården.

Sedan 2010 finns även bestämmelser om fast vårdkontakt. En fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Bestämmelsen gäller all hälso- och sjukvård, dvs. såväl primärvård som specialiserad vård. Beroende på vilket behov patienten har kan en fast vårdkontakt vara någon ur hälso- och sjukvårdspersonalen, t.ex. en läkare, en sjuksköterska eller en psykolog, men det kan även vara en mer administrativ funktion som koordinerar patientens vård. Patienter som har kontakt med flera olika delar av hälso- och sjukvården – olika enheter, vårdgivare och huvudmän – kan behöva ha mer än en fast vårdkontakt.

Till skillnad från hur det är inom primärvården finns det i dag inget särskilt krav på att patienter i den specialiserade vården ska kunna få tillgång till en fast läkarkontakt. För vissa patienter inom den specialiserade vården bedöms dock fasta kontakter vara centralt för att kraven på att tillgodose patientens behov av trygghet och kontinuitet ska uppfyllas.

Återkommande rapporter och vittnesmål visar på att äldre och andra personer med omfattande och sammansatta vårdbehov, däribland barn och unga med psykisk ohälsa, många gånger inte får vård och omsorg med en helhetssyn på den enskildes problem. Problem uppstår ofta i vårdövergångarna mellan olika enheter, vårdgivare och huvudmän inom specialiserad vård, men också mellan den specialiserade vården och såväl kommunal som regional primärvård.

Med beaktande av behovet av en effektiv användning av hälso- och sjukvårdens resurser kan den fasta läkarkontakten i primärvården för vissa patienter behöva kompletteras med en fast läkarkontakt inom den specialiserade vården. En sådan funktion kan vara särskilt värdefull för multisjuka äldre eller andra personer med utdragna vårdförlopp.

Utredaren ska därför

- kartlägga hur patienters behov av kontinuitet och sammanhållen vård tillgodoses vid specialiserad vård, särskilt för patienter med flera olika diagnoser eller utdragna vårdförlopp,
- kartlägga hur funktionen fast vårdkontakt används inom den specialiserade vården, om det finns skillnader för olika typer av vårdförlopp och i vilken utsträckning läkare innehar funktionen,
- föreslå hur patienter med utdragna vårdförlopp inom den specialiserade vården, eller med flera olika diagnoser som kräver kontakt med olika delar av den specialiserade vården, kan få tillgång till en fast läkarkontakt i relevanta delar av den specialiserade vården,
- analysera hur en fast läkarkontakt inom specialiserad vård bör förhålla sig till funktionerna fast vårdkontakt och fast läkarkontakt i primärvården, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget att föreslå statliga engångsinsatser för att minska väntetiderna

Staten har under lång tid riktat satsningar till huvudmännen för att påverka hälso- och sjukvården i önskvärd riktning. Riksrevisionen konstaterar dock i sin granskning I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer (RiR 2023:12) att vårdgarantins tidsgränser kontinuerligt överskridits och väntetiderna försämrats under de senaste åren, även före covid-19-pandemin. Samtidigt som regeringen riktat statliga medel till en god och nära vård och för ökad tillgänglighet, har väntetiderna fortsatt öka.

Att öka tillgängligheten och minska väntetiderna inom hälso- och sjukvården är en prioriterad fråga för regeringen. Det bör därför utredas hur staten ska kunna genomföra riktade och tidsbegränsade engångsinsatser, tillsammans med en eller flera regioner, för att korta vårdköer och öka vårdkapaciteten utifrån regionernas behov och förutsättningar. Exempel på sådana insatser kan vara att en sjukvårdshuvudman (region) tilldelas statliga medel i syfte att tillfälligt öka den egna vårdkapaciteten eller upphandla vård från privata vårdgivare.

Privata vårdgivare framhåller att de har förmåga att öka kapaciteten och bidra till att korta vårdköerna. Samtidigt inriktas den privata upphandlade vården vanligtvis på relativt sett friskare patienter och standardiserade ingrepp, såsom operation av grå starr och höftproteser (Hur uppskjuten vård kan arbetas bort med stöd av privata vårdgivare, Vårdföretagarna, 2021). Eftersom antalet vårdpersonal är begränsat går det dock inte att utesluta att en kapacitetsökning i den privata vården leder till motsvarande kapacitetsminskning inom den offentliga vården.

Utredaren ska därför

- lämna förslag på statliga engångsinsatser som syftar till att öka en enskild regions eller samtliga regioners förutsättningar att korta väntetiderna,
- redogöra för de rättsliga förutsättningarna för staten att genomföra föreslagna engångsinsatser, och
- vid behov lämna nödvändiga författningsförslag.

Konsekvensbeskrivningar

I enlighet med förordningen (2024:183) om konsekvensutredningar ska utredaren särskilt redogöra för eventuella konsekvenser, inklusive påverkan på regionernas och kommunernas planeringsförutsättningar, och potentiella undanträngningseffekter av en ny och skärpt vårdgaranti. Utredaren ska även analysera eventuella undanträngningseffekter samt konsekvenser för kompetensförsörjning som förslag på statliga engångsinsatser för att korta väntetiderna kan ha.

Utredaren ska även redogöra för eventuella konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män samt flickor och pojkar, liksom konsekvenserna för jämlikhet. Utredaren ska analysera de samhällsekonomiska effekterna av olika alternativ och beakta dessa i de förslag som läggs. Omfattningen av dessa analyser ska anpassas efter förslagens karaktär och de bör kvantifieras i den mån och i de delar det är möjligt.

Utredaren ska beakta och redogöra för hur förslagen förhåller sig till de grundläggande målen för svensk hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen och den prioriteringsplattform som riksdagen har beslutat om som bl.a. fastställer att den med det största

behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Vidare ska utredaren särskilt redovisa hur förslagen kan påverka den administrativa arbetsbördan och de administrativa kostnaderna inom hälso- och sjukvården, inklusive var inom hälso- och sjukvården som dessa kan komma att uppstå. Utredaren ska även redogöra för konsekvenser som berör kompetensförsörjningsfrågor i förhållande till de förslag som lämnas. Likaså ska konsekvenser utifrån funktionshinderperspektivet redogöras för, liksom konsekvenser för barn utifrån FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) som gäller som svensk lag.

Utredaren ska särskilt beakta eventuella konsekvenser för den personliga integriteten. I de fall utredaren lämnar förslag som rör behandling av personuppgifter ska det särskilt redovisas hur hänsyn tagits till behovet av informationssäkerhet, rättssäkerhet och skydd för den personliga integriteten.

Av 14 kap. 3 § regeringsformen framgår att en inskränkning av den kommunala självstyrelsen inte bör gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som legat till grund för den. Det innebär att en proportionalitetsprövning ska göras. Om något av utredarens förslag påverkar den kommunala självstyrelsen ska därför, utöver dess konsekvenser, också de särskilda överväganden som lett fram till förslaget särskilt redovisas.

Om förslagen medför kostnadsökningar för staten, regionerna eller kommunerna, ska utredaren enligt 15 § kommittéförordningen (1998:1474) föreslå hur dessa ska finansernas.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Eftersom dagens hälso- och sjukvård bedrivs av regionerna och kommunerna är det av stor vikt att de förslag som tas fram inom ramen för utredningen är väl förankrade hos berörda aktörer. En central del i genomförandet av uppdraget är därmed att föra dialog med och förankra utredningens arbete i kommuner och regioner. Därutöver ska utredaren också samverka med SKR samt andra berörda aktörer, såsom privata vårdgivare.

Utredaren ska hålla sig informerad om och beakta relevant arbete som bedrivs av andra utredningar och på berörda myndigheter. Utredaren ska även beakta tidigare utredningar och uppföljningar av

bl.a. vårdgarantin och kömiljarden och fast läkarkontakt inom primärvården, t.ex. de som genomförts av Tillgänglighetsdelegationen.

Uppdraget att föreslå statliga engångsinsatser för att minska väntetiderna ska redovisas senast den 2 januari 2025. Övriga delar av uppdraget ska redovisas senast den 25 maj 2026.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2025:94

Tilläggsdirektiv till utredningen Behovsstyrd vård (S 2024:05)

Beslut vid regeringssammanträde den 23 oktober 2025

Ändring och utvidgning av uppdraget

Regeringen beslutade den 23 maj 2024 kommittédirektiv om bättre styrning för en tillgänglig och jämlik hälso- och sjukvård med god kontinuitet (dir. 2024:50). Uppdraget skulle redovisas senast den 25 maj 2026.

Uppdraget om en ny och stärkt vårdgaranti för ökad tillgänglighet, kontinuitet och jämlikhet över landet ändras nu på följande sätt. Den särskilda utredaren ska analysera och lämna förslag på ekonomiska sanktioner och andra lämpliga åtgärder som tillsynsmyndigheten stegvis ska vidta mot huvudmännen i de fall när den lagstadgade vårdgarantin och patientlagen inte följs, utan att det medför kostnader för patienten.

Den särskilda utredaren får också i uppdrag att bl.a. analysera och lämna förslag på hur statens styrning kan stärkas genom ett system med nationella principer för ersättningar och avgifter inom hälso- och sjukvården.

Utredningstiden förlängs. Uppdraget ska i stället redovisas senast den 18 juni 2026.

Uppdraget om en ny och stärkt vårdgaranti för ökad tillgänglighet, kontinuitet och jämlikhet över landet

Patientens ställning behöver stärkas bl.a. genom att utveckla möjligheterna till inflytande och delaktighet och regionerna behöver uttömma alla möjligheter, inklusive erbjuda vård i andra regioner, för att uppnå vårdgarantin. I Vårdansvarskommitténs betänkande Ansvaret för hälso- och sjukvården (SOU 2025:62) föreslås det att staten tar ett tydligare ansvar inom flera strategiskt viktiga delar av hälso- och sjukvården. Syftet är att stärka jämlikheten och förbättra vårdens förutsättningar i hela landet. Ett av förslagen innebär att staten bör vidta åtgärder gentemot regionerna för ökad regelefterlevnad och för att stärka patientens ställning, exempelvis i form av stärkt tillsyn och utökade sanktioner. Regeringen anser i likhet med Vårdansvarskommittén att staten bör vidta åtgärder gentemot regionerna för att stärka patientens ställning.

Av de ursprungliga direktiven framgår att utredaren bl.a. ska analysera och lämna förslag på lämpliga åtgärder som tillsynsmyndigheten kan vidta mot huvudmännen i de fall när vårdgarantin och patientlagen inte följs. Dessa förslag får dock inte medföra ekonomiska sanktioner mot regionen eller kostnader för patienten. För att stärka patientens ställning när det gäller vårdgarantin ges utredaren nu i uppdrag att också lämna förslag på ekonomiska sanktioner mot regionen. Uppdraget ändras enligt följande.

Den del av uppdraget som innebär att utredaren ska

- analysera och lämna förslag på lämpliga åtgärder som tillsynsmyndigheten kan vidta mot huvudmännen i de fall när vårdgarantin och patientlagen inte följs, utan att det medför ekonomiska sanktioner mot regionen eller kostnader för patienten,

ändras till att utredaren ska

- analysera och lämna förslag på ekonomiska sanktioner och andra lämpliga åtgärder som tillsynsmyndigheten stegvis ska vidta mot huvudmännen i de fall när den lagstadgade vårdgarantin och patientlagen inte följs, utan att det medför kostnader för patienten.

Uppdraget att se över nationella principer för ersättning och avgifter

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Mot den bakgrunden tillsatte regeringen utredningen Behovsstyrd vård (S 2024:05) med uppdrag att lämna förslag på en ny vårdgaranti för att bättre möta patienternas behov.

I betänkandet Ansvaret för hälso- och sjukvården (SOU 2025:62) görs bedömningen att staten bör ta ett ökat ansvar för vissa delar av hälso- och sjukvården. Enligt utredningen bör statens ansvarsutkrävande och kontroll stärkas i syfte att säkra patientens rättigheter samt garantera att hälso- och sjukvårdslagstiftningen får större genomslag i praktiken.

Regeringen anser att dagens system med ersättningar och avgifter i regionerna behöver utvecklas och samordnas. Flera tidigare utredningar konstaterar att det nuvarande systemet inte är förenligt med behovsprincipen och lämnar förslag på förändrad lagstiftning på området. I betänkandet Styrning för en mer jämlik vård (SOU 2019:42) framhålls det bl.a. att nuvarande ersättningssystem, med parallella lösningar för såväl utomlänsvård som digital vård, inte är utformat på ett sätt som främjar effektivt resursutnyttjande utifrån patienters behov av vård. I promemorian En effektiv och behovsbaserad digital vård (Ds 2023:27) görs bedömningen att dagens ersättningssystem leder till en omotiverad styrning mot utomlänsvård som inte nödvändigtvis ges till patienter med störst behov. Utredarens slutsats är att det kan ifrågasättas om behovs- och solidaritetsprincipen går att upprätthålla utan förändringar i nuvarande ersättningssystem. Promemorian har remitterats och flera av remissinstanserna anser att det är eftersträvansvärt att samma patientavgift införs i hela landet för att bidra till en jämlik vård.

I dag regleras villkoren för hur regionerna ersätter varandra i det fall en patient vårdas utanför hemregionen genom Riksavtalet för utomlänsvård, som tas fram av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Riksavtalet är en rekommendation från SKR, inte ett lagstadgat krav. Utöver riksavtalet har SKR sedan 2019 också tagit fram rekommendationer till regionerna om gemensamma utomlänsersättningar för digitala vårdkontakter samt krav som vårdaktörerna måste

uppfylla för att ta del av ersättningen. I rapporten Primärvård i Sverige (SKR, 2024) konstaterar SKR att regionernas kostnader för digital utomlänsvård har ökat kraftigt under de senaste åren. De ökade kostnaderna för utomlänsvården kan, enligt rapporten, leda till en obalans i resursfördelningen i förhållande till behovsprincipen.

En nationell vårdförmedling har inrättats och innebär att väntande patienter kan erbjudas vård hos en annan vårdgivare med kortare väntetider oavsett var i landet denna vårdgivare finns. En väl fungerande nationell vårdförmedling ökar regionernas förutsättningar att tillämpa behovsprincipen på nationell nivå, i det fall vårdgarantin inte kan uppnås i den egna regionen. Regionerna har alltså verktyg att ta till för att den lagstadgade vårdgarantin ska kunna uppfyllas även i de fall det är köer i den egna regionen. Den patient som har störst behov kan ges företräde till vården, oavsett i vilken region som behandlingen ges. För att detta ska fungera på ett effektivt sätt behöver regionernas ersättningar och avgifter anpassas så att de överensstämmer med de resurser som behövs, oavsett om vården ges inom eller utanför patientens hemregion och oavsett om den ges fysiskt eller digitalt.

Nationell vårdförmedling ska, enligt nuvarande regelverk, inte innebära någon extra kostnad för patienten. Hemregionen ska därmed ersätta patientens kringkostnader, exempelvis resa och logi. Om det är medicinskt motiverat ersätts även kostnader för en eventuellt medföljande person. I rapporten Analys av incitamentsstrukturer för nationell vårdförmedling (Socialstyrelsen, 2025) konstaterar Socialstyrelsen att regionernas rutiner för när patienten, och eventuell medföljande, ersätts skiljer sig åt. Detta påverkar patienters förutsättningar och motivation till att tacka ja till en vårdåtgärd hos en annan vårdgivare beroende på var i landet patienten bor. Myndigheten ser ett behov av utvecklade gemensamma principer för ersättning av kringkostnader.

En viktig del av omställningen till en god och nära vård är att stärka det hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande arbetet. Många sjukdomar och dess konsekvenser kan förebyggas och fördröjas genom hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatser, vilket inte bara förbättrar individers hälsa, utan minskar behovet av mer kostsamma och avancerade vårdinsatser längre fram. Primärvården har en särskilt viktig roll i det förebyggande och rehabiliterande arbetet genom sin närhet till människors vardag. Sedan 2021 finns bestämmelser om primärvårdens grunduppdrag i 13 a kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Där anges bl.a. att

regioner och kommuner, inom ramen för verksamhet som är primärvård, särskilt ska tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar samt rehabiliterande insatser utifrån patientens individuella behov och förutsättningar. Ersättningsystemen är en viktig förutsättning för att främja förebyggande och rehabiliterande insatser eftersom de spelar en central roll i hur vården prioriterar sina insatser. Regeringen ser därför ett behov av att stärka den statliga styrningen och utreda hur regionernas ersättningssystem kan utformas på ett sätt som främjar en behovsstyrd vård, oavsett om patienten behandlas i sin hemregion eller i en annan region, och oavsett om vårdbesöken är fysiska eller digitala. I detta ingår att vid behov ta fram principer för ersättningar och avgifter för digital vård som inte är en integrerad del i en vårdkedja. Syftet är att patienter ska få vård i rätt tid utifrån behov och den vården ska ges på rätt vårdnivå och det ska säkerställas att vårdens resurser används så effektivt som möjligt.

Utredaren ska därför

- analysera och lämna förslag på hur statens styrning ska stärkas genom ett system med nationella principer för ersättningar och avgifter inom hälso- och sjukvården, inklusive vid nationell vårdförmedling samt vid digital vård som inte är en integrerad del av en vårdkedja,
- analysera behovet av reglerade nivåer för ersättningar och avgifter inom hälso- och sjukvården på nationell nivå,
- analysera och vid behov föreslå nationella principer för ersättning av kringkostnader, för patienter och medföljande, vid nationell vårdförmedling, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

(Socialdepartementet)

Förslag på statliga engångsinsatser för att korta väntetider i vården

Promemoria av utredningen Behovsstyrd vård S 2024:05

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

Innehåll

Förslag på statliga engångsinsatser för att korta väntetider i vården ... 1

1 Inledning ... 4

1.1 Om uppdraget ... 4

1.2 Arbetet fortsätter med övriga frågeställningar ... 5

2 Ökat nationellt ansvar för vården i en tid med långa väntetider ... 7

2.1 Långa väntetider som har ökat ytterligare ... 7

2.2 Regeringen vill ha ökad statlig styrning i arbetet med att korta väntetiderna ... 9

2.2.1 En nationell vårdförmedling ska inrättas och överenskommelserna ersätts ... 9

2.2.2 Beslut om nytt ändamål visar på koppling mellan tillgänglighet och kapacitet ... 11

2.3 Ökat anslag för att korta vårdköerna ... 11

2.4 Förslag om statliga engångsinsatser när det nationella ansvaret för hälso- och sjukvården ökar ... 12

2.4.1 Utredningens förslag till engångsinsatser kräver inga författningsändringar ... 13

2.5 Regionernas ansvar för hälso- och sjukvård och hur ersättningen för utomlänsvård fungerar ... 13

2.6 Patienten ska få möjlighet att välja utförare av vård ... 14

2.7 Patienten ska få information om vårdgivare och vårdgaranti ... 15

3 Förslag på engångsinsatser för att korta väntetiderna ... 17

3.1 Behovsstyrd vård som utgångspunkt för våra engångsinsatser ... 17

3.2 Riktade insatser för att korta väntetiderna där förslagen kan göra skillnad för många patienter ... 19
3.2.1 Insatser som kombinerar de offentliga vårdgivarnas kapacitet med de privata och idéburnas ... 20
3.2.2 Utvalda diagnosområden där statliga engångsinsatser kan göra tydlig skillnad ... 21
3.2.3 Uppskattade kostnader för förslaget om ersättning för antalet utförda operationer ... 24

3.3 Insatser för att bättre utnyttja befintlig kapacitet och ge fler patienter vård i tid ... 25
3.3.1 Befintlig kapacitet i vården kan utnyttjas bättre ... 26

3.4 Vårdkapaciteten kan öka och väntetiderna kortas om åtgärder som inte bör göras fasas ut ... 36
3.4.1 Regionerna följer inte alltid Socialstyrelsens rekommendationer om ”icke-göra” i nationella riktlinjer ... 37

3.5 Förslag till finansiering av engångsinsatser ... 39

4 Utredningens fortsatta arbete ... 40

Referenser ... 41

Bilaga 1 Expertgrupp och referensgrupper ... 46

Bilaga 2 Beräkningar av kostnader för utförda operationer med tillhörande vård ... 48

Bilaga 3 Begrepp och definitioner ... 51

1 Inledning

1.1 Om uppdraget

Att som invånare känna förtroende för att hälso- och sjukvården finns tillgänglig där och när man behöver den är avgörande för tilltron till det offentliga systemet. Tillgänglighet och åtgärder riktade mot köer i vården har i många år varit föremål för satsningar från såväl statens som huvudmännens sida. Inte minst i samband med covid-19-pandemin och dess effekt på vårdsystemet har frågan kommit att ställas på sin spets.

Trots många försök under lång tid har det visat sig svårt att komma till rätta med väntetider i vården. Det är ett av de områden där den svenska hälso- och sjukvården sticker ut på ett negativt sätt vid jämförelse med andra länder. Kanske är det också värt att betänka att orsaken till köerna sannolikt har varierat över tid, och därmed behöver de insatser som görs vara anpassade till de aktuella förutsättningarna.

I enlighet med direktiven ska vår utredning, utöver det bredare uppdraget om bland annat vårdgarantin, lämna förslag på statliga engångsinsatser som syftar till att korta väntetiderna. Det är en grannlaga uppgift eftersom komplexiteten i väntetidsproblematiken inte enkelt låter sig lösas med kortsiktiga insatser. Samtidigt kan konkreta engångsinsatser som är samordnade mellan staten och regionerna bidra till att köer kortas. Processen för att i bred samverkan komma fram till sådana engångsinsatser kan öppna för en

dialog mellan olika aktörer. Det kan i sig öka den gemensamma förståelsen för problembilden och till lösningar även på längre sikt.

Vi lämnar våra förslag på engångsinsatser genom den här promemorian. Ett ledord för de förslag vi presenterar är patientnytta. Vi är väl medvetna om att nyttan av engångsinsatser är omtvistad när det gäller att åstadkomma förändring i komplexa system. Vi har därför gjort bedömningen att när och om sådana insatser vidtas är det särskilt viktigt att kunna visa på direkta effekter ur ett patientperspektiv. Vår förhoppning är att dessa specifika förslag till insatser ska bidra till kortare köer inom delar av hälso- och sjukvården. Vi hoppas också att de i samband med genomförande och uppföljning ska kunna tjäna i lärande syfte.

Det är nödvändigt att beakta risken för undanträngningseffekter. Dessa kan vara av flera slag och vi vill särskilt lyfta följande: 1) risken för att engångsinsatser riktade till vissa delar av systemet kan leda till brist på kompetenser eller medarbetare på andra håll och 2) risken för att en önskan att korta köer inom vissa diagnosgrupper kan medföra att andra grupper köställs, eller 3) att det skapas incitament som ensidigt styr mot att patienter med enklare tillstånd åtgärdas på bekostnad av de med mer komplexa tillstånd. Dessa aspekter beaktar vi i våra förslag och vi redogör för vår syn på hur den problematiken kan hanteras.

Det finns givetvis fler perspektiv att ta hänsyn till i relation till just statliga engångsinsatser. Dessa kan vara av ekonomisk eller juridisk karaktär, och till exempel beröra det kommunala självstyret. Dessa perspektiv måste omhändertas, samtidigt som intentionen i direktiven är tydliga – avsikten är att köer ska kortas. Vi gör bedömningen att det varit möjligt att göra sådana avvägningar att intentionen uppfylls, samtidigt som andra förutsättningar beaktats i tillräcklig omfattning. Det har varit utredningens avsikt att hantera uppdraget på ett sådant sätt.

1.2 Arbetet fortsätter med övriga frågeställningar

Parallellt med framtagandet av denna promemoria har utredningen arbetat med övriga frågeställningar som omfattas av våra direktiv. Flera av de principer och resonemang som omtalas i denna promemoria kommer att vara vägledande även för utredningens

fortsatta arbete. Likaså är det material som utredningen samlat i detta första skede relevant även för det arbete som återstår. Det betyder att inskickat material som inte adresseras tydligt eller refereras till här, till följd av uppdragets begränsning, ändå är att betrakta som en del i utredningens fortsatta arbete.

Vi vill rikta ett särskilt tack till vår expertgrupp och våra fyra referensgrupper med representation från huvudmännen, patienter och brukare, professioner samt privata och idéburna aktörer, som på kort tid och med stort engagemang tagit sig tid att bidra.

Stockholm i januari 2025

Anna Nergårdh

/Anne Wisten
Rebecca Mosson
Anton Lesse
Martina Bergström

2 Ökat nationellt ansvar för vården i en tid med långa väntetider

2.1 Långa väntetider som har ökat ytterligare

Långa väntetider inom svensk hälso- och sjukvård har varit ett problem länge. Lång väntan på vård får effekter för patienten, för hälso- och sjukvården och för samhället i stort.

Den senaste statistiken[1] visar att väntetiderna till vården är längre än någonsin: i augusti 2024 hade 89 435 personer väntat längre än vårdgarantins gräns på en åtgärd eller operation inom den specialiserade vården. Det var nästan 2 000 personer fler än i augusti 2023 och var därmed den högsta noteringen sedan mätningarna startade.[2]

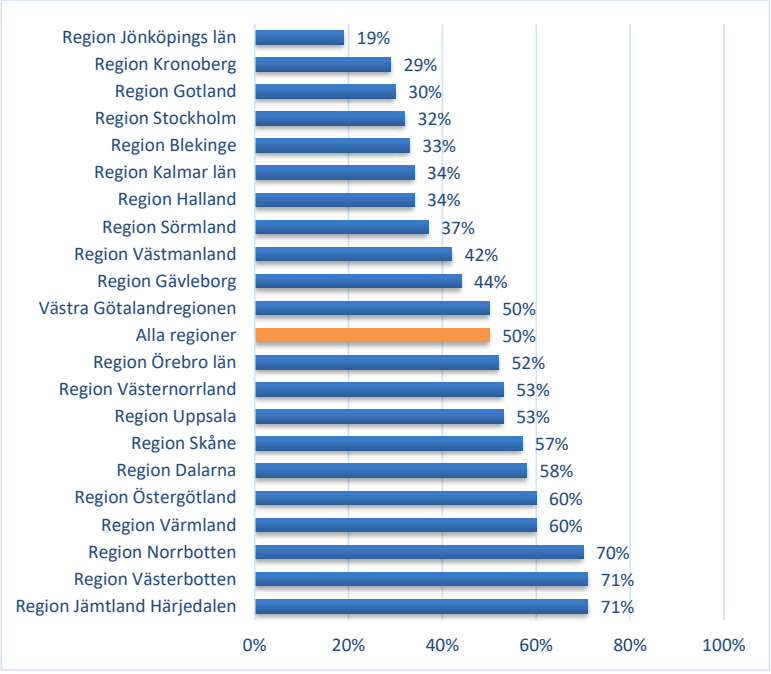
Skillnaderna i väntetider mellan regionerna är stora: I Region Norrbotten till exempel, hade i augusti 2024 64 procent av patienterna väntat längre än 90 dagar på sitt första besök i specialistvården. Vad gäller väntan på operation eller åtgärd så hade 70 procent väntat längre än 90 dagar – näst intill samma andel (71 procent) gällde även i Region Västerbotten och i Region Jämtland Härjedalen. I Region Jönköpings län var det i stället endast 19 procent som hade väntat längre än vårdgarantins gränser för operation eller åtgärd. Region Stockholm och Region Halland är två andra exempel på regioner där en lägre andel patienter har väntat länge inom den specialiserade vården – 32 respektive 34 procent hade i augusti 2024 väntat längre än 90 dagar i de två regionerna.

Skillnader i väntetider är i flera fall även stora inom en och samma region, något som vi återkommer till i kapitel 3.

[1] Vi har konsekvent använt oss av data från Väntetidsdatabasen eftersom det är den författningsreglerade databasen, som regionerna har rapporteringsskyldighet till.
[2] Se bilaga 3 för definition av vårdgarantin.

Av figur 2.1 nedan framgår andelen patienter i regionerna som hade väntat mer än 90 dagar på en operation eller åtgärd i augusti 2024.

Figur 2.1 Andel patienter i regionerna som hade väntat mer än 90 dagar på en operation eller åtgärd i augusti 2024



Källa: Väntetidsdatabasen

2.2 Regeringen vill ha ökad statlig styrning i arbetet med att korta väntetiderna

Tillgängligheten till vård har varit föremål för statlig styrning under de senaste decennierna.[3] Att vårdgarantin blev lagstadgad 2010 är ett led i detta, liksom införandet av Kömiljarden[4], så småningom ”den uppdaterade Kömiljarden”, liksom överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), samt flertalet myndighetsuppdrag och tillfälliga satsningar på området.

Att öka tillgängligheten och minska väntetiderna inom hälso- och sjukvården är en prioriterad fråga även för nuvarande regering. Regeringen avser att öka det nationella ansvaret för vården och vill ha en starkare statlig styrning.[5] Kompetensförsörjning, tillgänglighet och digitalisering är områden som regeringen bedömer är i behov av ett tydligare nationellt perspektiv.[6] Flera steg har tagits i denna riktning: I juni 2023 tillsatte regeringen en parlamentariskt sammansatt kommitté som bland annat ska lämna förslag på möjligheter att långsiktigt införa ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap. Utredningen, som har tagit namnet Vårdansvarskommittén, lämnar sitt slutbetänkande i juni 2025.

2.2.1 En nationell vårdförmedling ska inrättas och överenskommelserna ersätts

Regeringen har för avsikt att inrätta en nationell vårdförmedling i statlig regi.[7] Moderaterna, Kristdemokraterna och Sverigedemokraterna avsatte medel för detta redan som oppositionspartier, i det förslag till statsbudget som riksdagen röstade igenom i december 2021.[8] Vårdförmedlingen ingår även i Tidöavtalet och sedan regeringen tillträdde i oktober 2022 har avsikten att inrätta en nationell förmedling upprepats vid ett flertal tillfällen. Permanenta medel finns avsatta för genomförandet.

[3] SOU 2022:22, s. 46 f.
[4] RiR 2023:12.
[5] Se regeringsförklaringen från 2022 eller 2024 till exempel.
[6] Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för nationell vårdförmedling, S2023/02117 (delvis).
[7] Tidöavtalet: Överenskommelse för Sverige.
[8] Bet. 2021/22:FiU1, rskr.2021/22:46.

Tanken är att en nationell vårdförmedling ska kunna redovisa ledig kapacitet och patienter ska ges möjlighet att söka vård i hela landet. På så vis ska patienter snabbare erbjudas vård.

Regeringen har gett Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten i uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för nationell vårdförmedling.[9] De två myndigheterna arbetar även med ett uppdrag att genomföra insatser som stödjer och stärker patienters möjligheter att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider.[10] Regeringen har även gett E-hälsomyndigheten i uppdrag att genomföra en förstudie om hur ett nationellt vårdsöksystem kan utvecklas, organiseras och förvaltas.[11]

Utvecklingen av överenskommelserna mellan regeringen och SKR visar också på regeringens intention att öka det statliga ansvaret för hälso- och sjukvården: Den 12 december 2024 beslutade regeringen om förordning om statsbidrag till regioner för stärkt tillgänglighet och ökad vårdkapacitet inom den specialiserade hälso- och sjukvården (2024:1252), samt om förordning om statsbidrag till kommuner och regioner för utveckling av en god och nära vård (2024:1253). De båda förordningarna ersätter från och med 2025 tidigare överenskommelser mellan regeringen och SKR inom de båda områdena. Socialstyrelsen ska enligt förordningarna fördela bidragen till regionerna på det sätt som regeringen bestämmer.

Redan i arbetet kopplat till överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2024 gav regeringen Socialstyrelsen en mer central roll i arbetet. Socialstyrelsen hade även tidigare haft i uppdrag att följa upp överenskommelserna[12] men fick en ny roll från och med maj 2024, genom att även ta emot och bedöma rapporteringen från regionerna om arbetet med överenskommelserna. Det var utifrån Socialstyrelsens bedömning

[9] Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för nationell vårdförmedling, S2023/02117 (delvis).

[10] Uppdrag att genomföra insatser som stödjer och stärker patienters möjlighet att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider, S2023/02119 (delvis). Regeringen beslutade att förkorta tiden för uppdraget i maj 2024: Förkortad tid för uppdraget att genomföra insatser som stödjer och stärker patienters möjlighet att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider, S2023/02119 (delvis).

[11] Uppdrag att genomföra en förstudie om hur ett nationellt vårdsöksystem kan utvecklas, organiseras och förvaltas S2022/01372 (delvis). Uppdraget ändrades genom beslut 22 juni 2023.

[12] Uppdrag att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet S2022/01644 (delvis).

som drygt 1,2 miljarder kronor av överenskommelsens medel betalades ut i december 2024.[13]

2.2.2 Beslut om nytt ändamål visar på koppling mellan tillgänglighet och kapacitet

I december 2023 beslutade riksdagen om ett nytt ändamål för det anslag i statens budget som specifikt är avsett för insatser som kortar vårdköerna. *Kapacitet* kopplas samman med *tillgänglighet* på ett tydligt sätt:

> Anslaget [1:11 *Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna*, utgiftsområde 9] får användas för utgifter för prestationsbundna statsbidrag till regionerna för att kontinuerligt arbeta för att förbättra tillgängligheten i hälso- och sjukvården genom att korta vårdköer och väntetider samt öka vårdens kapacitet och antalet disponibla vårdplatser. Medel inom anslaget får också användas för bidrag till Sveriges Kommuner och Regioner och till myndigheter för att stödja och följa upp regionernas arbete.[14]

Den koppling som regeringen vill lyfta fram mellan kapacitet och tillgänglighet framgår även av det uppdrag som Socialstyrelsen fick i maj 2024, *Uppdrag att bidra till att stärka samt följa upp tillgängligheten och vårdkapaciteten på regional och nationell nivå*.[15] [16]

Även våra direktiv visar på förståelsen för sambandet mellan kapacitet och väntetider, se vidare i avsnitt 2.4.

2.3 Ökat anslag för att korta vårdköerna

Anslag 1:11 *Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna*, utgiftsområde 9, har vuxit stadigt de senaste åren – från cirka 3 miljarder kronor 2020–2023 till knappt 5 miljarder kronor 2024. I

[13] Se Uppdrag att följa och bedöma regionernas arbete i enlighet med överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården, S2024/01059 (delvis) samt Utbetalning av medel till regionerna i enlighet med överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2024, S2023/03331 (delvis).
[14] Prop. 2023/24:1, Utgiftsområde 9, bet. 2023/24:FiU1, rskr. 2023/24:47.
[15] Uppdrag att bidra till att stärka samt följa upp tillgängligheten och vårdkapaciteten på regional och nationell nivå, S2024/01058 (delvis).
[16] I samband med att uppdraget gavs beslutade regeringen att de två separata uppdrag som myndigheten tidigare haft inom tillgänglighet respektive kapacitetsplanering skulle upphöra. Den 1 december 2024 lämnade Socialstyrelsen en delredovisning, i form av en plan för myndighetens fortsatta arbete med uppdraget.

december 2024 beslutade riksdagen att anslaget ska uppgå till 7,5 miljarder kronor 2025. Av dessa medel är 2,5 miljarder kronor en ökning 2025 ”för ett fortsatt arbete med att öka tillgängligheten genom att korta vårdköer och väntetider samt öka vårdens kapacitet och antalet vårdplatser.”[17] Anslaget beräknas även öka 2026 och 2027 och då uppgå till cirka 4,3 respektive 4,7 miljarder kronor.[18]

Även anslag 1:6, *Bidrag till folkhälsa och sjukvård*, utgiftsområde 9, ökar 2025 jämfört med tidigare beräknade nivåer. Den del som är särskilt relevant för utredningen är ökningen av anslagsposten för inrättandet av Nationell vårdförmedling – den posten ökar med 150 miljoner kronor 2025. Totalt finns 250 miljoner kronor på anslagsposten 2025.

2.4 Förslag om statliga engångsinsatser när det nationella ansvaret för hälso- och sjukvården ökar

Regeringens inriktning, att öka det statliga ansvaret för hälso- och sjukvården, avspeglas i utredningens direktiv. Regeringen konstaterar att staten under en lång tid har riktat satsningar till huvudmännen för att påverka hälso- och sjukvården i önskad riktning – ändå har väntetiderna fortsatt att öka. Det är i detta sammanhang våra direktiv ges. Vad gäller den del av uppdraget som redovisas genom denna promemoria så ska vi:

- lämna förslag på statliga engångsinsatser som syftar till att öka en enskild regions eller samtliga regioners förutsättningar för att korta väntetiderna
- redogöra för de rättsliga förutsättningarna för staten att genomföra föreslagna engångsinsatser, och
- vid behov lämna nödvändiga författningsförslag.

[17] Prop. 2024/25:1, Utgiftsområde 9.
[18] Bet. 2024/25:FiU1, rskr. 2024/25:49.

Kopplingen mellan kapacitet och kortare väntetider, som vi skrev om tidigare i kapitlet, görs även i direktiven:

> Det bör därför utredas hur staten ska kunna genomföra riktade och tidsbegränsade engångsinsatser, tillsammans med en eller flera regioner, för att korta vårdköer och öka vårdkapaciteten utifrån regionernas behov och förutsättningar. Exempel på sådana insatser kan vara att en sjukvårdshuvudman (region) tilldelas statliga medel i syfte att tillfälligt öka den egna vårdkapaciteten eller upphandla vård från privata vårdgivare.[19]

2.4.1 Utredningens förslag till engångsinsatser kräver inga författningsändringar

Vi har strävat efter att lämna förslag som är konkreta och som snabbt kan genomföras. Vi anser därför att det är lämpligt om de förslag som lämnas kan genomföras med stöd av befintlig lagstiftning. Utredningens förslag är exempelvis utformade för att inte riskera att påverka det kommunala självstyret eller komma i konflikt med EU:s regler för statligt stöd.

Utredningen bedömer att det finns rättsliga förutsättningar att genomföra de förslag som vi lämnar i kommande avsnitt. Det har inte framkommit några rättsliga hinder för att genomföra förslagen under utredningens arbete.

2.5 Regionernas ansvar för hälso- och sjukvård och hur ersättningen för utomlänsvård fungerar

Regionerna har som huvudmän ett ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård till den som bor och stadigvarande vistas inom regionen. Regionen ska även erbjuda öppen vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård. En sådan patient omfattas inte av regionens vårdgaranti enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. I övrigt ska vården ges på samma villkor som de villkor som gäller för de egna invånarna. Om någon som vistas inom regionen utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- och sjukvård, ska regionen erbjuda sådan vård. Regionen får också i andra fall erbjuda hälso- och sjukvård åt den som omfattas av

[19] Dir. 2024:50.

en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård, om regionerna kommer överens om det, eller om det är fråga om nationell högspecialiserad vård.

Regionerna ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionernas ansvar för hälso- och sjukvård, 7 kap. 2 § HSL.

Regionerna får med bibehållet huvudmannaskap sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen ansvarar för, 15 kap. 1 § HSL.

Som huvudregel gäller att patientens hemregion ska ersätta kostnaden för vård som en annan region har utfört enligt 8 kap. 3 § 2 st. HSL. HSL reglerar inte frågor som samverkan mellan regioner om hälso- och sjukvård, hur den samverkan ska genomföras, hur betalning för utförda tjänster ska beräknas och hur ersättning ska utgå till vårdgivande region och privat vårdgivare med kontrakt med region. Den typen av frågor regleras i stället i riksavtal för utomlänsvård och kommentarer från SKR[20], regionavtal inom sjukvårdsregionerna, mellanlänsavtal eller i avtal med privata och idéburna vårdgivare.

2.6 Patienten ska få möjlighet att välja utförare av vård

Enligt 9 kap. 1 § patientlagen (2014:821) ska en patient som omfattas av en regions ansvar för hälso- och sjukvård få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård. Det gäller både inom hemregionen och om patienten väljer att söka vård i en annan region. Det innebär att hemregionen inte har möjlighet att påverka patientens val genom att kräva betalningsförbindelser eller godkännande i förväg.[21] Patienten har möjlighet att antingen välja en offentlig eller en privat utförare, så länge denna har avtal med regionen.

[20] Riksavtal för utomlänsvård och kommentarer, med giltighet fr.o.m. den 1 januari 2015, Sveriges kommuner och landsting.
[21] Prop. 2013/14:106, s. 87–88.

2.7 Patienten ska få information om vårdgivare och vårdgaranti

Enligt 3 kap. 2 § 1 p. patientlagen ska patienten få information om möjligheten att välja behandlingsalternativ samt vårdgivare och utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård. Av 3 kap. 2 § 5 p. patientlagen framgår att patienten även ska få information om vårdgarantin. När bestämmelsen om informationsskyldighet infördes i HSL uttalade regeringen följande i prop. 2009/10:67 *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*:

> I kravet på att ge patienten individuellt anpassad information om vårdgarantin ligger att - utifrån vad situationen i det enskilda fallet kräver - informera om både innehållet i och innebörden av vårdgarantin samt om det kan förväntas att patienten kan ges besök eller åtgärd inom de tidsgränser som följer av vårdgarantin. Av detta följer att patienten ska ges information om eventuell väntetid för besök eller åtgärd. Information om den aktuella kösituationen i landstinget i någon mer allmän mening är dock inte relevant i detta sammanhang.
>
> Om det bedöms att landstinget inte kommer att klara att upprätthålla de tidsgränser som följer av vårdgarantin ligger det vidare i informationskravet att patienten ska informeras om detta liksom om de åtgärder som landstinget avser att vidta, bl.a. hur man ska fullgöra skyldigheten att se till att patienten kan ges vård hos någon annan vårdgivare (se mer om denna skyldighet i avsnitt 6.5).
>
> Informationsskyldigheten gäller under hela vårdförloppet, dvs. inte endast vid den första kontakten med patienten. Om det av någon anledning uppkommer en situation som påverkar väntetiden till vård ska patienten informeras om detta.[22]

När patientlagen infördes 2015 flyttades bestämmelsen om informationsskyldighet över till den. I samband med införandet uttalade regeringen följande:

> Individuellt anpassad information i en aktuell vårdsituation är det som ger störst effekt för att i praktiken genomföra vårdgarantin och hjälpa patienten att utnyttja garantin eller sina valmöjligheter. Att informera handlar även om att vägleda patienterna så att de kan få den praktiska hjälp som behövs för att de ska kunna ta till vara sina möjligheter. Regeringen anser därför att det är problematiskt att allmänheten och patienterna inte har tillräcklig information om valmöjligheter och

[22] Prop. 2009/10:67, s. 49.

vårdgarantin. Mot bakgrund av detta är det angeläget att en bestämmelse om skyldigheten att informera patienten om möjligheten att välja vårdgivare och utförare och om vårdgarantin tas in i den nya patientlagen.[23]

[23] Prop. 2013/14:106, s. 50.

3 Förslag på engångsinsatser för att korta väntetiderna

Utredningen föreslår engångsinsatser som syftar till att korta väntetiderna i vården. Insatserna presenteras i kommande avsnitt och är indelade i tre områden:

- Särskilda satsningar på några utvalda diagnosområden (avsnitt 3.2)
- Insatser för att bättre utnyttja befintlig kapacitet i vården (avsnitt 3.3)
- Fasa ut åtgärder som inte bör göras (avsnitt 3.4).

Medan det första området handlar om specifika grupper av patienter, är de två senare sådana som kan förbättra förutsättningarna att korta väntetiderna inom flera delar av vården. Avsikten är att förslagen ska ses som en helhet och att de kompletterar varandra.

3.1 Behovsstyrd vård som utgångspunkt för våra engångsinsatser

Den som har störst behov av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.[24] Regeringen bedömer att det är angeläget att den statliga styrningen i högre grad bidrar till målet att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet. Det är också angeläget att hälso- och sjukvården lever upp till de krav som framgår av HSL och patientlagen (2014:821) på en

[24] 3 kap 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.

lätt tillgänglig vård som tillgodoser trygghet, kontinuitet och säkerhet, samtidigt som behovsprincipen respekteras.[25]

Behovsprincipen är central för utredningens arbete, vilket inte minst tar sig uttryck i det namn som utredningen valt, Behovsstyrd vård. Tre principer som riksdagen har beslutat om är också ledande för våra vägval: människovärdesprincipen, behovssolidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen.[26] De tre principerna utgör tillsammans en etisk plattform som ska ligga till grund för prioriteringar i hälso- och sjukvården. Det finns inte någon detaljerad vägledning för hur prioriteringar ska göras inom vården, men plattformen anger en inriktning och ger förutsättningar för mer medvetna ställningstaganden.[27]

Det är samtidigt inte självklart att utgå från behovssolidaritetsprincipen som enda grund till prioriteringar i hälso- och sjukvården, eftersom det kan leda till att oproportionerligt stora resurser läggs på en viss patientgrupp. Bedömningen av patientens behov av vård kan inte heller endast omfatta det aktuella hälsotillståndet – hänsyn måste också tas till om det finns en risk för framtida ohälsa. Vidare behöver åtgärder som innebär höga kostnader eller stora organisatoriska krav vila på mycket stor säkerhet i bedömningen av patientnytta för att ges högre prioritet.[28]

Enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys erbjuder den nationella statistiken begränsade möjligheter att analysera om resurserna fördelas efter behov och hur väl behoven tillgodoses i olika sjukdomsgrupper.[29] Myndigheten konstaterar att en indikator som kan vara till hjälp för att analysera om vård ges efter behov är att mäta väntetider. Vidare kan uppgifter om väntetider ge insikter om att patienter med sjukdomar där behoven generellt är stora väntar betydligt längre på behandling jämfört med patienter med sjukdomar där behoven generellt är mindre.[30] Detta konstaterande är något som vi tagit till oss i valet av diagnosområden nedan.

---

[25] Dir. 2024:50.
[26] Människovärdesprincipen innebär att alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. Behovssolidaritetsprincipen innebär att resurserna bör fördelas efter behov. Kostnadseffektivitetsprincipen bör tillämpas först sedan de två första använts. Bet. 1996/97:SoU14.
[27] Prop. 1996/97:60, s. 19.
[28] Carlsson & Waldau (Redaktörskap) 2013.
[29] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2020.
[30] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2020.

3.2 Riktade insatser för att korta väntetiderna där förslagen kan göra skillnad för många patienter

Utredningens förslag: En engångsutbetalning av medel till samtliga regioner i syfte att ge fler patienter tillgång till vård och därmed korta väntetiderna. Utbetalningen görs i slutet av året och är direkt kopplad till antalet utförda operationer av höftledsprotes, framfall och grå starr inom respektive region. Genom att möjliggöra för fler patienter att opereras, av offentliga eller privata vårdgivare, kortas väntetiderna – även för patienter med stora vårdbehov som behöver få sin operation utförd på sjukhus.

Förslaget innebär en satsning på att fler patienter får den vård de behöver vad gäller:

- operation av höftledsprotes
- operation av framfall
- operation av grå starr.

Utredningens bedömning är att valet av diagnosområden kan motiveras utifrån att dessa präglas av långa väntetider. Köerna byggdes upp under pandemin då vård som inte var akut behövde skjutas upp – hit hör bland annat dessa operationstyper. Det är också stora grupper av patienter som drabbas. I många fall riskerar tillstånden hos dessa patienter att förvärras endast på grund av väntan på vård. Att inte vidta relativt okomplicerade åtgärder, som att utföra dessa operationer, kan leda till allvarligare tillstånd som kräver mer av vårdens resurser. Förslaget kan leda till stor patientnytta med relativt begränsade medel.

Vårt förslag går ut på att satsningen kombineras med åtgärder för att bättre utnyttja befintliga samordnande funktioner, vilket vi redogör för i avsnitt 3.3.

3.2.1 Insatser som kombinerar de offentliga vårdgivarnas kapacitet med de privata och idéburnas

Höftprotesoperation, framfallsoperation och operation av grå starr handlar i många fall om ingrepp som inte kräver akutsjukhusens resurser. Operationstyperna är sådana som privata och idéburna vårdgivare menar att de skulle kunna utföra fler av, vilket kunde leda till kortare vårdköer. Utredningen konstaterar att en summa pengar från staten kan göra skillnad för att korta väntetiderna inom dessa diagnosområden, bland annat med hjälp av privata vårdgivare.

Det lyfts ofta fram att privata vårdgivare ägnar sig åt ingrepp på relativt sett friskare patienter. Denna farhåga är också något som framgår av våra direktiv och som vi särskilt har haft i åtanke vid val av diagnosområden.

Regionerna kan genom vårt förslag välja att utföra operationerna i egen regi, inklusive diagnostiska och rehabiliterande åtgärder, men om den egna kapaciteten inte räcker till kan regionerna utnyttja de avtal som finns med privata vårdgivare. Om privata vårdgivare tar hand om en del av de ”enklare” patienterna frigörs samtidigt kapacitet för sjukhusen att ta hand om dem som har mer komplexa behov.

Sammantaget bedömer utredningen att argumenten för att välja ut några diagnosområden som särskilt lämpade för engångsinsatser överväger motargumenten.

Viktiga skillnader i vårt förslag jämfört med tidigare Kömiljardsatsningar

Vårt förslag skiljer sig från tidigare satsningar för att korta vårdköerna, som Kömiljarden och den från 2019 nya, uppdaterade Kömiljarden. Det handlade i de fallen om att regionerna skulle hantera en viss andel av patienterna inom en viss tidsperiod, respektive ha kortat sina väntetider jämfört med föregående år. Sådana satsningar har kritiserats, bland annat av Riksrevisionen, och även regeringen har lyft fram dess brister. En uppenbar risk med den typen av satsningar är att undanträngningseffekter uppstår: köerna kortas inom de områden som prestationsbaserade medel utgår för, men växer i stället inom andra.

Vårt förslag innebär en direkt korrelation mellan antalet utförda operationer och utbetalning av medel. Eftersom det handlar om en engångsutbetalning bedömer vi risken som lägre att undanträngningseffekter uppstår, i form av att andra diagnosområden prioriteras ned inom regionen, jämfört med tidigare prövade prestationsmodeller. Detsamma gäller risken för att personal flyttar från offentlig till privat sektor – eftersom det handlar om en begränsad insats under en viss tid bedömer vi risken för personalövergång som låg. Risken blir också lägre av att regionerna kan välja att utföra operationerna i den egenägda vården.

Inte minst bedömer vi att förslaget på engångsinsats kan bli effektivt i kombination med förbättrade arbetssätt och ökat utnyttjande av avtal, som vi redogör för i avsnitt 3.3.

3.2.2 Utvalda diagnosområden där statliga engångsinsatser kan göra tydlig skillnad

Många väntar länge på operation av sin höftled

Mellan augusti 2023 och augusti 2024 hade varje månad i genomsnitt drygt 1 700 personer väntat längre än 90 dagar på sin höftprotesoperation. En del av dem som väntar på operation är äldre, men det finns även många i arbetsför ålder. Oavsett vilket så vittnar många om stort lidande i väntan på vård. Samtidigt visar en undersökning från Försäkringskassan att var fjärde sjukskriven med besvär i rörelseorgan, som höfter eller knän, anger att de hade kunnat arbeta tidigare om de fått vård snabbare.[31] Forskning visar också att väntan i vårdkö, med sjukskrivning som följd, ökar risken för att inte komma tillbaka till jobbet alls.[32]

Under hösten 2024 har media rapporterat om orättvisor i väntetider på vård och om hur de som är sjukast får vänta längre – inte minst just på sin höftprotesoperation. Utredningen konstaterar att skillnader i väntetider för operation är stora – mellan regioner men också mellan sjukhus och andra vårdgivare inom en och samma region. Skillnaderna är i vissa fall även stora mellan närliggande regioner: I Region Västerbotten, Norrbotten och Jämtland

[31] Försäkringskassan 2024.
[32] Godøy m.fl. 2024.

Härjedalen hade till exempel i augusti 2024 70 procent av patienterna väntat längre än 90 dagar på en höftprotesoperation. Motsvarande andel var endast 20 procent i Region Västernorrland.

Det är även stora skillnader mellan olika patientgrupper: I Stockholm går det (i oktober 2024) till exempel att få tid till en offentligt finansierad höft- eller knäoperation inom en till sex veckor. Detta gäller dock endast så kallade ”enkla” patienter som inte bedöms behöva tillgång till vårdplats eller intensivvård. Patienter med större vårdbehov, som har underliggande sjukdomar eller mer komplicerade ledproblem, behöver däremot få sin operation utförd på sjukhus. För dessa patienter är väntan på operation längre.

Sett över hela landet hade i augusti 2024 drygt 50 procent av patienterna väntat längre än 90 dagar på sin höftprotesoperation. Andelen var ungefär densamma för kvinnor som för män. Totalt i hela landet väntade 3 019 kvinnor och 2 093 män på höftprotesoperation i augusti 2024.

Stort lidande och lång väntan på operation av framfall

Mellan augusti 2023 och augusti 2024 hade varje månad i genomsnitt 1 200 kvinnor väntat längre än 90 dagar på sin operation av framfall. Väntan på bedömning och eventuellt beslut om operation av framfall är ofta lång och svår. Många drabbade kvinnor upplever dessutom att ämnet är känsligt och svårt att prata om.

Även vad gäller denna typ av operation så varierar väntetiderna mellan regionerna och även mellan vårdgivare inom en och samma region. I Region Skåne respektive i Region Jämtland Härjedalen hade 70 respektive 75 procent av patienterna väntat längre än 90 dagar på sin operation av framfall i augusti 2024. Även i Region Norrbotten, Västerbotten och Västernorrland exempelvis är väntetiderna långa – där hade samma månad cirka 60 procent av patienterna väntat längre än 90 dagar på sin operation. I andra regioner är vänteläget ett annat: I Region Sörmland hade exempelvis 22 procent av patienterna väntat längre än vårdgarantins gräns i augusti 2024, i Region Halland 30 procent och i Region Stockholm 39 procent.

Sett över hela landet hade i augusti 2024 59 procent av patienterna (1 594 personer) väntat längre än 90 dagar på sin operation. Totalt var det 2 685 kvinnor som väntade på sin operation av framfall i augusti 2024. Ungefär hälften av dessa var 65 år eller äldre.

Många väntar länge på en operation som gör stor skillnad – grå starr

Mellan augusti 2023 och augusti 2024 hade varje månad i genomsnitt 4 500 personer väntat längre än 90 dagar på sin operation av grå starr.

Grå starr är en ögonsjukdom som gör att ögats lins blir grumlig. När sjukdomen försämrat synen så att det dagliga livet försvåras kan en operation bli aktuell. Då byts linsen ut mot en konstgjord lins av plast. För de patienter som inte har några ytterligare ögonsjukdomar medför operationen en synförbättring för mer än 90 procent.[33]

Även vad gäller den här typen av operation så varierar väntetiderna mellan regionerna: i Region Stockholm hade endast sju procent av patienterna väntat längre än 90 dagar. I Västerbotten hade i stället 70 procent väntat längre än 90 dagar. I de närliggande regionerna Västernorrland respektive Jämtland Härjedalen var motsvarande andelar endast 37 respektive 38 procent. I landet i stort var motsvarande siffra 41 procent – andelen var ungefär densamma för kvinnor som för män. Totalt väntade 6 310 män och 8 483 kvinnor på operation av grå starr i augusti 2024.

Grå starr är en åldersrelaterad sjukdom och befolkningens åldersfördelning spelar därför roll för hur många operationer som behövs i en region. Mer än hälften av landets operationer av denna typ utförs av privata vårdgivare och under 2023 utfördes cirka 11 procent av alla operationer utanför patientens hemregion. [34] En fördel med att välja ut diagnosområdet grå starr som föremål för en engångsinsats är att ingreppet vanligen inte kräver operationssjuksköterskor, som det generellt råder brist på.

[33] Synskadades riksförbund, https://www.srf.nu/synskador/diagnoser/katarakt-gra-starr/ (hämtat 2024-11-28).
[34] Nationella Kataraktregistret 2023.

3.2.3 Uppskattade kostnader för förslaget om ersättning för antalet utförda operationer

Som framgått ovan handlar insatsen om att en engångsutbetalning av medel görs till samtliga regioner i slutet av året. Utbetalningen är enligt förslaget i direkt relation till antalet utförda operationer av höftledsprotes, framfall och grå starr inom respektive region.

Vi bedömer att kostnaderna för att ersätta regionerna för de utförda operationstyperna uppgår till cirka 284 miljoner kronor. Till detta tillkommer utgifter för resor och andra omkostnader med cirka 30 miljoner kronor. Den uppskattade fördelningen av kostnaderna ser ut som följer:

- 177 miljoner kronor för ersättning för operationer av höftledsprotes,
- 42 miljoner kronor för ersättning för operationer av framfall och
- 65 miljoner kronor för ersättning för operationer av grå starr.

I de uppskattade kostnaderna är hänsyn tagen till bedömningsbesök, eventuell medicinsk service, eventuell slutvårdsrehabilitering samt postoperativt besök. Vi har i våra beräkningar utgått från en ungefärlig kostnad för operationer utförda i offentlig regi. För ytterligare detaljer, se bilaga 2.

Medel föreslås fördelas efter regionernas invånarantal, men även efter vårdbehov

Utredningens förslag är att varje region tilldelas en viss andel av totalsumman på 314 (284+30) miljoner kronor. Från varje regions andel utgår sedan ersättning för de utförda operationerna. Vid fördelning av medel till regionerna föreslår vi att hänsyn, utöver invånarantal, även tas till standardkostnaden för hälso- och sjukvården.

En regions standardkostnad[35] för hälso- och sjukvård beräknas bland annat utifrån befolkningens vårdbehov, till exempel andelen äldre invånare, merkostnader för hälso- och sjukvård till följd av befolkningens bosättningsmönster, samt merkostnader för små

[35] Se förordning om kommunalekonomisk utjämning (2004:881).

regioner. Syftet med kostnadsutjämningen är att jämna ut för de kostnads- och behovsskillnader som regionerna inte kan påverka.

Vi föreslår att fördelningen av medel tar hänsyn till regionernas standardkostnad eftersom det ger en mer rättvisande bild av behovet av vård i regionen, jämfört med det vanligaste tillvägagångssättet, att endast fördela medel i relation till invånarantalet i regionen. Detta bland annat mot bakgrund av att de diagnosförlopp vi föreslår är åldersrelaterade. Befolkningens åldersfördelning påverkar därför hur många operationer som behöver utföras. Under 2023 var exempelvis medelåldern för primär elektiv höftprotes 69 år.[36]

3.3 Insatser för att bättre utnyttja befintlig kapacitet och ge fler patienter vård i tid

Utredningen föreslår nedan två engångsinsatser som syftar till att bättre utnyttja tillgänglig kapacitet och befintliga avtal i hälso- och sjukvården. Vi menar att dessa insatser kan leda till att fler patienter får vård i tid och att väntetiderna kortas.

Avsikten är att insatserna ska komplettera de förslag som pågående regeringsuppdrag kan mynna ut i, inte minst de förslag som rör den nationella vårdförmedlingen.

Utredningens förslag: Utbetalning av medel till samtliga regioner för att förstärka respektive regions vårdgarantifunktion. Syftet är att regionerna i högre utsträckning än i dag ska erbjuda väntande patienter vård hos en annan vårdgivare, med fördel inom de utvalda diagnosområdena höftprotesoperation, operation av framfall samt grå starr.

Utredningens förslag innebär att regionerna får ökade resurser för att utveckla ett mer strukturerat arbetssätt för att vid behov hänvisa väntande patienter till en vårdgivare med ledig kapacitet, offentlig eller privat sådan. Med väntande patienter avser vi patienter som inte bedöms få sin operation eller åtgärd utförd inom vårdgarantins gräns om 90 dagar, eller som redan väntat längre än 90 dagar. Medlen kan med fördel användas till insatser inom de diagnosområden som vi

[36] Svenska Ledprotesregistret. Årsrapport 2024.

föreslår för riktade insatser i avsnitt 3.2 – detta kan ytterligare korta väntetiderna inom de områdena.

Vårdgivaren som hänvisas till kan finnas inom den egna regionen, men det kan också handla om att förmedla patienter till andra regioner. Syftet är att bättre utnyttja tillgänglig vårdkapacitet och på så vis korta väntetiderna. I arbetet med att utveckla arbetssättet vid funktionerna ingår även att höja kunskapsnivån om de avtal som finns med privata vårdgivare.

Regionerna kan i sitt arbete särskilt beakta den rutin som Västra Götalandsregionen har tagit fram för att se till att patienter får vård inom vårdgarantins gränser.

Utredningen föreslår även ett regeringsuppdrag till Upphandlingsmyndigheten. Det finns administrativa hinder som gör att regionerna inte använder sig av fullt ut av tillgänglig kapacitet i upphandlade vårdavtal.

Utredningens förslag: Uppdrag till Upphandlingsmyndigheten att stödja regionernas arbete med att identifiera och minska administrativa hinder som försvårar användningen av upphandlade avtal inom hälso- och sjukvården.

3.3.1 Befintlig kapacitet i vården kan utnyttjas bättre

Såväl huvudmän som privata vårdgivare har lyft fram till utredningen att det finns svårigheter kring att effektivt använda befintlig kapacitet i vården.[37] Många patienter väntar längre på vård än vad de skulle behöva göra. Detta trots flera nationella initiativ och statliga insatser, stimulansmedel via överenskommelser, samt lagstiftning inom området.

[37] Se även Vårdföretagarna, *Nationellt initiativ för verkställd vårdgaranti*, https://www.vardforetagarna.se/nationellt-initiativ-for-verkstalld-vardgaranti/ (hämtad 2024-12-11) och Vårdföretagarna, *Väntetider längre än vårdgarantin inom den planerade specialistvården*, *oktober 2024* https://www.vardforetagarna.se/vardskulden/ (hämtad 2024-12-11).

Tre steg för att hitta kapacitet till väntande patienter

Regionerna har en skyldighet att informera om vårdgarantin och att erbjuda vård inom vårdgarantins tidsgränser till patienter som omfattas av regionens ansvar. Regionerna är även skyldiga att se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten, i de fall tidsgränserna i vårdgarantin inte kan uppfyllas.[38] Vi har fått en modell beskriven för oss som delar in regionernas arbete i tre steg:[39]

- Steg 1 är att kontrollera om det finns kapacitet hos någon annan offentlig vårdgivare inom regionen.
- Steg 2 är att kontrollera om regionen har några samarbeten med andra regioner där det finns ledig kapacitet hos offentlig vårdgivare, eller om det finns ledig kapacitet hos de privata vårdgivare som den egna regionen har avtal med.
- Steg 3 är att kontrollera om någon annan region har avtal med privata vårdgivare som regionen kan använda sig av. Vanligen sker det då först inom sjukvårdsregionen eller med någon annan region som regionen samarbetar med. I sista hand kontrolleras hela Sverige.

Denna modell bekräftas av våra referensgrupper, samt våra experter från berörda organisationer. Utredningen är av uppfattningen att det finns olika hinder som gör att processen, särskilt under steg 2 och 3 ovan, inte fungerar så bra som den skulle kunna göra. Detta utvecklas i kommande avsnitt.

Vårdgarantifunktionen ska kontrollera om det finns ledig kapacitet hos någon annan vårdgivare

Majoriteten av regionerna har en central vårdgarantifunktion med samordnande ansvar. När en sådan funktion finns – under benämningar som exempelvis vårdgarantikansli, vårdlots, kögeneral eller tillgänglighetsfunktion – så är det vanligen den funktionen som

[38] Se 3 kap. 2 § patientlagen och 9 kap. 2 § HSL.
[39] Modellen syftar till att ge en övergripande bild över hur regionerna arbetar, avvikelser kan förekomma.

gör kontrollerna av tillgänglig kapacitet enligt trestegsmodellen ovan.[40]

Vårt förslag för mer strukturerade arbetssätt riktar sig därför till denna funktion. Det förslag till engångsinsats som vi lämnar för att stärka vårdgarantifunktionerna är till nytta för alla tre stegen i modellen.

Vi bedömer att ett mer strukturerat arbetssätt, bättre kunskap om vårdgarantin och patienters rättigheter, samt högre kännedom om ledig kapacitet i vården behövs på respektive regions vårdgarantifunktion. Till det senare hör även ökad kunskap om avtal med privata vårdgivare. Samtidigt behöver informationen till patienterna om vårdgarantin förbättras.

Kapaciteten i vården kan utnyttjas mer genom förbättrade arbetssätt och höjd kunskapsnivå i arbetet med de tre stegen

Det finns flera utmaningar som är kända sedan tidigare, som försvårar arbetet med att utnyttja befintlig kapacitet och nå kortare väntetider i vården. En sådan utmaning är brister i data för väntetider, en annan är brister i kunskap hos medarbetare om patienters rättigheter i förhållande till vårdgarantin. En tredje är att patienter ofta inte heller känner till sina rättigheter – men att de förväntas och behöver göra det för att snabbare få vård. Dessa utmaningar riskerar att försvåra för samtliga tre steg i den process som vi beskriver ovan, inklusive det första steget, som handlar om att kontrollera om det finns kapacitet hos någon annan offentlig vårdgivare inom den egna regionen.

Risk för felaktig bild av kösituationen om data inte stämmer

Regionerna ska enligt hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) uppfylla sin rapporteringsskyldighet enligt HSL genom att lämna uppgifter om väntetider till SKR:s väntetidsdatabas.[41] Riksrevisionen har tidigare kritiserat denna ordning eftersom SKR i detta fall används som en myndighet trots att det är en privaträttslig

[40] I de fall en sådan funktion saknas så görs kontrollerna av tillgänglig kapacitet inom linjeorganisationen, hos den vårdgivare som saknar ledig kapacitet.
[41] 6 kap. 3 § hälso- och sjukvårdsförordningen samt 9 kap. 3 § HSL.

organisation, som till exempel inte omfattas av reglerna om offentlighet och sekretess.[42] Statistiken som SKR tar fram omfattas inte heller av de kvalitetskriterier som finns för Sveriges officiella statistik. I lagen om den officiella statistiken (2001:99) finns särskilda kvalitetskrav om bland annat noggrannhet och jämförbarhet.

I överenskommelser om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården har staten och SKR kommit överens om kriterier för regionernas inrapportering till väntetidsdatabasen för att den ska kunna fylla sin funktion i förhållande till vårdgarantin. Ett kriterium har till exempel varit att svarsfrekvensen för rapportering av patienter som väntar på vård och faktisk väntetid ska uppgå till minst 95 procent varje månad under hela året.[43] Kriterier i en överenskommelse är dock inte tvingande för regionerna och kan inte likställas med till exempel en rättsligt bindande föreskrift. Detta har bland annat tidigare konstaterats av Utredningen om statens samverkan med kommunsektorn.[44]

Det ingår inte i vårt uppdrag att utreda hur data för väntetider kan utvecklas eller samordnas bättre mellan regionerna. Vi kan dock konstatera att om väntetider rapporteras in på olika sätt från olika vårdgivare eller regioner så ger det en felaktig bild av kösituationen och av var det finns ledig kapacitet. Detta kan i sin tur leda till att kapacitet inte utnyttjas och att patienter förblir väntande i stället för att få vård.

Informationen om vårdgarantin behöver förtydligas och nå ut till fler patienter

Utredningen konstaterar att regionerna genom sina vårdgarantifunktioner snarare uttrycker att de *stödjer* processen med att hänvisa patienter vidare, när patienten åberopar vårdgarantin – än att regionen själv bär ansvaret för att tillgodose patientens behov.

Tillgänglighetsdelegationen lyfte fram att regionernas vårdgarantifunktioner ofta förväntar sig att patienten tar initiativ till kontakt för att åberopa vårdgarantin. *Projekt hänvisning* visade att det i många regioner saknas rutiner för att informera och stödja

[42] Riksrevisionen, RiR 2017:3.
[43] Se till exempel s. 9 i överenskommelse Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2024.
[44] SOU 2024:43.

väntande patienter om rätten att bli hänvisade till vård hos annan vårdgivare, när väntan riskerar att bli för lång. Vidare har medarbetare ofta inte tillräcklig kunskap om patienters rätt att bli hänvisade vidare.[45] Skillnader i väntetider inom en och samma region och även mellan närliggande regioner, som vi redogör för i avsnitt 3.2, tyder på att samverkan kan bli bättre kring väntande patienter.

Utredningen konstaterar att det finns allmän information om vårdgarantin på 1177.se[46] och i flera regioner finns ytterligare information om vårdgarantin hos vårdgivarna. Ändå är rätten att åberopa vårdgarantin okänd för många patienter. Vår bedömning är att informationen om vårdgarantin behöver förtydligas och nå ut till fler patienter. Det handlar både om rätten att åberopa vårdgarantin och informationen om det fria vårdvalet, när väntetiden överstiger garantins tidsgränser. Tydlig information till patienterna om deras rättigheter stärker möjligheterna för dem att agera och att snabbare få vård.

Viktigt med årliga behovsanalyser för att kunna erbjuda fler patienter vård hos annan vårdgivare

För att planera och utföra en god vård är det särskilt viktigt att regionen gör en noggrann analys av vårdbehoven och kapaciteten för olika medicinska vårdområden i regionen.[47] Om regionen tidigt planerar för och hänvisar flöden av väntande patienter till andra vårdgivare kan regionen bättre möta invånarnas behov. Detta kan exempelvis göras genom behovs- och kapacitetsplaneringsanalyser, som många regioner redan genomför. I dag används dock dessa analyser vanligen för schemaläggning och resursplanering, men inte för att aktivt erbjuda väntande patienter vård någon annanstans.[48]

Bedömningar av vårdkapaciteten sker snarare på verksamhets- och avdelningsnivå än på regionnivå. I många regioner saknas en helhetsbild av tillgänglig kapacitet, vilket gör det svårare att planera för vårdbehoven på längre sikt.[49] En behovsanalys som genomförs

[45] Sveriges Kommuner och Regioner 2022.
[46] 1177 är ett samarbete mellan Sveriges regioner. På hemsidan 1177.se samlas kunskap och tjänster inom hälsa och vård. 1177 är även ett telefonnummer för sjukvårdsrådgivning.
[47] Socialstyrelsen 2018.
[48] Socialstyrelsen 2024 och Palmgren & Eklund 2014.
[49] Socialstyrelsen 2018.

årligen, på regionnivå, ökar möjligheten för regionerna att kunna avgöra vilka patienter eller patientflöden som inte kommer att få vård inom vårdgarantins gränser och som därmed bör erbjudas vård hos en annan vårdgivare, offentlig eller privat, med bättre tillgänglighet.

Mer strukturerade arbetssätt i vårdgarantifunktionerna, enligt vårt förslag ovan, kan leda till bättre resultat inom detta område.

Vårdgarantiservice i Västra Götalandsregionen kan inspirera vårdgarantifunktioner i andra regioner

Västra Götalandsregionen har en vårdgarantiservice, som bland annat arbetar med att tidigt nå och informera patienter om vårdgarantin och möjligheterna att få vård hos en annan vårdgivare. Funktionen stöttar även och utbildar sjukhusen i dessa frågor.

Vårdgarantiservice gör årliga behovsanalyser och har tagit fram en ”regional rutin för leveransplaner,” för att koordinera flöden av patienter till vårdgivare med bättre tillgänglighet, inom eller utanför den egna regionen. Syftet med leveransplanerna är att de ska utgöra ett stöd för sjukhusförvaltningar och leverantörer i arbetet med att erbjuda patienter vård inom vårdgarantins gränser. Västra Götalandsregionens rutin har resulterat i att cirka 50 000 - 55 000 väntande patienter har erbjudits vård hos andra vårdgivare med bättre tillgänglighet.[50]

Utredningen bedömer att vårdgarantiservice i Västra Götalandsregionen kan tjäna som inspiration för vårdgarantifunktioner i andra regioner i arbetet med att koordinera flöden av patienter till vårdgivare med bättre tillgänglighet, inom eller utanför regionen. Regionens rutin för leveransplaner kan utgöra utgångspunkt för andra när de tar fram underlag för den långsiktiga planeringen av regionens kapacitet.

[50] Västra Götalandsregionens redovisning av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2024.

Steg 2 och 3 i modellen för att hitta ledig kapacitet: Det finns avtal med privata vårdgivare men de används i många fall inte

Regionerna har hundratals avtal med privata vårdgivare

Regionerna har sammanlagt över 500 avtal som är upphandlade enligt lagen om offentlig upphandling (2016:1145), LOU, och lika många som är upphandlade enligt lagen om valfrihetssystem (2008:962), LOV.[51] Avtalen är tecknade med privata vårdgivare.[52]

LOU-upphandlade vårdområden finns i princip inom alla medicinska specialiteter, men vanliga vårdområden där regionerna ingått avtal med privata vårdgivare är ortopedi, dagkirurgi, öron-, näsa- och halssjukdomar, urologi och gynekologi. Avtalen mellan regionerna och privata vårdgivare kan se ut på olika sätt. Därför skiljer det sig även åt hur en enskild patient kan få sin offentligt finansierade vård utförd av en privat vårdgivare. Ett exempel på avtal som är vanligt förekommande är vårdgarantiavtal (även benämnt kökapningsavtal eller tillgänglighetsavtal). Dessa avtal gäller som huvudregel för en viss volym, även om det också förekommer avtal utan tak, det vill säga utan gränser för exempelvis antal operationer eller att vård får upphandlas för ett visst belopp.[53]

[51] SOU 2021:80, s. 493.
[52] Sedan januari 2023 är det möjligt för idéburna organisationer som bedriver offentligt finansierad välfärdsverksamhet att kunna registrera sig i ett särskilt register. Registreringen är frivillig och upphandlande myndigheter, som regioner, ges möjlighet att reservera rätten att delta i upphandlingar av vissa välfärdstjänster till idéburna organisationer.
[53] SOU 2021:80, s. 217.

Exempel på utformningen av avtalen i regionerna

Regionerna i Västra sjukvårdsregionen[54] har träffat ett samverkansavtal som innebär att invånarna fritt kan välja vårdgivare inom primärvård, länssjukvård och specialisttandvård vid vårdenheter inom sjukvårdsregionen. Båda regionerna i sjukvårdsregionen, Västra Götaland och Halland, har avtal med privata vårdgivare. Region Västra Götaland har ett 20-tal avtal med privata vårdgivare som kallas för tillgänglighetsavtal. För att få vård utifrån dessa avtal behöver patienten ett underlag om att vård inte kan ges i hemregionen inom garantitiden. På motsvarande sätt har Region Halland 30 vårdgarantiavtal inom områdena ögon, allmän ortopedi, hjärtsjukvård och urologi. De privata vårdgivarna kan ge vård om regionens mottagning inte kan ta emot patienten inom vårdgarantins gränser.
Region Skåne har 47 vårdgarantiavtal. Dessa liknar varandra i utformning och har tecknats med privata vårdgivare inom och utanför regionen. De nu gällande avtalen tecknades under våren 2024 efter en upphandling där alla vårdgivare som uppfyllde kraven fick teckna avtal med regionen. Syftet med avtalen är att bidra till att vårdgarantin kan uppnås. Region Skåne har strävat efter att få tillgång till vårdgivare med många olika specialiteter som kan behandla patienter om tidsgränserna i vårdgarantin inte kan hållas. Avtalen innebär inte att privata vårdgivare garanteras något visst antal patienter.

Enligt 9 kap. 1 § patientlagen ska en patient som omfattas av en regions ansvar för hälso- och sjukvård inom eller utom denna region få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård. Det påverkar regionernas utformning av sina upphandlingar, då det i princip innebär att regionerna måste utforma avtalen så att vård kan ges till patienter från andra regioner.[55]

[54] Västra Götalandsregionen och de norra kommunerna i Region Halland bildar tillsammans Västra Sjukvårdsregionen.
[55] SOU 2021:59, s. 169–170.

Det finns tre huvudsakliga skäl till att avtalen inte används

Regionerna har alltså en mängd avtal med privata vårdgivare. Under utredningens gång har det blivit allt tydligare att dessa avtal skulle kunna användas i högre utsträckning – detta gäller såväl regionens egna avtal, som de avtal som andra regioner ingått med privata vårdgivare. Vi menar att det finns stora fördelar att vinna för patienterna i deras väntan på vård, om dessa avtal utnyttjades i större utsträckning och på det sätt som avsågs när de tecknades.

Det är framför allt tre skäl som framförts till att avtalen inte används mer:

Det första skälet är ekonomiskt. Vissa regioners ekonomiska situation gör att regionen hellre väljer att ställa patienter i kö, än att använda sig av tillgängliga avtal.

Det andra skälet är bristande kunskap. De personer som har möjlighet att påverka att en enskild patient får vård hos en annan vårdgivare än inom den offentligt drivna vården saknar kunskap om hur de ska gå tillväga. Personer i en sådan funktion behöver känna till och kunna tillämpa information om vilka avtal som finns tillgängliga inom den egna regionen (och inom andra regioner) för att avtalen ska kunna nyttjas på ett effektivt sätt.

Det tredje skälet är att det finns administrativa hinder som gör det svårt att använda sig av avtalen. Det skälet blir främst relevant när en region ska använda sig av andra regioners avtal. Förutom att dessa avtal är mindre kända,[56] kan avtalen vara formulerade utifrån den upphandlande regionens behov, vilket gör det administrativt komplicerat att använda sig av avtalen för andra regioner.

Det har även framförts uppgifter till utredningen om att systemet med ett riksavtal för utomlänsvård, regionavtal och mellanlänsavtal i sig är komplicerat och inte främjar användandet av andra regioners avtal.

Utöver dessa tre skäl konstaterar vi att det ibland även finns andra orsaker till att befintliga avtal med privata vårdgivare inte används. Det kan till exempel handla om att patienter inte vill resa till en annan ort för att få sin operation utförd. Det kan också vara så att privata vårdgivare får förfrågningar från den offentliga vården under den senare delen av året, vilket ger de privata vårdgivarna sämre

[56] Denna aspekt har lyfts fram av Tillgänglighetsdelegationen i SOU 2021:59, s. 170.

möjligheter att tillhandahålla vård än om de blivit tillfrågade tidigare under året.

Om administrationen förenklas kan avtal med privata vårdgivare användas i högre utsträckning

Det finns flera åtgärder som regionerna kan vidta för att bättre utnyttja befintliga avtal med privata vårdgivare än vad som görs i dag. Tillgänglighetsdelegationen konstaterade till exempel i betänkandet *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan* (SOU 2021:59), att regionerna har behov av information om vilka vårdgivare som andra regioner har avtal med, samt om vårdutbudet hos dessa. Regionerna behöver även veta mer om villkoren för avtalens tillämpning, ledig kapacitet, samt hur lång väntetiden är hos de privata vårdgivare som andra regioner har avtal med. Delegationen drog slutsatsen att ”sådan information bland annat skulle kunna effektivisera regionernas arbete för att fullgöra sin skyldighet att erbjuda vård hos annan vårdgivare inom vårdgarantin när den inte kan uppfyllas inom regionen”.[57] Utredningen instämmer i Tillgänglighetsdelegationens slutsats.

Vi vill även lyfta fram att regionerna skulle kunna förenkla administrationen som krävs för hanteringen av avtalen. Det kan till exempel handla om att se över vad som gör vissa avtal svårare att tillämpa än andra och om det finns sätt att arbeta mer strategiskt i upphandlingen av hälso- och sjukvård. Om de administrativa hindren minskade skulle det kunna leda till en utökad användning av regionernas avtal med privata vårdgivare, vilket i sin tur kunde leda till kortare väntetider i vården.

Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten ska enligt sin delredovisning i mars 2024 ”undersöka möjligheten till förbättrad utformning och hantering av avtal och betalningsförbindelse för att förenkla matchning mellan vårdutbud och vårdbehov.”[58] Utredningen ser fram emot att ta del av slutredovisningen som

[57] SOU 2021:59, s. 170.

[58] Myndigheterna lämnade i mars 2024 en gemensam delredovisning av uppdraget om att ta fram en nationell plan för att möjliggöra regeringens initiativ om nationell vårdförmedling (2023/02117). Myndigheterna skulle i delredovisningen bland annat göra en bedömning av olika vägval inför det fortsatta arbetet.

myndigheterna lämnar i mars 2025. Vi kommer att beakta den i vårt fortsatta arbete.

Upphandlingsmyndigheten kan stödja regionerna och minska administrativa hinder

Upphandlingsmyndigheten arbetar med att skapa bättre redskap och metoder inom upphandlingsområdet.[59] Myndigheten har också ett stödjande uppdrag kopplat till hållbara, effektiva och rättssäkra offentliga affärer. Utredningen bedömer att myndigheten skulle kunna fungera som en stödjande part i regionernas arbete med att komma till rätta med de administrativa hinder som gör att vårdavtal inte utnyttjas fullt ut. Det är mot denna bakgrund som utredningen föreslår ett regeringsuppdrag till Upphandlingsmyndigheten. I uppdraget ingår att se över såväl förberedelsearbetet inför upphandlingar, som hur regionerna kan arbeta med redan upphandlade avtal.

3.4 Vårdkapaciteten kan öka och väntetiderna kortas om åtgärder som inte bör göras fasas ut

Utredningen har slutligen förslag som handlar om att *sluta* göra vissa typer av åtgärder – att sluta genomföra vård utan patientnytta kan frigöra resurser till annan vård och leda till ökad tillgänglighet.

Utredningens förslag: Artroskopisk kirurgi vid artros eller misstänkt degenerativ meniskskada[60] och smärta i knät är en åtgärd som inte ska utföras. Den har inte bättre effekt än annan icke-kirurgisk behandling och är även dyr. Utredningen föreslår därför att regionerna vidtar åtgärder för att sluta utföra dessa ingrepp.

Enligt en rapport från OECD bedöms hälso- och sjukvårdsåtgärder med liten, tveksam eller ingen nytta för patienten stå för omkring

[59] Upphandlingsmyndigheten 2023, s. 6.
[60] Meniskerna sitter på varsin sida av knäskålen och gör knät stabilare. Meniskskador delas in i akuta och degenerativa sådana. En degenerativ meniskskada är beskrivs ofta som ett resultat av mångårig repetitiv belastning och är sällan associerad till ett tidigare känt trauma.

20–30 procent av hälso- och sjukvårdens kostnader inom OECD:s medlemsländer.[61] Att sådana åtgärder genomförs innebär att annan vård och behandling, som har bättre effekt eller som kunde ha utförts för patienter med större behov, trängs bort. Frågan är även viktig ur ett patientsäkerhetsperspektiv, eftersom undersökningar och behandlingar som potentiellt sett kan vara skadliga riskerar att resultera i ett onödigt lidande och försämrat hälsotillstånd för patienten.[62]

Kloka kliniska val (KKV) är den svenska motsvarigheten till den internationella rörelsen *Choosing wisely*, som syftar till att identifiera åtgärder som saknar nytta i vården. Kloka kliniska val drivs av Svenska Läkaresällskapet, som bland annat listar åtgärder i vården som saknar patientnytta. Svenska Läkaresällskapet vill även underlätta dialogen mellan läkare och patienter för att göra kunskapsbaserade val. Sällskapet konstaterade 2023 att det finns goda skäl och även förutsättningar för fortsatt arbete med kloka kliniska val i Sverige.[63]

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att ge verksamhetsnära stöd till regionerna i arbetet med att utmönstra vårdåtgärder som inte är värdeskapande för patienter.[64] Uppdraget delredovisades den 10 december 2024 och ska slutredovisas senast den 10 december 2025.

3.4.1 Regionerna följer inte alltid Socialstyrelsens rekommendationer om ”icke-göra” i nationella riktlinjer

Utredningen konstaterar att utmönstring av vårdåtgärder bör utgå från patienten och ledas av medarbetarna i hälso- och sjukvården. Huvudsyftet bör vara att ge en vård av god kvalitet.

Socialstyrelsen tar fram nationella riktlinjer för hälso- och sjukvården. Riktlinjerna ger stöd för beslutsfattare i fördelningen av resurser. Socialstyrelsen kan ge rekommendationen ”icke-göra” för åtgärder som hälso- och sjukvården inte ska göra för att de inte har någon effekt, för att de har sämre effekt än annan åtgärd eller för att de är skadliga. Under 2023 utvärderade Socialstyrelsen om hälso-

[61] OECD 2017.
[62] Socialstyrelsen 2023.
[63] Svenska Läkaresällskapet 2023.
[64] Uppdrag att ge verksamhetsnära stöd till regionerna i arbetet med att utmönstra vårdåtgärder som inte är värdeskapande för patienter (S2024/01266(delvis).

och sjukvården använder åtgärder som klassas som icke-göra-åtgärder.[65] Utvärderingen visar att flera sådana typer av åtgärder fortfarande tillämpas inom flera riktlinjeområden.

Socialstyrelsen konstaterar att följande förutsättningar för förändring behöver finnas på plats för att utfasning av åtgärder som inte bör göras ska vara möjlig:

- På nationell, regional och lokal nivå behövs kunskapsspridning och kompetensutveckling. Behov av förändring, evidensläget, och resultat från uppföljningar behöver även kommuniceras och diskuteras.
- Vårdens organisation och strukturer behöver underlätta förändring; det är beslutsfattare inom regionerna som har mandat att påverka exempelvis vårdplatser, ersättningssystem och kompetensförsörjning.
- På verksamhetsnivå, genom lärandeorganisationer som främjar samarbete och kollegialt stöd.[66]

Enligt utredningen finns det anledning att återigen lyfta vikten av att regionerna arbetar för att få dessa förutsättningar på plats. Detta för att möjliggöra en utfasning av åtgärder som inte bör göras.

Artroskopisk kirurgi bör inte utföras vid artros eller misstänkt degenerativ meniskskada och smärta i knä

Enligt riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar bör artroskopisk kirurgi vid artros eller misstänkt degenerativ meniskskada och smärta i knä inte utföras. Detta eftersom åtgärden inte har bättre effekt än annan icke-kirurgisk behandling.

Åtgärden är även dyr och medför viss risk för komplikationer. Socialstyrelsens uppföljning visar att den här typen av behandlingar har halverats under en 10-årsperiod, men att de regionala skillnaderna är stora och att åtgärden fortfarande används ofta. Variationen i antalet artroskopier per 100 000 invånare tyder på att det finns omotiverade skillnader. Regioner som i hög utsträckning gör dessa ingrepp vid degenerativa tillstånd behöver vidta åtgärder,

[65] Socialstyrelsen 2023.
[66] Socialstyrelsen 2023.

exempelvis informera sjukhus- och klinikledningar om att åtgärden inte är en effektiv behandling av tillståndet. Informationen behöver även riktas till hälso- och sjukvårdspersonal som skriver remiss, menar Socialstyrelsen.[67]

Utredningen instämmer i Socialstyrelsens bedömning och menar att det behövs större insatser än enbart kommunikation och utbildning. I vissa regioner utgår ersättning för att utföra denna typ av artroskopier trots att åtgärden har klassats som icke-göra. För att utmönstra artroskopisk kirurgi vid artros behöver regionerna därför se över sina ersättningssystem och uppdragsbeskrivningar.

3.5 Förslag till finansiering av engångsinsatser

De ersättningar som vi föreslår för höftprotes- och framfallsoperationer samt operationer av grå starr skulle kunna finansieras från anslag 1:11, *Prestationsbundna insatser för att korta vårdköerna*, utgiftsområde 9. Vårt förslag på ersättningar till regionerna innebär kostnader på cirka 314 miljoner kronor.

Förslaget om att förstärka vårdgarantifunktionerna i regionerna skulle kunna finansieras med cirka 100 miljoner kronor från anslag 1:6, *Bidrag till folkhälsa och sjukvård,* utgiftsområde 9. Uppdraget till Upphandlingsmyndigheten skulle kunna finansieras med 2 miljoner kronor från samma anslag.

Vårt fjärde förslag till engångsinsats handlar om att sluta göra vissa åtgärder. Insatsen medför inte några kostnader.

[67] Socialstyrelsen 2023.

4 Utredningens fortsatta arbete

Redovisningen i denna promemoria behandlar endast en begränsad del av utredningens direktiv, den som rör statliga engångsinsatser. Till slutredovisningen i maj 2026 kommer vi arbeta vidare med övriga delar av direktiven – att föreslå en ny vårdgaranti, en reglering för patienters valfrihet i vården, förstärkt statlig uppföljning av vårdgarantin, med mera.

De iakttagelser som vi gjort kring bristande användning av befintlig kapacitet i vården till exempel, kommer att vara till nytta i arbetet med att utreda hur patienter tidigare än i dag ska kunna få vård hos en vårdgivare utanför den egna regionen. Detsamma gäller de uppgifter som vi har fått om bristande information till patienterna om deras rätt att åberopa vårdgarantin, liksom andra iakttagelser vi gjort.

Flera regeringsuppdrag som rör tillgänglighet i vården, inte minst de som rör nationell vårdförmedling, kommer att avslutas under utredningens gång. Dessa kommer vi att beakta i det fortsatta arbetet.

Referenser

Författningar

Lagar och förordningar

Lagen om den officiella statistiken (2001:99).

Förordning om kommunalekonomisk utjämning (2004:881).

Lagen om valfrihetssystem (2008:962).

Patientlagen (2014:821).

Lagen om offentlig upphandling (2016:1145).

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

Förordning om statsbidrag till regioner för stärkt tillgänglighet och ökad vårdkapacitet inom den specialiserade hälso- och sjukvården (2024:1252).

Förordning om statsbidrag till kommuner och regioner för utveckling av en god och nära vård (2024:1253).

Offentligt tryck

Kommittédirektiv

Dir. 2024:50, *Bättre styrning för en tillgänglig och jämlik hälso- och sjukvård med god kontinuitet*.

Riksdagstryck

Socialutskottets betänkande 1996/97:SoU14, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.

Finansutskottets betänkande 2021/22:FiU1, *Statens budget 2022 – Rambeslutet*, Riksdagsskrivelse 2021/22:46.

Finansutskottets betänkande 2023/24:FiU1, *Statens budget 2024 – Rambeslutet*, Riksdagsskrivelse 2023/24:47.

Finansutskottets betänkande 2024/25:FiU1, *Statens budget 2025 – Rambeslutet,* Riksdagsskrivelse 2024/25:49.

Propositioner

Prop. 1996/97:60, *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.

Prop. 2009/10:67, *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*.

Prop. 2013/14:106, *Patientlag*.

Prop. 2023/24:1, *Budgetpropositionen för 2024*.

Prop. 2024/25:1, *Budgetpropositionen för 2025*.

Statens offentliga utredningar

SOU 2021:80, *Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll*. Betänkande av Utredningen om privata sjukvårdsförsäkringar.

SOU 2021:59, *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategis och i samverkan*. Betänkande av Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.

SOU 2022:22 *Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram.* Slutbetänkande av Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.

SOU 2024:43, *Staten och kommunsektorn – samverkan, självstyrelse, styrning*. Betänkande av Utredningen om statens samverkan med kommunsektorn.

Regeringsuppdrag

Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att genomföra en förstudie om hur ett nationellt vårdsöksystem kan utvecklas, organiseras och förvaltas*, S2022/01372 (delvis).

Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet*, S2022/01644 (delvis).

Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för nationell vårdförmedling*, S2023/02117 (delvis).

Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att genomföra insatser som stödjer och stärker patienters möjlighet att få vård hos andra vårdgivare med kortare väntetider*, S2023/02119 (delvis).

Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att bidra till att stärka samt följa upp tillgängligheten och vårdkapaciteten på regional och nationell nivå*, S2024/01058 (delvis).

Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att följa och bedöma regionernas arbete i enlighet med överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården*, S2024/01059 (delvis).

Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Uppdrag att ge verksamhetsnära stöd till regionerna i arbetet med att utmönstra vårdåtgärder som inte är värdeskapande för patienter*, S2024/01266 (delvis).

Regeringskansliet (Socialdepartementet), *Utbetalning av medel till regionerna i enlighet med överenskommelsen om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2024*, S2023/03331 (delvis).

Övrigt

Carlsson, Per, Waldau, Susanne (Redaktörskap), *Att välja rättvist: prioriteringar i hälso- och sjukvården*, Studentlitteratur, 2013.

Försäkringskassan, *Stöd tillbaka i arbete – En enkätundersökning om sjukskrivnas upplevelser av stöd från arbetsgivare, hälso- och sjukvården och Försäkringskassan*, Arbetsrapport 2024:02.

Godøy, A., Haaland, V F., Huitfeldt, I. och Votruba M. *Hospital Queues, Patient Health, and Labor Supply*, American Economic Journal: Economic Policy, 16 (2): 150–81, 2024.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Styra mot horisonten - Om vård efter behov som grund för horisontella prioriteringar*, 2020.

Nationella Kataraktregistret, *Svensk Kataraktkirurgi Årsrapport 2023 baserad på data från Nationella Kataraktregistret*, 2023.

Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi, *Rekonstruktiv bäckenbottenkirurgi Årsrapport från GynOp-registret avseende operationer utförda år 2023,* 2024.

Palmgren, M, Eklund, F, *Att mäta och planera för en välfungerande sjukvård. Sveriges Kommuner och Landsting; RKA - Rådet för kommunala analyser*, 2014.

Regeringsförklaringen 18 oktober 2022.

Regeringsförklaringen 10 september 2024, *För ett rikare och tryggare Sverige*.

Redovisning från Västra Götalandsregionen av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2024, Socialstyrelsens dnr 51165/2024.

Riksavtal för utomlänsvård och kommentarer, med giltighet fr.o.m. den 1 januari 2015, Sveriges kommuner och landsting.

Riksrevisionen, *Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet,* RiR 2017:3.

Riksrevisionen, *I väntan på vård – ineffektiv statlig styrning för kortare köer*, RiR 2023:12.

Sirona, *En jämförande analys av privata vårdgivares ersättningar och offentliga vårdgivares kostnader – för höft- och knäprotesoperationer, operationer av grå starr och framfallsoperationer - Rapport till Vårdföretagarna,* 2024.

Socialstyrelsen, *Kapaciteten i sjukvården – att hantera kritiska lägen*, 2018.

Socialstyrelsen, *Vård som inte bör göras - Följsamheten till nationella riktlinjer,* 2023.

Socialstyrelsen, *Stöd till regioner för produktions- och kapacitetsstyrning: Delredovisning av regeringsuppdrag,* 2024.

Svenska Ledprotesregistret, *Årsrapport 2024,* 2024.

Svenska Läkaresällskapet, *Rapport från arbetsgruppen för Kloka Kliniska Val,* 2023.

Synskadades riksförbund, *Katarakt (grå starr)* https://www.srf.nu/synskador/diagnoser/katarakt-gra-starr/ (hämtat 2024-11-28).

Tidöavtalet: Överenskommelse för Sverige, avtal mellan Sverigedemokraterna, Moderaterna, Kristdemokraterna och Liberalerna.

Upphandlingsmyndigheten, *Årsredovisning 2023*, UHM-2023-0149.

Vårdföretagarna, *Nationellt initiativ för verkställd vårdgaranti – En nationell insats för att ta ansvar för patienter – i hela landet. Så kan vårdgarantin bli en realitet och vårdköerna kortas*. https://www.vardforetagarna.se/nationellt-initiativ-for-verkstalld-vardgaranti/ (hämtad 2014-12-11).

Vårdföretagarna, *Väntetider längre än vårdgarantin inom den planerade specialistvården oktober 2024*. https://www.vardforetagarna.se/vardskulden/ (hämtad 2024-12-11).

Västra Götalandsregionens redovisning av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2024, Socialstyrelsens dnr 51165/2024.

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om god och nära vård 2024, *God och nära vård 2024 En personcentrerad och patientsäker hälso- och sjukvård med primärvården som nav*, S2023/03334.

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2024, *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2024*, S2023/03331.

Expertgrupp och referensgrupper

Förordnade experter och sakkunniga i utredningen Behovsstyrd vård (S 2024:05)

Utredningen har sedan den 9 oktober 2024 en expert- och sakkunniggrupp. Gruppen har sammanträtt vid ett tillfälle under hösten 2024 och består av nedanstående personer.

Experter:

Professor *Anders Anell*, Lunds universitet
Direktör *Mats Bojestig*, Region Jönköpings län
Samordnare *Annika Brodin Blomberg*, SKR
Ordförande *Niklas Ekerstad*, Delegationen för medicinsk kvalitet, Svenska Läkaresällskapet
Direktör *Caroline Hällsjö Sander*, Region Stockholm
Enhetschef *Marwaa Ibrahim*, E-hälsomyndigheten
Enhetschef *Elisabeth Liljekvist*, Region Jämtland Härjedalen
Analytiker *Agnes Lindvall*, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
Specialistsjuksköterska *Martina Lundmark*, Svensk sjuksköterskeförening
Enhetschef *Henrik Lysell*, Socialstyrelsen
Specialistläkare *Rebecca Oscarsson*, Västra Götalandsregionen
Enhetschef *Lennart Pettersson*, Inspektionen för vård och omsorg
Patientföreträdare *Inger Ros*, Funktionsrätt Sverige
Professor *Christian Rück*, Karolinska Institutet
Professor *Lars Sandman*, Prioriteringscentrum Linköpings universitet
Förvaltningschef *Thomas Wallén*, Skånes sjukhus nordväst

Utvecklingsledare *Johanna Woltjer*, SKR

Sakkunniga:
Departementssekreterare *David Dager*, Finansdepartementet
Departementssekreterare *Lars Karlander*, Finansdepartementet
Departementssekreterare *Oskar Johansson*, Socialdepartementet
Kansliråd *Andrea Larsson*, Socialdepartementet

Referensgrupper

Utredningen har knutit fyra referensgrupper till sig:

- Hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket, SKR
- Patient- och brukarrådet vid Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
- Referensgrupp för privata och idéburna vårdgivare
- Referensgrupp för fackliga organisationer.
  I gruppen ingår representanter från Fysioterapeuterna, Sveriges Arbetsterapeuter, Sveriges läkarförbund, Sveriges Psykologförbund samt Vårdförbundet.

Beräkningar av kostnader för utförda operationer med tillhörande vård

I avsnitt 3.2.3 redogör vi på en övergripande nivå för uppskattade kostnader för det insatsförslag som handlar om utförda operationer. Vi bedömer i avsnittet att det behövs cirka 284 miljoner kronor för att ersätta regionerna för de utförda operationstyperna. Den uppskattade fördelningen av kostnaderna ser ut som följer:

- 177 miljoner kronor för ersättning för operationer av höftledsproteser,
- 42 miljoner kronor för ersättning för operationer av framfall och
- 65 miljoner kronor för ersättning för operationer av grå starr.

Beräkningarna grundar sig på antalet patienter inom respektive diagnosområde som i genomsnitt hade väntat längre än 90 dagar på sin operation varje månad mellan augusti 2023 och augusti 2024, samt en ungefärlig kostnad för operationer utförda i offentlig regi, se kostnadsberäkningar i tabell 1 nedan.

I de uppskattade kostnaderna är hänsyn tagen till bedömningsbesök, eventuell medicinsk service, eventuell slutvårdsrehabilitering samt postoperativt besök. Till detta tillkommer utgifter för resor och andra omkostnader med cirka 30 miljoner kronor.[68]

[68] Om alla patienter skulle behöva söka vård i en annan region uppskattas en tillkommande genomsnittlig kostnad om 4 000 kronor per person, vilket sammantaget skulle uppgå till cirka 30 miljoner kronor. Uppgiften kommer från Vårdföretagarnas rapport *Nationellt initiativ för verkställd vårdgaranti. En nationell insats för att ta ansvar för patienter – i hela landet. Så kan vårdgarantin bli en realitet och vårdköerna kortas.*

Tabell 1. Kostnadsberäkning

	Snittkostnad operation offentlig vårdgivare	Antal väntande i genomsnitt per månad aug 2023 - aug 2024	Summa kostnader operationer	Resekostnader
Operation av höftledsprotes	104 167 kr	1 700	177 083 900 kr	6 800 000 kr
Operation av framfall*	Främre kolporafi 32 914 kr Bakre kolporafi 36 887 kr	1 200	41 880 000 kr	4 800 000 kr
Operation av grå starr	Ensidig operation av grå starr 14 395 kr	4 500	64 777 500 kr	18 000 000 kr
Kostnader			283 741 400 kr	29 600 000 kr
Totalt belopp				**313 341 400 kr**

Källa: Väntetidsdatabasen och Sirona. En jämförande analys av privata vårdgivares ersättningar och offentliga vårdgivares kostnader – för höft- och knäprotesoperationer, operationer av grå starr och framfallsoperationer, Rapport till Vårdföretagarna i mars 2024. I tabellen används snittkostnader för operationer utförda i offentlig regi i Region Skåne.

Kommentar: Eftersom offentliga vårdgivare till skillnad från privata även utför komplicerade operationer, vilka oftast har en högre resursförbrukning, har dessa operationer exkluderats från Sironas analys. Utredningen bedömer dock att kostnaden för dessa resurstunga operationer (ASA 3 och 4) kompenseras genom att ersättningen som utgår till privata vårdgivare är lägre än det beräknade beloppet per operation. Enligt Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi årsrapport avseende prolapsoperationer utförda 2023 tillhörde 94 procent av patienterna ASA 1–2. Enligt Svenska Ledprotesregistret årsrapport 2024 tillhörde cirka 81 procent av patienterna som genomgick operation av elektiv primär total höftprotes ASA 1–2.

* Beräkning på kostnadssnitt för främre och bakre kolporafi (34 900 kr).

Risk för att regionerna minskar sina egna resurser

Utredningens förslag är att varje region tilldelas en andel av totalsumman på 314 (284+30) miljoner kronor. Från varje regions andel utgår sedan ersättning för de utförda operationerna. Om det inte utförs så många operationer i regionen som potten motsvarar betalas inte alla medel ut.

Intentionen med satsningen är att antalet operationer ska öka. I denna promemoria föreslås dock inte några formella krav på att antalet operationer måste öka för att regionerna ska få del av medel,

utan endast att regionerna ska få medel för varje operation som utförs. En risk med detta är att regionerna använder tillskottet för operationer som de själva skulle ha finansierat och att satsningen därför inte resulterar i en produktionsökning motsvarande de medel som betalas ut. Utredningen lämnar till regeringen att bedöma om sådana krav bör ställas, det skulle till exempel kunna handla om krav på regional medfinansiering eller en ökning av antalet operationer i jämförelse med föregående år.

Begrepp och definitioner

Enligt 2 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslag (2017:30), HSL, vilar huvudmannaskapet för hälso- och sjukvård på de 21 *regionerna* och i viss mån även på kommunerna.

Landets 21 regioner är indelade i *sex samverkansregioner* för hälso- och sjukvård som berör flera regioner. Indelningen framgår av hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF.

Artroskopi innebär att en läkare undersöker eller opererar en led med hjälp av ett artroskop. Ett artroskop är ett tunt metallrör som innehåller en kamera och förs in i leden genom ett litet hål.

Kapacitet i hälso- och sjukvården definieras ofta som den produktion av vård som kan uppnås under en bestämd tidsperiod med en given produktionsmetod. I denna promemoria syftar begreppet *kapacitet* på en vårdgivares förmåga att erbjuda patienter vård inom vårdgarantins tidsgränser. Ledig kapacitet hos en vårdgivare innebär att det finns möjlighet att ta emot patienter från andra vårdgivare.

En *vårdgarantifunktion* är en funktion för att stödja patienter och vårdgivare i frågor om vårdgarantin och valmöjligheter i vården. Det kan handla om en väntetidssamordnare, en tillgänglighetskoordinator eller motsvarande hos vårdgivarna, eller så kan det vara en regional vårdgarantifunktion, som ett vårdgarantikansli.

Ett *vårdgarantikansli* är en central regiongemensam vårdgarantifunktion som syftar till att stödja patienter och

vårdgivare i frågor om vårdgarantin, väntetider och valmöjligheter i vården.

En *vårdgivare* är en statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Vårdgarantin

Vårdgarantin regleras i HSL och HSF och beskriver hur länge en patient som längst ska behöva vänta på att få vård. Som framgått av kapitel 2 finns bestämmelser i patientlagen om skyldigheten för regionerna att informera om vårdgarantin. Vårdgarantin är uppdelad på olika vårdinsatser och innebär en försäkran om att den enskilde ska få

1. kontakt med primärvården samma dag som den enskilde söker kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti),
2. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården inom tre dagar från det att den enskilde har sökt kontakt med primärvården, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver få en medicinsk bedömning och en sådan inte kan göras när den enskilde först söker kontakt (bedömningsgaranti inom primärvården),
3. besöka den specialiserade vården inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården (besöksgaranti inom den specialiserade vården), och
4. planerad vård inom 90 dagar från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få den aktuella vården (behandlingsgaranti).[69]

[69] 6 kap. 1 § HSF.

Statens offentliga utredningar 2026

Kronologisk förteckning

1. Skatteincitament för forskning och utveckling – ett nytt incitament baserat på utgifter för FoU-personal. Fi.
2. 710 miljoner skäl till reformer. Ju.
3. Genomförande av plattformsdirektivet. A.
4. Rektor i fokus – förutsättningar för ett pedagogiskt ledarskap. U.
5. Utvidgad avdragsrätt för sponsring m.m. Fi.
6. En nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården. Styrning med tydliga roller och ansvar för aktörerna. S.
7. Förstärkt uppföljning och utvärdering av folkhälsopolitiken.
   Del I: Effektivare folkhälsoinsatser genom hälsoekonomiska analyser.
   Del II: Utvärdering av alkoholpolitikens styrmedel. S.
8. Rättssäker samhällsvård för barn och unga. S.
9. Registrering av EES-medborgare. Ju.
10. Ökade möjligheter till tillgångsinriktad brottsbekämpning. Del 1 och 2. Ju.
11. Om överföring av Första AP-fondens verksamhet och tillgångar till Tredje och Fjärde AP-fonderna. Fi.
12. Om överföring av Sjätte AP-fondens verksamhet och tillgångar till Andra AP-fonden. Fi.
13. Straffansvar för deltagande i och samröre med kriminella sammanslutningar. Ju.
14. Ädelmetallutredningen – en moderniserad reglering av handel med ädelmetallarbeten. KN.
15. Marken, vattnet, tankarna. Konsekvenser för samer av svensk politik. Volym 1 och 2. Ku.
16. Försvarsexportinitiativ. För gemensam säkerhet. Fö.
17. Öresundsförbindelser 2050 – behov av kapacitet, redundans och svensk-danskt samarbete. LI.
18. Odlingstorv och klimatet. Fi.
19. Stärkt tillsyn och uppföljning – förslag för att motverka oegentlig läkemedelsförskrivning. S.
20. Belägg för broms? Åtgärder för starkare incitament till lägre kommunalskattesatser. Fi.
21. Återkallelse av svenskt medborgarskap. Ju.
22. Stärkt läkemedelsförsörjning i samverkan. Nationella åtgärder för fördelning, omfördelning och inköp vid brist. S.
23. Tolkavgift och förbud mot barntolkning. A.
24. Mervärdesskatt vid uthyrning och överlåtelse av fastighet. Fi.
25. Ett smittskydd för framtiden. S.
26. Digitala verktyg inom bolagsrätten. Genomförande av EU:s direktiv om ytterligare digitalisering inom bolagsrätten. Ju.
27. Lättnader i kraven på hållbarhetsrapportering. Ju.
28. Tillgång till passageraruppgifter i brottsbekämpningen. Ju.
29. Förbud mot uppfödning av djur för pälsproduktion. LI.
30. Mer flexibla regler om verkställighet av häktning och fängelsestraff. Ju.
31. Ett investeringsprogram för kultur. Ku.
32. Att säga ja! Kommunernas förutsättningar att ta emot stora företagsetableringar och företagsexpansioner. KN.
33. Vägen mot utfasning. Styrmedel för ett fossilfritt samhälle. KN.

34. Nya nätbrott och andra åtgärder för genomförandet av direktivet om bekämpning av våld mot kvinnor och våld i nära relationer. Volym 1 & 2. Ju.
35. En åldersgräns för barns tillgång till sociala medier. S.
36. Bättre förutsättningar att inkludera personer med nedsatt beslutsförmåga i medicinsk forskning. S.
37. Förutsättningar för en likvärdig och språkutvecklande förskola. U.
38. Behovsstyrd vård. S.

Statens offentliga utredningar 2026

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

Genomförande av plattformsdirektivet. [3]

Tolkavgift och förbud mot barntolkning. [23]

Finansdepartementet

Skatteincitament för forskning och utveckling – ett nytt incitament baserat på utgifter för FoU-personal. [1]

Utvidgad avdragsrätt för sponsring m.m. [5]

Om överföring av Första AP-fondens verksamhet och tillgångar till Tredje och Fjärde AP-fonderna. [11]

Om överföring av Sjätte AP-fondens verksamhet och tillgångar till Andra AP-fonden. [12]

Odlingstorv och klimatet. [18]

Belägg för broms? Åtgärder för starkare incitament till lägre kommunalskattesatser. [20]

Mervärdesskatt vid uthyrning och överlåtelse av fastighet. [24]

Försvarsdepartementet

Försvarsexportinitiativ. För gemensam säkerhet. [16]

Justitiedepartementet

710 miljoner skäl till reformer. [2]

Registrering av EES-medborgare. [9]

Ökade möjligheter till tillgångsinriktad brottsbekämpning. Del 1 och 2. [10]

Straffansvar för deltagande i och samröre med kriminella sammanslutningar. [13]

Återkallelse av svenskt medborgarskap. [21]

Digitala verktyg inom bolagsrätten. Genomförande av EU:s direktiv om ytterligare digitalisering inom bolagsrätten. [26]

Lättnader i kraven på hållbarhetsrapportering. [27]

Tillgång till passageraruppgifter i brottsbekämpningen. [28]

Mer flexibla regler om verkställighet av häktning och fängelsestraff. [30]

Nya nätbrott och andra åtgärder för genomförandet av direktivet om bekämpning av våld mot kvinnor och våld i nära relationer. Volym 1 & 2. [34]

Klimat- och näringslivsdepartementet

Ädelmetallutredningen – en moderniserad reglering av handel med ädelmetallarbeten. [14]

Att säga ja! Kommunernas förutsättningar att ta emot stora företagsetableringar och företagsexpansioner. [32]

Vägen mot utfasning. Styrmedel för ett fossilfritt samhälle. [33]

Kulturdepartementet

Marken, vattnet, tankarna. Konsekvenser för samer av svensk politik. Volym 1 och 2. [15]

Ett investeringsprogram för kultur. [31]

Landsbygds- och infrastrukturdepartementet

Öresundsförbindelser 2050 – behov av kapacitet, redundans och svenskt-danskt samarbete. [17]

Förbud mot uppfödning av djur för pälsproduktion. [29]

Socialdepartementet

En nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården. Styrning med tydliga roller och ansvar för aktörerna. [6]

Förstärkt uppföljning och utvärdering av folkhälsopolitiken.
Del I: Effektivare folkhälsoinsatser genom hälsoekonomiska analyser.
Del II: Utvärdering av alkoholpolitikens styrmedel. [7]

Rättssäker samhällsvård för barn och unga. [8]

Stärkt tillsyn och uppföljning – förslag för att motverka oegentlig läkemedelsförskrivning. [19]

Stärkt läkemedelsförsörjning i samverkan. Nationella åtgärder för fördelning, omfördelning och inköp vid brist. [22]

Ett smittskydd för framtiden. [25]

En åldersgräns för barns tillgång till sociala medier. [35]

Bättre förutsättningar att inkludera personer med nedsatt beslutsförmåga i medicinsk forskning. [36]

Behovsstyrd vård. [38]

Utbildningsdepartementet

Rektor i fokus – förutsättningar för ett pedagogiskt ledarskap. [4]

Förutsättningar för en likvärdig och språkutvecklande förskola. [37]

§ 111

Utökad robotkirurgisk kapacitet i Region Jönköpings län

Diarienummer: RJL 2026/3597

Beslut

Presidiet föreslår nämnden för folkhälsa och sjukvård att

- godkänna rapport om utredning avseende behov av ytterligare robotkapacitet.

Sammanfattning

I Budget och verksamhetsplan 2026 finns ett uppdrag att under planperioden utreda behovet av operationsrobot på alla regionens sjukhus.

Utifrån uppdraget har en utredning gjorts med syfte att analysera placeringen av ytterligare en operationsrobot på sjukhuset i Ryhov, Eksjö eller Värnamo. Utredningen belyser behovet av ytterligare robotkapacitet utifrån medicinsk nytta och utifrån lokala förutsättningar för produktion, bemanning, operationskapacitet, sterilflöde, postoperativ kapacitet, vårdplatser, ekonomi och länsgemensam styrning. Utredningen pekar på för- och nackdelar med placering av operationsrobot på de tre sjukhusen.

Enligt resultatet av utredningen bör en utökning av robotkirurgisk kapacitet kombineras med långsiktig utveckling av länsdelssjukhus, kompetensförsörjning och regional attraktivitet. Kompetensuppbyggnad, bemanning och tydlig volymstyrning är enligt analysen centrala genomförandeförutsättningar för att en ny robot ska ge faktisk kapacitetsökning.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse: Utökad robotkirurgisk kapacitet i Region Jönköpings län
- Rapport: Utökad robotkirurgisk kapacitet i Region Jönköpings län
- Evidensstödd prioritering robotkirurgi Region Jönköpings Län
- Poängmatris för jämförelse mellan placeringsalternativ
- Förslag till patientförflyttningar beroende på robotplacering
- Kompletteringsbilaga: Rättelser och förtydliganden

Beslutet skickas till

Nämnden för folkhälsa och sjukvård

Regionledningskontoret

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Utökad robotkirurgisk kapacitet i Region Jönköpings län

Förslag till beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- godkänner rapport om utredning avseende behov av ytterligare robotkapacitet.

Sammanfattning

En utredning har genomförts för att belysa behovet av ytterligare robotkapacitet utifrån medicinsk nytta och utifrån lokala förutsättningar för produktion, bemanning, operationskapacitet, sterilflöde, postoperativ kapacitet, vårdplatser, ekonomi och länsgemensam styrning. Utredningen pekar på för- och nackdelar med placering av operationsrobot på de tre sjukhusen.

I Budget och verksamhetsplan 2026 finns ett uppdrag att under planperioden utreda behovet av operationsrobot på alla sjukhus. Valet bör kopplas till en uppbyggnad av robotkirurgisk kapacitet i kombination med långsiktig utveckling av länsdelssjukhus, kompetensförsörjning och regional attraktivitet. I enlighet med uppdraget föreslår förvaltningen att nästa operationsrobot placeras på Höglandssjukhuset i Eksjö. I analysen är kompetensuppbyggnad, bemanning och tydlig volymstyrning centrala genomförandeförutsättningar för att en ny robot ska ge faktisk kapacitetsökning.

Ett beslut om utökning med ytterligare en operationsrobot bör tas i ordinarie budgetprocess.

Ärendebeskrivning

Frågan om utökad robotkapacitet i Region Jönköpings län har aktualiserats mot bakgrund av tidigare regionala underlag och den utveckling som skett inom minimalinvasiv kirurgi. I tidigare inventering inom SÖSR (Sydöstra sjukvårdsregionen) anges att nuvarande robotkapacitet är otillräcklig, att cancerkirurgi prioriteras och att benign kirurgi riskerar att trängas undan. Samma inventering pekar ut bland annat prostatektomi, nefrektomi, rekonstruktiv urologi, rektalcancerkirurgi, kolonresektion och bråckkirurgi som relevanta eller prioriterade områden för utökad robotanvändning.

Nuvarande robotverksamhet är koncentrerad till Länssjukhuset Ryhov och används framför allt inom urologi och kolorektal kirurgi. Kapaciteten bedöms vara otillräcklig i förhållande till dagens och kommande behov.

Mot denna bakgrund har frågan om ytterligare robotkapacitet analyserats både utifrån medicinsk nytta och utifrån lokala förutsättningar för produktion, bemanning, operationskapacitet, sterilflöde, postoperativ kapacitet, vårdplatser, ekonomi och länsgemensam styrning. Sjukvårdsdirektören för kirurgisk vård i Region Jönköpings län har givit CGI i uppdrag att utreda behovet av operationsrobot på alla tre sjukhus. Utredningens syfte har varit att belysa behov, konsekvenser och skillnader mellan möjliga placeringsalternativ i Region Jönköpings län.

Underlaget visar att en ny robot inte ensamt löser kapacitetsfrågan. För att en investering ska ge faktisk effekt krävs även tillgång till operatörer, operationspersonal, operationssal, sterilflöde, postoperativ kapacitet, vårdplatser och tydlig länsgemensam styrning.

De tre placeringsalternativen innebär olika styrkor och risker. En placering på Länssjukhuset Ryhov bedöms ge snabbast effekt, högst initial nyttjandegrad och lägst medicinsk uppstartsrisk. Där finns redan etablerad robotkompetens, vana operationsflöden och bärande volymer inom framför allt urologi och kolorektal kirurgi. Samtidigt innebär en placering på Ryhov risk för undanträngning av annan operationsverksamhet om inte annan elektiv kirurgi aktivt flyttas till Eksjö och Värnamo.

Höglandssjukhuset i Eksjö framstår som ett strategiskt alternativ om Region Jönköpings län vill stärka Höglandssjukhusets kirurgiska profil, särskilt kopplat till avancerad bråck- och bukväggskirurgi. Sjukhuset har goda lokalmässiga förutsättningar och viss kirurgisk roboterfarenhet, men saknar etablerad robotverksamhet och har en sårbarhet kopplad till operationssjuksköterskor.

Värnamo sjukhus framstår som ett trovärdigt utvecklingsalternativ kopplat till modern operationsmiljö, stark produktionskultur och bred laparoskopisk/ minimalinvasiv kompetens. Möjliga bärande områden är större bråck, selekterad kolorektal kirurgi och avancerade minimalinvasiva GI-fall. Även här saknas dock etablerad robotverksamhet, och en faktisk kapacitetsökning kräver bemanningsförstärkning, särskilt inom operationssjuksköterskor och delvis anestesi. Vårdplatsbemanning och sommarbemanning är viktiga risker att hantera, där utmaningar finns redan idag, med stängda vårdplatser till följd av vakanser.

Kostnaderna för införandet av ny operationsrobot behöver utredas ytterligare men en uppskattad investeringskostnad är 25 miljoner kronor. Där till tillkommer driftskostnad inklusive personal på runt 10 miljoner kronor per år.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse: Utökad robotkirurgisk kapacitet i Region Jönköpings län
- Rapport: Utökad robotkirurgisk kapacitet i Region Jönköpings län
- Evidensstödd prioritering robotkirurgi Region Jönköpings Län
- Poängmatris för jämförelse mellan placeringsalternativ
- Förslag till patientförflyttningar beroende på robotplacering
- Kompletteringsbilaga: Rättelser och förtydliganden

Beslutet skickas till

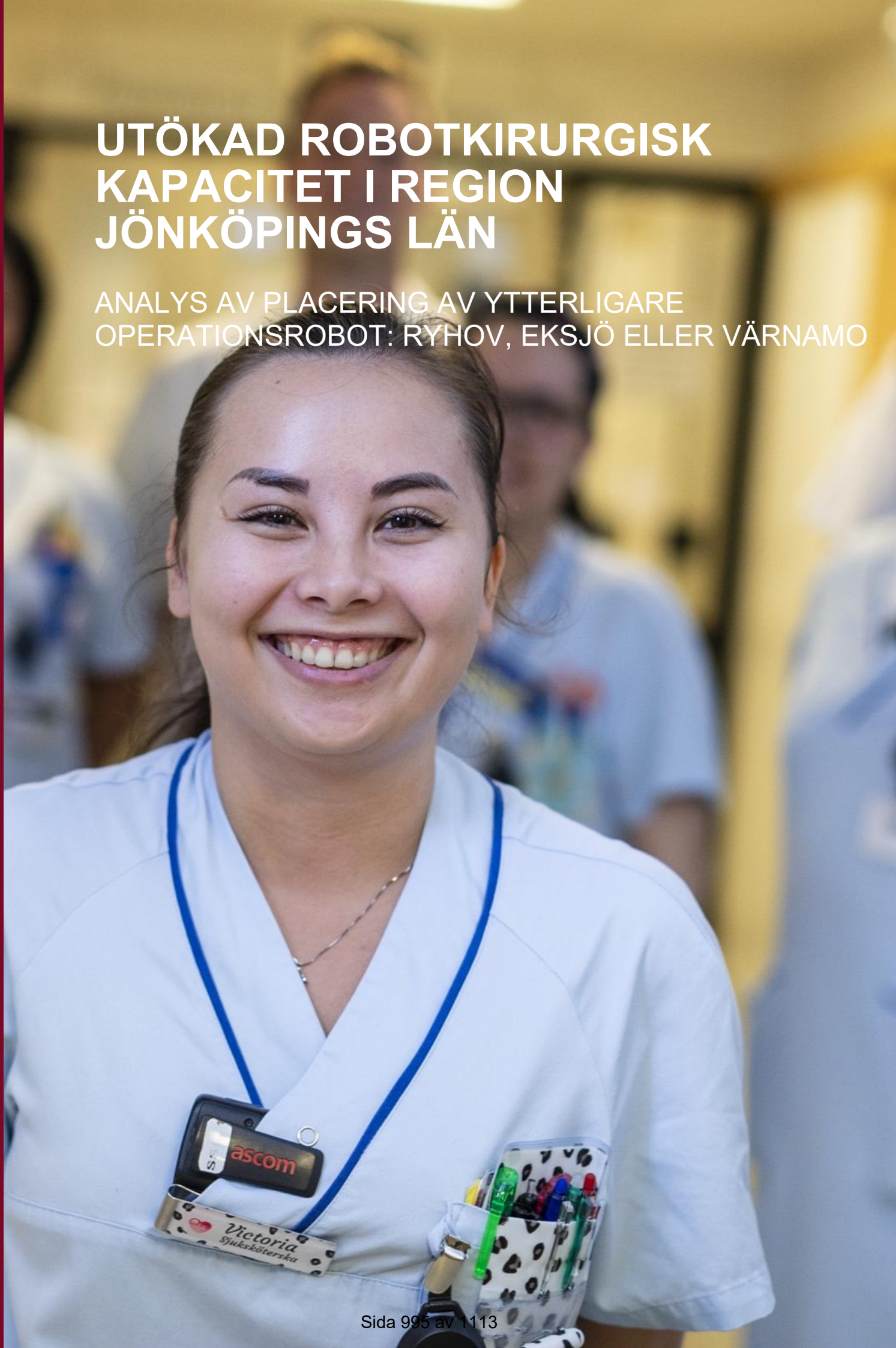
Regionledningskontoret – Folkhälsa och sjukvård

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anette Peterson
Bitr. Hälso- och sjukvårdsdirektör

UTÖKAD ROBOTKIRURGISK KAPACITET I REGION JÖNKÖPINGS LÄN

ANALYS AV PLACERING AV YTTERLIGARE OPERATIONSROBOT: RYHOV, EKSJÖ ELLER VÄRNAMO



Uppdragsgivare: Martin Takac, sjukvårdsdirektör kirurgisk vård, Region Jönköpings län
Utförare: CGI
Utredare: Sophia Nordström, CGI
Medverkande: Alva Cider och Anna Angenete, CGI, där relevant
Datum: 7 juni 2026
Status: Slutrapport

Sammanfattning

Utredningen visar att behovet av utökad robotkirurgisk kapacitet i Region Jönköpings län är reellt. Nuvarande robotverksamhet är koncentrerad till Ryhov och används framför allt inom urologi och kolorektal kirurgi. Kapaciteten bedöms vara otillräcklig i förhållande till dagens och kommande behov. Cancerpatienter prioriteras, vilket innebär att benign och rekonstruktiv kirurgi riskerar att trängas undan. Underlaget visar samtidigt att en ny robot inte ensamt löser kapacitetsfrågan. För att en investering ska ge faktisk effekt krävs även tillgång till operatörer, operationspersonal, operationssal, sterilflöde, postoperativ kapacitet, vårdplatser och tydlig länsgemensam styrning.

Robotkirurgi bör i detta sammanhang ses som ett selektivt verktyg för kvalitet, tillgänglighet och långsiktig kompetensförsörjning, inte som en metod som är bättre för alla ingrepp. Störst nytta bedöms finnas för avancerad urologi, rektal och komplex kolorektal kirurgi samt selektiv avancerad bråck- och bukväggskirurgi, särskilt när robotkirurgi kan ersätta öppen kirurgi, minska risken för konvertering till öppen kirurgi, korta vårdtid, minska komplikationer eller bidra till att fler patienter får behandling i rätt tid. En ny robot bör därför inte fyllas med enklare ingrepp enbart för att uppnå hög nyttjandegrad.

De tre placeringsalternativen innebär olika styrkor och risker. En placering på Ryhov bedöms ge snabbast effekt, högst initial nyttjandegrad och lägst medicinsk uppstartsrisk. Där finns redan etablerad robotkompetens, vana operationsflöden och bärande volymer inom framför allt urologi och kolorektal kirurgi. Samtidigt innebär en placering på Ryhov risk för undanträngning av annan operationsverksamhet om inte annan elektiv kirurgi aktivt flyttas till Eksjö och Värnamo. Ryhovsalternativet förutsätter därför att robotinvesteringen kombineras med tydlig planering av sal, postoperativ kapacitet och patientflöden i hela länet.

Eksjö framstår som ett strategiskt alternativ om regionen vill stärka Höglandssjukhusets kirurgiska profil, särskilt kopplat till avancerad bråck- och bukväggskirurgi. Sjukhuset har goda lokalmässiga förutsättningar och viss kirurgisk roboterfarenhet, men saknar etablerad robotverksamhet och har en sårbarhet kopplad till operationssjuksköterskor. En placering i Eksjö bör inte bygga på att avancerad urologi eller rektalcancerkirurgi flyttas från Ryhov, eftersom dessa ingrepp kräver högspecialiserad kompetens, etablerade team, tillräckliga volymer och relevanta kringresurser. För att alternativet ska vara genomförbart krävs ett tydligt uppdrag, aktiv styrning av patientflöden, förstärkt bemanning och en stegvis uppbyggnad.

Värnamo framstår som ett trovärdigt utvecklingsalternativ kopplat till modern operationsmiljö, stark produktionskultur och bred laparoskopisk/minimalinvasiv kompetens. Möjliga bärande områden är större bråck, selekterad kolorektal kirurgi och avancerade minimalinvasiva GI-fall. Även här saknas dock etablerad robotverksamhet, och en faktisk kapacitetsökning kräver bemanningsförstärkning, särskilt inom operationssjuksköterskor och delvis anestesi. Vårdplatsbemanning och sommarbemanning är viktiga risker att hantera, där utmaningar finns redan idag, med stängda vårdplatser till följd av vakanser. Värnamo bör inte heller planeras för avancerad urologisk cancerkirurgi eller rektalcancer som huvudvolym.

Om ingen ytterligare robot köps in undviks den direkta investerings- och uppstartskostnaden, men kapacitetsproblemet kvarstår. Risken är fortsatt undanträngning, ökande väntetider, ökad köpt vård, minskad regional självförsörjning och svagare förutsättningar att utveckla och behålla robotkirurgisk kompetens. Alternativet bör därför ses som ett nollalternativ med betydande medicinska, kapacitetsmässiga och strategiska risker, snarare än som ett långsiktigt hållbart alternativ om regionen vill möta det identifierade behovet.

Ur ett ekonomiskt perspektiv bör en ny robot ses som en strategisk investering med ökade direkta kostnader, där värdet främst ligger i ökad kapacitet, bättre tillgänglighet, minskad undanträngning och stärkt långsiktig kompetensförsörjning. För att investeringen ska vara ekonomiskt rimlig krävs tillräckliga operationsvolymer, hög nyttjandegrad och effektiva flöden, eftersom fasta kostnader som investering och service annars fördelas på för få ingrepp. En ny robot medför ökade kostnader för instrument, utbildning, uppstart och bemanning. Kortare vårdtider kan frigöra kapacitet och ge patientnytta, men innebär inte automatiskt minskade kostnader om vårdplatser eller bemanning inte kan reduceras. De möjliga vinsterna ligger därför främst i ökad egen produktion, minskad undanträngning, bättre tillgänglighet, minskat behov av köpt vård, stärkt kompetensförsörjning och långsiktig utveckling av kirurgin.

Ett särskilt strategiskt perspektiv gäller eventuell långsiktig utbyggnad. Under utredningen har robotkirurgi återkommande beskrivits som en del av utvecklingen mot mer minimalinvasiv kirurgi och som något som på sikt kan bli en naturlig del av operationsverksamheten på samtliga sjukhus. Om regionen har en sådan långsiktig ambition kan robot nummer två på Ryhov ses som ett möjligt etappsteg. Syftet skulle då inte enbart vara att snabbt möta dagens kapacitetsbrist, utan också att använda delar av den utökade robotkapaciteten på Ryhov för att bygga kompetens hos kirurger och operationspersonal från Eksjö eller Värnamo inför ett senare införande på något av dessa sjukhus. En sådan modell kan korta uppstartssträckan, minska produktionstappet och förbättra förutsättningarna för hög nyttjandegrad och kostnadseffektivitet när ytterligare robotkapacitet på sikt byggs upp utanför Ryhov. Ett sådant beslut behöver dock kopplas till en tydlig viljeinriktning för fortsatt utbyggnad, annars finns risk att det uppfattas som permanent centralisering snarare än som en planerad länsgemensam utveckling.

Den samlade bedömningen är att Ryhov är starkast om huvudmålet är snabb kapacitetsökning och lägst uppstartsrisk. Eksjö och Värnamo är strategiskt relevanta alternativ om regionen prioriterar långsiktig uppbyggnad av robotkirurgi på länsdelssjukhusen och samtidigt är beredd att fatta tydliga beslut om volymer, bemanning, utbildning och patientflöden. Valet av placering bör därför kopplas till vilket huvudmål regionen vill prioritera: omedelbar kapacitetsförstärkning i befintlig robotmiljö eller långsiktig utveckling av robotkirurgisk kapacitet på fler sjukhus.

Innehållsförteckning

Sammanfattning ..
1. Inledning och uppdrag ... 2
1.1 Bakgrund och motiv ... 2
1.2 Uppdrag ... 2
1.3 Underlag och metod i korthet ... 3
1.4 Avgränsning gynekologi ... 4
2. Nuläge och prioritering ... 5
2.1 Nuläge för robotkirurgi i RJL ... 5
2.2 Evidensstödd prioritering av ingrepp ... 5
3. Scenarier per ort ... 7
3.1 Scenario Ryhov - ytterligare robotkapacitet på Ryhov ... 7
3.2 Scenario Eksjö - ytterligare robotkapacitet i Eksjö ... 8
3.3 Scenario Värnamo - ytterligare robotkapacitet i Värnamo ... 9
3.4 Scenario – ingen ytterligare robotkapacitet tillkommer ... 10
4. Jämförande konsekvensanalys ... 11
5. Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser ... 13
5.1 Ekonomiska perspektiv ... 13
5.2 Vårdplatser och postoperativ kapacitet ... 14
5.3 Styrning och genomförande ... 14
6. Risker och osäkerheter ... 15
7. Samlad bedömning ... 16
7.1 Strategiskt perspektiv vid eventuell långsiktig utbyggnad ... 16
7.2 Slutlig sammanvägning ... 17
8. Källor och underlag ... 18
Externa källor ... 18
Interna underlag, datauttag och intervjuer ... 19
Bilagor ... 20

1. Inledning och uppdrag

1.1 Bakgrund och motiv

Robotassisterad kirurgi är en form av minimalinvasiv kirurgi där kirurgen styr instrument via en konsol. Roboten opererar inte självständigt, utan är ett avancerat kirurgiskt verktyg med tredimensionell bild, förstärkt rörlighet och god ergonomi. Tekniken kan vara särskilt användbar vid operationer i trånga anatomiska områden, vid behov av precis dissektion eller suturering och när alternativet annars är öppen kirurgi.

Den samlade evidensen visar att robotkirurgi kan ge patientnytta inom vissa diagnoser och ingreppsgrupper, men nyttan varierar mellan olika områden. För prostatacancerkirurgi visar en aktuell skandinavisk HTA (health technology assessment / medicinsk metodutvärdering) att robotassisterad prostatektomi kan ge förbättrade kirurgiska och vissa onkologiska utfall jämfört med öppen kirurgi, medan viktiga funktionella utfall är jämförbara [1]. Svenska LAPPRO-data, från en svensk multicenterstudie av prostatacancerkirurgi, visar samtidigt att robotassisterad prostatektomi har högre direkt sjukhuskostnad än öppen kirurgi, vilket innebär att patientnytta, volym och kostnader behöver vägas samman [3]. För partiell njurkirurgi visar metaanalyser kortare vårdtid, mindre blödning, färre transfusioner och färre komplikationer jämfört med öppen kirurgi, men ofta längre operationstid [4]. Inom rektalcancerkirurgi talar evidensen framför allt för lägre risk för konvertering från laparoskopi till öppen kirurgi, medan operationstiden ofta är längre och långsiktiga resultat i huvudsak är likvärdiga [11].

Frågan om utökad robotkapacitet i Region Jönköpings län har aktualiserats mot bakgrund av tidigare regionala underlag och den utveckling som skett inom minimalinvasiv kirurgi. I tidigare inventering inom SÖSR (Sydöstra sjukvårdsregionen) anges att nuvarande robotkapacitet är otillräcklig, att cancerkirurgi prioriteras och att benign kirurgi riskerar att trängas undan. Samma inventering pekar ut bland annat prostatektomi, nefrektomi, rekonstruktiv urologi, rektalcancerkirurgi, kolonresektion och bråckkirurgi som relevanta eller prioriterade områden för utökad robotanvändning.

Robotkirurgi innebär samtidigt ökade direkta kostnader för investering, service, instrument, salstid, utbildning, uppstart och bemanning. Hälsoekonomiska analyser visar därför att kostnadseffektivitet är beroende av tillräckliga volymer, effektiv logistik, hög nyttjandegrad, erfarna team och att roboten används för ingrepp där patientnyttan är tydlig [3]. Kortare vårdtider och färre komplikationer kan frigöra kapacitet och minska patientens behov av fortsatt vård, men innebär inte automatiskt direkta ekonomiska besparingar om bemanning, vårdplatser eller andra fasta kostnader inte kan förändras.

Mot denna bakgrund behöver frågan om ytterligare robotkapacitet analyseras både utifrån medicinsk nytta och utifrån lokala förutsättningar för produktion, bemanning, operationskapacitet, sterilflöde, postoperativ kapacitet, vårdplatser, ekonomi och länsgemensam styrning. Utredningen syftar därför till att belysa behov, konsekvenser och skillnader mellan möjliga placeringsalternativ i Region Jönköpings län.

1.2 Uppdrag

Sjukvårdsdirektören för kirurgisk vård i RJL har givit CGI i uppdrag att utreda behovet av operationsrobot på alla tre sjukhus. Utredningen ska utgå från en befintlig operationsrobot på

Ryhov plus en ytterligare märkesneutral operationsrobot. Den ska belysa konsekvenser, för- och nackdelar med placering på Ryhov, Höglandssjukhuset Eksjö och Värnamo sjukhus samt föreslå hur den totala robotkirurgiska volymen i RJL bör planeras och fördelas.

Uppdraget anger också att analysen ska beakta kompetensförsörjning, attraktivitet, personalrörlighet, operationssal/lokaler, undanträngning, införandetid och uppdaterad kostnadsbild. I praktiken innebär detta att placeringsfrågan inte kan avgöras enbart av var en robot får plats fysiskt, utan behöver vägas mot vilka patientgrupper som ska opereras, vilka team som kan bemanna, vilken vårdplats- och postoperativ kapacitet som finns och hur kapaciteten styrs länsgemensamt.

1.3 Underlag och metod i korthet

Denna slutrapport bygger i första hand på de underlag som tagits fram inom ramen för den aktuella utredningen. Det omfattar intervjuer med verksamhetsföreträdare inom urologi, kirurgi och operation, intervjuer med robotoperatörer inom urologi och kolorektal kirurgi, intervjuer med företrädare för operationsverksamheterna på Ryhov, Eksjö och Värnamo samt intervju och skriftlig återkoppling från controllers avseende ekonomiska konsekvenser. Underlagen har analyserats tillsammans med produktions- och väntelistedata, tidigare regionala utredningar samt särskilt framtagna analysunderlag för att bedöma behov, genomförbarhet, konsekvenser och risker kopplade till ytterligare robotkirurgisk kapacitet i Region Jönköpings län. Därutöver har verksamhetschefer inom kvinnoklinikerna getts möjlighet att lämna underlag om nuvarande och framtida behov av robotkirurgi.

Som kvantitativt underlag har utredningen använt data över kirurgiska och urologiska operationer under 2025, utförda robotoperationer på sal 8 under 2025 samt väntelistedata för kirurgi och urologi. Dessa data har använts som planerings- och analysunderlag, men vissa uppgifter bygger på egna klassificeringar och bör därför ses som bedömningsunderlag snarare än slutligt validerade verksamhetstal.

Tidigare material från Region Jönköpings län och Sydöstra sjukvårdsregionen har använts som bakgrund och kontext. Det gäller bland annat tidigare SÖSR-inventering, uppdrag till RPO/RAG (regionalt programområde/regional arbetsgrupp) samt tidigare sammanställningar av robotkirurgiskt behov. Dessa underlag har varit viktiga för att förstå historik, tidigare identifierade behov och övergripande utvecklingsriktning, men den slutliga analysen i denna rapport bygger främst på de aktuella intervjuerna, datauttagen och de analysunderlag som tagits fram under 2026.

Under utredningen har även särskilda analysunderlag tagits fram för att stödja bedömningen. Det gäller framför allt poängmatris för jämförelse mellan placeringsalternativ, evidensstödd prioritering av robotkirurgiska indikationer samt förslag till patientförflyttningar beroende på robotplacering. Dessa redovisas som bilaga 1-3.

Bedömningarna i rapporten är sammanvägda lokala analysbedömningar. De bygger på en kombination av verksamheternas uppgifter, tillgängliga data, ekonomisk återkoppling och evidensstödd prioritering. Där extern forskning, HTA-rapporter eller hälsoekonomiska resonemang används har dessa hanterats som kompletterande kunskapsunderlag och inte som lokala RJL-data.

1.4 Avgränsning gynekologi

Gynekologi ingår inte som bärande volym eller prioriteringsgrund i utredningen. Samtliga verksamhetschefer för kvinnoklinikerna har getts möjlighet att besvara frågor om nuvarande och framtida behov av robotkirurgi, men underlaget är inte tillräckligt konkret för att ligga till grund för volymberäkningar eller placering av ytterligare robotkapacitet.
De svar som inkommit visar att gynekologin ser robotkirurgi som ett möjligt framtida utvecklingsområde, framför allt om vårdstrukturen förändras. Både Ryhov och Eksjö lyfter exempelvis att robotkirurgi skulle kunna bli aktuellt om delar av den gynekologiska cancerkirurgin i framtiden skulle decentraliseras från universitetssjukhus till Region Jönköpings län. Det finns dock inget underlag i denna utredning som visar att konkreta dialoger om en sådan decentralisering pågår. Eksjö beskriver även möjliga behov kopplade till patienter som i dag remitteras utanför RJL samt benigna hysterektomier hos patienter med högt BMI. Värnamo har inte lämnat svar inför återrapporteringen.

Gynekologi hanteras därför i rapporten endast som ett möjligt framtida utvecklingsområde och inte som ett bärande underlag för scenarier, volymbedömningar eller placeringsalternativ.

2. Nuläge och prioritering

2.1 Nuläge för robotkirurgi i RJL

Robotkirurgi i RJL bedrivs i dag vid Ryhov och används av urologi och kolorektal kirurgi. Tidigare SÖSR-inventering som genomfördes 2024 anger att nyttjandegraden är hög och att nuvarande kapacitet är otillräcklig. Cancer prioriteras, vilket innebär att benign och rekonstruktiv kirurgi riskerar att trängas undan.

2025 genomfördes 370 robotoperationer fördelade på 225 aktiva robotdagar, motsvarande cirka 1,64 operationer per aktiv robotdag. Samma underlag klassificerar grovt cirka 184 urologiska robotoperationer och cirka 118 kolorektala robotoperationer. Uppgifterna är egna beräkningar i utredningen scenarieunderlag och bör därför ses som planeringsunderlag, inte som slutligt validerade verksamhetstal.

Intervjuerna som genomförts i utredningen stödjer att kapacitetsfrågan är reell men visar också att roboten inte är den enda flaskhalsen. För att ytterligare robotkapacitet ska leda till faktisk produktionsökning krävs operationspersonal, operatörer, salstid, sterilflöde, postoperativ kapacitet, vårdplatser och styrning. Operation Ryhov beskriver att roboten prioriteras högt och att Ryhov nästan är i läge att klara två robotar, men också att ytterligare robotsal tränger undan annan verksamhet om inte flöden flyttas.

Urologin beskriver att de relevanta avancerade urologiska ingreppen i praktiken redan är robotiserade. Därför handlar ökad robotkapacitet för urologin främst om faktisk kapacitetsökning, minskad köpt vård och minskad undanträngning, inte i första hand om metodbyte. Kirurgin har däremot både etablerad robotvolym, särskilt rektalcancer, och möjlig selektiv metodväxling inom kolon, komplex bäckenkirurgi och avancerad bråck-/bukväggskirurgi.

2.2 Evidensstödd prioritering av ingrepp

Prioriteringen nedan är beslutsnära och bygger på en evidensstödd prioritering som tagits fram inom utredningen med stöd av AI (Artificiell Intelligens). AI har använts som verktyg för att söka, strukturera och sammanfatta aktuell forskning, systematiska översikter, HTA-rapporter, metaanalyser och relevanta riktlinjer där sådana identifierades. Resultatet har därefter vägts samman med lokala intervjuer, datauttag och verksamhetsbedömningar.

Det fullständiga prioriteringsunderlaget redovisas i bilaga 2, Evidensstödd prioritering av robotkirurgiska indikationer. Tabellen nedan ska inte tolkas som att alla ingrepp i en grupp automatiskt ska göras med robot, utan som stöd för vilka patientgrupper som bör bära planeringen av begränsad robotkapacitet.

Prioritetsgrupp	Ingrepp/patientgrupper	Beslutsbetydelse
A. Starkt prioriterade robotindikationer	• Radikal prostatektomi/prostatacancer-kirurgi, • partiell nefrektomi och komplex njurkirurgi, • rekonstruktiv urologi där lokal patientnytta och undanträngning är tydligt beskriven, • rektalcancerkirurgi och komplex bäckenkirurgi, • avancerade ärrbråck/bukväggsbråck där alternativet är öppen kirurgi.	Bör vara bärande för planering, förutsatt att volym, team och operations-kapacitet säkras.
B. Selekterade eller strategiska indikationer	• Selektiv kolonkirurgi, • benign vänstersidig kolon/rektosigmoid kirurgi, • rektal prolaps, • stomibråck/parastomala bråck, • komplexa reoperationer, • vissa avancerade minimalinvasiva GI-fall (gastrointestinal/mag-tarm), exempelvis hos patienter med högt BMI eller komplex anatomi.	Kan ingå i scenarier men bör styras selektivt. Ska inte användas som generell robotisering av hela volymer.
C. Lägre prioritet/inte bärande volym	• Kolecystektomi, • appendektomi, • enklare ljumskbråck/TAPP och andra korta standardingrepp där laparoskopi redan fungerar väl och robotnyttan är svag.	Bör inte fylla roboten enbart för nyttjandegrad. Kan endast övervägas i undantag eller särskilt komplexa fall.

Det centrala är att roboten inte bör fyllas med lågprioriterade ingrepp enbart för att uppnå hög nyttjandegrad. Nyttjandegraden behöver alltid vägas mot patientnytta, medicinsk prioritet och alternativ användning av operationskapacitet. För en mer detaljerad genomgång av evidensläge per ingreppsgrupp hänvisas till bilaga 2.

3. Scenarier per ort

3.1 Scenario Ryhov - ytterligare robotkapacitet på Ryhov

Möjlig bärande volym och patientgrupper. Ryhov har den tydligaste omedelbara bärande volymen. Urologi beskriver behov av minst fyra robotdagar per vecka redan nu, ökande prostatacancervolym fram till omkring 2030–2031 och en situation där patienter redan i dagsläget skickats vidare externt. Kolorektal kirurgi beskriver att en andra robot på Ryhov skulle kunna fyllas tillsammans med urologin, och att rektalcancer i praktiken är robotstandard på Ryhov.

Faktisk kapacitetsökning respektive metodbyte. För urologin är ökad kapacitet i hög grad faktisk kapacitetsökning eftersom verksamheten redan har robot som etablerad metod och inte ser återgång till öppen kirurgi som ett rimligt eller möjligt alternativ. För kolorektal kirurgi är bilden mer blandad: ökad kapacitet kan ge både faktisk kapacitetsökning och metodbyte från laparoskopi till robot i fall där robotnyttan är tydlig, särskilt rektal eller komplex bäckenkirurgi.

Kompetens och bemanning. Styrkan är befintlig robotkompetens hos operatörer och operationsteam. Operation Ryhov beskriver att robotverksamheten går måndag-fredag, att roboten prioriteras högt och att omkring hälften av operationssjuksköterskorna är robotutbildade. Urologin anger att 6 operatörer finns och fler håller på att utbildas. Kolorektal kirurgi har i dagsläget 2 robotoperatörer vilket kan påverka möjligheten till kapacitetsökning men ytterligare robotkapacitet kan förbättra utbildningsmöjligheten. Både urologer och kolorektalkirurger anger dock att utbildning påverkar produktionen då operationstiden är längre under utbildning.

Operationskapacitet, vårdplatser och postop. Ryhovsalternativet är inte bara en fråga om att placera in en robot till. Operation Ryhov beskriver att en ytterligare robotsal innebär att annan verksamhet behöver backa, att postoperativ kapacitet kan bli en framtida flaskhals och att ytterligare utrymme kan behövas. Undanträngningseffekten är dock troligen övergående i samband med att operationsavdelningen får tillgång till de ytterligare två operationssalar som skall byggas inom kort. Urologin bedömer att vårdplatsbehovet vid fördubblad robotkapacitet är begränsat, men detta gäller framför allt urologiska robotpatienter och förändrar inte att sal, postop och bemanning kan bli flaskhalsar.

Ekonomi och uppstart. Ryhov har lägst uppstartsrisk eftersom befintlig struktur, sterilflöde och kompetens redan finns. Viss ytterligare utrustning och utbildning krävs ändå. Ekonomiskt ger Ryhov sannolikt högst tidig nyttjandegrad och lägst risk för låg volym under uppstart, men total påverkan kan vara högre eftersom undanträngning av annan kirurgi kan skapa behov av patientförflyttningar och omfördelad salstid.

Strategiska effekter för länet. Ryhov är starkast för snabb produktionsökning, patientsäker uppskalning och utbildning inom befintlig robotmiljö. Begränsningen är att alternativet i mindre grad stärker länsdelssjukhusens utveckling och attraktionskraft, och att det kan förstärka bilden av koncentration till Ryhov. Om Ryhov väljs bör beslutet därför kombineras med ett tydligt uppdrag om vilka elektiva flöden som ska flyttas till Eksjö och Värnamo för att helheten ska fungera.

Samlad bedömning Ryhov: Starkast alternativ om målet är snabbast produktionsökning, högst initial nyttjandegrad och lägst medicinsk uppstartsrisk. Förutsätter samtidigt aktiv planering av sal, postoperativ kapacitet och omfördelning av annan elektiv kirurgi till länsdelssjukhusen.

3.2 Scenario Eksjö - ytterligare robotkapacitet i Eksjö

Möjlig bärande volym och patientgrupper. Eksjöalternativet bör inte bygga på att avancerad urologisk cancerkirurgi, avancerad njurkirurgi, rekonstruktiv urologi eller rektalcancer flyttas från Ryhov i nuläget eftersom dessa ingrepp kräver högspecialiserad operatörskompetens, samtränade team, tillräckliga volymer, etablerade multidisciplinära flöden och tillgång till kringresurser. Den mest rimliga bärande volymen är i stället större ärrbråck, bukväggsbråck och stomibråck, kompletterat med selekterad kolorektal kirurgi, benign vänstersidig kolon/rektosigmoid kirurgi, rektal prolaps och eventuellt andra balanserande flöden som kvalitetssäkras.

Faktisk kapacitetsökning respektive metodbyte. I Eksjö blir effekten sannolikt en kombination. Om en tionde operationssal öppnas med tillskott av ytterligare bemanning kan roboten ge faktisk kapacitetsökning. Om roboten i stället används inom befintlig drift innebär den främst metodbyte och omfördelning av operationskapacitet, med risk att annan kirurgi minskar, särskilt under upplärning. Operation Eksjö beskriver uttryckligen två möjliga scenarier: robot inom befintlig verksamhet eller robot som faktisk kapacitetsökning med budgetförstärkning och utökad bemanning.

Kompetens och bemanning. Eksjö har viss kirurgisk robotkompetens genom en kolorektalkirurg med tidigare robotlicens, men ingen etablerad robotverksamhet. Flera kirurger beskrivs ha stark laparoskopisk kompetens, vilket kan underlätta uppbyggnad. Operationssidan beskriver operationssjuksköterskor som mest sårbar grupp, med sjukskrivningar, hyrpersonal och rekryteringsutmaningar, även om nya operationssjuksköterskor förväntas börja efter sommaren.

Operationskapacitet, lokaler och sterilflöde. Eksjö har mycket goda lokalmässiga förutsättningar enligt operationsintervjun: ny och modern operationsavdelning, stora salar, operationsrumsintegration, uppdukningsrum, preoperativt område och en tidigare hybridsal som bedöms lämpad för robotkirurgi men i dag saknar bemanning. Sterilkapacitet beskrivs inte som huvudflaskhals, men särskild utrustning, exempelvis diskmaskin, behöver tillkomma.

Ekonomi och uppstart. Eksjö kräver högre uppstartskostnad och längre införandetid än Ryhov. Utbildning, klinisk handledning, teamuppbyggnad, eventuellt ny utrustning och lägre initial produktivitet behöver vägas in. Om roboten placeras i Eksjö utan förstärkt budget och bemanning finns risk för undanträngning av annan kirurgi.

Strategiska effekter för länet. Eksjöalternativet har tydligt strategiskt värde om regionen vill stärka Höglandssjukhusets kirurgiska profil, bråckcentrumambition, attraktivitet och kompetensförsörjning. Intervjuerna lyfter att modern teknik kan bidra till att behålla unga kirurger och stärka ett sjukhus med rekryteringsutmaningar. Detta är dock ett strategiskt argument och behöver balanseras mot volym, kvalitet och patientsäker uppstart.

Samlad bedömning Eksjö: Starkt strategiskt alternativ kopplat till avancerad bråck-/bukväggskirurgi och Höglandssjukhusets utvecklingsprofil. Genomförbarheten beror på bemanning, tydligt uppdrag, aktiv patientflödesstyrning och stegvis uppbyggnad. Bör inte initialt bygga på flytt av avancerad urologi eller rektalcancer från Ryhov.

3.3 Scenario Värnamo - ytterligare robotkapacitet i Värnamo

Möjlig bärande volym och patientgrupper. Värnamoscenariot bör bygga på större bråck, selekterad kolorektal kirurgi, avancerad minimalinvasiv GI-kirurgi, komplexa fall med tidigare kirurgi eller svår anatomi samt eventuellt vissa bariatrisk-/hiatus-/diafragmabråckspatienter om volym och evidens kvalitetssäkras. Värnamo bör inte planeras för urologisk cancerkirurgi, avancerad njurkirurgi eller rektalcancer som huvudvolym.

Faktisk kapacitetsökning respektive metodbyte. Om roboten innebär tillskott i budget för en ny bemannad sal kan operation i Värnamo ge faktisk kapacitetsökning. Operationsintervjun anger dock att detta kräver förstärkning med uppskattningsvis fem till sex personer, framför allt operationssjuksköterskor och viss anestesiresurs. Om roboten främst ersätter operationer som redan görs med annan teknik blir effekten mer metodbyte och kräver mindre bemanningsförstärkning, men ger då inte samma produktionsökning.

Kompetens och bemanning. Kirurgen i Värnamo beskriver stabil läkarkår, stark laparoskopisk tradition och intresse för utveckling. Operationsverksamheten bedöms ha bred kompetens och god produktionskultur, men saknar praktisk robotvana. Uppstart kräver utbildning av operatörer, operationssjuksköterskor, sterilteknik och team. Vårdavdelningsbemanning lyfts i kirurgintervjun som en tydlig risk eftersom vårdplatsläget är ansträngt och vårdplatser är stängda idag på grund av vakansproblematik.

Operationskapacitet, lokaler och postop. Värnamo har en modern operationsavdelning från 2017 med stora salar, preoperativ yta, uppdukningsrum och god teknisk standard. Operation beskriver goda starttider, korta bytestider, låg andel strukna patienter och stark produktionskultur. Postoperativ kapacitet bedöms inte vara huvudflaskhals utom under sommaren. Sterilteknik bedöms ha goda förutsättningar men särskild utrustning kan behöva köpas in, exempelvis diskmaskin.

Ekonomi och uppstart. Värnamo har sannolikt goda lokala förutsättningar men samma ekonomiska uppstartslogik som Eksjö: utbildning, lägre initial produktivitet, behov av utrustning och eventuell bemanningsförstärkning. Om bemanning inte tillförs riskerar roboten att tränga undan annan verksamhet eller bli ett metodbyte snarare än en kapacitetsökning.

Strategiska effekter för länet. Värnamoalternativet kan stärka sjukhusets attraktivitet och minimalinvasiva profil, särskilt mot bakgrund av modern operationsmiljö och stark laparoskopisk tradition. Det har också länsstrategiskt värde om regionen vill signalera utveckling på alla tre akutsjukhus. Begränsningen är att volymen behöver styras aktivt och att vårdplats- och operationsbemanning behöver säkras innan full effekt kan uppnås.

Samlad bedömning Värnamo: Trovärdigt utvecklingsalternativ kopplat till modern operationsmiljö, produktionskultur och minimalinvasiv kompetens. Förutsätter bemanningsförstärkning vid faktisk kapacitetsökning och tydlig volymstyrning. Bör inte initialt bygga på avancerad urologisk cancerkirurgi eller rektalcancer som huvudvolym.

3.4 Scenario – ingen ytterligare robotkapacitet tillkommer

Om ingen ytterligare operationsrobot köps in kvarstår dagens struktur där robotkirurgin i RJL är koncentrerad till Ryhov och delas mellan framför allt urologi och kolorektal kirurgi. Underlaget visar att nuvarande kapacitet redan är otillräcklig i förhållande till behovet. Cancer prioriteras, vilket innebär att benign och rekonstruktiv kirurgi fortsatt riskerar att trängas undan.

För urologin blir konsekvensen särskilt tydlig. De relevanta avancerade urologiska ingreppen är i praktiken redan robotiserade, vilket innebär att ökad robotkapacitet främst skulle ge faktisk kapacitetsökning, minskad köpt vård och minskad undanträngning – inte i första hand metodbyte. Om ingen ytterligare robot tillkommer bedöms urologin inte återgå till öppen kirurgi. I stället finns risk att patienter behöver skickas vidare, att rekonstruktiv kirurgi trängs undan ytterligare och att robotkompetens på sikt försvagas.

För patienterna innebär scenariot risk för fortsatt eller ökande väntetider, särskilt för grupper som inte kan prioriteras före cancerkirurgi. Det gäller bland annat benign och rekonstruktiv urologi, där patienter kan ha betydande livskvalitetspåverkan och återkommande behov av vårdinsatser. Även kolorektal kirurgi påverkas genom begränsade möjligheter till metodutveckling, utbildning och selektiv robotanvändning vid komplex bäcken- eller kolorektal kirurgi.

Ekonomiskt innebär scenariot att regionen undviker investerings-, service-, utbildnings- och uppstartskostnader för en ny robot. Samtidigt kvarstår kostnads- och kapacitetsproblematiken. Controlleråterkopplingen anger att ingen robotkirurgi köptes från annan region under 2025, men att fyra urologiska patienter hittills under 2026 har skickats vidare och att ytterligare elva patienter kan bli aktuella. Om ingen ytterligare kapacitet tillkommer kan köpt vård därför behöva bli ett återkommande sätt att hantera kapacitetsbristen.

Scenariot innebär också att de strategiska utvecklingsvärden som lyfts i Eksjö och Värnamo uteblir. Ingen ny robotkapacitet byggs upp på länsdelssjukhusen, samtidigt som Ryhovs nuvarande undanträngningsproblematik inte löses. Nuvarande robot fortsätter behöva prioriteras hårt, med risk att cancerkirurgi fortsatt tränger undan benign, rekonstruktiv och utvecklingsinriktad kirurgi.

Samlad bedömning – ingen ytterligare robot: Alternativet innebär lägst omedelbar investeringskostnad, men svarar inte mot det behov av ökad robotkapacitet som framkommer i underlagen. Det medför risk för fortsatt undanträngning, ökande väntetider, ökad köpt vård, minskad regional självförsörjning och försvagad möjlighet att utveckla och behålla robotkirurgisk kompetens. Scenariot bör därför beskrivas som ett nollalternativ med betydande medicinska, kapacitetsmässiga och strategiska risker, snarare än som ett långsiktigt hållbart alternativ om regionen vill möta det identifierade behovet av robotkirurgi.

4. Jämförande konsekvensanalys

Den jämförande konsekvensanalysen bygger bland annat på den poängmatris som redovisas i bilaga 1. Tabellen är en översikt och ersätter inte de ortsvisa analyserna. Bedömningarna är kvalitativa och ska inte läsas som en exakt poängsättning.

Kriterium	Ryhov	Eksjö	Värnamo	Kommentar
Patientnytta och medicinsk kvalitet	Starkast stöd för bärande urologi och rektal/ komplex kolorektal kirurgi.	Starkt inom selekterad avancerad bråck-/bukväggskirurgi; mer osäker bredd.	Starkt inom selekterad bråck/kolon/ avancerad minimalinvasiv GI; mer osäker bredd.	Patientnytta högst där robot ersätter öppen kirurgi eller minskar konvertering.
Realistisk volym och nyttjandegrad	Högst initialt; volym finns redan.	Beroende av styrda bråck- och selektionsflöden.	Beroende av styrda bråck-/kolon-/GI-flöden.	Läns-gemensam styrning avgörande för Eksjö/ Värnamo.
Snabbhet till produktion	Snabbast.	Längre uppstart.	Längre uppstart.	Ny robotmiljö kräver utbildning och klinisk handledning.
Kompetens och team	Etablerat team och operatörer.	Viss läkarkompetens/ laparoskopisk bas, men team behöver byggas.	Stark laparoskopisk bas, men robotteam saknas.	Teamvana är central faktor för patient-säkerhet
Operations-kapacitet och undanträngning	Hög risk för undan-trängning på Ryhov om flöden inte flyttas.	Risk om ingen extra sal/bemanning; goda lokaler.	Mindre lokalmässig risk; bemanning krävs vid extra kapacitet.	Alla alternativ kräver aktiv planering av annan elektiv kirurgi.

Kriterium	Ryhov	Eksjö	Värnamo	Kommentar
Vårdplatser och postop	Postop kan bli flaskhals; urologiskt vårdplatsbehov begränsat.	Bedöms kunna fungera men beror på patientmix och bemanning.	Postop god, vårdplats-bemanning är en risk.	Frigjord vårdtid är kapacitet, inte säker besparing.
Ekonomi och uppstart	Lägst uppstartsrisk, men undanträngnings-kostnader behöver hanteras.	Högre uppstarts-kostnad och lägre initial nyttjandegrad.	Högre uppstartskostnad; bemannings-förstärkning kan krävas.	Volym per år är viktig kostnads-drivare.
Attraktivitet och läns-perspektiv	Stärker centrum-kompetens men mindre länsdelseffekt.	Stark effekt för Höglands-sjukhusets profil.	Stark effekt för Värnamos utvecklingsprofil.	Strategiskt värde måste vägas mot volym och kvalitet.
Risknivå	Låg medicinsk uppstartsrisk, hög undanträngnings-risk.	Måttlig-hög uppstartsrisk beroende på bemanning/ volym.	Måttlig-hög uppstartsrisk; bemanning/vård-platser viktiga.	Riskerna skiljer sig mer i art än i förekomst.
Bedömnings-säkerhet	Högst.	Medel; volym och bemanning behöver säkras.	Medel; volym och bemanning behöver säkras.	Högst säkerhet finns där verksamhet redan bedrivs.

5. Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser

5.1 Ekonomiska perspektiv

Ekonomin bör beskrivas som en kostnads-, konsekvens- och riskbild, där de möjliga vinsterna framför allt finns i patientnytta, kapacitet, kvalitet och strategisk utveckling snarare än i direkta ekonomiska besparingar. En investering i ytterligare robotkapacitet innebär ökade kostnader genom investering och avskrivning, service, instrument och material, utbildning, uppstart, bemanning, eventuell lokalanpassning, sterilflöde/diskkapacitet samt påverkan på produktionen under införandet. I intervjun med controller framkommer dock att en mer precis ekonomisk analys är svår att göra innan ingrepp, volymer, placering och uppstartstakt är definierade.

Controllers bekräftar att dessa kostnadsposter är relevanta och lyfter samtidigt att kortare vårdtid inte automatiskt innebär minskade kostnader. Om minskningen av vårddagar inte är tillräckligt stor för att reducera vårdplatser eller bemanning bör effekten i första hand beskrivas som frigjord kapacitet och patientnytta, inte som en ekonomisk besparing.

De möjliga nyttorna ligger framför allt i minskat behov av köpt vård, möjlighet att behandla fler patienter i egen regi, minskad undanträngning, kortare väntan för vissa patientgrupper och bättre användning av vårdplatskapacitet. Därtill finns strategiska värden som kompetensförsörjning, attraktivitet och långsiktig utveckling av den kirurgiska verksamheten. Under 2025 köptes enligt controller ingen robotkirurgi från annan region. Hittills under 2026 har fyra urologiska patienter skickats vidare och ytterligare elva kan bli aktuella.

Den ekonomiska riskbilden skiljer sig mellan placeringsalternativen. Ryhov har lägst risk för låg nyttjandegrad under uppstart, eftersom kompetens, arbetssätt och volym redan finns etablerade. Samtidigt kan en placering där skapa kostnader och undanträngning om annan operationsverksamhet behöver flyttas. Eksjö och Värnamo innebär större uppstartskostnader och högre risk för lägre initial volym, men kan på sikt ge strategiska värden om uppdrag, patientflöden och bemanning säkras. En särskild risk gäller förmågan att upprätthålla robotproduktion under sommarperioden. I Värnamo uttrycks tydligt att det inte bedöms vara möjligt att hålla en robotsal i full drift måndag–fredag hela sommaren med nuvarande personalsituation, utan regional bemanning eller större personalpool. Eftersom Eksjö har en operationsavdelning av liknande storlek och också beskriver operationssjuksköterskor som en sårbar personalkategori, finns skäl att anta att motsvarande risk kan vara relevant även där, även om förutsättningarna behöver bedömas separat. För Ryhov är bilden mer sammansatt: robotverksamheten bedrivs redan året runt och prioriteras högt, men även där beskrivs sommaren som den mest sårbara bemanningsperioden. Det är därför inte klarlagt om två robotsalar på Ryhov skulle kunna bemannas fullt ut under sommaren utan att annan verksamhet påverkas, särskilt eftersom sommarproduktionen i huvudsak koncentreras till cancerkirurgi och akut kirurgi.

5.2 Vårdplatser och postoperativ kapacitet

Robotkirurgi kan minska vårdtid för vissa patientgrupper, särskilt när alternativet är öppen kirurgi. Detta är tydligt i urologins och bråckkirurgins resonemang samt i den evidensgenomgång som genomförts under utredningen. Samtidigt är kortare vårdtid inte samma sak som direkt ekonomisk besparing om vårdplats- eller bemanningsstrukturen är oförändrad.

För urologi bedöms ökad robotkapacitet kunna ge fler operationer med begränsat ökat vårdplatsbehov. Robotoperatörerna anger att en fördubbling av flödet sannolikt endast kräver 1–2 extra vårdplatser och att fler patienter kan bli dagkirurgiska på sikt. Detta är dock en urologisk bedömning och kan inte automatiskt överföras till all kirurgi.

För kirurgi kan robot i vissa fall innebära metodbyte från öppen kirurgi till minimalinvasiv kirurgi och därmed potentiellt kortare vårdtid. Detta gäller särskilt större bråck-/bukväggskirurgi och komplexa fall där öppen kirurgi annars vore alternativ. För enklare ingrepp som redan görs laparoskopiskt är vårdtidsvinsten mer osäker.

Postoperativ kapacitet och bemanning är ändå genomförandeförutsättningar. Ryhov beskriver postoperativ kapacitet som en möjlig framtida flaskhals. Eksjö beskriver goda lokalmässiga förutsättningar men behov av bemanning och budget vid kapacitetsökning. Värnamo beskriver god postoperativ struktur men vårdplatsbemanning som risk, då vakanser redan idag gör att vårdplatser hålls stängda.

5.3 Styrning och genomförande

Ytterligare robotkapacitet bör styras länsgemensamt. Kapaciteten bör fördelas utifrån patientnytta, medicinsk prioritet, vänteläge, volymkrav, kompetens, teamvana och nyttjandegrad. Detta gäller oavsett placering.

Placering utanför Ryhov kräver särskilt aktiv patientflödesstyrning. Det räcker inte att installera en robot i Eksjö eller Värnamo; det måste också beslutas vilka patientgrupper som ska styras dit, vilka som ska ligga kvar på Ryhov och vilka icke-robotberoende flöden som ska flyttas i motsatt riktning för att undvika undanträngning. Principerna för möjliga patientförflyttningar och motriktade flöden utvecklas i bilaga 3, Förslag till patientförflyttningar beroende på robotplacering.

Placering på Ryhov kräver på motsvarande sätt aktiv omfördelning av annan elektiv kirurgi till länsdelssjukhusen. Annars riskerar ytterligare robotkapacitet att bara flytta flaskhalsen från robot till sal, postop, vårdavdelning eller annan operationsverksamhet. Även detta scenario behöver därför kopplas till en plan för patientflöden och motriktade förflyttningar, se bilaga 3.

Styrningen bör undvika att roboten används för ingrepp med svag patientnytta. Tillgänglighetsråd eller motsvarande länsgemensam struktur kan vara en naturlig arena för prioritering, uppföljning och omfördelning av robotdagar mellan specialiteter och orter. Nyckeltal bör omfatta nyttjandegrad, antal operationer per robotdag, väntetider, vårdtid, komplikationer, återinläggningar, strykningar, köpt vård och undanträngning av annan kirurgi.

6. Risker och osäkerheter

Riskkategori	Risker/osäkerheter
Gemensamma risker	Låg nyttjandegrad; otillräcklig bemanning; undanträngning av annan kirurgi; otydliga patientflöden; robotanvändning för lågprioriterade ingrepp; övertolkning av ekonomiska effekter; att vårdplats, postop eller operationssjuksköterskor blir ny flaskhals; att utbildning tar längre tid än planerat.
Särskilt Ryhov	Ytterligare belastning på redan trång operationsstruktur; undanträngning av annan elektiv kirurgi; postoperativ flaskhals; mindre direkt utvecklingseffekt för Eksjö och Värnamo; behov av tydligt beslut om vilka flöden som ska flyttas ut.
Särskilt Eksjö	Uppstartstid; bemanning av operationssjuksköterskor; behov av budget om tionde sal ska användas; risk för lägre initial produktion; risk att roboten fylls med fel patientgrupper om flöden inte styrs; sommarbemanning; behov av stöd från etablerad robotenhet.
Särskilt Värnamo	Behov av förstärkt bemanning vid faktisk kapacitetsökning; vårdplatsbemanning; uppstartstid; risk att volymen inte räcker för operatörskompetens; sommarbemanning; behov av patienturval och regional styrning.

7. Samlad bedömning

Underlaget pekar tydligt på att behovet av ytterligare robotkapacitet är reellt, men att nyttan beror på hur kapaciteten används och styrs. Robotkirurgi är mest motiverad för patientgrupper där tekniken ger tydlig nytta: avancerad urologi, rektal/komplex kolorektal kirurgi och selektiv avancerad bråck-/bukväggskirurgi. Den bör inte motiveras av generell överföring av enkla laparoskopiska ingrepp. Detta bygger på den evidensstödda prioritering som tagits fram i utredningen samt på den externa forskning som redovisas i källförteckningen.

Om målet är snabbast möjlig produktionsökning, högst initial nyttjandegrad och lägst medicinsk uppstartsrisk talar mycket för Ryhov. Där finns etablerade operatörer, robotteam och arbetsflöden. Urologi, kolorektal kirurgi och operation beskriver att kapacitet kan användas direkt eller relativt snabbt. Ryhovsalternativet är därför det mest robusta ur ett kortsiktigt produktions- och patientsäkerhetsperspektiv.

Om målet är att kombinera robotkapacitet med långsiktig utveckling av länsdelssjukhus, kompetensförsörjning och regional attraktivitet talar delar av underlaget för Eksjö eller Värnamo. Eksjö framstår särskilt kopplat till avancerad bråck-/bukväggskirurgi och Höglandssjukhusets utvecklingsprofil. Värnamo framstår särskilt kopplat till modern operationsmiljö, produktionskultur och bred minimalinvasiv/laparoskopisk kompetens.

Ett beslut om placering utanför Ryhov bör dock inte bygga på att urologisk cancerkirurgi, avancerad njurkirurgi, rekonstruktiv urologi eller rektalcancerkirurgi sprids initialt. Dessa områden bör i nuläget fortsatt koncentreras till Ryhov om inte mycket tydliga volym-, kompetens- och patientsäkerhetsförutsättningar först etableras.

7.1 Strategiskt perspektiv vid eventuell långsiktig utbyggnad

Under utredningen har robotkirurgi återkommande beskrivits som en del av den långsiktiga utvecklingen mot mer minimalinvasiv kirurgi. I intervjumaterialet liknas utvecklingen vid tidigare övergång från öppen till laparoskopisk kirurgi, och det framförs att robotkirurgi på sikt kan komma att bli en naturlig del av operationsverksamheten på samtliga sjukhus.

Om Region Jönköpings län har en strategisk ambition att successivt bygga upp robotkirurgisk kapacitet på alla tre sjukhus, finns ett perspektiv som bör övervägas i bedömningen av robot nummer två. Det handlar om att väga det omedelbara behovet av kapacitetsökning mot hur regionen bäst förbereder ett eventuellt nästa steg i utbyggnaden.

Utifrån det perspektivet kan en placering av robot nummer två på Ryhov ses som ett möjligt etappsteg, snarare än som ett slutligt ställningstagande om var robotkirurgin långsiktigt ska bedrivas. Ryhov har redan etablerad robotverksamhet, utbildad personal och upparbetade arbetssätt. En placering där skulle därför kunna ge snabbare effekt på nuvarande kapacitetsbrist och samtidigt skapa möjlighet att utbilda kirurger och operationspersonal från Värnamo eller Eksjö inför ett eventuellt senare införande på ytterligare sjukhus.

Detta perspektiv är relevant eftersom uppstart av robotkirurgi på en ny operationsavdelning innebär en längre uppstartssträcka, framför allt för operatörer och operationspersonal. Om kompetens byggs upp i en redan etablerad robotmiljö innan nästa robot tas i drift, kan det

minska risken för låg initial produktivitet, undanträngning av annan kirurgi och svag nyttjandegrad vid en framtida uppstart på ytterligare sjukhus.

Samtidigt behöver detta perspektiv vägas mot det signalvärde som en placering av robot nummer två på Ryhov kan få för Värnamo och Eksjö. Ett sådant beslut kan uppfattas som att länsdelssjukhusen inte prioriteras, särskilt om det inte kombineras med en tydlig plan för fortsatt utbyggnad. Om regionen väljer att gå vidare med denna väg bör det därför övervägas om beslutet behöver kopplas till en tydlig viljeinriktning för robot nummer tre, inklusive preliminär tidplan, möjlig placering och plan för kompetensuppbyggnad på det sjukhus som kan bli aktuellt i nästa steg. På så sätt kan en eventuell placering av robot nummer två på Ryhov förstås som ett led i en planerad länsgemensam utveckling, snarare än som en permanent centralisering av robotkirurgin.

7.2 Slutlig sammanvägning

Den mest nyanserade slutsatsen är därför att Ryhov är starkast för omedelbar effekt och lägst uppstartsrisk, medan Eksjö och Värnamo är strategiskt relevanta alternativ om regionen är beredd att fatta ett tydligt länsgemensamt genomförandebeslut om volymer, bemanning, utbildning och patientflöden.

Valet bör därför kopplas till vilket huvudmål regionen prioriterar: snabb kapacitetsökning i befintlig högkompetent miljö eller en mer långsiktig uppbyggnad av robotkirurgisk kapacitet på länsdelssjukhus.

8. Källor och underlag

Externa källor

Nedanstående externa källor har använts i rapportens bakgrundsavsnitt och som centrala källor för den evidensstödda prioritering som sammanfattas i avsnitt 6. En mer fullständig källförteckning för evidensgenomgången redovisas i bilaga 2.

[1] Folkehelseinstituttet. Robot-assisted prostatectomy for prostate cancer: A health technology assessment, 2024. https://www.fhi.no/en/publ/2024/Robot-assisted-prostatectomy-for-prostate-cancer/

[2] European Association of Urology (EAU). Guidelines on Prostate Cancer. https://uroweb.org/guidelines/prostate-cancer

[3] Health Economic Analysis of Open and Robot-assisted Laparoscopic Surgery for Prostate Cancer Within the Prospective Multicentre LAPPRO Trial, European Urology, 2018. PubMed: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30143383/

[4] Open versus robotic partial nephrectomy: Systematic review and meta-analysis / sammanställd evidens om partiell nefrektomi. PubMed: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30265760/

[5] Evidens om robotassisterad jämfört med laparoskopisk rektalcancerkirurgi, inklusive konverteringsrisk och korttidsutfall. JAMA: https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2834890

[6] Systematisk översikt/metaanalys om robotassisterad jämfört med laparoskopisk ljumskbråckskirurgi. PMC: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9314304/

[7] Stor kohortstudie om robotassisterad jämfört med laparoskopisk kolecystektomi. JAMA Surgery: https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/2834477

[8] Systematisk översikt/metaanalys om robotassisterad jämfört med laparoskopisk kolecystektomi. Translational Gastroenterology and Hepatology: https://tgh.amegroups.org/article/view/8479/html

[9] Comparative analysis of laparoscopic and robotic appendectomy. Surgical Endoscopy, 2025. https://link.springer.com/article/10.1007/s00464-025-12419-4

[10] Systematiskt kunskapsunderlag om robotassisterad pyeloplastik/hydronefros. PMC: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9639492/

[11] Meta-analysis of robot-assisted versus laparoscopic surgery for rectal cancer, PMC. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6000779/

[12] Systematisk översikt om robotassisterad uretärrekonstruktion/ureterreimplantation. PMC: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12254083/

[13] Systematisk översikt/metaanalys om robotassisterad jämfört med laparoskopisk kolonkirurgi. Cancers/MDPI: https://www.mdpi.com/2072-6694/16/8/1552

[14] Systematiskt kunskapsunderlag om ventral mesh rectopexi vid rektal prolaps. Europe PMC: https://europepmc.org/article/MED/33718972

[15] Systematisk översikt/metaanalys om robotassisterad bukväggsrekonstruktion och transversus abdominis release. Surgical Endoscopy: https://link.springer.com/article/10.1007/s00464-024-11382-w

[16] Randomiserad studie om laparoskopisk jämfört med robotassisterad ventralbråcksoperation. BMJ: https://www.bmj.com/content/370/bmj.m2457

Interna underlag, datauttag och intervjuer

Uppdrags- och bakgrundunderlag

- Robot uppdrag till RPO RAG SÖSR
- En sammanställning av inventeringen i en rapport utifrån behovet av operationsrobot inom SÖSR 202410
- Robotkirurgi RAPPORT Sammanställd av AI
- Underlag som delats med utredningen i samband med intervjuer

Intervjuer och skriftlig återkoppling

- Verksamhetschefer inom urologi, kirurgi, operation och gynekologi
- Bitr. verksamhetschefer kirurgi Eksjö och Värnamo tillsammans med utsedda kirurger
- Robotoperatörer för urologi och kolorektal
- Controller kirurgi samt skriftlig ekonomisk återkoppling från controllers för kirurgi och urologi

Datauttag

- Kirurgiska och urologiska operationer 2025
- Utförda operationer på sal 8 (robotsal) under 2025
- Antal väntande till operation kirurgi vid årsskiftet 2025–2026.
- Antal väntande till operation urologi vid årsskiftet 2025–2026.

Därutöver har särskilda analysunderlag tagits fram inom utredningen. Dessa redovisas som bilagor till rapporten.

Bilagor

Bilaga 1. Poängmatris för jämförelse mellan placeringsalternativ
Bilaga 2. Evidensstödd prioritering av robotkirurgiska indikationer
Bilaga 3. Förslag till patientförflyttningar beroende på robotplacering

För ett bra liv i en attraktiv region.

Evidensstödd prioritering av robotkirurgiska indikationer

Underlag till utredning om utökad robotkirurgisk kapacitet i Region Jönköpings län

Nedan är ett evidensstött prioriteringsförslag för slutrapporten som är framtagen med hjälp av AI.

Anmärkning om källor: Externa studier och riktlinjer redovisas tillsammans med verksamhetens egna underlag i källförteckningen sist i dokumentet. Gynekologi är inte inkluderat i prioriteringen. Där gynekologi förekommer i forskning nämns det i rapporten endast som möjligt framtida område, inte som grund för scenarier eller volymer.

I underlaget skiljer det mellan:

Evidens från forskning/HTA/riktlinjer, där jämförelsen ofta är robot mot öppen kirurgi eller robot mot laparoskopi.

RJL:s lokala behovs- och genomförandebild, där intervjuerna visar kapacitetsbrist, undanträngning, volympotential, kompetensfrågor och placeringskonsekvenser. Uppdraget anger också att den tidigare tabellen med prioriterade ingrepp ska användas för att balansera och utveckla robotkirurgin i RJL. SÖSR-inventeringen pekade ut bland annat prostatektomi, nefrektomi, rekonstruktiv urologi, rektalcancer, kolonresektioner och bråckkirurgi som prioriterade eller möjliga robotområden. [1, 2]

Samlad prioritering

A. Starkt prioriterade robotindikationer

Dessa bör kunna vara bärande i scenarier och rekommendation, förutsatt att volym, team och operationskapacitet säkras.

1. Radikal prostatektomi / prostatacancerkirurgi

Detta är den starkaste robotindikationen i urologin. Evidensen gäller framför allt jämförelse mot öppen kirurgi. FHI:s norska HTA från 2024 jämför robotassisterad prostatektomi med öppen prostatektomi och pekar på kortare vårdtid, mindre smärta och färre komplikationer, även om långsiktiga funktionella och onkologiska skillnader är mer osäkra och beroende av studieupplägg. EAU:s riktlinjer beskriver radikal prostatektomi som en etablerad behandling vid lokaliserad prostatacancer men lägger generellt större vikt vid kirurgisk kvalitet, erfarenhet och resultat än vid enbart teknikval. [3, 4, 5, 6, 8, 9]

Jämfört med laparoskopi är robotkirurgi ofta etablerad klinisk praxis i höginkomstländer, men evidensen är inte lika renodlad eftersom laparoskopisk prostatektomi i många länder redan har ersatts av robot. Hälsoekonomiskt är bilden blandad: robot kan vara kostnadseffektiv i

högvolymsmiljöer, särskilt när vårdtid, komplikationer och indirekta kostnader vägs in, men den är inte automatiskt billigare än öppen kirurgi. [5, 31, 32]

För RJL är indikationen stark även lokalt. Urologin beskriver att prostatakirurgi lämpar sig väl för robot, att volymerna väntas öka genom prostatacancerscreening/OPT, och att kapaciteten redan är otillräcklig. Robotoperatörerna beskriver också att urologin i praktiken redan har genomfört sin robotisering och inte ser återgång till öppen prostatakirurgi som realistisk.

Prioritet: A. Bör vara bärande i scenarierna, särskilt om scenariot avser snabb och säker kapacitetsökning.

2. Njurkirurgi, särskilt partiell nefrektomi och tekniskt avancerad njurkirurgi

Evidensen är starkast för robot jämfört med öppen partiell nefrektomi. Systematiska översikter och nätverksmetaanalyser pekar på lägre blödning, kortare vårdtid och färre perioperativa komplikationer för robotassisterad partiell nefrektomi jämfört med öppen kirurgi, med i huvudsak likvärdiga onkologiska resultat på kort–medellång sikt. Jämfört med laparoskopisk partiell nefrektomi är nyttan mer situationsberoende: roboten kan underlätta suturering, komplexa tumörer och njurbesparande kirurgi, men kostnaden är högre och laparoskopi kan vara kostnadseffektivt i vissa analyser. [7, 8, 9]

För RJL är lokal verksamhetsbedömning stark. Urologin beskriver njurkirurgi som tekniskt lättare och säkrare med robot, särskilt när njuren delas och sys ihop. Robotoperatörerna anger att njurkirurgi i praktiken inte bör gå tillbaka till öppen kirurgi, och att vårdtiden på Ryhov ofta är 0–2 dagar jämfört med flera dagar vid öppen kirurgi. [7, 8, 9]

Prioritet: A. Bärande indikation, särskilt för partiell nefrektomi, komplex njurkirurgi och fall där öppen kirurgi annars är alternativet. [7, 8, 9]

3. Rekonstruktiv urologi, pyeloplastik, hydronefros och uretärrekonstruktion/reimplantation

Här är evidensen mer begränsad än för prostatektomi och partiell nefrektomi, men den kliniska logiken är stark: roboten ger 3D-visualisering, ledade instrument och bättre suturmöjligheter i trånga anatomiska utrymmen. För pyeloplastik är minimalinvasiv kirurgi etablerad, och robot kan övervinna vissa tekniska begränsningar med konventionell laparoskopi. För ureterreimplantation och annan uretärrekonstruktion finns systematiska översikter som tyder på perioperativa fördelar jämfört med öppen kirurgi, men evidensen består ofta av små, heterogena och delvis retrospektiva studier. [7, 8, 9]

För RJL är detta ett mycket viktigt område. Verksamhetschefen för urologi beskriver rekonstruktiv robotkirurgi som ett centralt område där patienter annars riskerar sämre livskvalitet, upprepade åtgärder, stentar, nefrostomier och infektioner. Robotoperatörerna beskriver att benigna och rekonstruktiva patienter ofta trängs undan eftersom de kan kräva längre operationstid. [9, 13, 30]

Prioritet: A/B. Föreslås få prioritet A för RJL:s scenarier, eftersom lokal patientnytta och undanträngning är starkt beskriven, men med formuleringen att den externa evidensen är mer begränsad än för prostatakirurgi och njurkirurgi. [7, 8, 9]

4. Rektalcancerkirurgi och annan bäckenkirurgi i trångt bäcken

Detta är den starkaste indikationen inom kolorektal kirurgi. Evidensen gäller framför allt jämförelse mot laparoskopi, eftersom öppen kirurgi redan i hög grad ersatts av minimalinvasiv kirurgi där det är möjligt. Studier och metaanalyser visar ofta längre operationstid för robot, men lägre konverteringsrisk och likvärdiga onkologiska resultat jämfört med laparoskopi. Nyttan är särskilt relevant vid låg/mellanrektal cancer, manligt bäcken, obesitas, tidigare kirurgi, neoadjuvant behandling och andra tekniskt svåra förhållanden. [9, 13, 30]

Lokalt är detta starkt. Kolorektal robotkirurg beskriver roboten som särskilt värdefull i trånga anatomiska områden, vid rektalcancer och vid tumörer som växer över på andra organ och lyfter minskad konvertering som den tydligaste dokumenterade vinsten och beskriver att rektalcancer i praktiken är robotstandard på Ryhov. [12, 13]

Prioritet: A. Bör vara bärande i scenarierna, men med nyanseringen att vinsten framför allt är jämfört med laparoskopi i svåra bäckenfall och i form av färre konverteringar, inte nödvändigtvis kortare operationstid. [9, 13, 30]

5. Avancerade ärrbråck, bukväggsbråck och komplex abdominal wall reconstruction

Detta är ett viktigt men mer selektivt område. Evidensen är starkare när robot jämförs med öppen komplex bukväggskirurgi än när robot jämförs med vanlig laparoskopisk ventralbråckskirurgi. För komplexa bukväggsrekonstruktioner, till exempel robotassisterad transversus abdominis release, tyder metaanalyser på kortare vårdtid, färre sårinfektioner och färre komplikationer jämfört med öppen kirurgi, men också längre operationstider och behov av bättre studier. För enklare ventrala bråck visar randomiserade studier däremot inte tydlig generell överlägsenhet mot laparoskopi, och kostnaden är högre. [14, 15, 16, 17]

Lokalt lyfts avancerad bråckkirurgi starkt i Eksjö och Värnamo. Eksjö beskriver stora ärrbråck, stomibråck och sjukvårdsregional bråckprofil som särskilt relevanta, men intervjun innehåller också uppgifter som behöver kvalitetssäkras mot extern evidens innan de används som starka faktapåståenden. Värnamo lyfter bråck som ett naturligt utvecklingsområde och anger ungefär 100 patienter per år som grov uppskattning. [14, 16, 17]

Prioritet: A/B. Prioritet A för stora komplexa ärr-/bukväggsbråck där alternativet är öppen kirurgi, men B eller C för enklare ventrala bråck och ljumskbråck. [14, 15, 16, 17]

B. Selekterade eller strategiska robotindikationer

Dessa bör kunna ingå i scenarier, men inte som generell robotisering av hela volymen.

6. Koloncancerkirurgi

Evidensen för robot vid koloncancer är mer blandad än vid rektalcancer. Jämfört med laparoskopi visar metaanalyser ofta likvärdiga onkologiska och perioperativa resultat, ibland lägre konvertering eller kortare vårdtid i vissa undergrupper, men längre operationstid och högre kostnad. För högerkolon med CME och tekniskt avancerad dissektion kan robot vara rimligt i högvolymsmiljöer, men evidensen stödjer inte generell robotisering av all koloncancer. [9, 13, 30]

Lokalt finns ett tydligt intresse och viss befintlig kompetens. Kolorektal robotoperatör menar att kolorektala robotvolymer tillsammans med urologin kan fylla ytterligare robotkapacitet, men betonar också centralisering och volym som kvalitetsförutsättning.

Prioritet: B. Bör användas selektivt, särskilt vänstersidig kolon/rektosigmoid kirurgi, komplexa fall, obesitas, tidigare kirurgi och fall med hög konverteringsrisk. Inte som generell robotisering av all koloncancer. [13, 16, 17, 18]

7. Benign kolonresektion, vänstersidig kolon/rektosigmoid kirurgi och komplexa reoperationer

Här är evidensen i huvudsak extrapolerad från kolorektal kirurgi generellt. Roboten kan vara motiverad vid svår dissektion, trångt bäcken, tidigare operationer, inflammatorisk/fibrotisk vävnad och hög konverteringsrisk. Jämfört med laparoskopi är nyttan inte generell, men kan vara relevant i selekterade fall. Vid tidigare kirurgi och komplex anatomi är detta mer ett selektionsargument än ett volymargument.

RJL-materialet stödjer detta som utvecklingsområde. Värnamo beskriver komplexa fall, tidigare kirurgi och reoperationer som möjliga robotfall. Eksjö lyfter vänstersidig kolon, benign kirurgi och rektal prolaps som möjliga volymer. [13, 16, 17, 18]

Prioritet: B. Relevant som strategisk indikation, men bör inte bli bärande volym utan tydligt patienturval.

8. Rektal prolaps / ventral mesh rectopexi

Robot kan tekniskt passa väl i bäckenet, men evidensen för objektiv nytta jämfört med laparoskopisk ventral mesh rectopexi är begränsad. Systematiska översikter anger att robotplattformen kan underlätta tekniskt, men att objektiv överlägsenhet över laparoskopi är svagt dokumenterad. [19]

Prioritet: B. Rimligt som selekterad indikation, särskilt vid tekniskt svåra bäckenfall eller om det stärker kompetensen inom bäckenkirurgi, men inte bärande scenariovolym.

9. Cystektomi

Cystektomi utförs inte i RJL i nuläget enligt intervjuunderlaget, utan i Linköping. Evidensen har stärkts för robotassisterad radikal cystektomi med intrakorporeal urinavledning jämfört med öppen cystektomi, med lägre allvarliga komplikationer och korttidsfördelar i flera analyser, men det är högkomplex kirurgi med tydliga krav på volym, team, postoperativ vård och

komplikationsberedskap. EAU:s riktlinjer för muskelinvasiv blåscancer betonar erfarenhet, multidisciplinärt omhändertagande och korrekt kirurgisk/onkologisk behandling snarare än att teknikval ensamt avgör kvaliteten. [8, 20, 21]

Prioritet: B, men inte bärande för RJL:s nuvarande scenarier. Kan nämnas som framtida strategiskt område om regionen vill ta hem volym, men bör inte ligga till grund för scenariovolym utan separat beslut om uppdrag, volym och kompetens.

10. Stomibråck/parastomala bråck

Detta hör hemma i gruppen komplex bukväggskirurgi. Evidensen är inte lika stark och homogen som för komplex ventral/ärrbråckskirurgi generellt, men robot kan vara tekniskt relevant vid komplex bukväggsrekonstruktion och tidigare kirurgi. Jämförelsen bör primärt göras mot öppen kirurgi, inte mot enkel laparoskopi.

Prioritet: B. Selektiv indikation vid komplexa fall, inte generell robotvolym.

11. Hiatusbråck/diafragmabråck

Robot kan ge tekniska fördelar vid suturering och komplex anatomi, men metaanalyser visar inte entydig patientnytta jämfört med laparoskopi. En nyare systematisk översikt/metaanalys jämför robot och laparoskopi för hiatal hernia repair, men området är fortfarande heterogent och kostnadsnyttan oklar.

Prioritet: B/C. Kan användas selektivt vid stora paraesofageala bråck, reoperationer eller tekniskt svåra fall, men bör inte vara bärande volym. [13, 16, 17, 18]

12. Gastric bypass / bariatrisk kirurgi

Robotkirurgi vid gastric bypass kan vara tekniskt motiverad vid högt BMI, revisional bariatric surgery eller svår anatomi. Metaanalyser visar dock blandade resultat jämfört med laparoskopi; laparoskopisk gastric bypass är redan en väl etablerad och effektiv metod, och robot innebär ofta längre operationstid och högre kostnad. [17, 23]

Värnamo nämner bariatrisk kirurgi och gastric bypass som möjlig robotindikation, inklusive hypotes om dagkirurgisk potential, men detta bör hanteras försiktigt eftersom det i RJL-underlaget framstår som ett lokalt utvecklingsargument snarare än starkt evidensbaserad prioritering. [17, 23]

Prioritet: B/C. Selektivt vid komplexa/revisionella fall, högt BMI eller utbildnings-/utvecklingsskäl. Inte bärande scenariovolym.

13. Benign lever- och pankreaskirurgi

Robotkirurgi inom HPB kan vara relevant i högspecialiserade miljöer, särskilt vid distal pankreatektomi, selekterade leverresektioner och komplex minimalinvasiv kirurgi. Men evidensen och genomförbarheten är starkt beroende av hög volym, multidisciplinärt team och

avancerad perioperativ beredskap. För pankreaskirurgi finns systematiska översikter som visar möjlig korttidsnytta i selekterade jämförelser, men detta är inte en lågtröskelindikation. [24]

Prioritet: B/C. Möjligt framtida strategiskt område, men inte bärande i RJL:s aktuella robotutredning om det saknas tydliga lokala volymer, uppdrag och kompetens.

C. Lägre prioritet / bör inte vara bärande volym

14. Ljumskbråck/TAPP

Robotassisterad ljumskbråckskirurgi har inte stark evidens för patientnytta jämfört med laparoskopisk TAPP/TEP. Systematiska översikter visar ofta likvärdiga kliniska resultat, längre operationstid och högre kostnader för robot jämfört med laparoskopi. [25]

Prioritet: C. Bör inte vara bärande volym. Kan möjligen användas i utbildningssyfte eller vid särskilt komplexa recidivfall, men inte som generell indikation.

15. Kolecystektomi

Laparoskopisk kolecystektomi är standard. Evidensen för robot är svag som generell förbättring. En stor kohortstudie inom akut kirurgi fann liknande gallgångsskaderisk men högre större komplikationer, mer dränanvändning och längre vårdtid för robotassisterad kolecystektomi jämfört med laparoskopi. Systematiska översikter beskriver att nyttan och kostnadseffektiviteten är omdebatterad. [8, 20, 21]

Prioritet: C. Bör inte användas som bärande robotvolym. Endast undantagsvis vid särskilt komplex anatomi eller som del av annan robotoperation.

16. Appendektomi

Appendektomi är en kort, standardiserad laparoskopisk operation. Evidensen för robot är begränsad och nyttan oklar. Nyare analyser beskriver att robotens roll är oklar, med teoretiska tekniska fördelar men frågor om kostnad, operationstid och implementering. [28]

Prioritet: C. Bör inte ingå som bärande scenariovolym.

17. Splenektomi

Robotassisterad splenektomi kan vara tekniskt möjlig, men evidensen visar i huvudsak jämförbara resultat med laparoskopi och osäker kostnadseffektivitet. Systematiska översikter pekar på möjlig minskad blödning men behov av bättre forskning. [29]

Prioritet: C/B. Vanligen C. Kan vara B vid selekterade komplexa fall, stor mjälte eller svår anatomi, men inte bärande volym.

Tvärgående slutsatser om operationstid, salstid, lärandekurva och hälsoekonomi

Robotkirurgi ger sällan kortare operationstid än laparoskopi. Tvärtom visar många studier längre operationstid, särskilt under uppstart och lärandekurva. Vinsten ligger i stället ofta i lägre konverteringsrisk, mindre blödning, kortare vårdtid och snabbare återhämtning — framför allt när alternativet är öppen kirurgi eller när laparoskopi är tekniskt svår. [9, 13, 30]

Det stämmer väl med RJL-intervjuerna. Eksjö-intervjun anger att robot generellt inte ger snabbare operationstid än laparoskopi, men att stora bråck kan frigöra specialistkapacitet om ingreppet kan göras med färre specialister. Robotoperatörerna i urologi beskriver att två till tre operationer per dag kan vara realistiskt, men att tre fall kräver tidig start, kortare bytestider, dedikerad personal och selekterade fall. Operationssidan på Ryhov beskriver att roboten prioriteras högt och att bemanning i nuläget är god, men att uppdukningsfas, bytestider, operationssjuksköterskor och sal/logistik påverkar faktisk produktivitet. [9, 13, 30]

Hälsoekonomiskt bör rapporten vara försiktig. Robot innebär högre fasta kostnader, service och instrumentkostnader. Kostnadseffektivitet kräver hög volym, effektiv logistik, korta vårdtider, låga komplikationer och att frigjord kapacitet faktiskt kan användas. Detta framgår både av extern hälsoekonomisk litteratur och av lokala controllerintervjuer. Controllerintervjun är särskilt viktig: den beskriver att det sannolikt är svårt att visa en tydlig ekonomisk vinst och att analysen behöver skilja mellan faktisk kostnadsbesparing, frigjord kapacitet, metodbyte och verklig produktionsökning. [5, 31, 32]

Samlad bedömning

Den mest trovärdiga prioriteringen för RJL är att använda urologi och rektal/komplex kolorektal kirurgi som bärande scenariovolym, kompletterat med selektiv avancerad bråck-/bukväggskirurgi där alternativet är öppen kirurgi eller där patientnyttan är tydligt större än vid laparoskopi.

Robot bör inte motiveras med generell överföring av stora volymer enkla laparoskopiska ingrepp såsom kolecystektomi, appendektomi eller ljumskbråck/TAPP. Där är evidensen för patientnytta svag och risken är att roboten ökar kostnad och salstid utan tydlig medicinsk vinst. [8, 20, 21]

Den viktigaste slutsatsen är därför inte att “mer robot är bättre för allt”, utan att robotkapacitet bör styras till de ingrepp där tekniken antingen ersätter öppen kirurgi, minskar konverteringsrisk, möjliggör precis kirurgi i trånga anatomiska utrymmen eller förhindrar undanträngning av patientgrupper med tydlig klinisk nytta. [12, 13]

Sammanfattande prioriteringstabell

Ingrepp	Evidensläge	Jämförelse: öppen/ laparoskopi	Huvudsaklig möjlig nytta	Viktiga osäkerheter	Hälsoekonomisk bedömning	Prioritet	Kommentar för RJL:s robotutredning
Radikal prostatektomi	Relativt stark evidens och etablerad praxis	Starkast mot öppen; laparoskopi mindre relevant i dagens praxis	Kortare vårdtid, mindre blödning/smärta, färre komplikationer; funktionella resultat beroende av kirurg/volym	Långsiktiga funktionella och onkologiska skillnader inte entydiga	Kan vara rimlig i högvolymsmiljö; inte automatiskt billigare	A	Bör vara bärande scenariovolym. Lokal kapacitetsbrist och ökande volym starkt beskrivna.
Partiell nefrektomi / avancerad njurkirurgi	Relativt stark evidens, särskilt mot öppen kirurgi	Starkast mot öppen; mer blandat mot laparoskopi	Kortare vårdtid, mindre blödning, färre komplikationer, njurbesparande teknik	Kostnad jämfört med laparoskopi; komplexitetsurval	Motiverad vid komplexa fall och hög volym	A	Bärande urologisk indikation. Särskilt viktig där öppen kirurgi annars vore alternativ.
Rekonstruktiv urologi, pyeloplastik, hydronefros	Måttlig/begränsad men kliniskt rimlig evidens	Mot öppen och laparoskopi beroende på ingrepp	Precision, suturering, mindre invasivitet, färre återkommande temporära åtgärder	Små studier, heterogena ingrepp	Kan vara rimlig om upprepade vårdkontakter och komplikationer minskar	A/B	Föreslås som A i RJL på grund av stark lokal patientnytta och undanträngning, men evidensen bör beskrivas som mer begränsad.
Uretärrekonstruktion/reimplantation	Begränsad men växande evidens	Främst mot öppen; ibland laparoskopi	Kortare vårdtid, mindre invasivitet, teknisk precision	Små volymer, specialistberoende	Selektivt rimlig i högkompetent miljö	B/A	Bör ingå i urologisk prioritering men inte som stor volympost.
Annan avancerad benign urologi	Begränsad evidens per diagnos	Varierar	Livskvalitet, färre stentar/nefrostomier, minskade återkommande vårdbehov	Svårt att generalisera	Bör följas med lokala data	B/A	Viktig för RJL eftersom benign kirurgi trängs undan. Bör beskrivas som patientnytta snarare än stor generell evidensgrupp.

Ingrepp	Evidensläge	Jämförelse: öppen/ laparoskopi	Huvudsaklig möjlig nytta	Viktiga osäkerheter	Hälsoekonomisk bedömning	Prioritet	Kommentar för RJL:s robotutredning
Cystektomi	Växande evidens för robot med intrakorporeal diversion	Främst mot öppen	Färre allvarliga komplikationer i vissa analyser, kortare vårdtid	Mycket hög komplexitet, volymkrav, komplikationsberedskap	Kräver hög volym och centralisering	B	Inte bärande i nuläget eftersom ingreppet inte utförs i RJL. Kan nämnas som framtida strategiskt område.
Rektalcancerkirurgi	Relativt starkast inom kolorektal robotkirurgi	Främst mot laparoskopi; även indirekt mot öppen via färre konverteringar	Lägre konvertering, precision i bäcken, kortare vårdtid vid bibehållen minimalinvasiv kirurgi	Operationstid ofta längre; onkologiska resultat oftast likvärdiga	Motiverad vid hög volym och komplexa fall	A	Bör vara bärande kolorektal indikation. Starkt stöd lokalt och evidensmässigt.
Kirurgi i trångt bäcken / komplex bäckenkirurgi	Måttlig till stark klinisk rationalitet	Främst mot laparoskopi	Färre konverteringar, bättre åtkomst, precision	Svårt att isolera från rektalcancerdata	Rimlig vid selektion	A/B	Bör prioriteras högt som del av rektal/bäckenkirurgisk volym.
Koloncancerkirurgi	Blandad evidens	Främst mot laparoskopi	Möjligen lägre konvertering/kortare vårdtid i vissa grupper	Längre operationstid, högre kostnad, likvärdig onkologi	Inte generell kostnadsvinst	B	Bör inte robotiseras generellt. Prioritera vänstersidiga/komplexa fall.
Benign kolonresektion	Begränsad/blandad evidens	Främst mot laparoskopi	Teknikstöd vid komplex dissektion, tidigare kirurgi, obesitas	Svag generell patientnytta	Selektivt	B	Kan ingå som strategisk selektionsvolym, inte bärande.
Vänstersidig kolon/rektosigmoid kirurgi	Måttlig evidens, bättre rationalitet än högerkolon	Främst mot laparoskopi	Precision, minskad konvertering i svårare fall	Ingen generell överlägsenhet	Selektivt rimlig	B	Rimlig prioritering inom kirurgin om volym och kompetens finns.
Komplexa reoperationer/tidigare kirurgi	Begränsad direkt evidens	Främst mot laparoskopi/öppen beroende på fall	Minskad konvertering, bättre dissektion	Starkt selektionsberoende	Kan vara rimlig trots högre kostnad	B	Bra selektiv indikation. Bör inte räknas som säker storvolym.
Stomirelaterad kirurgi	Svag/begränsad evidens	Varierar	Möjligen vid komplex bukvägg/stomibråck	Heterogen grupp	Selektivt	B/C	Endast vid komplexa fall, inte bärande volym.

Ingrepp	Evidensläge	Jämförelse: öppen/ laparoskopi	Huvudsaklig möjlig nytta	Viktiga osäkerheter	Hälsoekonomisk bedömning	Prioritet	Kommentar för RJL:s robotutredning
Avancerade ärrbråck/bukväggsbråck	Måttlig evidens, starkare mot öppen än laparoskopi	Främst mot öppen	Kortare vårdtid, färre sårkomplikationer, snabbare återhämtning	Behov av bättre RCT, längre operationstid	Kan vara rimlig om öppen kirurgi undviks	A/B	Bör kunna vara bärande selektiv volym, särskilt för komplexa bråck.
Ventrala bråck	Blandad evidens	Mot laparoskopi ofta svag nytta	Mindre smärta/återhämtning i vissa studier, men inte säkert	Högre kostnad, längre tid	Osäker	B/C	Endast mer komplexa fall bör prioriteras.
Stomibråck/parastomala bråck	Begränsad evidens	Främst mot öppen/komplex rekonstruktion	Möjlig teknisk nytta	Små volymer, heterogenitet	Selektivt	B	Kan ingå i avancerad bukväggsprofil, inte generell volym.
Stora komplexa bråck	Relativt mest motiverat inom bråck	Främst mot öppen	Kortare vårdtid, färre sårkomplikationer, mindre invasivitet	Lärandekurva, längre operationstid	Kan vara rimligt om vårdtid/komplikationer minskar	A/B	Ett av de starkare kirurgiska utvecklingsområdena utanför kolorektal cancer.
Ljumskbråck/TAPP	Svag evidens för generell nytta	Mot laparoskopi	Ergonomi, utbildning; begränsad patientnytta	Längre operationstid, högre kostnad	Ogynnsam	C	Bör inte vara bärande scenariovolym.
Hiatusbråck/diafragmabråck	Begränsad/blandad evidens	Mot laparoskopi	Möjlig teknisk nytta vid stora/redo-fall	Ingen tydlig generell överlägsenhet	Osäker	B/C	Endast selekterade komplexa fall.
Kolecystektomi	Svag evidens för nytta	Mot laparoskopi	Eventuellt tekniskt stöd i svåra fall	Laparoskopi fungerar mycket väl; vissa data talar emot robot	Ogynnsam som standard	C	Bör inte vara bärande volym.
Appendektomi	Svag evidens	Mot laparoskopi	Begränsad/teoretisk	Kort standardingrepp; kostnad och tid	Ogynnsam	C	Bör inte ingå i scenariovolym annat än undantagsvis.
Gastric bypass/bariatrisk kirurgi	Blandad evidens	Mot laparoskopi	Möjligen vid högt BMI/revisioner	Laparoskopi etablerad; kostnad/tid	Selektivt	B/C	Inte bärande. Kan nämnas som selektiv utvecklingsindikation.

Ingrepp	Evidensläge	Jämförelse: öppen/ laparoskopi	Huvudsaklig möjlig nytta	Viktiga osäkerheter	Hälsoekonomisk bedömning	Prioritet	Kommentar för RJL:s robotutredning
Splenektomi	Begränsad evidens	Mot laparoskopi	Möjligen mindre blödning i vissa fall	Likvärdiga resultat, små studier	Osäker	C/B	Inte bärande; selektivt vid komplexa fall.
Benign lever-/pankreaskirurgi	Begränsad och högspecialiserad evidens	Mot öppen/laparoskopi beroende på ingrepp	Minimalinvasivitet i selekterade komplexa fall	Kräver hög volym, HPB-kompetens, beredskap	Endast i högspecialiserad miljö	B/C	Bör inte ligga till grund för aktuell RJL-scenariovolym utan särskild analys.

Tabellen bygger på den evidens- och underlagsgenomgång som redovisas i avsnitten ovan. Enskilda celler är sammanvägda bedömningar, inte separata källcitat.

Källförteckning

[1] Uppdrag till CGI om utredning utökad robotkapacitet RJL v4, Region Jönköpings län, 2026.

[2] Rapport - Inventering av behov av operationsrobot 2024, Sydöstra sjukvårdsregionen (SÖSR), 2024.

[3] Folkehelseinstituttet. Robot-assisted prostatectomy for prostate cancer: A health technology assessment, 2024. https://www.fhi.no/en/publ/2024/Robot-assisted-prostatectomy-for-prostate-cancer/

[4] European Association of Urology (EAU). Guidelines on Prostate Cancer. https://uroweb.org/guidelines/prostate-cancer

[5] Hälsoekonomiska aspekter av övergång från öppen till robotassisterad urologisk kirurgi, sammanställt underlag i projektet.

[6] Health Economic Analysis of Open and Robot-assisted Laparoscopic Surgery for Prostate Cancer Within the Prospective Multicentre LAPPRO Trial, European Urology, 2018. PubMed: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30143383/

[7] Open versus robotic partial nephrectomy: Systematic review and meta-analysis / sammanställd evidens om partiell nefrektomi. PubMed: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30265760/

[8] Intervju verksamhetschef urologi, RJL, 2026.

[9] Intervju robotoperatörer Urologi, RJL, 2026.

[10] Systematiskt kunskapsunderlag om robotassisterad pyeloplastik/hydronefros. PMC: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9639492/

[11] Systematisk översikt om robotassisterad uretärrekonstruktion/ureterreimplantation. PMC: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12254083/

[12] Evidens om robotassisterad jämfört med laparoskopisk rektalcancerkirurgi, inklusive konverteringsrisk och korttidsutfall. JAMA: https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2834890

[13] Intervju robotkirurg kolorektal, RJL, 2026.

[14] Systematisk översikt/metaanalys om robotassisterad bukväggsrekonstruktion och transversus abdominis release. Surgical Endoscopy: https://link.springer.com/article/10.1007/s00464-024-11382-w

[15] Randomiserad studie om laparoskopisk jämfört med robotassisterad ventralbråcksoperation. BMJ: https://www.bmj.com/content/370/bmj.m2457

[16] Intervju kirurgkliniken Eksjö, RJL, 2026.

[17] Intervju kirurgkliniken Värnamo, RJL, 2026.

[18] Systematisk översikt/metaanalys om robotassisterad jämfört med laparoskopisk kolonkirurgi. Cancers/MDPI: https://www.mdpi.com/2072-6694/16/8/1552

[19] Systematiskt kunskapsunderlag om ventral mesh rectopexi vid rektal prolaps. Europe PMC: https://europepmc.org/article/MED/33718972

[20] Systematisk översikt om robotassisterad radikal cystektomi med intrakorporeal urinavledning. PMC: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11020008/

[21] EAU Guidelines on Muscle-invasive and Metastatic Bladder Cancer. European Urology: https://www.europeanurology.com/article/S0302-2838(25)00138-1/fulltext

[22] Systematisk översikt/metaanalys om robotassisterad jämfört med laparoskopisk hiatusbråckskirurgi. Hernia/Springer: https://link.springer.com/article/10.1007/s10029-025-03484-8

[23] Systematiskt kunskapsunderlag om robotassisterad bariatrisk kirurgi/gastric bypass jämfört med laparoskopi. ScienceDirect: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1550728923006275

[24] Översikt om robotassisterad HPB-/pankreaskirurgi och selekterade korttidsutfall. Current Surgery Reports/Springer: https://link.springer.com/article/10.1007/s11938-024-00449-1

[25] Systematisk översikt/metaanalys om robotassisterad jämfört med laparoskopisk ljumskbråckskirurgi. PMC: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9314304/

[26] Stor kohortstudie om robotassisterad jämfört med laparoskopisk kolecystektomi. JAMA Surgery: https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/2834477

[27] Systematisk översikt/metaanalys om robotassisterad jämfört med laparoskopisk kolecystektomi. Translational Gastroenterology and Hepatology: https://tgh.amegroups.org/article/view/8479/html

[28] Comparative analysis of laparoscopic and robotic appendectomy. Surgical Endoscopy, 2025. https://link.springer.com/article/10.1007/s00464-025-12419-4

[29] Systematisk översikt om robotassisterad splenektomi. PMC: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12904623/

[30] Intervju Operation Ryhov, RJL, 2026.

[31] Intervju controller kirurgi, RJL, 2026.

[32] Svar på ekonomisk konsekvensbedömning från controllers, RJL, 2026.

[33] Intervju Operation Eksjö, RJL, 2026.

[34] Intervju Operation Värnamo, RJL, 2026.

Produktions- och genomförandeperspektiv

Kriterium	Definition	Vikt	Ryhov	Poäng	Eksjö	Poäng	Värnamo	Poäng
Volympotential	Realistiskt antal operationer som kan utföras; volympoäng validerad mot utförda operationer 2025 och väntelistor 2025-12	1	Volympoäng validerad mot data: Sal 8 hade 370 operationer 2025. Operationsdata visar 171 elektiva urologiska robotnära och 165 elektiva kolorektala robotnära ingrepp vid Ryhov; väntelistorna visar ytterligare 33 urologiska och 18 kolorektala robotnära väntande. Centralisering till Ryhov ger jämlik kvalitet men mindre geografisk spridning. Underlag medel.	5	Volympoäng validerad mot data: 382 elektiva bråckingrepp, 70 elektiva kolorektala och 87 elektiva obesitas/ÖGI-ingrepp 2025 samt 178 bråck, 7 kolorektala och 12 obesitas/ÖGI väntande. Volymen kräver styrning, uppstart och tydligt urval. Placering i Eksjö stärker geografisk spridning och Höglandssjukhusets roll. Underlag starkt/medel.	4	Volympoäng validerad mot data: 292 elektiva bråckingrepp, 39 elektiva kolorektala och 78 elektiva obesitas/ÖGI-ingrepp 2025 samt 90 bråck och 11 kolorektala väntande. Volymen är mer beroende av uppstart, patientstyrning och urval. Placering i Värnamo stärker geografisk spridning och södra länsdelens tillgång. Underlag starkt/medel.	3
Tid till effekt	Tid till stabil produktion	1	Kortast tid till effekt eftersom robotverksamhet, arbetssätt och team redan finns. Viss omfördelning/flaskhalsar behöver hanteras. Underlag starkt.	5	Ny robotmiljö kräver utbildning och teamuppbyggnad. Tid till stabil produktion är likartad i Eksjö och Värnamo; skillnaden ligger mer i kompetensbas än i lokaler. Underlag medel.	2	Uppstart kräver utbildning, stöd och gradvis införande. Värnamos starka flöden och lokaler hjälper, men vårdplatser och bemanning gör att stabil produktion ändå tar tid. Underlag medel.	2
Befintlig kompetens	Erfarenhet av robotteam	1	Etablerade robotoperatörer och robotutbildad operationspersonal finns. Ryhov har störst befintlig teamvana. Underlag starkt.	5	Laparoskopisk kompetens finns och viss äldre robotkompetens hos en läkare, men ingen etablerad robotverksamhet/team. Underlag medel.	2	God laparoskopisk erfarenhet och intresse finns, men etablerad robotkompetens saknas i större utsträckning. Underlag medel.	2
Patientsäkerhet	Teamvana och risk vid uppstart	1	Högst patientsäkerhetsmässig mognad genom etablerade team, rutin och möjlighet till stöd mellan specialiteter. Underlag starkt.	5	Moderna lokaler och viss tidigare robotvana hos en läkare ger en något bättre startbas än Värnamo, men avsaknad av etablerad robotverksamhet och behov av teamuppbyggnad drar ned. Underlag medel.	3	Minimalinvasiv erfarenhet och goda lokaler talar för, men ingen etablerad robotstruktur och beroende av stöd under uppstart gör att genomförandet blir mer sårbart. Underlag medel.	3
Operationskapacitet	Tillgång till sal och tid	1	Kan sannolikt användas effektivt, men ytterligare robotsal på Ryhov kan tränga undan annan operationsverksamhet och påverkas av lokal/postop. Underlag starkt.	3	Mycket goda lokalmässiga förutsättningar med modern operationsmiljö och möjlig sal. Om roboten läggs ovanpå nuvarande drift blir bemanning och budget avgörande för faktisk kapacitet. Underlag starkt/medel.	4	Moderna lokaler och utrymme talar för god salkapacitet, men roboten behöver i praktiken byggas upp från grunden och kapaciteten blir beroende av bemanning och prioritering. Underlag medel.	4
Vårdplatskapacitet	Möjlighet att ta emot patienter	1	Urologin bedömer marginellt ökat behov, men postop och vårdplatser kan ändå bli flaskhals vid utökning. Underlag medel.	3	Vårdplatsfrågan framstår inte som huvudflaskhals på samma sätt som i Värnamo. Robot kan korta vårdtid för vissa grupper, men faktisk vårdplats-/bemanningskapacitet behöver säkras. Underlag medel/osäkert.	3	Vårdplatsläget beskrivs som en tydlig begränsning med överbeläggningar och bemanningsbehov. Vårdplatser stängda idag på grund av vakanser. Detta är en konkret risk för faktisk genomförbarhet. Underlag starkt.	2
Effekt på köer	Förmåga att minska väntetider	1	Störst direkt effekt på urologins och kolorektal kirurgis aktuella kö-/kapacitetsproblem och minskad köpt vård. Underlag starkt.	5	Kan påverka köer inom bråck och viss kirurgi, men effekten är beroende av uppdrag, volymstyrning och uppstartsfasens längd. Underlag medel/osäkert.	3	Kan på sikt påverka köer inom relevanta kirurgiska områden, men effekten är beroende av patientflöden, bemanning och vårdplatsläge. Vårdplatserna framstår som en tydligare risk än i Eksjö. Underlag medel/osäkert.	3
Ekonomisk effekt	Möjlighet att realisera nyttor	1	Bäst förutsättning att sprida fasta kostnader via hög nyttjandegrad och lägre uppstartskostnad, men undanträngning och ökade direkta kostnader kvarstår. Underlag medel.	4	Potentiella vårdtids- och utvecklingsvinster, särskilt bråck, men beroende av volym, uppstartskostnader och budgetförstärkning. Eksjös robotmöjlighet är något mer konkret förankrad i kirurgisk profil. Underlag medel/osäkert.	3	Potentiella vinster men osäkra eftersom volym, vårdplatser och uppstart behöver säkras. Värnamos starka logistik hjälper, men vårdplatsbegränsningen gör nyttan mer osäker än i Eksjö. Underlag medel/osäkert.	3
Totalt:				**35**		**24**		**22**

Strukturellt och strategiskt perspektiv

Kriterium	Definition	Vikt	Ryhov	Poäng	Eksjö	Poäng	Värnamo	Poäng
Jämlik vård	Geografisk tillgänglighet	1	Centralisering till Ryhov ger jämlik kvalitet men mindre geografisk spridning. Underlag medel.	3	Placering i Eksjö stärker geografisk spridning och Höglandssjukhusets roll. Här finns också ett tydligt bråck- och utvecklingsspår som gör argumentet mer konkret än för Värnamo. Underlag starkt/medel.	5	Placering i Värnamo stärker geografisk spridning och södra länsdelens tillgång. Argumenten är starka, men mer beroende av uppstart, bemanning och vårdplatskapacitet än i Eksjö. Underlag starkt/medel.	4
Robusthet	Sårbarhet i systemet	1	Stark driftrobusthet genom befintlig kompetens, men fortsatt koncentration kan öka beroendet av Ryhov. Underlag starkt.	4	Ger viss systemmässig spridning. Eksjö har dock en något bättre robotstartbas än Värnamo genom äldre robotlicens och tydligare kirurgisk profil, men båda ny miljöer blir sårbara under uppstart. Underlag medel.	3	Ger viss systemmässig spridning, men ny robotmiljö blir sårbar under uppstart. Värnamos starka flöden hjälper, men vårdplatsläget gör robustheten mer osäker än i Eksjö. Underlag medel.	2
Kompetensförsörjning	Rekrytering och utveckling	1	Stärker befintligt högkompetent centrum och utbildningsmiljö, men mindre effekt på länsdelssjukhusens rekrytering. Underlag starkt.	3	Bedöms ha stor betydelse för rekrytering och retention. Eksjö har en något starkare och mer konkret robotrelaterad kompetensbas än Värnamo, men båda kräver långsiktig kompetensplan. Underlag starkt/medel.	4	Bedöms stärka attraktivitet och behålla yngre läkare i Värnamo. Effekten är stark, men beroendet av uppstart, vårdplatser och robotkompetens gör den mer osäker än i Eksjö. Underlag starkt/medel.	4
Långsiktig utveckling	Möjlighet att utveckla verksamhet	1	Ger fortsatt utveckling av etablerad avancerad urologi/kolorektal kirurgi och utbildning. Underlag starkt.	4	Stark strategisk potential kopplad till bråckprofil, modern operationsmiljö och sjukhusutveckling. Denna potential är väl förankrad i den lokala kirurgin och något mer konkret än Värnamos utvecklingsspår. Underlag medel.	4	Stark strategisk potential kopplad till minimalinvasiv kirurgisk profil och utveckling av bråck/kolon. Värnamo har god profil, men behöver mer uppbyggnad innan full effekt kan realiseras. Underlag medel.	4
Attraktivitet	Effekt på arbetsplatsens attraktivitet	1	Ytterligare robot stärker avancerad profil men Ryhov har redan etablerad robotverksamhet. Underlag medel.	3	Robot bedöms kunna ge tydlig attraktions- och framtidssignal för Eksjö. På sikt kan detta vara en viktig del i att behålla kompetens och bygga bråckcentrum. Underlag starkt/medel.	5	Robot bedöms kunna ge tydlig attraktions- och utvecklingseffekt för Värnamo. Effekten är stark, men vårdplatsläget gör att signalen måste omsättas i faktisk kapacitet för att bli hållbar. Underlag starkt/medel.	5
Totalt:				**17**		**21**		**19**

Sammanvägd analys

Sjukhus	Total Produktions- och genomförandeperspektiv	Total Strukturellt och strategiskt perspektiv	Kommentar
Ryhov	36	17	Starkast kortsiktig genomförbarhet och störst direkt effekt på aktuella urologiska/kolorektala behov. Samtidigt finns risk för undanträngning av annan operationsverksamhet och behov av att hantera sal, postop och planering.
Eksjö	24	21	Stark långsiktig strategisk potential, särskilt genom lokaler, bråckprofil och rekryterings-/utvecklingsargument. Poängen hålls tillbaka av avsaknad av etablerad robotverksamhet, bemanningsosäkerhet för operationssköterskor, lång kompetensuppbyggnad och behov av volymstyrning. Eksjö och Värnamo ses som mycket nära, men med en liten kvalitativ lutning mot Eksjö genom förekomst av robotlicens hos en läkare och tydligare kirurgisk bas.
Värnamo	22	19	Stark långsiktig strategisk potential genom laparoskopisk erfarenhet, moderna lokaler och utvecklingsvilja. Poängen hålls tillbaka av avsaknad av etablerad robotkompetens, vårdplats-/bemanningsutmaningar, lång kompetensuppbyggnad och behov av volymstyrning. Värnamo ligger mycket nära Eksjö, men vårdplatsläget och avsaknad av robotmognad i operationen gör genomförandet mer sårbart.

Källor och antaganden

Område	Innehåll	Bedömning	Kommentar
Skala	Poäng 1-5	1 = svag/låg uppfyllelse, 5 = stark/hög uppfyllelse	Poäng är kvalitativ bedömning, inte exakt mätning.
Vikt	Alla kriterier vikt = 1	Lika viktning	Ingen särskild viktning angavs i mallen då företrädare för verksamheten haft svårt för att ställa målen mot varandra. Alla upplevs viktigt och beroende av varandra.
Källviktning	2026 års underlag väger tyngst	Aktuella intervjuer, verksamhetsbedömningar och lokala	Äldre underlag används som bakgrund och ramverk.
Äldre underlag	SÖSR och 2024 års sammanställning	Bakgrund/ramverk	Inte ensamt poängunderlag om nyare lokalt underlag finns.
Ryhov	Kort sikt	Starkast	Befintlig robotkompetens, teamvana och konkret volymbehov.
Ryhov	Risker	Medel	Undanträngning, sal/postop och behov av planering kvarstår.
Eksjö	Lång sikt	Strategiskt starkt	Moderna lokaler, bråckprofil och rekryteringsargument.
Eksjö	Risker	Medel/hög osäkerhet	Ny robotmiljö, bemanning, lång kompetensuppbyggnad och volymstyrning.
Värnamo	Lång sikt	Strategiskt starkt	Laparoskopisk erfarenhet, moderna lokaler och utvecklingsvilja.
Värnamo	Risker	Medel/hög osäkerhet	Ny robotmiljö, vårdplatser/bemanning, lång kompetensuppbyggnad och volymstyrning.
Avgränsning	Gynekologi	Beaktas endast som möjlig framtida utveckling	Inte tungt i volympoäng eftersom aktuella verksamhetsunderlag (utförda operationer och väntande) inte är med i underlaget.

Använda källor i poängsättningen	Typ	Hur använd	Kommentar
Intervju verksamhetschef urologi Ingrid 260520.docx	2026 intervju	Direkt poängunderlag	Urologins behov, centralisering, kapacitet, vårdplatser och köpt vård.
Intervju robotoperatörer 260522.docx	2026 intervju	Direkt poängunderlag	Operationstider, operatörskompetens, volymkrav, patientsäkerhet och centralisering.
Intervju Kolorektalkirurg Ryhov Niklas Zar.docx	2026 intervju	Direkt poängunderlag	Kolorektal robotnytta, volymer, utbildningstid, centralisering och risker.
Intervju - Operation Ryhov.docx	2026 intervju	Direkt poängunderlag	Operationsbemanning, teamvana, sal, undanträngning och infrastruktur på Ryhov.
Intervju Operation Eksjö Carina - 260520.docx	2026 intervju	Direkt poängunderlag	Lokaler, operationsbemanning, uppstart, risker och volymstyrning i Eksjö.
Intervju Eksjö kirurgen.docx	2026 intervju	Direkt poängunderlag	Eksjös bråckprofil, lokala volymer, kompetens och strategiska argument.
Intervju kirurgkliniken värnamo.docx och robot.docx	2026 intervju/underlag	Direkt poängunderlag	Värnamos lokaler, laparoskopisk erfarenhet, volympotential, vårdplatser och risker.
Intervju controller kirurgi Carina 260527.docx	2026 intervju	Direkt poängunderlag	Ekonomiska antaganden, KPP, kostnadsposter och osäkerheter.
Uppdrag till CGI om utredning utökad robotkapacitet RJL v4.docx	Uppdrag	Bakgrund/ramverk	Definierar uppdrag, orter och perspektiv som ska beaktas.
Robot uppdrag till RPO RAG SÖSR.docx samt SÖSR-sammanställningar	Äldre underlag	Bakgrund/ramverk	Användes för kriterier och historisk behovsbild, inte som ensamt poängunderlag.
Tillgängliga datafiler 2025	Data	Direkt validering av volympoäng	Utförda operationer 2025, Sal 8 och väntelistor har använts för att justera/validera volymraden. Se fliken Volymvalidering 2025.
Volympoäng Ryhov	Validerad data	5	Hög etablerad robotnära volym i Sal 8 samt urologi/kolorektal kirurgi och robotnära väntande patienter.
Volympoäng Eksjö	Validerad data	4	Stor bråckvolym och bråckkö samt viss kolorektal/ÖGI-volym motiverar höjning från 3 till 4, men uppstart/volymstyrning krävs.
Volympoäng Värnamo	Validerad data	3	Relevant bråck-/ÖGI-volym finns, men lägre väntelistevolym och mindre kolorektal bas än Ryhov/Eksjö samt beroende av uppstart och styrning.
Metodbegränsning	Dataanalys	Försiktig tolkning	Operations- och väntelistedata visar volym, men inte om varje patient är medicinskt lämplig för robot eller om robotbrist är orsaken till väntan.

Volymvalidering 2025

Datapunkt	Källa	Ryhov	Eksjö	Värnamo	Tolkning för volympoäng
Befintlig robotproduktion	Sal 8 2025.xlsx	370	0	0	Bekräftar att Ryhov redan har hög robotvolym och etablerad
Utförda elektiva urologiska robotnära ingrepp 2025	Kirurgiska och urologiska operationer 2025.xlsx	171	0	0	Stödjer hög Ryhovspoäng; urologisk robotnära volym finns i praktiken samlad på Ryhov i datauttaget.
Utförda elektiva kolorektala robotnära ingrepp 2025	Kirurgiska och urologiska operationer 2025.xlsx	165	70	39	Stödjer Ryhov som starkast för etablerad kolorektal robotvolym; Eksjö och Värnamo har viss möjlig bas.
Utförda elektiva bråckingrepp potentiellt robot 2025	Kirurgiska och urologiska operationer 2025.xlsx	15	382	292	Stödjer att särskilt Eksjö och Värnamo har lokal volympotential inom bråck, men robotrelevans/evidens och urval behöver värderas.
Utförda elektiva obesitas/ÖGI-ingrepp potentiellt robot 2025	Kirurgiska och urologiska operationer 2025.xlsx	0	87	78	Stödjer möjlig kompletterande volym i Eksjö och Värnamo, men dessa ingrepp är inte huvudgrund för rekommendation utan vidare evidens-/nyttobedömning.
Utförda elektiva lågprioriterade potentiella ingrepp, kolecystektomi/appendektomi	Kirurgiska och urologiska operationer 2025.xlsx	3	171	112	Visar tekniskt möjlig volym men bör väga svagt eftersom patientnytta/evidens är mer osäker för dessa grupper.
Väntande urologiska robotnära patienter 2025-12	Väntande operation urologi 2025-12.xlsx	33	0	0	Stödjer att urologisk robotnära kö i data främst finns på Ryhov.
Väntande kirurgiska kolorektala robotnära patienter 2025-12	Väntande operation kirurgi 2025-12.xlsx	18	7	11	Stödjer viss kö inom kolorektal kirurgi, störst i Ryhov i absoluta tal men inte stor nog ensam för hela volymbedömningen.
Väntande kirurgiska bråckpatienter potentiellt robot 2025-12	Väntande operation kirurgi 2025-12.xlsx	5	178	90	Stödjer särskilt Eksjös volympotential och till viss del Värnamos, men kräver styrning och urval.
Väntande obesitas/ÖGI potentiellt robot 2025-12	Väntande operation kirurgi 2025-12.xlsx	0	12	0	Begränsat stöd; påverkar inte poängen nämnvärt.
Samlad volymtolkning	Beräkning utifrån ovanstående	5 poäng	4 poäng	3 poäng	Ryhov har starkast etablerad robotnära volym. Eksjö 4 genom stor lokal bråck-/väntelistevolym. Värnamo 3, relevant volym finns, men lägre än Eksjö i data och mer beroende av uppstart/styrning.
Viktigt metodantagande	Kategorisering av åtgärdskoder	-	-	-	potentiella ingrepp är inte automatiskt medicinskt prioriterade för robotkirurgi.

Förslag till patientförflyttningar beroende på placering av ytterligare operationsrobot

Region Jönköpings län – arbetsunderlag till scenarieavsnitt

A. Utgångspunkter och antaganden

Detta bilageunderlag är en AI-stödd scenarioanalys av möjliga patientförflyttningar vid olika placeringsalternativ för ytterligare robotkapacitet i Region Jönköpings län. Underlaget är inte en slutlig rekommendation, utan ska ses som ett stöd för den samlade analysen i rapporten. Analysen bygger på utredningens underlag, intervjuer och de antaganden som tagits fram inom ramen för uppdraget. AI har använts som stöd för att strukturera materialet, synliggöra möjliga scenarier och formulera preliminära bedömningar. De slutsatser och antaganden som redovisas behöver därför läsas mot bakgrund av de osäkerheter som anges i underlaget.

Där exakta uppgifter saknas anges bedömningar och räkneantaganden uttryckligen. Särskilt viktigt är att kvalitetssäkra vilken volym som ska räknas som faktisk kapacitetsökning, vad som endast utgör metodbyte från annan operationsteknik, samt hur vårdplatsfrågan ska förstås som en genomförandeförutsättning snarare än som en separat detaljberäkning.

Uppdraget anger att utredningen ska belysa konsekvenser av placering på Ryhov, Höglandssjukhuset och Värnamo, samt ge förslag på hur den totala robotkirurgiska volymen i RJL bör planeras och fördelas utifrån operationsbehov, operationskapacitet och vårdplatser.

Källa: Uppdrag till CGI om utredning utökad robotkapacitet RJL

I tidigare SÖSR-inventering framgår att behovet av ökad robotkapacitet är tydligt, att nuvarande kapacitet är otillräcklig och att undanträngning är en tydlig konsekvens. Där anges också prioriterade områden: prostatektomi, nefrektomi, rekonstruktiv urologi, rektalcancerkirurgi, kolonresektion och bråckkirurgi.

Källa: En sammaställning av inventeringen i en rapport utifrån behovet av operationsrobot inom SÖSR 202410

För 2023 anges RJL:s robotvolym till 292 operationer, med cirka 1,1 operationer per dag, eller 1,4 operationer per dag exklusive juli och augusti. I excelfilen Sal 8 2025 finns 370 robotoperationer fördelade på 225 aktiva robotdagar, vilket motsvarar cirka 1,64 operationer per aktiv robotdag. Detta är en egen beräkning utifrån den uppladdade excelfilen.

Källor: Robot presentation SÖRS; Sal 8 2025.

De viktigaste antagandena i analysen är:

- En robot motsvarar ungefär 225 aktiva robotdagar per år utifrån Sal 8-data 2025. Två robotar motsvarar därmed cirka 450 robotdagar per år, om bemanning, sal och sterilteknik kan följas upp. Vårdplatser bedöms i detta underlag främst som en genomförandeförutsättning som behöver bedömas kvalitativt i respektive scenario, snarare än genom en separat detaljmodell.
- Urologin bedöms på sikt kunna öka dagsproduktionen för vissa ingrepp. I intervjuer har det framkommit att tre urologiska robotoperationer per dag tidigare har kunnat genomföras och att detta åter kan vara möjligt under rätt förutsättningar. Eftersom tre operationer per dag inte bedöms vara realistiskt som generell nivå för alla robotdagar används ett försiktigt räkneantagande där urologin når tre operationer per dag på hälften av dagarna och två operationer per dag på resterande dagar. Det ger ett genomsnitt på 2,5 operationer per robotdag. Antagandet är ett förslag för beräkning av utredaren för scenarieberäkningen och är inte en fastställd produktionsnivå.
- Kolorektalkirurgin kan öka sin kapacitet genom att de två etablerade robotoperatörerna delar på sig och att kirurg under upplärning assisterar. Underlaget stöder riktningen, men inte en exakt volymberäkning.
- Urologisk cancerkirurgi, avancerad njurkirurgi och avancerad rekonstruktiv urologi bör i nuläget huvudsakligen betraktas som Ryhovsvolymer.
- Rektalcancerkirurgi bör i nuläget också betraktas som Ryhovsvolym, eftersom kolorektal intervju pekar på förbättrad kvalitet efter centralisering och betydande risker med att dela upp verksamheten.
- Bråckkirurgi, särskilt större ärrbråck, bukväggsbråck och stomibråck, framstår som den mest realistiska större patientgruppen att flytta till en robot placerad i Eksjö eller Värnamo.

B. Beräkning av robotdagar

Urologi

Utifrån Sal 8 2025 kan urologiska robotoperationer grovt identifieras till cirka 184 operationer: cirka 78 prostatakirurgiska och cirka 106 njur-, rekonstruktiva eller övriga urologiska robotoperationer. Detta är en egen klassificering från excelfilen och behöver kvalitetssäkras mot verksamheten, eftersom flera åtgärdskoder förekommer tillsammans i samma operationsrad.

Källa: Sal 8 2025.

I tidigare underlag anges att urologin bedömer att minst 170 ytterligare patienter per år kan behandlas med ökad robotkapacitet. Verksamhetschef urologi anger också att urologin idag fyller tre robotdagar per vecka, att behovet redan nu motsvarar minst fyra dagar per vecka och att prostatacancerscreeningen väntas driva ökade volymer fram till cirka 2030–2031.

Källor: En sammaställning av inventeringen i en rapport utifrån behovet av operationsrobot inom SÖSR 202410; Intervju verksamhetschef urologi

Väntelistefilen för urologi visar bland annat 14 väntande radikala prostatektomier och ytterligare väntande patienter inom njur-, uretär- och rekonstruktiva åtgärder. Den visar även väntande inom benign prostatakirurgi, men dessa åtgärder är inte självklart robotkirurgi. De bör därför hanteras separat som möjlig balanserande operationsvolym, inte automatiskt som robotvolym.

Källa: Väntande operation urologi 2025-12

Urologiskt scenario	Volym som räknas	Antal operationer	Antal robotdagar vid 2,5 op/dag
Bas: nuvarande robotvolym + robotrelevanta väntande	ca 184 + ca 33	ca 217	ca 87 dagar
Behovsscenario: nuvarande volym + tidigare bedömd ökning + väntande	ca 184 + 170 + 33	ca 387	ca 155 dagar
Löpande nivå efter att väntande arbetats av	ca 184 + 170	ca 354	ca 142 dagar

Min bedömning är därför att urologin, med antagandet om ökad dagsproduktion, bör planeras för cirka 140–155 robotdagar per år i ett behovsscenario. Om prostatacancervolymen ökar mer än vad som fångas i +170-bedömningen kan behovet bli högre.

Kolorektalkirurgi

Sal 8 2025 visar cirka 118 kolorektala robotoperationer enligt egen klassificering. Kolorektal intervju anger att robotkirurgi i princip är standard för rektalcancer på Ryhov, att robot nummer två skulle kunna fyllas direkt tillsammans med urologin, och att mer robotkapacitet både skulle innebära metodbyte och faktisk kapacitetsökning.

Källa: Intervju Kolorektalkirurg Ryhov; Sal 8 2025.

Samtidigt är upplärningstiden lång. Kolorektalkirurg beskriver att det tog cirka 5–7 år innan en kollega blev fullt självständig robotoperatör, även om erfarna laparoskopiska kolorektalkirurger kan komma igång snabbare. Det gör att kapaciteten bör räknas försiktigt första åren.

Kolorektalt scenario	Bedömning
Försiktig nivå första året	ca 100 robotdagar/år
Trolig nivå efter viss upptrappning	ca 120–130 robotdagar/år
Högre nivå när fler operatörer är självständiga	ca 140–150 robotdagar/år

Detta är en bedömning, inte en exakt uppgift i underlaget.

Kvarvarande kapacitet

Om två robotar tillsammans ger cirka 450 robotdagar per år, och urologin använder cirka 140–155 dagar samt kolorektalkirurgin cirka 100–130 dagar, återstår ungefär följande kapacitet:

Scenario	Urologi	Kolorektal kirurgi	Använd kapacitet	Kvar för andra ingrepp
Försiktig nivå	140	100	240	ca 210 dagar
Mellannivå	155	120	275	ca 175 dagar
Hög nivå	170	150	320	ca 130 dagar

Det innebär att det sannolikt finns 130–210 robotdagar per år som behöver fyllas med andra ingrepp om två robotar ska användas effektivt. Den exakta siffran beror starkt på om urologins +170 patienter är en faktisk årlig tillkommande volym, hur snabbt kolorektalkirurgin kan skala upp och hur stor del av robotdagarna som i praktiken kan köras med två eller tre fall per dag.

C. Möjliga patientgrupper att överföra till robotkirurgi

Högst prioritet

1. Urologisk cancerkirurgi och rekonstruktiv urologi. Bör i nuläget huvudsakligen ligga kvar på Ryhov. Skälen är högspecialiserad kompetens, multidisciplinärt flöde, etablerat team, behov av kringresurser och tydlig uppfattning från urologin att spridning skulle riskera kvalitet och bemanning.

Källor: Intervju verksamhetschef urologi; Intervju robotoperatörer urologi.

2. Rektalcancer och komplex kolorektal bäckenkirurgi. Bör i nuläget huvudsakligen ligga kvar på Ryhov. Underlaget beskriver tydliga kvalitetsvinster efter centralisering och risker med att dela upp kolorektal robotverksamhet mellan flera orter.

Källa: Intervju Kolorektalkirurg Ryhov

3. Större ärrbråck, bukväggsbråck och stomibråck. Framstår som den starkaste kandidatgruppen för robot på Eksjö eller Värnamo. Eksjö lyfter cirka 100 större ärrbråck per år inom sydöstra sjukvårdsregionen samt ytterligare volymer av mindre bråck på sikt. Värnamo anger också bråckkirurgi som ett centralt utvecklingsområde och uppskattar 80–100 ärr-/bukväggsbråck per år i sitt underlag.

Källor: Intervju Eksjö kirurgen; Underlag för implementering av robotkirurgi vid Värnamo sjukhus.

Medelhög prioritet

4. Selektiv kolonkirurgi, särskilt benign vänstersidig kolon och tekniskt svårare fall. Kan vara aktuell för Eksjö eller Värnamo på sikt, särskilt där det finns stark laparoskopisk kompetens. Samtidigt bör rektalcancer och avancerad kolorektal cancerkirurgi inte splittras initialt.

5. Rektal prolaps/rektopexi. Kan vara en lämplig uppstartsgrupp, eftersom den är bäckenrelaterad men inte samma onkologiska systemkritiska flöde som rektalcancer. Den finns också i både Eksjös och Värnamos tänkbara volymer.

6. Komplex bariatrisk/revisionskirurgi, vissa hiatus-/diafragmabråck och patienter med högt BMI. Framstår framför allt som ett möjligt Värnamospår, eftersom Värnamo lyfter bariatrisk och avancerad laparoskopisk erfarenhet. Detta bör dock inte användas som huvudargument förrän volym, patientnytta och bemanning är tydligare kvalitetssäkrade.

Lägre prioritet som primär fyllnadsvolym

7. Kolecystektomi, appendektomi och enklare ljumskbråck. Dessa finns i stora volymer, men patientnyttan av robot är sannolikt mer begränsad jämfört med större bråck, urologisk kirurgi och komplex bäckenkirurgi. De kan bli aktuella som kompletterande fyllnadsvolym, men bör inte vara huvudargument för placering av en ny robot.

D. Scenario 1: robot på Ryhov

Lämpliga patientflöden

Vid placering på Ryhov bör den nya roboten i första hand användas för urologisk cancerkirurgi, njurkirurgi och rekonstruktiv urologi; rektalcancer och komplex kolorektal kirurgi; metodbyte från laparoskopisk kolorektal kirurgi till robot där nyttan är tydlig; utbildning av nya robotoperatörer inom både urologi och kolorektal kirurgi; samt eventuellt utvalda bråck- eller annan kirurgi endast om kapacitet kvarstår och detta inte tränger undan mer prioriterade patientgrupper. Detta scenario har starkast stöd när målet är snabb produktionsökning, patientsäkerhet och nyttjandegrad från start. Operation Ryhov anger att roboten redan går måndag–fredag, att kompetensen i stor utsträckning finns och att Ryhov nästan är i läge att klara två robotar, även om operationssjuksköterskor och postoperativ kapacitet kan bli flaskhalsar.

Källa: Intervju - Operation Ryhov.

Källor: Intervju verksamhetschef urologi; Intervju robotoperatörer urologi.

Källa: Intervju Kolorektalkirurg Ryhov.

Kvarvarande kapacitet

Om urologi och kolorektalkirurgi tillsammans använder cirka 240–320 robotdagar finns cirka 130–210 dagar kvar i det totala tvårobotsystemet. På Ryhov kan en del av detta användas för ytterligare kolorektalt metodbyte, utbildning och eventuellt återtag av gynekologisk robotkirurgi om kvinnokliniken senare återkommer med volymer. Gynekologi bör dock inte ingå som bärande volym i denna analys.

Källa: Intervju Kolorektalkirurg Ryhov

Behov av balanserande flytt

Den stora nackdelen med Ryhovsscenariot är inte främst robotutnyttjandet, utan undanträngning på operationssalar, postoperativ kapacitet och övrig elektiv kirurgi. Operation Ryhov anger att ytterligare robotsal innebär att någon annan verksamhet behöver backa, och att öppen/laparoskopisk verksamhet kan behöva flyttas. Vårdplatsfrågan blir därmed främst en genomförande- och riskfråga, inte en egen detaljerad beräkning. Därför bör ett Ryhovsscenario kombineras med att annan elektiv kirurgi flyttas från Ryhov till Eksjö och/eller Värnamo, exempelvis enklare och medelkomplex bråckkirurgi, gallkirurgi, benign elektiv kirurgi med låg beroendegrad av Ryhovs kringresurser, och eventuellt delar av icke-onkologisk tarmkirurgi efter särskild bedömning.

Källa: Intervju - Operation Ryhov.

Källor: Intervju Eksjö kirurgen; Intervju verksamhetschef urologi.

Källor: Intervju kirurgkliniken Värnamo; Underlag för implementering av robotkirurgi vid Värnamo sjukhus.

Flöden som bör undvikas

Det bör undvikas att flytta ut urologisk cancerkirurgi, avancerad njurkirurgi, avancerad rekonstruktiv urologi eller rektalcancerkirurgi från Ryhov i detta scenario. Underlagen pekar tydligt på risk för kompetenssplittring och kvalitetsförlust.

Källor: Intervju verksamhetschef urologi; Intervju robotoperatörer urologi.

Källa: Intervju Kolorektalkirurg Ryhov

E. Scenario 2: robot i Eksjö

Lämpliga patientflöden

Vid placering i Eksjö bör roboten inte byggas för prostatacancerrobotkirurgi, avancerad njurkirurgi, avancerad rekonstruktiv urologi eller rektalcancerkirurgi. Eksjöscenariot bör i stället byggas kring större ärrbråck, bukväggsbråck och stomibråck; utvalda kolorektala fall, främst kolon/benign kolon och rektal prolaps; eventuell gynekologisk kirurgi endast om separat volym- och kompetensbesked finns; samt benign prostatakirurgi som balanserande operationsflöde.

Källor: Intervju Eksjö kirurgen; Intervju Operation Eksjö

Källor: Intervju verksamhetschef urologi; Intervju robotoperatörer urologi.

Källa: Intervju Kolorektalkirurg Ryhov.

Särskild bedömning av benign prostatakirurgi

Att benign prostatakirurgi kan flyttas till Eksjö är logiskt som balansflöde snarare än som huvudargument för robotkirurgi. Det diagnostiska prostatacentret i Eksjö kan tala för att viss benign prostatakirurgi eller annan prostatavolym kan styras dit, men urologins egna intervjuer

ger inte stöd för att flytta avancerad urologisk robotkirurgi från Ryhov. Bedömningen är därför att benign prostatakirurgi kan prövas som patientgrupp att flytta till Eksjö för att balansera operationskapacitet, men inte som argument för att flytta prostatacancerrobotkirurgi från Ryhov.

Källor: Intervju Eksjö kirurgen; Intervju Operation Eksjö

Källor: Intervju verksamhetschef urologi; Intervju robotoperatörer urologi.

Behov av motriktad flytt

Om bråckpatienter och utvalda kolorektala patienter flyttas från Ryhov eller Värnamo till Eksjö för att fylla roboten, behöver annan volym flyttas i motsatt riktning. Möjliga motflöden är enklare bråck från Eksjö till Värnamo om Eksjö tar de stora/komplexa bråcken, gallkirurgi eller enklare elektiv kirurgi till Värnamo/Ryhov beroende på sal- och vårdplatsläge, viss benign prostatakirurgi till Eksjö samtidigt som annan icke-robotkirurgi flyttas från Eksjö till Värnamo, eller återföring av vissa mindre komplexa kirurgiska flöden till Ryhov om Ryhov avlastas från annan robotbar volym.

Källor: Intervju Eksjö kirurgen; Intervju Operation Eksjö; Intervju verksamhetschef urologi.

Källor: Intervju kirurgkliniken Värnamo; Underlag för implementering av robotkirurgi vid Värnamo sjukhus.

Källa: Intervju Kolorektalkirurg Ryhov.

Flöden som bör undvikas

Eksjö bör inte planeras för prostatacancerrobotkirurgi, avancerad njurkirurgi, avancerad rekonstruktiv urologi eller rektalcancerkirurgi. Inte heller mycket enkla korta ingrepp bör användas som fyllnadsvolym om robotnyttan är låg eller om syftet enbart är att hålla roboten igång.

Källor: Intervju Eksjö kirurgen; Intervju Operation Eksjö

Källor: Intervju verksamhetschef urologi; Intervju robotoperatörer urologi.

Källa: Intervju Kolorektalkirurg Ryhov

F. Scenario 3: robot i Värnamo

Lämpliga patientflöden

Vid placering i Värnamo bör roboten framför allt byggas kring Värnamos starka laparoskopiska profil och lokala utvecklingsspår: större bråckkirurgi, utvalda kolorektala fall, särskilt benign kolon och tekniskt svårare minimalinvasiva fall, komplex bariatrisk/revisionskirurgi eller patienter med högt BMI om volym och evidens kvalitetssäkras, hiatus-/diafragmabråck eller annan avancerad minimalinvasiv kirurgi samt eventuell gynekologi endast om separata volymer och kompetens bekräftas.

Källor: Intervju kirurgkliniken Värnamo; Underlag för implementering av robotkirurgi vid Värnamo sjukhus.

Källa: Intervju Kolorektalkirurg Ryhov

Behov av motriktad flytt

Om större bråck, komplexa kolorektala fall eller bariatrisk/revisionskirurgi flyttas till Värnamo, bör annan operationsvolym flyttas tillbaka till Eksjö eller Ryhov. Annars riskerar Värnamo att få ökad belastning på en vårdavdelning som redan beskrivs som sårbar. Möjliga motflöden är benign prostatakirurgi till Eksjö, enklare bråck eller gallkirurgi från Värnamo till Eksjö om Värnamo tar mer komplexa robotfall, samt fortsatt koncentration av urologisk cancer och rektalcancer till Ryhov.

Källor: Intervju Eksjö kirurgen; Intervju Operation Eksjö; Intervju verksamhetschef urologi

Källor: Intervju kirurgkliniken Värnamo; Underlag för implementering av robotkirurgi vid Värnamo sjukhus.

Källor: Intervju robotoperatörer urologi

Källa: Intervju Kolorektalkirurg Ryhov

Flöden som bör undvikas

Även i Värnamoscenariot bör det undvikas att starta med urologisk cancerkirurgi eller rektalcancerkirurgi som huvudvolym. Underlagen talar för att detta skulle ge för stor risk för kompetenssplittring, uppstartsbelastning och osäker kvalitet. Det bör också undvikas att fylla roboten med stora volymer kolecystektomi, appendektomi eller enklare ljumskbråck innan det är visat att patientnyttan motiverar kostnad och operationsresurs.

Källor: Intervju kirurgkliniken Värnamo; Underlag för implementering av robotkirurgi vid Värnamo sjukhus.

Källor: Intervju verksamhetschef urologi; Intervju robotoperatörer urologi.

Källa: Intervju Kolorektalkirurg Ryhov

G. Samlad bedömning

Ryhov

Ryhov är starkast om huvudmålet är snabb, säker och hög nyttjandegrad. Där finns etablerad robotkompetens, urologin och kolorektalkirurgin kan öka snabbast, och utbildning av nya operatörer kan ske i befintlig miljö. Nackdelen är att Ryhov redan är trångt, och ytterligare robotkapacitet riskerar att tränga undan annan operationsverksamhet om inte andra patientgrupper flyttas ut. Därför behöver ytterligare kapacitet på Ryhov kombineras med tydlig omfördelning av annan elektiv kirurgi, eftersom operationssalar och postoperativ kapacitet annars riskerar att bli flaskhalsar.

Källa: Intervju - Operation Ryhov.

Källa: Intervju Kolorektalkirurg Ryhov

Eksjö

Eksjö är starkast om huvudmålet är att bygga ett bråck-/bukväggscentrum och samtidigt stärka Höglandssjukhusets långsiktiga kirurgiska profil. Eksjö har ett tydligt bråckargument, goda lokalförutsättningar och möjlighet att koppla roboten till regional utveckling. Men scenariot kräver volymstyrning från hela länet och sannolikt även från sjukvårdsregionen för att roboten ska fyllas med rätt patienter. Därför krävs framför allt en tydlig styrning av patientflöden och bemanning, men scenariot har goda förutsättningar om roboten används för större ärrbråck/bukväggsbråck, selekterad kolorektal kirurgi och eventuellt benign prostatakirurgi som balansflöde.

Källor: Intervju Eksjö kirurgen; Intervju Operation Eksjö; Intervju verksamhetschef urologi

Värnamo

Värnamo är starkast om huvudmålet är att bygga vidare på laparoskopisk och minimalinvasiv bredd, särskilt bråck, kolorektal selektion och viss avancerad GI-/bariatrisk kirurgi. Värnamo har goda lokaler, sterilteknik, anestesi och postoperativ kapacitet som utgångspunkter. Den tydligaste risken är i stället bemanning av vårdavdelning och operationssjuksköterskor, särskilt vid faktisk kapacitetsökning och under sommaren.

Källor: Intervju kirurgkliniken Värnamo; Underlag för implementering av robotkirurgi vid Värnamo sjukhus.

Källa: Intervju Kolorektalkirurg Ryhov

Patientförflyttningsprincip

Den mest robusta principen är att behålla urologisk cancerkirurgi, avancerad njurkirurgi och avancerad rekonstruktiv urologi på Ryhov; behålla rektalcancer och komplex kolorektal bäckenkirurgi på Ryhov initialt; använda Eksjö för större bråck/bukväggsbråck, selekterad kolorektal kirurgi och benign prostatakirurgi som möjligt balansflöde; använda Värnamo för större bråck, selekterad kolonkirurgi och annan minimalinvasiv volym med god patientnytta; samt flytta enklare eller icke-robotberoende operationsvolym i motsatt riktning när robotbara patienter koncentreras till en ort.

Källor: Intervju Eksjö kirurgen; Intervju Operation Eksjö; Intervju verksamhetschef urologi.

Källor: Intervju kirurgkliniken Värnamo; Underlag för implementering av robotkirurgi vid Värnamo sjukhus.

Källor: Intervju robotoperatörer urologi

Källa: Intervju Kolorektalkirurg Ryhov

H. Osäkerheter och kompletterande uppgifter som behövs

- Exakt årlig urologisk robotvolym per ingreppsgrupp, inklusive hur mycket av +170 som är årlig faktisk kapacitetsökning och hur mycket som är kö/undanträngning.
- Vilka väntande urologiska patienter som faktiskt är robotrelevanta, särskilt skillnaden mellan radikal prostatektomi, njurkirurgi, rekonstruktiv kirurgi och benign prostatakirurgi.

- Exakt kolorektal volym som kan robotiseras utan att kvalitet eller utbildning påverkas negativt.
- Hur många robotdagar kolorektalkirurgin kan fylla när operatörerna delar på sig och en kirurg under upplärning assisterar.
- Vilka bråckvolymer som är stora/komplexa och faktiskt bör göras med robot, jämfört med enklare bråck där robotnyttan är svagare.
- Om Eksjö eller Värnamo kan få tillräcklig bemanning, särskilt operationssjuksköterskor och sommarförstärkning, för stabil robotdrift utan att annan operationsverksamhet trängs undan.
- Vilka patientgrupper som kan flyttas i motsatt riktning för att balansera operationskapacitet, räknat i salstid och vårdplatsbehov, inte bara antal patienter.
- Ekonomisk prövning av scenarierna. Controllerintervjun anger att ekonomin inte kan analyseras meningsfullt innan ingrepp, volymer, placering och uppstartstakt är definierade.

Källa: Intervju controller kirurgi

Sammanfattande jämförelsetabell

Scenario	Robotutnyttjande	Föreslagna patientförflyttningar	Behov av motriktad flytt	Fördelar	Nackdelar/risker	Osäkerheter
Robot på Ryhov	Högst sannolik nyttjandegrad från start. Urologi och kolorektal kirurgi kan använda kapacitet direkt.	Urologisk robotkirurgi och rektal/komplex kolorektal kirurgi samlas fortsatt på Ryhov. Viss ytterligare kolorektal metodväxling kan ske.	Annan elektiv kirurgi bör flyttas från Ryhov till Eksjö/Värnamo, t.ex. enklare bråck, gallkirurgi eller annan benign elektiv kirurgi.	Snabbast effekt, etablerade team, starkast patientsäkerhet, bäst utbildningsmiljö.	Risk för undanträngning på Ryhov, sal- och postopkapacitet kan bli flaskhals. Bidrar mindre till länsdelssjukhusens utveckling.	Exakt undanträngning på Ryhov och vilka flöden som realistiskt kan flyttas ut.
Robot i Eksjö	Medelhög på sikt, men beroende av att bråck och andra volymer styrs dit. Lägre initialt under uppstart.	Större ärrbråck/bukväggsbråck/stomibråck till Eksjö. Utvalda kolon-/benigna fall och rektal prolaps kan övervägas. Benign prostatakirurgi kan prövas som balansflöde.	Enklare bråck, gallkirurgi eller annan elektiv volym kan behöva flyttas från Eksjö till Värnamo/Ryhov.	Stärker bråckprofil, goda lokaler, regional utveckling, rekryteringsargument.	Bemanning operationssjuksköterskor och uppstartstid. Risk att roboten används för fel ingrepp om volymer inte styrs.	Exakt bråckvolym, bemanning, budget för extra sal och om benign prostata faktiskt är lämpligt att flytta.
Robot i Värnamo	Medelhög på sikt om Värnamo får bråck, kolorektal selektion och avancerad minimalinvasiv GI-volym.	Större bråck, utvalda kolorektala fall, komplex bariatrisk/revisionskirurgi och vissa hiatus-/diafragmabråck kan övervägas.	Benign prostata kan flyttas till Eksjö. Enklare kirurgi kan flyttas från Värnamo till Eksjö/Ryhov om Värnamo tar mer komplex robotvolym.	God laparoskopisk erfarenhet, moderna lokaler, stark lokal vilja, potential att stärka minimalinvasiv profil.	Vårdplatsbemanning framstår som tydlig risk. Kräver utbildning och volymsäkring.	Om initial volym om cirka 200/år är realistisk, och vilka delar som är faktisk robotnytta respektive metodbyte.

Kompletteringsbilaga – rättelser och förtydliganden

Bilaga 2 och Bilaga 3 till slutrapporten om utökad robotkirurgisk kapacitet i Region Jönköpings län

Datum: 4 september 2026

Syfte. Efter inkomna synpunkter har Bilaga 2 och Bilaga 3 kontrollerats mot tillgängligt primärmaterial. Kontrollen visar framför allt ett referensfel i Bilaga 2 som uppstod när källnumreringen ändrades i slutredigeringen utan att samtliga löpande hänvisningar i bilagan följdändrades. Interna underlag, datauttag och intervjuer togs då bort ur den numrerade källförteckningen vilket medförde att de kvarvarande externa källorna fick nya referensnummer.

Bilaga 3 har inte motsvarande numreringsfel, men denna komplettering tydliggör vissa källor och formuleringar.

1. Omfattning och metod

Kontrollen har omfattat den version av Bilaga 2 och Bilaga 3 som bifogades slutrapporten. Löpande hänvisningar och centrala sakpåståenden har stämts av mot de primära projektunderlagen, framför allt intervjuer med berörda verksamheter samt datauttag och övriga interna underlag. I kompletteringen redovisas följande typer av iakttagelser:

- felaktig eller ofullständig källhänvisning,
- sakuppgift med förtydligad källspårbarhet,
- analytisk bedömning eller scenarioförslag som i kompletteringen tydliggörs som bedömning/förslag, och
- sakuppgift som i kompletteringen korrigeras eller tidsmärks.

Kontrollen visar att den ifrågasatta intervjun med Operation Värnamo finns dokumenterad i primärmaterialet. Intervjun genomfördes den 3 juni 2026 med Magnus Persson, verksamhetschef för operation i Värnamo.

2. Bilaga 2 – Evidensstödd prioritering

I Bilaga 2 har ett antal referensnummer korrigerats så att de nu pekar på rätt externa källa. Där externa forskningsresultat och lokala verksamhetsuppgifter tidigare hänvisats till tillsammans har hänvisningarna också förtydligats så att forskningsresultat kopplas till externa källor och uppgifter om förhållanden i RJL till relevanta intervjuer och interna underlag.

2.1 Korrigering av löpande referenser

Avsnitt	Hänvisning i bilagan	Korrigerad hänvisning	Kommentar
Rekonstruktiv urologi – extern evidens	[7, 8, 9]	[10, 11]	Korrigerad hänvisning efter omnumreringen.
Rekonstruktiv urologi – lokal RJL-bild	[9, 13, 30]	[8, 9]	Korrigerad hänvisning till lokala urologikällor.
Rektalcancer – extern evidens	[9, 13, 30]	[12]	Korrigerad hänvisning till extern rektalcancerkälla.
Rektalcancer – samlad prioritering	[9, 13, 30]	[12, 13]	Korrigerad hänvisning: extern evidens och lokal kolorektal intervju.
Koloncancer – extern evidens	[9, 13, 30]	[18]	Korrigerad hänvisning till extern kolonkirurgisk översikt.
Hiatus-/diafragmabråck	[13, 16, 17, 18]	[22]	Korrigerad hänvisning till systematisk översikt om hiatusbråck.
Kolecystektomi	[8, 20, 21]	[26, 27]	Korrigerad hänvisning till specifika kolecystektomikällor.
Samlad slutsats om TAPP, kolecystektomi och appendektomi	[8, 20, 21]	[25–28]	Korrigerad hänvisning till källor som motsvarar de tre ingreppsgrupperna.

2.2 Övriga källförtydliganden

- Referens [34] – Intervju Operation Värnamo, RJL, 2026 – avser en verklig primärkälla. Intervjun genomfördes den 3 juni 2026. I denna komplettering tydliggörs att uppgifter om Värnamos operationsförutsättningar kan spåras till denna intervju.
- De identifierade referensfelen förändrar inte Bilaga 2:s A/B/C-prioritering. Rättelsen avser kopplingen mellan påstående och källa samt förbättrad spårbarhet.

3. Bilaga 3 – Patientförflyttningar beroende på robotplacering

Bilaga 3 har inte samma problem med omnumrerade referenser, eftersom källorna anges med namn. Kontrollen visar däremot att den separata intervjun med Operation Värnamo inte angetts som uttrycklig källa på flera ställen där Värnamos operationsförutsättningar beskrivs. I denna komplettering tydliggörs därför källspårbarheten till den intervjun. Några formuleringar har också preciserats för att tydligare ange vilka uppgifter som avser förhållandena vid intervjutillfället och vilka delar som är utredningens scenarioanalys.

3.1 Källkompletteringar och preciseringar

Område	Korrigering/förtydligande	Motiv
Värnamos operationsförutsättningar	Källa förtydligad: Intervju Operation Värnamo, 2026-06-03.	Intervjun är den direkta primärkällan för sal, sterilteknik, anestesi, postop, operationsbemanning och sommarförutsättningar.
Vårdplatsbemanning i Värnamo	Uppgiften tidsmärks: ”Vid intervjutillfället i maj 2026 …”.	Primärmaterialet beskrev då en bemanningsrelaterad sårbarhet. Värnamos senare uppgift om förändrat läge redovisas som senare information och innebär inte att juniunderlaget var fel vid intervjutillfället.
Bemanningsrisk i Värnamo	Bemanningsrisken preciseras till att avse faktisk kapacitetsökning.	Operation Värnamo beskrev i övrigt stabil bemanning och liten hyrberoende, men bedömde att ytterligare kapacitet kräver förstärkt operationsbemanning.
Sommarproduktion	Sommarproduktion beskrivs som en genomföranderisk som även finns på andra orter.	Värnamo bedömde att full drift måndag–fredag hela sommaren inte kan upprätthållas utan förstärkning. Även Ryhov beskrev sommaren som sårbar.
Ryhov – ”starkast patientsäkerhet”	Formuleringen preciseras till ”lägst uppstartsrelaterad patientsäkerhetsrisk”.	Formuleringen beskriver skillnader i uppstartsfasen och innebär inte att övriga sjukhus bedriver mindre patientsäker vård.
Motriktade patientflöden	Motriktade patientflöden tydliggörs som scenarioförslag.	Exempelvis gallkirurgi, enklare bråck och annan benign elektiv kirurgi är exempel i scenarioanalysen och inte beslutade patientflöden.
Benign prostatakirurgi till Eksjö	Benign prostatakirurgi till Eksjö tydliggörs som möjligt balansflöde i scenarioanalysen.	Underlaget stödjer inte att detta är ett beslutat eller etablerat patientflöde.

4. Övrig identifierad rättelse - Poängmatrisen

I den detaljerade matrisen för produktions- och genomförandeförutsättningar summeras Ryhov till 35 poäng, medan 36 poäng anges i den sammanvägda sammanställningen. Den korrekta totalen är 35 poäng. I denna komplettering anges 35 poäng som gällande total.

5. Bedömning av påverkan på rapportens slutsatser

Den genomförda kontrollen visar framför allt referensfel i Bilaga 2 och behov av tydligare källspårbarhet i Bilaga 3 för Värnamos operationsförutsättningar. Samtliga identifierade rättelser och förtydliganden redovisas i denna komplettering. Kontrollen har inte identifierat något som förändrar rapportens centrala scenarioanalys eller den övergripande prioriteringen av robotkirurgiska indikationer.

- Avancerad urologisk kirurgi och rektal/komplex kolorektal kirurgi har fortsatt starkt stöd som centrala robotområden i det lokala underlaget.
- Komplex bråck-/bukväggskirurgi är fortsatt ett relevant utvecklingsområde för Eksjö och Värnamo.
- Ryhov har fortsatt kortast uppstartssträcka genom etablerad robotkompetens och befintliga team, men med risk för undanträngning av annan operationsverksamhet.
- Eksjö och Värnamo har båda relevanta utvecklingsförutsättningar. I analysen är kompetensuppbyggnad, bemanning och tydlig volymstyrning centrala genomförandeförutsättningar för att en ny robot ska ge faktisk kapacitetsökning.

6. Interna källor och underlag som berörs av kompletteringen

Externa källor som berörs av korrigerade referenshänvisningar framgår av avsnitt 2.1 och av Bilaga 2:s källförteckning.

- Slutlig poängmatris för jämförelse mellan placeringsalternativ
- Intervju verksamhetschef urologi, RJL, 2026.
- Intervju robotoperatörer urologi, RJL, 2026.
- Intervju kolorektalkirurg Ryhov, RJL, 2026.
- Intervju kirurgkliniken Eksjö, RJL, 2026.
- Intervju Operation Eksjö, RJL, 2026.
- Intervju kirurgkliniken Värnamo, RJL, 2026.
- Intervju Operation Värnamo, RJL, 2026.
- Intervju Operation Ryhov, RJL, 2026.
- Intervju controller kirurgi, RJL, 2026.
- Svar på ekonomisk konsekvensbedömning från controllers, RJL, 2026.
- Underlag för implementering av robotkirurgi vid Värnamo sjukhus

Anmärkning: Denna kompletteringsbilaga redovisar de rättelser och förtydliganden som identifierats vid kontrollen av Bilaga 2 och Bilaga 3 mot primärmaterialet. Den ersätter inte slutrapportens analys utan utgör ett komplement till slutrapporten och dokumenterar dessa rättelser och förtydliganden.

§ 112

Granskning av barn- och ungdomshälsan

Diarienummer: RJL 2026/1694

Beslut

Presidiet föreslår nämnden för folkhälsa och sjukvård att

- godkänna tjänsteskrivelsen som svar på revisorernas granskningsrapport.

Sammanfattning

Regionens revisorer har gett Azets Revision & Rådgivning i uppdrag att granska samverkan mellan barn- och ungdomshälsan och berörda verksamheter. Granskningens syfte är att bedöma om nämnden för folkhälsa och sjukvård har säkerställt en tillfredsställande samverkan inom regionen och med länets kommuner vad gäller barn- och ungdomshälsan.

Revisionens samlade bedömning är att nämnden för folkhälsa och sjukvård endast delvis har säkerställt en tillfredsställande samverkan vad gäller barn- och ungdomshälsan. Inom regionen saknas ett tydligt styrdokument för samverkan mellan barn- och ungdomshälsan och BUP, vilket medför att ansvarsfördelningen i praktiken kan vara utmanande trots att den upplevs som relativt tydlig.

Granskningen visar att det finns etablerade strukturer och överenskommelser för samverkan. Samtidigt framkommer brister i förankring, ansvarsfördelning och praktisk tillämpning. Det finns även utvecklingsbehov avseende remisshantering, kommunikation och uppföljning av samverkan.

Revisorerna har lämnat ett antal rekommendationer till Region Jönköpings län.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse: Granskning av barn- och ungdomshälsan
- Missiv: Granskning av barn- och ungdomshälsan
- Rapport: Granskning av barn- och ungdomshälsan

Beslutet skickas till

Nämnden för folkhälsa och sjukvård

Regionledningskontoret

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Granskning av barn- och ungdomshälsan

Förslag till beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- godkänner tjänsteskrivelsen som svar på revisorernas granskningsrapport.

Sammanfattning

Regionens revisorer har gett Azets Revision & Rådgivning i uppdrag att granska samverkan mellan barn- och ungdomshälsan och berörda verksamheter. Granskningens syfte är att bedöma om nämnden för folkhälsa och sjukvård har säkerställt en tillfredsställande samverkan inom regionen och med länets kommuner vad gäller barn- och ungdomshälsan.

Revisionens samlade bedömning är att nämnden för folkhälsa och sjukvård endast delvis har säkerställt en tillfredsställande samverkan vad gäller barn- och ungdomshälsan. Inom regionen saknas ett tydligt styrdokument för samverkan mellan barn- och ungdomshälsan och BUP, vilket medför att ansvarsfördelningen i praktiken kan vara utmanande trots att den upplevs som relativt tydlig. Granskningen visar att det finns etablerade strukturer och överenskommelser för samverkan. Samtidigt framkommer brister i förankring, ansvarsfördelning och praktisk tillämpning. Det finns även utvecklingsbehov avseende remisshantering, kommunikation och uppföljning av samverkan.

Revisorerna har lämnat ett antal rekommendationer till Region Jönköpings län.

Ärendebeskrivning

Nedan redovisas regionens åtgärder och planerade insatser utifrån respektive rekommendation.

1. **Se över och vid behov revidera gällande avtal och överenskommelser.** Upprättade överenskommelser ses över och revideras enligt plan i Strategigrupp barn och unga tillsammans med de arbetsgrupper i varje länsdel som är knutna till Strategigrupp barn och unga.

   Samverkansavtalen mellan Barn- och ungdomshälsan och länets kommuner reviderades 2025 för länsdelarna norr och söder. För länsdelen

öster behöver samverkansöverenskommelse uppdateras då den inte reviderats sedan den antogs, 2014. En tidsplan för revidering kommer att antas under hösten 2026. För Region Jönköpings län del ansvarar enhetschef Barn och ungdomshälsan öster.

2. **Säkerställa att berörda verksamheter har kännedom om samverkansöverenskommelser.**
   Varje representant i Strategigrupp barn och unga och i respektive arbetsgrupp (ABU) har i uppdrag att informera och uppdatera den egna verksamheten. Detta görs i samband med de möten som sker i ABU i de tre länsdelarna utifrån ett årshjul.

   För att säkerställa kontinuitet ges uppdrag till beredningsansvariga i Strategigrupp barn och unga att lägga in samverkansöverenskommelsen som en årlig punkt i årshjulet. Detta ska vara genomfört senast den 31 december 2026.

3. **Tydliggöra och dokumentera ansvarsfördelningen mellan barn- och ungdomshälsan och barn- och ungdomspsykiatrin**
   Ansvarsfördelningen mellan Barn- och ungdomspsykiatrin och Barn- och ungdomshälsan sker utifrån ett tydligt och dokumenterat gränssnitt strukturerat utifrån olika psykiatriska tillstånd med väl utarbetade viktningsparametrar. Ansvarsfördelningen är publicerad och tillgänglig för samtliga medarbetare på intranätet, Region Jönköpings län. Vid svårbedömd vårdnivå finns veckovis remisskonferens med representation från båda vårdnivåer, för att säkerställa att barn inte faller mellan stolar.

   En ytterligare förstärkning/förtydligande av enheternas ansvar sker genom gemensamt pågående arbete med standardiserade vårdförlopp. Detta innebär att patientens vårdprocess ska bli mer sammanhållen och patienten ska få en tydligare och förutsägbar behandling samt uppföljning. Barn- och ungdomshälsan finns tillgängliga för läkarkonsultation på daglig basis.

   Under våren 2026 har en samverkansmodell arbetats fram gällande parallella vårdåtaganden när både Barn- och ungdomspsykiatrin och Barn- och ungdomshälsan ger vård samtidigt.

   Uppföljning av gemensamma vårdflöden och rutiner mellan Barn- och ungdomspsykiatrin och Barn- och ungdomshälsan sker via länsledningsmöten fyra gånger per år. Det sker även en tät samverkan mellan enhetschefer, vid behov, för att säkerställa att vården hålls samman.

4. **Tydliggöra ansvarsfördelningen mellan Barn- och ungdomshälsan, elevhälsan och socialtjänst.**

Ansvarsfördelningen styrs av respektive verksamhets uppdrag. Skärningspunkterna mellan verksamheterna regleras i samverkansöverenskommelserna, se punkt 1.

5. **Säkerställa att tydliga kontaktvägar och rutiner upprättas avseende ärenden där kommunalt föräldrastöd är aktuellt.**
Kommunernas socialtjänst ansvarar för att säkerställa att det finns tydliga och trygga kontaktvägar som En väg in (EVI) kan hänvisa till.

   EVI har upprättade rutiner för hur hänvisning till föräldrastödet sker, baserat på uppgifter från respektive kommun. Respektive länsdelsmottagning har sedan revisionen genomfördes säkerställt att dokumenterade rutiner finns kring kontaktvägar vid behov av kommunalt föräldrastöd.

   Önskemål från EVI finns om att, i ett tidigt skede i samband med rådgivning, kunna slussa vårdnadshavare aktivt till föräldrastödet i kommunerna. I dagsläget har detta inte gått att genomföra då kommunerna inte har dokumentationsskyldighet i det kommunala föräldrastödet.

6. **Säkerställa att enhetlig tillämpning av SIP genom tydliggörande av ansvar, kallelseförfarande och stödjande dokument.**
Verksamheterna har dokumenterade rutiner för SIP. I journalsystemet finns standardiserad blankett. SIP används när det bedöms lämpligt i samverkan med externa aktörer.

   För att säkerställa en enhetlig tillämpning av SIP för Region Jönköpings län och kommunerna välkomnas den utredning som pågår och som ska beslutas i ReKo hösten 2026. Utredningen föreslår tydliga och individanpassade SIP med rätt aktörer och en samsyn kring roller och ansvarsfördelning före, under och efter genomförda SIP-möten. Viktiga förändringar är ökat fokus på individens delaktighet, tydligare beskrivning av SIP-processen samt gemensam modell oavsett ålder eller målgrupp. Vissa förtydliganden efterfrågas kring ansvarsfördelning, kallelsetider, begrepp och samtycke, liksom mindre språkliga justeringar.

   Region Jönköpings län ser ett behov av en gemensam länsövergripande utbildningsinsats i samband med implementeringen av nya överenskommelsen för SIP.

   Med den reviderade överenskommelsen kommer utbildnings- och informationsaktiviteter vara en del i uppdraget. I nuläget är förslaget att man ska använda sig av SKR:s etablerade nationella material som bedöms vara välstrukturerat, målgruppsanpassat och i linje med reviderad överenskommelse. Vidare planeras en separat SIP-utbildningssatsning för chefer. Qulturum har påbörjat ett planeringsarbete för en sådan.

7. **Förbättra remisshantering och säkerställa återkoppling.**
   Rutin finns för remisshantering inklusive remissvar. Ett första remissvar skrivs av den enhet som patienten triageras till. Då det bedöms lämpligt skickas även ett slutsvar i samband med att kontakten avslutas. Återkoppling utöver detta sker när det finns behov av samverkan och då alltid med vårdnadshavares och patientens samtycke.

   EVI ger gärna rådgivning och konsultation för personal i barnverksamheter.

   Rutinen följs upp vartannat år om inte behov uppstår mer frekvent.

8. **Tydliggöra och formalisera uppföljning av samverkan.**
   I de reviderade samverkansöverenskommelserna, mellan Barn- och ungdomshälsan och kommunerna, har det fastslagits att överenskommelserna ska följas upp årligen enligt ABU:s årshjul.

   Beredningsansvariga i Strategigrupp barn och unga ska senast den 31 december 2026 säkerställa att det finns med i årshjulet.

9. **Säkerställa att avvikelser i samverkan följs upp och analyseras.**
   Beredningsansvariga i Strategigrupp barn och unga, tillsammans med ordförande i ABU-grupperna, ska gemensamt säkerställa att framtagna rutiner för avvikelse i samverkan registreras och följs upp årligen och vid behov revideras.

   ReKo ansvarar för uppföljning och revidering efter att avvikelserna lyfts i respektive strategigrupp.

   Årshjul för avvikelsehantering.
   Avvikelsehantering i samverkan -Folkhälsa och sjukvård
   Avvikelse i samverkan – flödesbeskrivning Överenskommelse huvudmännens ansvar och avvikelsehantering i samverkan för barn och unga-Folkhälsa och sjukvård

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse: Granskning av barn- och ungdomshälsan
- Missiv: Granskning av barn- och ungdomshälsan
- Rapport: Granskning av barn- och ungdomshälsan

Beslutet skickas till

Regionrevisionen
Regionledningskontoret – Folkhälsa och sjukvård
Regionledningskontoret – Kansli
Regionfullmäktige

Mats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anette Peterson
Bitr. hälso- och sjukvårdsdirektör

Region Jönköpings län

2026-04-20 RJLR2026/7

Regionrevisionen

Regionfullmäktige

För kännedom till:
Nämnden för folkhälsa och sjukvård

Granskning av barn- och ungdomshälsan

Regionens revisorer har gett Azets Revision & Rådgivning i uppdrag att granska samverkan mellan barn- och ungdomshälsan och berörda verksamheter. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.

Barn- och ungdomshälsan utgör en viktig del av den första linjens vård för barn och unga med psykisk ohälsa och samverkar med såväl elevhälsa som socialtjänst i länets kommuner. Revisorerna har i sin risk- och väsentlighetsanalys bedömt att det finns risker kopplade till bristande samverkan, varför denna granskning har genomförts i samverkan med länets kommuner.

Granskningens syfte är att bedöma om nämnden för folkhälsa och sjukvård har säkerställt en tillfredsställande samverkan inom regionen och med länets kommuner vad gäller barn- och ungdomshälsan.

Revisorernas bedömning och rekommendationer

Revisionens samlade bedömning är att nämnden för folkhälsa och sjukvård endast delvis har säkerställt en tillfredsställande samverkan vad gäller barn- och ungdomshälsan. Inom regionen saknas ett tydligt styrdokument för samverkan mellan barn- och ungdomshälsan och BUP, vilket medför att ansvarsfördelningen i praktiken kan vara utmanande trots att den upplevs som relativt tydlig.

Granskningen visar att det finns etablerade strukturer och överenskommelser för samverkan. Samtidigt framkommer brister i förankring, ansvarsfördelning och praktisk tillämpning. Det finns även utvecklingsbehov avseende remisshantering, kommunikation och uppföljning av samverkan.

Regionrevisionen
Box 1024
551 11 Jönköping

Telefon: 010-241 00 00
E-post: regionrevisionen@rjl.se
Hemsida: www.rjl.se

Organisationsuppgifter
Bankgiro: 5216-2849
Orgnr: 232100-0057

Signature reference: 80d69a5e-7a68-4ccd-a5f1-d0c4bddaba8

Revisorerna rekommenderar Region Jönköpings län att:

1. se över och vid behov revidera gällande avtal och överenskommelser
2. säkerställa att berörda verksamheter har kännedom om samverkansöverenskommelser
3. tydliggöra och dokumentera ansvarsfördelningen mellan barn- och ungdomshälsan och barn- och ungdomspsykiatrin
4. tydliggöra ansvarsfördelningen mellan barn- och ungdomshälsan, elevhälsa och socialtjänst
5. säkerställa att tydliga kontaktvägar och rutiner upprättas avseende ärenden där kommunalt föräldrastöd är aktuellt
6. säkerställa en enhetlig tillämpning av SIP genom tydliggörande av ansvar, kallelseförfarande och stödjande dokument
7. förbättra remisshantering och säkerställa återkoppling
8. tydliggöra och formalisera uppföljning av samverkan
9. säkerställa att avvikelser i samverkan följs upp och analyseras

Svar

Regionrevisionen föreslår att regionfullmäktige ger nämnden för folkhälsa och sjukvård i uppdrag att senast 23 oktober svara på vilka åtgärder, med tillhörande tidplan, som kommer att vidtas till följd av granskningens resultat samt revisorernas rekommendationer.

Jonathan Freyschuss
Ordförande

Johan Stark
Vice ordförande

Signature reference: 80d69a5e-7a68-4ccd-a5f1-d0c4bddaba8

NETPUBLICATOR® VERIFIED

Detta dokument är elektroniskt signerat och juridiskt bindande.

Signed by: JONATHAN FREYSCHUSS
Date: 2026-04-21 09:27:06
BankID refno: 019daeef-7329-761b-b06f-50eb2f84fb06

Ordförande: Jonathan Freyschuss

Signed by: JOHAN ENAR SÖREN STARK
Date: 2026-04-20 22:18:07
BankID refno: 019dac8a-ad62-78d0-8a95-8a45f4285d8f

Vice ordförande: Johan Starck

Signature reference: 80d69a5e-7a68-4ccd-a5f1-d0c4bddaba8

Granskning av barn- och ungdomshälsan

Rapport

Region Jönköpings län inklusive kommuner

2026-03-23

Antal sidor: 43 (inklusive bilagor)

Antal bilagor: 2

1 INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 Sammanfattning 4

2 Bakgrund 7

2.1 Syfte och revisionsfrågor 8

2.2 Avgränsning 8

2.3 Revisionskriterier 8

2.4 Metod och disposition 9

2.4.1 Metod 9

2.4.2 Disposition 10

2.4.3 Bedömningsnivåer 10

3 Resultat av granskningen 11

3.1 Organisation och uppdrag 11

3.1.1 Nämnden för folkhälsa och sjukvård 11

3.1.2 Barn- och ungdomshälsan 11

3.2 Överenskommelser för samverkan 13

3.2.1 Överenskommelser och avtal avseende barn- och ungdomshälsan 13

3.2.2 Övriga överenskommelser för samverkan 15

3.2.3 Förankring i verksamheterna 15

3.2.4 Bedömning 16

3.3 Ansvarsfördelning 17

3.3.1 Ansvarsfördelning inom regionen 17

3.3.2 Ansvarsfördelning mellan regionen och kommunerna 19

3.3.3 Bedömning 21

3.4 Samverkansstrukturer och kommunikation 22

3.4.1 Samverkansstrukturer 22

3.4.2 Samordnad individuell planering 24

3.4.3 Remisshantering 25

3.4.4 Kommunikation och återkoppling 27

3.4.5 Bedömning 28

3.5 Uppföljning av samverkan 29

3.5.1 Nämnden för folkhälsa och sjukvårds uppföljning 29

3.5.2 Intern kontroll 30

3.5.3 Bedömning 30

3.6 Systematiskt kvalitetsarbete 31

3.6.1 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 32

3.6.2 Ledningssystem för samverkan 32

3.6.3 Bedömning 34

4 Samlad bedömning och rekommendationer 35

5 Bilaga 1 – Enkätundersökningens svarsfrekvens och fördelning 37

6 Bilaga 2 – Fördjupad granskning i kommunerna 37

6.1.1 Jönköpings kommun 38
6.1.2 Nässjö kommun 39
6.1.3 Eksjö kommun 40
6.1.4 Vaggeryds kommun 41
6.1.5 Gnosjö kommun 42

1 SAMMANFATTNING

Azets Revision & Rådgivning har av Region Jönköpings läns revisorer fått i uppdrag att granska samverkan mellan barn- och ungdomshälsan och berörda verksamheter. Uppdraget ingår i revisionsplanen för år 2025.

Syftet med granskningen har varit att bedöma nämnden för folkhälsa och sjukvård säkerställt en tillfredsställande samverkan inom regionen och med länets kommuner vad gäller barn- och ungdomshälsan.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att nämnden för folkhälsa och sjukvård samt deltagande kommuner endast delvis har säkerställt en tillfredsställande samverkan inom regionen och med länets kommuner vad gäller barn- och ungdomshälsan.

Grunden för samverkan utgörs av ett ledningssystem för samverkan mellan regionen och länets kommuner avseende hälsa, vård och omsorg. Därutöver finns två samverkansöverenskommelser samt ett samverkansavtal mellan barn- och ungdomshälsan och länets kommuner. Vi noterar dock att kännedomen om överenskommelserna och gällande avtal är begränsad inom berörda kommunala verksamheter. Därtill är samverkansavtalet mellan barn- och ungdomshälsan och höglandskommunerna från år 2014, vilket enligt vår bedömning innebär en risk för att det inte fullt ut speglar dagens organisation och uppdrag.

I granskningen framkommer att ansvarsfördelningen mellan barn- och ungdomshälsan, elevhälsan och socialtjänsten i praktiken upplevs som otydlig. Detta beskrivs leda till varierande arbetssätt och gränsdragningsproblem. Arbetet med samordnad individuell planering (SIP) bedöms fungera väl i många delar, men rutinerna för SIP bedöms inte alltid tillämpas på ett enhetligt sätt. Det uppges också finnas utmaningar kopplade till remisshantering, återkoppling och kommunikation mellan verksamheterna. Företrädare från elevhälsa och socialtjänst beskriver brister i återkoppling, otydliga remissflöden samt situationer där ärenden förflyttas mellan olika verksamheter.

När det gäller samverkan inom regionen, mellan barn- och ungdomshälsan och BUP, saknas en tydlig samverkansöverenskommelse eller styrdokument som beskriver ansvarsfördelning och former för samverkan mellan verksamheterna. Trots detta uppges ansvarsfördelningen vara relativt tydlig, samtidigt som det framkommer att gränsdragningen i praktiken kan vara utmanande. Verksamheterna har dock regelbundet gemensamma möten för att hantera patienter som befinner sig i en gråzon.

Vidare visar granskningen att uppföljning av samverkan är begränsad, då tydliga riktlinjer och rutiner för uppföljning av samverkan saknas. I granskningen har det också framkommit att flera av de deltagande kommunerna saknar ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter. Avsaknaden av ett ledningssystem innebär enligt vår bedömning att kommunerna saknar en grundläggande struktur för att identifiera,

styra och följa upp processer som är nödvändiga för att säkerställa kvaliteten i verksamheten, bland annat samverkan med regionen.

I det följande redovisas våra samlade bedömningar av respektive revisionsfråga.

Revisionsfråga	Bedömning
Har nämnden för folkhälsa och sjukvård samt deltagande kommuner säkerställt att det finns överenskommelser som beskriver mål och uppdrag för samverkan mellan barn- och ungdomshälsan och berörda verksamheter?	Endast delvis
Har nämnden för folkhälsa och sjukvård samt deltagande kommuner säkerställt att det finns en tydlig ansvarsfördelning för samverkan mellan barn- och ungdomshälsan och berörda verksamheter?	Endast delvis
Har nämnden för folkhälsa och sjukvård samt deltagande kommuner säkerställt att det finns en ändamålsenlig samverkansstruktur mellan barn- och ungdomshälsan och berörda verksamheter?	Endast delvis
Har nämnden för folkhälsa och sjukvård samt deltagande kommuner säkerställt en ändamålsenlig uppföljning av samverkan mellan barn- och ungdomshälsan och berörda verksamheter?	Endast delvis
Har nämnden för folkhälsa och sjukvård samt deltagande kommuner säkerställt att det finns rutiner, riktlinjer och processer för samverkan inom ramen för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete?	Endast delvis

För närmare beskrivning av bakgrunden till våra bedömningar hänvisar vi till respektive avsnitt i revisionsrapporten.

Utifrån resultatet av vår granskning rekommenderar vi nämnden för folkhälsa och sjukvård samt i tillämpliga delar ansvariga nämnder i deltagande kommuner att:

- Se över och vid behov revidera gällande avtal mellan regionen och höglandskommunerna avseende barn- och ungdomshälsan för att säkerställa avtalets aktualitet och ändamålsenlighet.

- Säkerställa att medarbetare i berörda verksamheter har kännedom om gällande samverkansöverenskommelsers innehåll och tillämpning.
- Tydliggöra och dokumentera ansvarsfördelningen mellan barn- och ungdomshälsan och barn- och ungdomspsykiatrin, exempelvis i en samverkansöverenskommelse.
- Fortsatta tydliggöra ansvarsfördelningen mellan barn- och ungdomshälsan, elevhälsa och socialtjänst.
- Säkerställa att tydliga kontaktvägar och rutiner upprättas avseende ärenden där kommunalt föräldrastöd är aktuellt i den östra länsdelen.
- Säkerställa en enhetlig tillämpning av SIP genom att tydliggöra ansvarsfördelning, kallelseförfarande och användning stödjande dokument.
- Förbättra remisshanteringen mellan barn- och ungdomshälsan samt berörda verksamheter i kommunerna genom att tydliggöra remissflöden och säkerställa att återkoppling sker konsekvent till avsändande verksamhet.
- Se över hur kontaktvägarna mellan berörda verksamheter och barn- och ungdomshälsan kan förbättras samt tillse att dessa kontaktvägar är kända i berörda verksamheter.
- Tydliggöra och formalisera hur uppföljning av samverkan mellan barn- och ungdomshälsan och kommunerna ska ske.
- Säkerställa att avvikelser i samverkan följs upp och analyseras på strukturerad nivå för att identifiera mönster och trender.

Vi rekommenderar vidare ansvariga nämnder i Jönköpings kommun, Eksjö kommun, Vaggeryd kommun, Nässjö kommun och Gnosjö kommun att:

- Säkerställa att riktlinjer och rutiner för avvikelsehantering i samverkan är väl förankrade i samtliga berörda verksamheter.

Vidare rekommenderar vi ansvariga nämnder i Eksjö kommun, Vaggeryd kommun, Nässjö kommun och Gnosjö kommun att:

- Säkerställa att ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete etableras i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter, där rutiner och processer för samverkan finns inkluderat.

2 BAKGRUND

Azets Revision & Rådgivning har av Region Jönköpings läns revisorer fått i uppdrag att granska samverkan mellan barn- och ungdomshälsan och berörda verksamheter.

Barn- och ungdomshälsan är en mottagning på primär vårdnivå. Målgruppen är barn och ungdomar från förskoleklass upp till 17 år samt deras föräldrar. Vid barn- och ungdomshälsan arbetar bland annat psykologer, kuratorer, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Barn- och ungdomshälsan har tre mottagningar i Huskvarna, Nässjö och Värnamo.

I Region Jönköpings län finns remiss- och mottagningsenheten *En väg, in barn och unga, psykisk hälsa*, som fungerar som en gemensam ingång till både barn- och ungdomshälsan samt barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) för barn och ungdomar upp till 18 år. En väg in gör en initial bedömning av behov och triagerar därefter barnet till antingen barn- och ungdomshälsan eller till BUP. Barn- och ungdomshälsan har en målsättning om att erbjuda en tid inom 14 dagar. Under 2025 inkom 6 759 remisser till En väg in varav 2 651 fördelades till barn- och ungdomshälsan.[1]

Barn- och ungdomshälsan ska vid behov samverka med exempelvis skolan eller andra aktörer som är viktiga för barnet eller ungdomen. Socialstyrelsen konstaterar i Kunskapsguiden att det finns behov av att hälso- och sjukvården, socialtjänsten och skolan samverkar med varandra. Detta för att barn och unga som är i behov av stöd ska få rätt stöd så tidigt som möjligt. Hälso- och sjukvården har ansvar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård, medan socialtjänsten har det yttersta ansvaret för att den enskilde får det stöd och den hjälp som behövs på kommunal nivå. Enligt Kunskapsguiden ska alla som arbetar i skolan samverka för att skapa en miljö som främjar utveckling och lärande. Lagstiftningen för skolan, socialtjänsten samt hälso- och sjukvården innehåller även bestämmelser som gäller samverkan mellan dessa aktörer. Elevhälsan har en central roll inom skolans uppdrag.

Enligt Socialstyrelsen förutsätter en god samverkan att det finns tydliga mål och uppdrag samt en tydlig ansvarsfördelning. Det kräver kunskap om och förståelse för varandras uppdrag och begrepp. Därtill konstaterar Socialstyrelsen att ansvaret för samverkan åligger de professionella samt ledningen. En ändamålsenlig samverkansstruktur kan säkerställas av ledningssystem, rutiner och avtal.

Regionens revisorer har i sin risk- och väsentlighetsanalys för 2025 bedömt att det finns en risk för bristande samverkan inom ramen för barn- och ungdomshälsan. Revisorerna har därför beslutat att genomföra en fördjupad granskning av hur samverkan bedrivs inom regionen och med länets kommuner.

[1] Barn- och ungdomshälsans verksamhetsberättelse för 2025.

2.1 SYFTE OCH REVISIONSFRÅGOR

Syftet med granskningen har varit att bedöma om nämnden för folkhälsa och sjukvård säkerställt en tillfredsställande samverkan inom regionen och med länets kommuner vad gäller barn- och ungdomshälsan.

Granskningen har omfattat följande revisionsfrågor:

- Har nämnden för folkhälsa och sjukvård samt deltagande kommuner säkerställt att det finns överenskommelser som beskriver mål och uppdrag för samverkan mellan barn- och ungdomshälsan och berörda verksamheter?
- Har nämnden för folkhälsa och sjukvård samt deltagande kommuner säkerställt att det finns en tydlig ansvarsfördelning för samverkan mellan barn- och ungdomshälsan och berörda verksamheter?
- Har nämnden för folkhälsa och sjukvård samt deltagande kommuner säkerställt att det finns en ändamålsenlig samverkansstruktur mellan barn- och ungdomshälsan och berörda verksamheter?
- Har nämnden för folkhälsa och sjukvård samt deltagande kommuner säkerställt en ändamålsenlig uppföljning av samverkan mellan barn- och ungdomshälsan och berörda verksamheter?
- Har nämnden för folkhälsa och sjukvård samt deltagande kommuner säkerställt att det finns rutiner, riktlinjer och processer för samverkan inom ramen för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete?

2.2 AVGRÄNSNING

Granskningen har avgränsats till att avse Region Jönköpings län samt elevhälsan och socialtjänsten i Jönköpings kommun, Eksjö kommun, Vaggeryd kommun, Nässjö kommun och Gnosjö kommun.

Granskningen avser den primära vårdnivån avseende barn och unga med psykisk ohälsa och *inte* den specialiserade vården som bedrivs inom BUP.

2.3 REVISIONSKRITERIER

I granskningen har revisionskriterierna utgjorts av:

- **Kommunallagen (2017:725):** Enligt kommunallagen har nämnderna ansvar för att var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan för-fattning som gäller för verksamheten. Likaså ska nämnderna se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredställande sätt.

- **Socialtjänstlagen (2001:453):** Alla insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalité. Socialtjänstens insatser ska vidare utformas och genomföras tillsammans med den enskilde och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan och organisationer.
- **Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30):** Hälso- och sjukvården ska samverka med kommunerna exempelvis vid planering och genomförande av hälso- och sjukvård.
- **Skollagen (2010:800):** För eleverna i förskoleklass, grundskola, anpassad grund-skola, sameskola, specialskolan, gymnasieskolan och anpassad gymnasieskola ska det finnas elevhälsa. Vid behov ska elevhälsan samverka med hälso- och sjukvården och socialtjänsten.
- **Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (2011:9) med tillhörande handbok:** Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter som avser att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten. Därtill har Socialstyrelsen utfärdat en handbok som närmare beskriver hur det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas.
- **Interna styrdokument:** Exempelvis samverkansöverenskommelser, ledningssystem och riktlinjer som avser samverkan inom regionen och med kommunerna.

2.4 METOD OCH DISPOSITION

2.4.1 Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentgranskning av styrande dokument, exempelvis samverkansöverenskommelser samt rutiner och riktlinjer för samverkan. Intervjuer har genomförts med företrädare inom Region Jönköpings län samt inom de fem granskade kommunerna. Därutöver har en enkätundersökning genomförts i samtliga kommuner i länet. Nedan beskrivs genomförda intervjuer samt hur enkätundersökningen har genomförts.

Intervjuer inom regionen

Intervjuer har genomförts med följande funktioner inom Region Jönköpings län:

- Nämnden för folkhälsa och sjukvård, presidium
- Hälso- och sjukvårdsdirektör
- Sjukvårdsdirektör för Medicinsk vård
- Enhetschefer samt verksamhetsutvecklare vid barn- och ungdomshälsan
- Enhetschef för En väg in, barn och unga, psykisk hälsa
- Områdeschefer för BUP

Intervjuer inom kommunerna

Intervjuer har genomförts med chefer och medarbetare från socialtjänsten och elevhälsan i Jönköpings kommun, Eksjö kommun, Vaggeryd kommun, Nässjö kommun och Gnosjö kommun.

Enkätundersökning

En enkätundersökning har skickats ut till medarbetare inom socialtjänsten och elevhälsan i samtliga 13 kommuner i Jönköpings län. Vi har efterfrågat kontaktuppgifter till samtliga medarbetare inom elevhälsan och socialtjänsten i respektive kommun som kommer i kontakt med barn- och ungdomshälsan i sitt vardagliga arbete. Enkätundersökningen har skickats till de e-postadresser som respektive kommun har angivit. I några kommuner har enkäten skickats till en kontaktperson som i sin tur har hänvisat enkäten till berörda medarbetare. För att kunna bekräfta svarsfrekvensen har vi bett kontaktpersonen bekräfta hur många medarbetare som enkäten skickats till. Enkäten har skickats ut till totalt 864 medarbetare i de berörda kommunerna. Totalt inkom 370 svar vilket ger en svarsfrekvens på 42,8 procent. Se *Bilaga 1* för redogörelse av svarsfrekvensen i respektive kommun samt uppdelning mellan elevhälsa respektive socialtjänst.

I enkäten har vi ställt tio (10) frågor rörande hur respondenterna upplever att samverkan med barn- och ungdomshälsan fungerar. Svarsalternativen har angivits på skalan *instämmer helt*, *instämmer till övervägande del*, *instämmer delvis*, *instämmer inte alls*. Enkäten har även innefattat svarsalternativet *vet ej* samt *annat* där respondenten haft möjlighet att lämna en kommentar till en specifik fråga. I slutet av enkäten har respondenterna haft möjlighet att lägga till egna kommentarer/synpunkter i en fritextruta.

2.4.2 Disposition

Rapporten är disponerad så att övergripande och generella iakttagelser redovisas och kompletteras med svar från genomförd enkätundersökning. I *Bilaga 2* redovisas de iakttagelser som framkommit vid intervjuer samt dokumentstudier i de fem kommuner som har ingått i den fördjupade granskningen.

2.4.3 Bedömningsnivåer

De bedömningar som avlämnas i granskningen har utgått ifrån följande bedömningsnivåer:

Samtliga intervjuade har fått möjlighet att faktagranska rapporten.

3 RESULTAT AV GRANSKNINGEN

3.1 ORGANISATION OCH UPPDRAG

3.1.1 Nämnden för folkhälsa och sjukvård

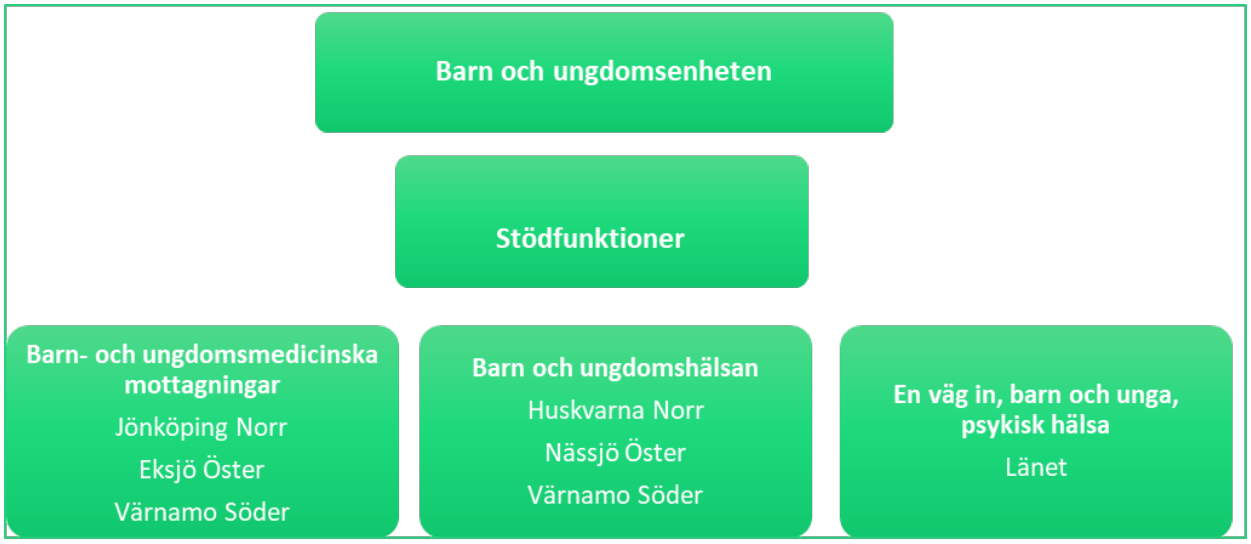
Nämnden för folkhälsa och sjukvård utövar enligt sitt reglemente[2] ledningen av regionens hälso- och sjukvård i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen. Nämnden ska, inom de ramar som fullmäktige fastställer, verka för en bättre hälsa hos befolkningen och bra vård på lika villkor utifrån befolkningens behov.

Därtill åligger det nämnden att säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål, riktlinjer och ekonomiska ramar som fullmäktige fastställt. Detta innefattar ett fortlöpande ansvar för att vidta åtgärder som anpassar och effektiviserar verksamheten inom givna förutsättningar. Nämnden ska även säkerställa att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten i övrigt bedrivs på ett tillfredsställande sätt.

3.1.2 Barn- och ungdomshälsan

Barn- och ungdomshälsan är organisatoriskt placerat inom verksamhetsområdet Medicinsk vård inom regionens barn- och ungdomsenhet, tillsammans med regionens barn- och ungdomsmedicinska mottagningar samt En väg in, barn och unga, psykisk hälsa. Barn- och ungdomshälsan har tre mottagningar som är placerade i Huskvarna (Norr), Nässjö (Öster) och Värnamo (Söder). Barn- och ungdomsenhetens organisation illustreras i organisationsskissen nedan.

Figur 1 – Organisationsskiss för barn- och ungdomsenheten



[2] Reglemente för nämnden för folkhälsa och sjukvård. RJL 2021/576. Dokument ID 89472. Gäller från 2023-01-01.

3.1.2.1 Bakgrund

Barn- och ungdomshälsan startade år 2012 som ett samverkansprojekt mellan Jönköpings läns landsting och Jönköpings kommun[3]. Inledningsvis ingick barn- och ungdomshälsan i SKL:s (nuvarande SKR) projekt/utvecklingsarbete ”Psykisk hälsa barn och unga” (Psynk) inom temat Första linjen.[4] Initialt hade barn- och ungdomshälsan i uppdrag att förebygga och behandla lindrig psykisk, psykosocial och psykosomatisk ohälsa hos barn och ungdomar mellan 6 – 17 år i Jönköping, Habo och Mullsjö kommun. Verksamheten skulle erbjuda stöd, råd, vägledning och behandling på första linjens nivå till barn, unga och deras föräldrar och samverka med skolor och andra aktörer som kan påverka en positiv utveckling för barnens psykiska hälsa. Verksamheten permanentades 2014, och samma år i augusti etablerades mottagningen i Nässjö. Därefter öppnades ytterligare en mottagning i Värnamo år 2016.

År 2020 etablerades även verksamheten En väg in, barn och unga, psykisk hälsa, som ett samverkansinitiativ mellan barn- och ungdomshälsan och BUP. Verksamheten fungerar som en remiss- och bedömningsenhet med ansvar för att ta emot och göra en första bedömning av samtliga inkommande remisser. Efter den initiala bedömningen triageras barnet vidare till antingen barn- och ungdomshälsan eller BUP, beroende på identifierat behov. En väg in ansvarar för att boka in patienten på ett mottagningsbesök.

I april år 2023 utökades barn- och ungdomshälsans uppdrag, från att vara en första linje-verksamhet med kortvariga patientkontakter, till att utgöra en primär nivå för barn och unga med psykisk ohälsa. Det utökade uppdraget innebar att ett antal barn (1600 barn) skulle avlastas från BUP under år 2023. Det utökade uppdraget skedde i syfte att öka tillgängligheten till BUP.[5]

3.1.2.2 Samverkan med länets kommuner

Barn- och ungdomshälsan samverkar med kommunerna i länets olika delar utifrån de tre mottagningarnas geografiska placering. Jönköping, Habo och Mullsjö kommun har tidigare haft ett delat huvudmannaskap för barn- och ungdomshälsan tillsammans med regionen, där Jönköpings kommun var huvudman för tre socionomer som arbetade på mottagningen i Huskvarna. Det delade huvudmannaskapet upphörde år 2023, vilket beskrivs närmare i avsnitt 3.2.1.1 nedan.

Gnosjö, Gislaved, Vaggeryd samt Värnamo kommun har tidigare delfinansierat barn- och ungdomshälsans mottagning i Värnamo. Kommunerna beslutade år 2025 för att avsluta den ekonomiska finansieringen av barn- och ungdomshälsan. Vid tidpunkten för den här granskningen (mars 2026) är det enbart höglandskommunerna, det vill säga Nässjö, Vetlanda, Eksjö, Aneby, Sävsjö och Tranås kommun, som fortfarande delfinansierar barn- och ungdomshälsan.

[3] Barn- och ungdomshälsan - Slutrapport, Jönköping, 2014

[4] Psynk-projektets övergripande mål var att barns och ungas psykiska hälsa skulle mötas med en helhet, det vill säga att barn, unga och deras närstående skulle få den hjälp de behöver, när de behöver det.

[5] Verksamhetsberättelse 2025, barn- och ungdomshälsan

Enligt gällande avtal finansierar höglandskommunerna 25 procent av barn- och ungdomshälsans verksamhet.[6]

3.2 ÖVERENSKOMMELSER FÖR SAMVERKAN

3.2.1 Överenskommelser och avtal avseende barn- och ungdomshälsan

Det finns i dagsläget två aktuella samverkansöverenskommelser samt ett samverkansavtal mellan barn- och ungdomshälsan och de 13 kommunerna i Jönköpings län. Dessa är geografiskt indelade utifrån barn- och ungdomshälsans mottagningsområden.

3.2.1.1 Jönköping, Habo och Mullsjö kommun

Jönköping, Habo och Mullsjö kommun ingår i en gemensam samverkansöverenskommelse med barn- och ungdomshälsan[7]. Överenskommelsen omfattar barn och unga från förskoleklass till 18 år med lindrig psykisk, psykosocial eller psykosomatisk ohälsa. Den gällande överenskommelse utgör en förlängning av en tidigare överenskommelse, som gällde för perioden 1 november 2023 till 31 december 2024.

Överenskommelsen reglerar hur barn- och ungdomshälsan ska samverka med utbildnings- och socialtjänstförvaltningarna i kommunerna, efter att regionen sedan 1 november 2023 blivit ensam huvudman för verksamheten. Enligt överenskommelsen innebär förändringen att vårdnadshavare som är i behov av föräldrastöd ska erbjudas detta av socialtjänsterna i respektive kommun och inte av barn- och ungdomshälsan.

Samverkan kan enligt överenskommelsen ske i form av enklare kontaktvägar via telefon eller e-post, eller som fördjupad samverkan genom samordnade individuella planer (SIP) vid behov. Barn- och ungdomshälsan kan enligt överenskommelsen inte remittera ärenden till kommunala verksamheter men får informera barn, ungdomar samt vårdnadshavare om verksamheterna och vara behjälplig med kontakt. Socialtjänsten ansvarar för att informera om det stöd kommunen erbjuder.

I samband med att det delade huvudmannaskapet avseende barn- och ungdomshälsan upphörde i slutet av år 2023 upprättades en *Rutin för kommunärenden* mellan kommunerna och barn- och ungdomshälsan. Rutinen beskriver hur nya ärenden där kommunalt föräldrastöd är aktuellt ska hanteras samt information som barn- och ungdomshälsan kan ge vårdnadshavare gällande vad respektive kommun erbjuder. I rutinen framgår även kontaktuppgifter till kommunernas socialtjänster.

[6] Delfinansieringen avser verksamhetens Första-linje uppdrag. Sedan barn- och ungdomshälsans uppdrag utökades år 2023 har ytterligare tjänster tillkommit, men dessa finansieras fullt ut av Region Jönköpings län.
[7] Samverkansöverenskommelse mellan barn- och ungdomshälsan i Region Jönköpings län och utbildnings- och socialtjänstförvaltningarna i Jönköping, Habo och Mullsjö kommun

3.2.1.2 Gislaved, Gnosjö, Vaggeryd och Värnamo

En samverkansöverenskommelse mellan barn- och ungdomshälsan samt utbildnings- och socialtjänstförvaltningarna i Gislaved, Gnosjö, Vaggeryd och Värnamo kommun (GGVV-kommunerna) upprättades under år 2025 utifrån att kommunernas delfinansiering av barn- och ungdomshälsan upphörde 1 maj 2025. Enligt överenskommelsen innebär förändringen att vårdnadshavare som är i behov av föräldrastöd ska få detta från socialtjänsterna i respektive kommun. Nuvarande överenskommelse gäller för perioden 1 maj 2025 till 30 april 2028.

Samverkansöverenskommelsen är utformad på ett liknande sätt som samverkansöverenskommelsen i den norra länsdelen[8]. Överenskommelsen beskriver samverkan mellan regionen och kommunerna kring barn och unga med lindrig psykisk ohälsa. Samverkan sker genom både enklare kontakter och fördjupade SIP-möten med skola och socialtjänst. Det framgår också att barn- och ungdomshälsan inte kan remittera vidare ärenden till kommunala verksamheter, men kan ge information och stöd i samband med kontakt. Socialtjänsten i respektive kommun ansvarar för att informera om vilket stöd kommunen erbjuder.

I intervjuer framkommer att den främsta orsaken till att avsluta delfinansieringen av verksamheten var att kommunerna ifrågasatte de ekonomiska fördelarna med finansieringen. Flera kommuner upplevde att det inte var tydligt vad finansieringen faktiskt avsåg. I barn- och ungdomshälsans verksamhetsberättelse för 2025 framhålls att det upphörda ekonomiska åtagandet har skapat utmaningar för flera kommuner, bland annat eftersom kommunerna enligt regionen inte hade förberett sig inför förändringen och att tydliga kontaktvägar saknades. Enligt barn- och ungdomshälsans bedömning innebär detta en ökad risk för att barn faller mellan stolarna. Bedömningen utvecklas dock inte närmare i verksamhetsberättelsen. I genomförd faktakontroll av denna rapport har det poängterats att risken grundade sig i att ingen ny överenskommelse fanns på plats när den ekonomiska förbindelsen avslutades.

3.2.1.3 Höglandskommunerna

När det gäller kommunerna som ingår i det småländska höglandet, det vill säga Nässjö, Vetlanda, Eksjö, Aneby, Sävsjö och Tranås kommuner, som fortfarande finansierar en del av barn- och ungdomshälsans verksamhet finns ett avtal [9]. Avtalet upprättades 2014 och gäller tills vidare med tolv månaders uppsägningstid. Målgruppen är barn och unga mellan 6 och 18 år med lätt till medelsvår psykisk ohälsa.

Syftet och mål med avtalet beskrivs vara att reglera de ekonomiska mellanhavanden/konsekvenser som uppstår mellan Höglandets sjukvårdsområde och kommunerna i samband med etableringen av barn- och ungdomshälsan år 2014. I avtalet framgår att landstinget (numera regionen) är huvudman för verksamheten, men att kommunerna finansierar 25 procent av verksamheten vilket fördelas efter kommunernas skattekraft. Regionen som huvudman ansvarar för samtlig personal och samtliga driftskostnader.

[8] Mellan barn- och ungdomshälsans mottagning i Huskvarna och Jönköping, Habo samt Mullsjö kommun
[9] Avtal om psykosocial enhet för barn och unga 6-18 år. LJ 2014/534

I avtalet beskrivs barn- och ungdomshälsans målgrupp och funktion, vilket bland annat anges vara att ”ge familjer vars barn (6–18 år) uppvisar symtom på lätt till medelsvår psykisk ohälsa initial bedömning, råd, stöd och behandling”, ”utarbetade goda samverkansformer och flöden med skola och andra aktörer som kan bidra till en positiv utveckling” samt att ha ”hög tillgänglighet, initial bedömning redan vid första kontakt”. Vidare beskrivs även barn- och ungdomshälsans arbetssätt.

3.2.2 Övriga överenskommelser för samverkan

Utöver de samverkansöverenskommelser och avtal som reglerar samverkan mellan regionen och kommunerna gällande specifikt barn- och ungdomshälsan finns ett antal överenskommelser och planer som reglerar hur samverkan ska ske inom olika områden avseende barn och unga. Dessa är bland annat:

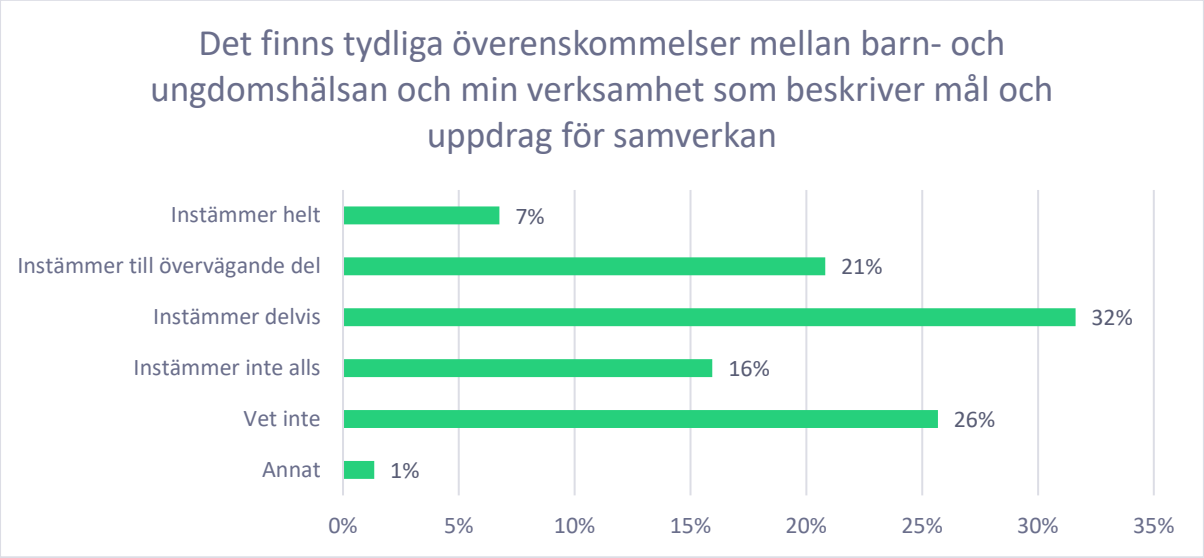
- **Överenskommelse för huvudmännens ansvar och avvikelsehantering i samverkan barn och unga[10]:** Överenskommelsen beskriver ansvarsfördelning mellan olika huvudmän samt hur avvikelser i samband mellan olika verksamheter ska rapporteras, hanteras och följas upp.
- **Överenskommelse om samordnad individuell plan (SIP) med förskola och skola som jämbördig part[11]:** Överenskommelsen beskriver hur skola, förskola, socialtjänst och hälso- och sjukvård ska arbeta med samordnade individuella planer (SIP) för barn och unga upp till 18 år.
- **Tillsammans för ett bra liv för alla, gemensam plan – region och länets kommuner 2025–2027**: Planen beskriver hur regionen och kommunerna i länet ska skapa en mer samordnad, personcentrerad och hälsofrämjande välfärd.
- **Remiss till En väg in (REVI):** REVI utgör en ny överenskommelse som börjar gälla 1 mars 2026 och ersätter då ”Överenskommelse mellan barn- och ungdomspsykiatrin och skolverksamheten i region Jönköpings län”. Överenskommelsen syftar till att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan skolverksamheterna och barn- och ungdomspsykiatrin.

3.2.3 Förankring i verksamheterna

I intervjuer med chefer och medarbetare från socialtjänst och elevhälsa i de granskade kommunerna framkommer att majoriteten har kännedom om att det finns någon form av överenskommelse eller avtal mellan kommunerna och regionen avseende barn- och ungdomshälsan. Intervjupersoner framhåller dock att kännedomen om detaljerna kring överenskommelserna/avtalen är begränsad. I genomförd enkätundersökning förmedlas en liknande bild, där cirka 31 procent av respondenterna svarat att det delvis finns tydliga överenskommelser för samverkan, cirka 16 procent svarar att det saknas sådana överenskommelser och 25 procent svarar att de inte vet. I diagrammet nedan redovisas svarsfrekvensen i antalet respondenter.

[10] Gäller från 2023-04-28
[11] Strategigrupp barn och unga, 2022-03-11

Diagram 1 – Enkätsvar



Som förklaring till svarsalternativ ”Annat” har respondenter bland annat framfört att överenskommelser finns, men att de inte efterlevs. En annan respondent framhåller att eventuella överenskommelser inte är tydligt kommunicerade inom verksamheten.

3.2.4 Bedömning

Vår bedömning är att nämnden för folkhälsa och sjukvård samt deltagande kommuner **endast delvis** säkerställt att det finns överenskommelser som beskriver mål och uppdrag för samverkan mellan barn- och ungdomshälsan och berörda verksamheter.

Granskningen visar att det finns samverkansöverenskommelser och avtal mellan regionen och länets kommuner avseende barn- och ungdomshälsan. Dessa dokument reglerar former och metoder för samverkan mellan berörda verksamheter. Samtidigt bedömer vi att överenskommelserna endast i begränsad utsträckning tydliggör mål och syfte med samverkan. Utifrån att höglandskommunerna fortfarande har en ekonomisk förbindelse med barn- och ungdomshälsan skiljer sig i innehållet i samverkansavtalet från de övriga samverkansöverenskommelserna. Avtalet beskriver syfte, mål och även barn- och ungdomshälsan uppdrag. Vi noterar dock att avtalet inte har reviderats sedan det antogs år 2014. Sedan avtalet upprättades har barn- och ungdomshälsan uppdrag förändrats (se avsnitt 3.1.2) och vi bedömer därför att det bör ses över och vid behov revideras för att säkerställa avtalets aktualitet samt att det speglar dagens organisation och uppdrag.

Vi noterar att det av verksamheterna själva identifierats en risk att barn faller mellan stolarna utifrån att kommunerna i den södra länsdelens (GGVV-kommunerna) ekonomiska förbindelser till barn- och ungdomshälsan upphört. För att säkerställa att inget barn riskerar att stå utan insats bedömer vi att rutiner och kontaktvägar mellan verksamheterna behöver tas fram.

I arbetet är det enligt vår bedömning också viktigt att ytterligare tydliggöra roll- och ansvarsfördelning mellan olika verksamheter och professioner.

Utifrån intervjuer och enkätresultat konstaterar vi vidare att kännedomen om gällande överenskommelser/avtal är begränsad i berörda verksamheter inom länets kommuner. Flera intervjuade uttrycker att de känner till att någon form av överenskommelse finns, men saknar kännedom om dess innehåll. Detta indikerar att överenskommelserna/avtal inte är tillräckligt förankrade i verksamheterna, vilket enligt vår bedömning riskerar att leda till varierande arbetssätt och bristande samsyn i samverkansfrågor. För att säkerställa en enhetlig och ändamålsenlig samverkan bedömer vi att det är av vikt att berörda verksamheter har kännedom om överenskommelserna och avtalet.

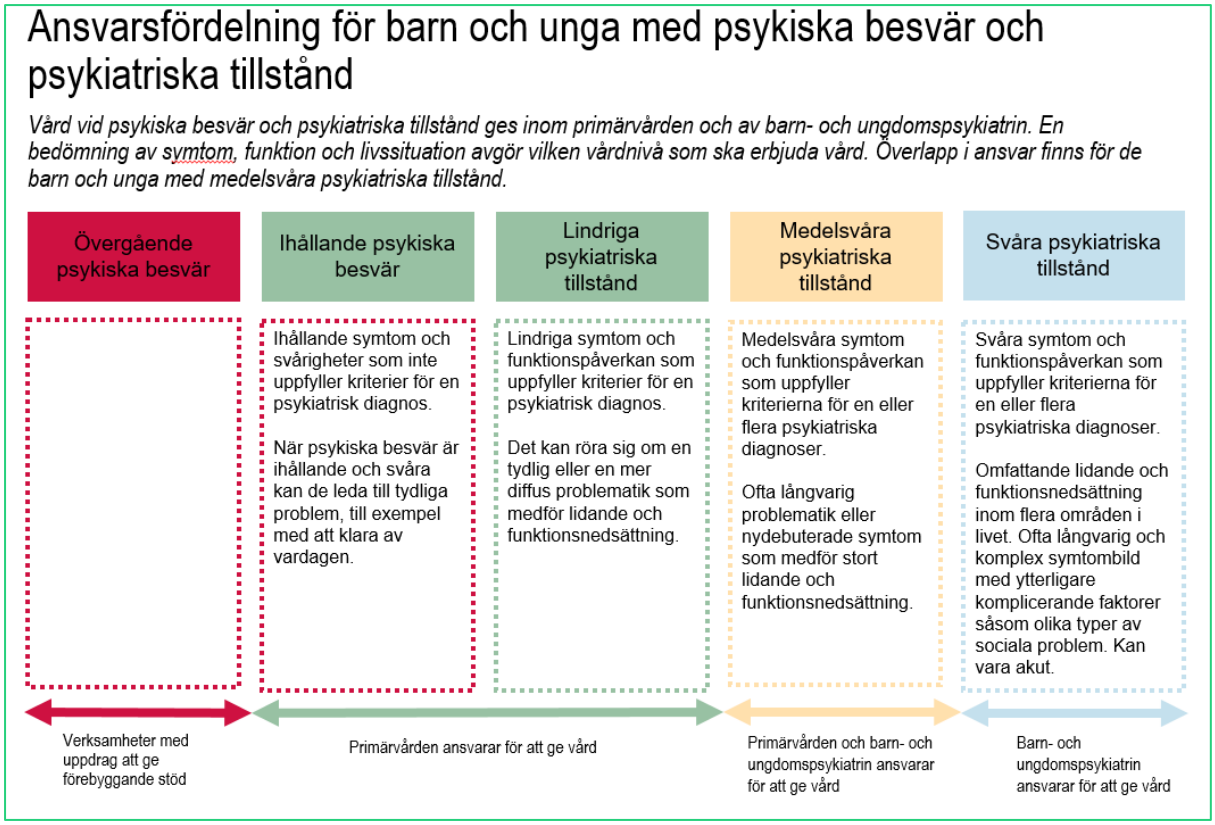
3.3 ANSVARSFÖRDELNING

Hälso- och sjukvårdslagen, socialtjänstlagen samt skollagen reglerar det övergripande ansvaret för primär- och specialistnivå samt socialtjänst och elevhälsa. I en *Överenskommelse om huvudmännens ansvar och avvikelsehantering i samverkan för barn och unga*[12] beskrivs den övergripande ansvarsfördelningen mellan hälso- och sjukvården i Region Jönköpings län samt socialtjänst och skola i länets kommuner. Elevhälsans ansvar beskrivs i avsnittet som avser skolans ansvar. Ansvarsfördelningen mellan barn- och ungdomshälsan och BUP beskrivs inte i någon övergripande överenskommelse, men framgår i en utvärderingsrapport avseende uppbyggnad av primär nivå för barn och unga med psykisk ohälsa som upprättades år 2024.[13] I avsnitten nedan beskrivs ansvarsfördelningen mellan barn- och ungdomshälsan och BUP, samt ansvarsfördelningen mellan barn- och ungdomshälsan och berörda verksamheter i kommunerna.

3.3.1 Ansvarsfördelning inom regionen

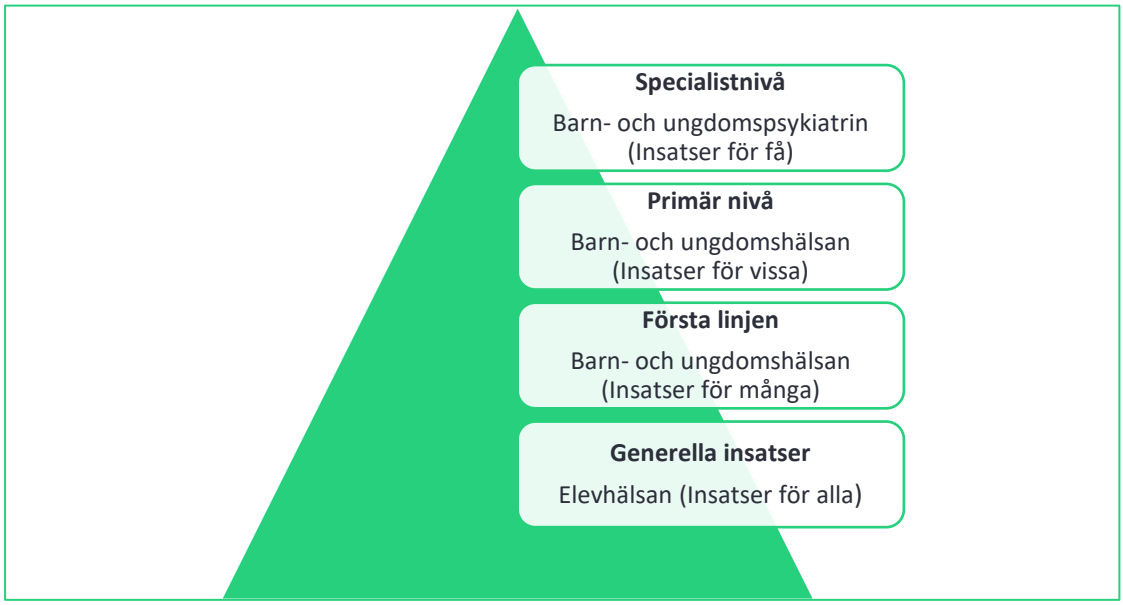
I utvärderingsrapporten avseende uppbyggnad av primär nivå för barn och unga med psykisk ohälsa framgår att barn- och ungdomshälsan, som utgör en del av primärvården, ansvarar för att ge vård till barn och unga med lindriga till måttliga psykiatriska besvär. BUP ansvarar för specialistvård och tar emot barn med svåra psykiatriska problem. För barn och unga med medelsvåra psykiatriska problem kan insatser enligt utvärderingsrapporten ges antingen av barn- och ungdomshälsan eller av BUP. I rapporten framgår följande ansvarsfördelning mellan verksamheterna:

[12] Överenskommelse huvudmännens ansvar och avvikelsehantering i samverkan för barn och unga. Dokument ID 268514. Gäller från 2023-04-28.
[13] Utvärderingsrapport Primär nivå.



I en PowerPoint-presentation framtagen av barn- och ungdomshälsan illustreras även följande ansvarsfördelning mellan verksamheterna:

Figur 2 – Ansvarsfördelning



I det praktiska arbetet har barn- och ungdomshälsan och BUP gemensamt tagit fram en triageringsmodell[14] som ska användas av En väg in, barn och unga, psykisk hälsa för att lotsa patienter till rätt instans utifrån barnets behov. I intervjuer beskrivs triageringsmodellen utgöra

[14] Triagering är en metod som hälso- och sjukvården använder för att prioritera patienter

ett gott stöd för att säkerställa att patienter erbjuds stöd från rätt verksamhet utifrån de gränssnitt som finns. I intervjuer påpekas dock att det fortsatt finns gränsdragningsutmaningar mellan verksamheterna, men att det kan vara svårt att definiera tydligare gränssnitt. De intervjuade framhåller att psykiatriska problem ofta befinner sig i en gråzon, vilket gör att bedömningen av ett definierat gränssnitt kan vara svår. Det framhålls dock att det fortlöpande pågår diskussioner kring gränsdragningen mellan verksamheterna. Enligt intervjuer har barn- och ungdomshälsan, En väg in och BUP regelbundet gemensamma möten för att avgöra vilken verksamhet som ska ansvara för behandling när olika ärenden utgör gränsfall.

Ett perspektiv som lyfts i intervjuer som en begränsande faktor i samverkan är verksamheternas organisatoriska tillhörigheter då barn- och ungdomshälsan och BUP är organiserade under två olika verksamhetsområden. Detta lyfts även i den utvärderingsrapport avseende uppbyggnad av primär nivå för barn och unga med psykisk ohälsa som genomfördes år 2024, där det framgår att verksamheterna har olika lagrum och tillgänglighetskrav att förhålla sig till utifrån primärvård och specialistvård. I intervjuer framhålls dock att samverkan trots detta fungerar väl mellan verksamheterna som har gemensamma forum för samverkan.

3.3.2 Ansvarsfördelning mellan regionen och kommunerna

3.3.2.1 Elevhälsa

Enligt *Överenskommelse om huvudmännens ansvar och avvikelsehantering i samverkan för barn och unga* ansvarar skolan för att elevhälsan omfattar medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Elevhälsan ska främst vara förebyggande samt hälsofrämjande och stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål. I överenskommelsen anges även att elevhälsan när barnets behov kräver det ska planera och följa upp insatserna i samverkan med berörda parter i den egna organisationens enheter, hälso- och sjukvård, socialtjänsten (barn och ungdom samt funktionshinder), andra samhällsorgan och organisationer, samt upprätta en samordnad individuell plan. Skolan ansvarar även för att vid behov informera och motivera vårdnadshavare att vända sig till BUP, habiliteringen eller annan specialistenhet inom regionens hälso- och sjukvård.

I intervjuer med representanter från elevhälsan och i resultatet av enkätundersökning framkommer att en större andel inte upplever att ansvarsfördelningen är tydlig i relation till barn- och ungdomshälsan. I enkätundersökningen framkommer att cirka 37 procent upplever att ansvarsfördelningen bara delvis är tydlig och cirka 9 procent upplever den inte alls som tydlig. Respondenter kopplar detta till kunskapsbrist om aktörers olika ansvarsområden, vilket i vissa fall leder till att olika ärenden skickas mellan de olika verksamheterna. I flera intervjuer med företrädare för elevhälsan i kommunerna framförs exempelvis att det förekommer att barn- och ungdomshälsan skickar brev till elevhälsan med uppdrag, vilka upplevs som kravställande. Intervjupersoner framför att breven i många fall utgör en envägskommunikation och att det finns begränsade möjligheter till fortsatt dialog och samverkan kring eleven. Vidare har exempelvis följande kommentarer lämnats i enkätundersökningen gällande ansvarsfördelningen:

”Tycker att samverkan/samarbete med barn- och ungdomshälsan fungerar bra när man träffas. Det som är otydligt är vart gränserna mellan skolans uppdrag och vårdens uppdrag går. Ibland finns det inom vården en bristande kunskap kring vad skolans uppdrag är, framför allt kring vad elevhälsans uppdrag är. Det gör att det ibland finns förväntningar på att elevhälsan skall göra insatser som är behandling. Fokus i skolans arbete är ju på att nå så långt som möjligt i utveckling mot skolans mål (både kunskapsmässigt, socialt, personlig utveckling med mera.), för att kunna göra detta behöver elever vara i skolan.”

”Ibland (relativt ofta när det är aktuellt med samverkan) hamnar man i situationer där det skulle behövas tydligare bedömningar kring vad som är en rimlig kravnivå utifrån elevens mående/hälsa. Detta fungerar ibland, men ibland inte. Om eleven inte klarar av att vara i skolan finns det inte så mycket som skolan kan göra, då behövs insatser från annat håll. Hur ansvaret ser ut då upplever jag vara otydligt. Det har också varit ett problem (otydliga rutiner?) att när barn och ungdomshälsan sett svårigheter inom NPF[15] så har man hänvisat till att skolan skall skicka remiss i stället för att själva remittera för utredning. Blir troligtvis bättre med den nya överenskommelsen[16].”

I enkätundersökningen och i intervjuer framhåller flera från elevhälsan att det finns en uppfattning om att elevhälsan förväntas utföra insatser som ligger utanför elevhälsans uppdrag. Som exempel nämns att elevhälsan i vissa fall förväntas utföra behandlande insatser av exempelvis ångest, ätstörning eller annan problematik. Det kan ibland även innebära att skolsköterska förväntas utföra svåra psykiatriska riskbedömningar, till exempel avseende akut suicidrisk, riskbedömningar som ska göras av BUP. I intervjuer påpekas också att skolan och elevhälsan oftast har en mer heltäckande bild av en elevs situation. Det framhålls att barn- och ungdomshälsan oftast träffar eleven under en mer begränsad tidsperiod vilket leder till att det blir svårt att få en helhetsbild av faktorer som mat, sömn, skärmtid och hemsituation. I intervjuer förmedlas vidare en bild av att en fungerande samverkan i vissa fall är personberoende.

3.3.2.2 Socialtjänst

Enligt *Överenskommelse om huvudmännens ansvar och avvikelsehantering i samverkan för barn och unga* ansvarar socialtjänsten för att erbjuda förebyggande insatser, råd och service, till kommunens invånare. Socialtjänsten ska utreda behov av, besluta om, utföra, följa upp och samordna psykosociala/sociala insatser enligt Socialtjänstlagen. Enligt överenskommelsen ska socialtjänsten vid behov remittera barnet till hälso- och sjukvårdens primär- eller specialistenheter, samt att när barnets behov kräver det planera och följa upp insatserna i samverkan med berörda aktörer i den egna organisationens verksamheter, hälso- och sjukvården, förskolan/skolan och andra samhällsorgan och organisationer samt upprätta en SIP.

[15] NPF är en förkortning för neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.
[16] Den nya överenskommelser avser ”REVI” (se avsnitt 3.2.2) som fastställs i mars 2026.

I intervjuer med representanter från socialtjänsten ges överlag en bild av en tydligare ansvarsfördelning jämfört med upplevelsen som framträder i intervjuerna med företrädare för elevhälsa. Representanter från socialtjänsten lyfter dock fram att det även där kan förekomma otydligheter om gränsdragning mellan socialtjänsten respektive barn- och ungdomshälsans uppdrag. Intervjupersoner framhåller att patienter och vårdnadshavare inte alltid är medvetna om vilka insatser som erbjuds hos respektive verksamhet. Det lyfts som exempel att det i dagsläget saknas en fastställd rutin för när barn- och ungdomshälsan ska hänvisa ett ärende till socialtjänsten inom vissa av kommunerna. Intervjupersonerna uppger att detta kan leda till överlappningar där båda verksamheterna arbetar med liknande insatser.

Enligt intervjupersonerna saknas också en enhetlig struktur som säkerställer att ärenden hanteras på samma sätt varje gång. I intervjuer uttrycks en upplevelse av att barn- och ungdomshälsan i vissa fall är snabba med att hänvisa ärenden till socialtjänsten. Ett exempel som lyfts är att familjer har vänt sig till socialtjänsten för att få föräldrastöd, trots att detta även ska kunna erbjudas hos barn- och ungdomshälsan. Föräldrarna uppges i dessa fall ha uppfattat att stödet inte varit tillgängligt hos barn- och ungdomshälsan. Enligt intervjuade finns ett behov av att tydliggöra gränsdragningen mellan verksamheternas uppdrag, för att undvika dubbelarbete och säkerställa att familjer får rätt stöd i rätt tid.

3.3.3 Bedömning

Vår bedömning är att nämnden för folkhälsa och sjukvård samt deltagande kommuner **endast delvis** säkerställt att det finns en tydlig ansvarsfördelning för samverkan mellan barn- och ungdomshälsan och berörda verksamheter.

Vi konstaterar att det finns övergripande beskrivningar av ansvarsfördelningen mellan hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola i en *Överenskommelse om huvudmännens ansvar och avvikelsehantering i samverkan för barn och unga*. Dokumentet beskriver huvudmännens generella ansvar och ger en grundläggande struktur för samverkan. Utifrån vår granskning framkommer dock variationer i upplevelsen av hur tydlig ansvarsfördelningen är. Representanter från elevhälsa beskriver i både intervjuer och enkätundersökning att ansvarsfördelningen gentemot barn- och ungdomshälsan ofta är otydlig. Det gäller särskilt gränsen mellan elevhälsans förebyggande och hälsofrämjande uppdrag samt barn- och ungdomshälsans behandlande uppdrag. Flera exempel ges på situationer där elevhälsan upplever att de förväntas utföra insatser som ligger utanför deras ansvarsområde. Inom socialtjänsten framkommer en något tydligare bild av ansvarsfördelningen, men även där lyfts otydligheter kring gränsdragning. Detta indikerar enligt vår bedömning att ansvarsfördelningen inte är tillräckligt tydlig i praktiken. Vi bedömer därför att ansvarsfördelningen behöver kommuniceras mer enhetligt och tydligt i organisationerna för att stärka förståelsen för varandras uppdrag och minska risken för gränsdragningsproblem.

Inom regionen, mellan barn- och ungdomshälsan och BUP, beskrivs det finnas en relativt tydlig ansvarsfördelning, där barn- och ungdomshälsan ansvarar för lindrig till måttlig problematik och BUP för svårare psykiatriska tillstånd. Den triageringsmodell som tagits fram inom En väg in bedöms också vara ett viktigt stöd för att säkerställa att barn och unga hänvisas till rätt vårdnivå. Samtidigt framkommer i granskningen att gränsdragningen i praktiken fortfarande kan vara utmanande, särskilt vid medelsvår problematik, och att återkommande dialog behövs för att hantera gråzoner. Det finns inte heller någon tydlig överenskommelse eller övergripande styrdokument som beskriver uppdrag och ansvar för de olika verksamheterna.

3.4 SAMVERKANSSTRUKTURER OCH KOMMUNIKATION

3.4.1 Samverkansstrukturer

3.4.1.1 Ledningssystem för samverkan gällande hälsa, vård och omsorg

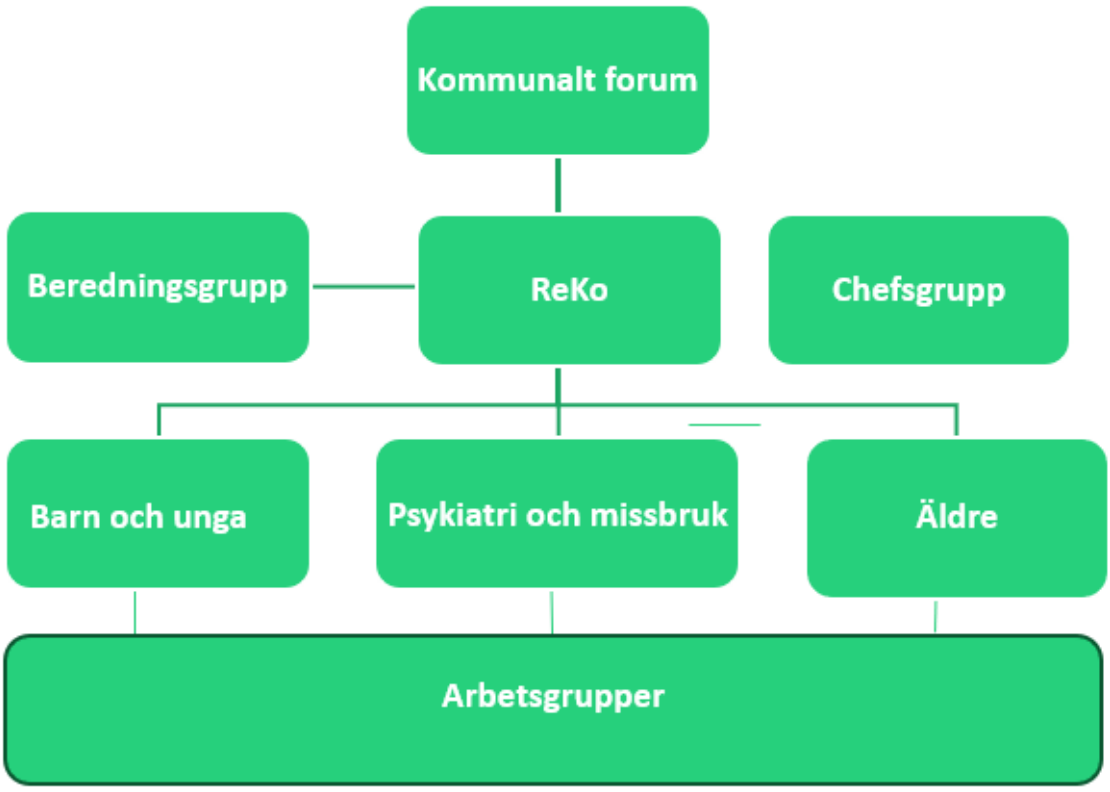
Region Jönköpings län och länets kommuner har ett ledningssystem för samverkan avseende hälsa, vård och omsorg[17]. Ledningssystemet beskriver den gemensamma målsättningen, värdegrunden samt övergripande organisationsstruktur. Utgångspunkten för samverkan beskrivs vara en beslutad värdegrund:

- Vi utgår från invånarnas behov.
- Vi samarbetar aktivt över organisations- och huvudmannagränser så att de stärker den enskildes upplevelser av sammanhang och helhet.
- Vi bemöter varandra med respekt och visar tillit.
- Vi lär av varandra och tar tillvara varandras kompetens.

Enligt ledningssystemet finns det en samverkansstruktur för ledning och styrning på politisk nivå och tjänstemannanivå. Mellan regionen och kommunerna finns det politiska samverkansorganet *Kommunalt forum* som kopplas samman med tre olika strategigrupper genom den gemensamma ledningsgruppen *ReKo*, som utgör en länk mellan regionens och kommunernas arbete. Ledningssystemet illustreras i figuren nedan.

Figur 3 – Ledningssystem för samverkan

[17] Ledningssystem för samverkan Region Jönköpings län och kommunerna gällande hälsa, vård och omsorg Dokument ID 112191, gäller från 2024-01-01



Beredningsgruppen har till uppgift att bereda och färdigställa ärenden och handlingar från strategigrupperna och till Kommunalt forum inom området hälsa, vård och omsorg. Chefsgruppernas funktion är att föra fördjupad dialog över huvudmannagränser inför viktiga beslut, och består av samtliga socialchefer, sjukvårdsdirektörer och skolchefer inom länet.

I strategigrupp barn och unga ingår fyra chefer från socialtjänsten, tre skolchefer samt fyra chefer från regionen. Strategigruppen ansvarar bland annat för att genomföra årliga handlingsplaner samt för att följa upp och hantera avvikelser i samverkan. Varje strategigrupp beslutar om hur länsdelarnas redan befintliga tvärsektoriella arbetsgrupper används inom ledningssystemet för samverkan.

I respektive länsdel finns en arbetsgrupp för barn och unga (ABU) med syfte att sammanlänka strategigruppen och verksamheternas medarbetare[18]. Arbetsgruppen ska främja god samverkan mellan parterna, ta fram och revidera gemensamma överenskommelser och handlingsplaner samt implementera och sprida dessa dokument. Gruppen ansvarar även för uppföljning och analys av avvikelser i samverkan samt för att stärka samverkan genom att utveckla arbetsmodeller och rutiner. Vid arbetsgrupp barn och unga medverkar bland annat personal från elevhälsa, barn- och ungdomshälsan, socialtjänsten och BUP och gruppen träffas ungefär

[18] Uppdragsbeskrivning för arbetsgrupperna i länsdelarna. Område barn och unga. 2019-04-16.

två gånger per termin. Vid mötena diskuteras bland annat samverkansfrågor och gränsdragningar mellan olika aktörer.

Vid flera intervjuer uttrycks att ABU-mötena kan vara ett värdefullt forum för lärande mellan verksamheterna. Samtidigt framhålls att mötena innehåller stora mängder information och att möjligheterna till fortsatt dialog ibland kan vara begränsad.

3.4.1.2 Bästa platsen för barn och unga

I Region Jönköpings län finns ett strategiskt mål om att Jönköpings län ska vara ”Bästa platsen att växa upp, leva, verka och åldras på”. I samverkan mellan regionen och länets kommuner finns utvecklingsplattformen ”Bästa platsen att leva på”. Arbetet utgår ifrån det gemensamma ledningssystemet för samverkan och inom respektive strategigrupp omsätts handlingsplaner inom olika områden. I flera intervjuer lyfts arbetet med ”Bästa platsen för barn och unga” fram som ett pågående utvecklingsarbete där länets kommuner och barn- och ungdomshälsan samverkar aktivt. Arbetet beskrivs syfta till att arbeta med tidiga samordnade insatser och minska risken för att barn och unga ska hamna mellan stolarna.

I nämndens verksamhetsberättelse för 2025 anges även att det pågår ett arbete med elevhälsocentraler inom ramen för arbetet med Bästa platsen, vilket inkluderar samtliga 13 kommuner i länet. Syftet med elevhälsocentraler beskrivs vara att det ska gå snabbare att få rätt hjälp samt att underlätta för vårdnadshavare att ha kontakt med flera aktörer utifrån barnets behov. Arbetet med elevhälsocentraler började som en pilot inom ett område i Jönköpings kommun, och under hösten 2025 började arbetssättet att spridas till övriga kommuner.

3.4.2 Samordnad individuell planering

Enligt gällande lagstiftning är kommuner och regioner skyldiga att samordna sina insatser i en individuell plan när en individ har behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård. Regionen har en överenskommelse gällande samordnad individuell plan (SIP) för barn och unga upp till 18 år. I överenskommelsen ingår verksamheter inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola.[19]

Genomförda intervjuer med företrädare från granskade kommuner, tillsammans med resultat av enkätundersökningen, ger en bild av att samarbetet med barn- och ungdomshälsan gällande SIP i huvudsak är välfungerande. I vissa intervjuer framförs dock att det föreligger ett behov av att repetera vilka förväntningar som ska finnas på SIP-möten samt hur sammankallande till mötena ska ske. När det gäller SIP framförs att det ibland kan finnas utmaningar som framför allt kopplas till tids- och resursbrist. I intervju framhålls bland annat att det ibland behövs flera SIP-möten gällande en enskild individ och att detta är tidskrävande. I en av intervjuerna framförs även att barn- och ungdomshälsan eller BUP kan föreslå SIP-möte flera månader framåt i tiden, vilket upplevs vara för lång tid för att tillgodose barnets behov.

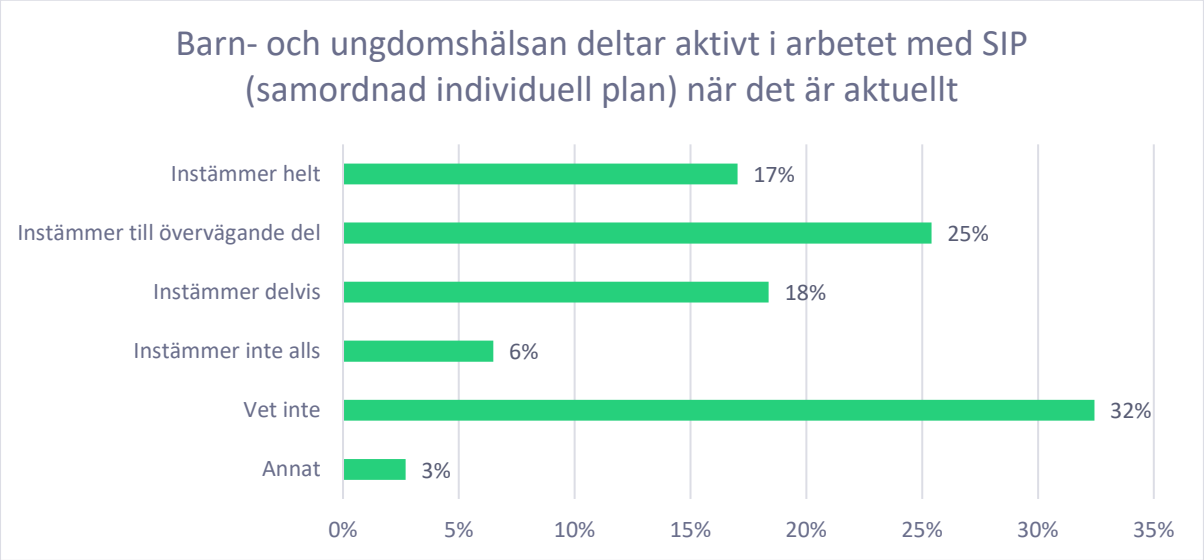
I andra intervjuer framförs att fastställda mallar och protokoll för SIP inte alltid används i tillräcklig utsträckning, och att det förekommer att olika verksamheter skapar egna mallar och

[19] Överenskommelse om samordnad individuell plan (SIP) med förskola och skola som jämbördig part. Dokument ID 268523. Gäller från 2023-04-28.

protokoll. Det uppges också förekomma att anställda har begränsad kännedom om vem som får kalla till SIP. Det kan enligt intervjuade innebära att kallelse till SIP skickas via e-post, vilket kan resultera i att någon part avböjer inbjudan. Vi noterar att de riktlinjer som vi har tagit del av gällande SIP inte innehåller någon information om hur kallelsen ska gå till.

I genomförd enkätundersökning framkommer att majoriteten av de som deltagit vid SIP-möten upplever att SIP fungerar väl med barn- och ungdomshälsan, vilket framgår av diagrammet nedan.

Diagram 2 - Enkätsvar



Det lyfts dock fram synpunkter avseende arbetet med SIP. Cirka 6 procent av de svarande upplever att arbetet inte fungerar. Bland dessa framförs följande synpunkter:

> *”Det är lätt att eleven eller i deras fall kunden hamnar mellan stolarna. Det är mer fokus på att se vad paragraferna säger att inte göra än att använda paragraferna så vi kan arbeta tillsammans. Det finns fina dokument och överenskommelser som SIP och SSPF men i praktiken blir samarbetet stelt och svårarbetat med risk för att elevens situation inte förändras eller än värre försämras.”*
>
> *”SIP används i för liten utsträckning och majoriteten av gångerna är det skolan som initierar till en SIP. Positivt att BUH är väldigt lätta att få tag i och återkopplar snabbt.”*

3.4.3 Remisshantering

Elevhälsan och socialtjänsten i länets kommuner kan remittera ett barn eller ungdom till En väg in, barn och unga, psykisk hälsa vid tecken på psykisk ohälsa. En väg in gör en initial bedömning av vårdbehovet och bedömer därefter vilken verksamhet som är mest lämplig att behandla barnet. En väg in träffar inte patienter utan gör sina bedömningar genom telefonsamtal eller frågeformulär.

Från och med den 1 mars 2026 börjar den nya överenskommelsen *Remiss till En väg in* (REVI) att gälla. Överenskommelsen syftar till att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan skolverksamheterna och BUP när det gäller barn och unga med funktionsnedsättande svårigheter kopplade till uppmärksamhet, aktivitetsreglering och/eller autismspektrumtillstånd.[20] I intervjuer och svar i enkätundersökningen har det inkommit återkommande synpunkter som berör brister i remisshantering. Det upplevs bland annat finnas en bristande återkoppling på remisser och att återkoppling oftast består av standardsvar utan information om fortsatt planering. Det uppges att detta leder till osäkerhet om status på remissen och hur skolan/socialtjänst kan hjälpa barnet. Bland enkätsvaren förekommer bland annat dessa svar gällande remisshanteringen:

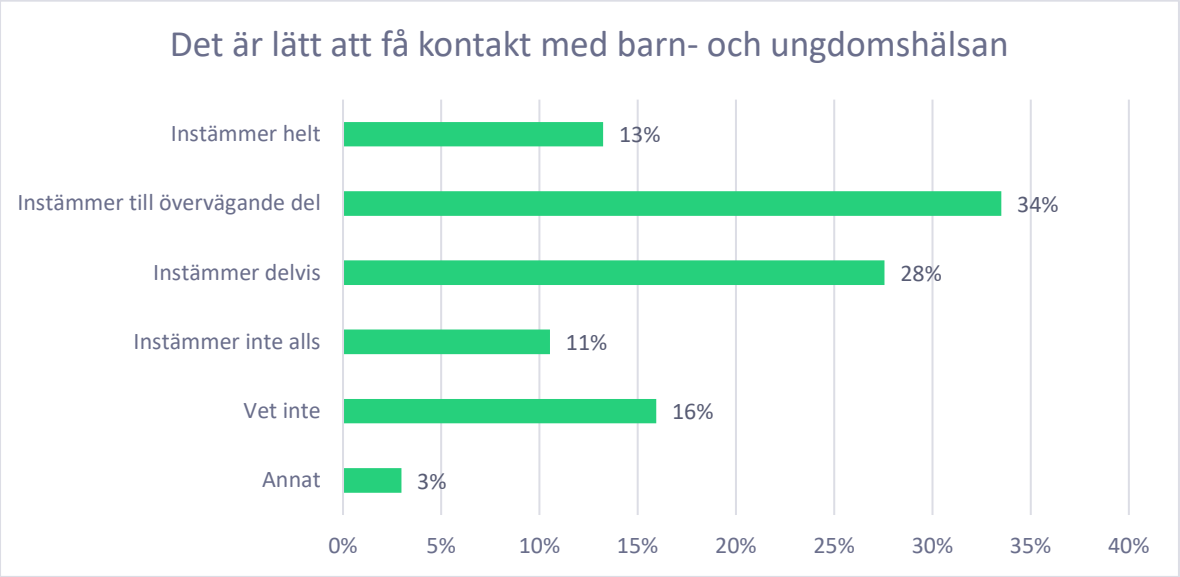
> *”Jag tycker samarbetet kring barn och ungas psykiska ohälsa generellt är katastrofalt dåligt. Jag har jobbat i annan kommun och mot en annan region tidigare och det var lättare att få kontakt, samarbete, återkoppling remissvar och remissbekräftelse. Just nu vet man aldrig var eleverna hamnar i slutändan tycker jag. Om vi inte pratar med eleven själv.”*
>
> *”Det är flera gånger då jag har skrivit en remiss där kontakten sedan avslutades med bedömningen att det kan följas upp inom elevhälsan. Hade det kunnat följas upp inom elevhälsan hade jag inte skrivit en remiss. Vi hamnar allt för ofta i behandlande samtal och vi har inte behandlande uppdrag som skolkuratorer. Föräldrarna är också ofta missnöjda med kontakten och tycker det fungerar bättre med kuratorskontakt. Har också fått höra att man inte har lyckats skapa relation med eleven eller att eleven inte längre vill komma och att kontakten därför avslutas.”*
>
> *”Upplever att återkoppling från barn- och ungdomshälsan inte fungerar. När till exempel remiss skickats till En väg in gällande misstanke om NPF och remissen triageras till barn- och ungdomshälsan i stället för BUP och de sen skickar remissen vidare till BUP, har ingen återkoppling givits till skolan att så skett. Skolan vet inget och väntar på remissbekräftelse från BUP, som då säger att det inte finns någon remiss från skolan hos dem.”*
>
> *”En väg in ligger som en bromskloss och ärenden bollas emellan. Ett exempel är att vi från skolan skriver in remiss till En väg in. När vi bevakar våra remisser och vill ha remissvar för att få koll på vad som händer (och som faktiskt är vår skyldighet/rättighet som remisskrivare att bevaka) så får vi bara svar att remissen är mottagen och vidarebefordrad till barn- och ungdomshälsan/BUP. När vi sedan skriver till barn- och ungdomshälsan /BUP så finns det givetvis ingen remiss från oss så då kan de inte ge oss något svar utan att det behöver gå mellan En väg in och oss, och mellan En väg in och barn- och ungdomshälsan/BUP. Så krångligt...”*

[20] https://folkhalsaochsjukvard.rjl.se/dokument/evo/e5c850d8-b1ff-4848-8a4d-cfab28e4e77e?pageId=24556

3.4.4 Kommunikation och återkoppling

I flera intervjuer med företrädare från elevhälsa och socialtjänst framförs att kommunikation med barn- och ungdomshälsan är ett utvecklingsområde. Flera framhåller att det kan vara svårt att snabbt få kontakt med barn- och ungdomshälsan, vilket beskrivs bero på att det saknas tydliga kontaktvägar. I enkätundersökningen uppger majoriteten av respondenterna att de instämmer helt eller till övervägande del gällande påståendet om att det är lätt att få kontakt med barn- och ungdomshälsan, vilket framgår i diagrammet nedan. 28 procent anger dock att det delvis är lätt att få kontakt med barn- och ungdomshälsan, medan 11 procent upplever att det inte är lätt att få kontakt.

Diagram 3 - Enkätsvar



Vi noterar att kontaktinformation till barn- och ungdomshälsan finns tillgängliga på en gemensam och öppen webbplats. Informationen riktar sig till yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården samt till kommunens barn- och ungdomsverksamheter. [21] Enligt uppgift kan personal i kommunens verksamheter kontakta barn- och ungdomshälsan via samma telefonnummer som övriga som vill ha kontakt med verksamheten, exempelvis vårdnadshavare och patienter. Inringaren får redogöra för sitt ärende och därefter ska en sjuksköterska ringa upp så snart som möjligt. Det finns dock inte något direktnummer mellan verksamheterna.

I intervjuer med företrädare från elevhälsa och socialtjänst uppges att kommunikationen mellan verksamheterna ibland går via vårdnadshavare och att det leder till risk för missförstånd och bristande informationsöverföring mellan verksamheterna. Det framhålls också att det finns en viss personbundenhet, där kontakten fungerar väl beroende på vem man har kontakt med. Bland enkätsvaren förekommer följande svar:

> *”Det tar i vissa fall lång tid innan barn- och ungdomshälsan hör av sig till skolan trots att man sitter på mycket information och ser eleven i sitt sammanhang dagligen och*

[21] https://folkhalsaochsjukvard.rjl.se/dokument/evo/d49bed08-378e-4a18-ac5b-4df2d634125c?pageId=104114&blockId=199543

man får själv börja jaga personer man inte har nummer eller mail till. Har de en pågående kontakt så är det ju så viktigt med samarbete eftersom man oftast har en parallell kontakt. Vill också tillägga att det finns personer där det fungerar otroligt bra med samarbete, återkoppling!"

"Rekommenderar vårdnadshavare att ta kontakt med barn- och ungdomshälsan där vi ser tecken på till exempel psykisk ohälsa. Återkoppling sker via vårdnadshavare. Har bara blivit kontaktad en gång av barn- och ungdomshälsan gällande en elev."

Vid intervjuer med representanter från regionen lyfts det fram att begränsade kontaktvägar kan förklaras av att kommunerna inte längre har en ekonomisk ansvarsförbindelse till verksamheten, då några av kommunernas medarbetare tidigare arbetade i samma lokaler som barn- och ungdomshälsan.

3.4.5 Bedömning

Vår bedömning är att nämnden för folkhälsa och sjukvård och deltagande kommuner **endast delvis** säkerställt att det finns en ändamålsenlig samverkansstruktur mellan barn- och ungdomshälsan och berörda verksamheter.

Granskningen visar att det finns samverkansstrukturer i form av ett ledningssystem för samverkan mellan regionen och kommunerna vad gäller hälsa, vård och omsorg, där mål, värdegrund och organisationsstruktur är tydligt beskrivna. Det finns etablerade forum för samverkan på både politisk och tjänstemannanivå, såsom Kommunalt forum, ReKo och strategigrupp barn och unga. Dessa forum skapar enligt vår bedömning förutsättningar för gemensam styrning och uppföljning av samverkan. Arbetsgrupperna för barn och unga (ABU) fungerar som en länk mellan strategisk nivå och verksamhetsnivå och samlar representanter från elevhälsa, socialtjänst, barn- och ungdomshälsan och BUP.

Därtill finns gemensamma riktlinjer för SIP och hantering av remisser. SIP är en central del av samverkansstrukturen. Kommuner och regioner är enligt socialtjänst och hälso- och sjukvårdslagen skyldiga att samordna sina insatser i en individuell plan när det behövs. I många fall upplevs samverkan genom SIP fungera väl. Samtidigt framkommer att tillämpningen varierar mellan verksamheter. Det uppges även finnas brister i hur mallar och protokoll används, osäkerhet kring vem som får kalla till SIP och avsaknad av tydliga rutiner för hur kallelser ska ske. Tids- och resursbrist påverkar också möjligheterna att genomföra SIP på ett ändamålsenligt sätt, och skolans upplevelse är att tidsfördröjningar i kallelser försvårar arbetet med att ge elever stöd i rätt tid. För att säkerställa en likvärdig och effektiv användning av SIP bedömer vi att rutiner, ansvarsfördelning och arbetssätt behöver tydliggöras och förankras i samtliga berörda verksamheter.

När det gäller remisshantering konstaterar vi utifrån granskningen att den inte fungerar tillfredsställande. Elevhälsa och socialtjänst beskriver återkommande brister i återkoppling,

otydlighet kring remissflöden och situationer där ärenden bollas mellan En väg in, barn- och ungdomshälsan och BUP. Det har framförts att det förekommer att remisser avslutas med hänvisning tillbaka till kommunerna trots att ärendet bedömts ligga utanför deras uppdrag, vilket enligt vår bedömning skapar risker för att barn inte får rätt insats. Avsaknaden av direktnummer till barn- och ungdomshälsan uppges också innebära en risk för bristande informationsöverföring, missförstånd och brister i barnets vård. För att säkerställa en sammanhållen och effektiv remisshantering samt kommunikation bedömer vi att rutiner, kontaktvägar och ansvarsfördelning behöver tydliggöras mellan samtliga berörda verksamheter.

3.5 UPPFÖLJNING AV SAMVERKAN

Vi har under granskningen inte tagit del av några riktlinjer som visar hur eventuell uppföljning av samverkan ska gå till, exempelvis vilka indikatorer som ska följas upp, analys av nyckeltal eller hur uppföljningen ska dokumenteras. Vi har inte heller tagit del av någon sammanställning eller analys som berör uppföljning av samverkan.

I överenskommelserna som reglerar samverkan mellan barn- och ungdomshälsan och Jönköping, Habo och Mullsjö kommun samt mellan barn- och ungdomshälsan och GGVV-kommunerna anges att samverkan ska följas upp årligen genom ABU:s årshjul. Avtalet mellan regionen och höglandskommunerna anger att utvärdering av verksamheten ska genomföras kontinuerligt med stöd av SKL:s (numera SKR) psynkprojekt. Projektet drevs av SKL mellan 2012 och 2014 i syfte att samordna insatser för barn eller unga med psykisk ohälsa eller risk för psykisk ohälsa.

När det gäller uppföljning framgår det i ledningssystem för samverkan att strategi- och arbetsgrupp för barn och unga är ansvariga för att följa upp avvikelser i samverkan. Vi har under granskningen inte tagit del av något underlag som visar hur avvikelser följts upp och analyserats i syfte att åtgärda eventuella kvalitetsbrister, detta framgår dock i ABU:s årshjul. Vid majoriteten av de genomförda intervjuerna har det framkommit uppgifter som tyder på att det förekommer en underrapportering av avvikelser i samverkan. Se avsnitt 3.6.3 för en mer detaljerad redogörelse av avvikelser i samverkan.

3.5.1 Nämnden för folkhälsa och sjukvårds uppföljning

I nämndens verksamhetsberättelse för 2025 görs en övergripande uppföljning av antalet barn som remitterats från En väg in till barn- och ungdomshälsan respektive BUP. Nämnden följer upp den genomsnittliga väntetiden för att få en tid hos BUP och jämför den mot en fastställd målbild. I verksamhetsberättelsen anges att det i Region Jönköpings län är fler barn och unga med medelsvåra besvär som hänvisas till primär nivå än specialistnivå i jämförelse med resten av landet.

Barn- och ungdomshälsan har ett mål om att erbjuda ett första besök inom 14 dagar. I nämndens verksamhetsberättelse framgår ingen uppföljning av huruvida barn- och ungdomshälsan uppnår målsättningen. I barn- och ungdomshälsans verksamhetsberättelse för 2025 görs bland annat en uppföljning av mätetalet *minska medelväntetid till första återbesök inom BUH*.

Enligt verksamhetens analys var medelväntetiden för ett första återbesök inom barn- och ungdomshälsan 12 dagar under 2025.

3.5.2 Intern kontroll

I nämndens internkontrollplan för år 2025 fastställs fyra kontrollmoment, varav ett av dessa går att koppla till samverkan:

Kontrollmoment	Vad kontrolleras och hur kontrolleras det?	Berörda verksamhetsområden
Granskning av den förstärkta lokala samverkan	Granskningen ska kontrollera hur samverkan med kommunerna i länet fungerar utifrån att invånarna ska få en optimal vård och omsorg, exempelvis efter utskrivning från sjukhuset. Ansvarig för kontrollmomentet formulerar tillsammans med sakkunniga metod för kontrollen.	Verksamhetsområden Medicin, Kirurgi, Psykiatri, rehabilitering och diagnostik, samt Bra Liv Folkhälsa och sjukvård/Primärvård och rehabilitering

Internkontrollplanen följdes upp i februari år 2026, och där framkommer att fokus i kontrollen har varit på samverkan mellan vårdcentraler och den kommunala hälso- och sjukvården.

I nämndens internkontrollplan för 2026 framgår ett kontrollmoment avseende kvaliteten i de överenskommelser som upprättas inom verksamheterna. Kontrollmomentets syfte är att säkerställa att innehållet i överenskommelserna är korrekt, tydligt och ändamålsenligt; att tillgängligt stödmaterial används vid upprättande och uppföljning av överenskommelser samt att överenskommelser håller hög kvalitet och fyller sitt syfte. Kontrollen ska genomföras med stickprov inom ett antal verksamheter.

3.5.3 Bedömning

Vår bedömning är att nämnden för folkhälsa och sjukvård samt deltagande kommuner **endast delvis** säkerställt en ändamålsenlig uppföljning av samverkan mellan barn- och ungdomshälsan och berörda verksamheter.

Vi konstaterar att det inte finns tydliga riktlinjer eller bestämmelser om hur uppföljning av samverkan ska genomföras, exempelvis avseende vilka indikatorer som ska följas, hur analys ska göras eller hur uppföljningen ska dokumenteras. Vi har inte heller tagit del av någon sammanställning eller analys som specifikt avser samverkan mellan barn- och ungdomshälsan och kommunerna. Även om överenskommelserna i två länsdelar anger att samverkan ska följas

upp årligen genom ABU:s årshjul, saknas dokumentation som visar att sådan uppföljning faktiskt genomförts. Avtalet med höglandskommunerna hänvisar till ett nationellt projekt (Psynk) som avslutades 2014, vilket innebär att avtalet inte längre ger vägledning för hur uppföljning ska ske. Vi bedömer utifrån detta att det finns ett behov av att tydliggöra hur uppföljning av samverkan mellan barn- och ungdomshälsan och berörda verksamheter ska ske.

Strategi- och arbetsgrupp för barn och unga har enligt ledningssystemet ansvar för att följa upp avvikelser i samverkan, men granskningen visar att detta inte sker på ett systematiskt sätt. Vi har inte tagit del av underlag som visar hur avvikelser analyseras eller används för att förbättra samverkan.

Vi noterar vidare att nämndens uppföljning inte omfattar uppföljning av barn- och ungdomshälsan målsättning om 14 dagars väntetid till nybesök, trots att detta är ett centralt mål för verksamhetens tillgänglighet. Nämndens uppföljning fokuserar i huvudsak på remissflöden och väntetider inom BUP, medan uppföljning av hur barn- och ungdomshälsan lever upp till sina egna tillgänglighetsmål saknas. Vi bedömer att uppföljningen inte fullt ut utgör ett underlag som redovisar hur verksamheten når sina mål, om barn och unga får vård i rätt tid eller om samverkan fungerar på ett ändamålsenligt sätt.

3.6 SYSTEMATISKT KVALITETSARBETE

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd för systematiskt kvalitetsarbete (2011:9) ansvarar vårdgivare eller den som bedriver socialtjänst för att det finns ett ledningssystem för verksamheten[22]. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och kontinuerligt utveckla och säkerställa verksamhetens kvalitet. Socialstyrelsens föreskrifter ska även tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet som vårdgivare ska bedriva enligt patientsäkerhetslagen (2010:659). I patientsäkerhetslagen anges att vårdgivare ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen.

Enligt föreskrifterna ska den som bedriver socialtjänst identifiera de processer där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten. Vårdgivare ska identifiera de processer där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten.

[22] SOSFS 2011:9, 3 kap. 1 §

3.6.1 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

3.6.1.1 Region Jönköpings län

Enligt uppgift beskrivs Region Jönköping läns ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet samt patientsäkerhetsarbetet i en beskrivning av *Organisation och ansvar patientsäkerhet*[23]. Av dokumentet framgår att beskrivningen utgår ifrån Socialstyrelsens föreskrifter för systematiskt kvalitetsarbete (2011:9) och patientsäkerhetslagen (2010:659). I dokumentet framgår övergripande ansvar för chefer och medarbetare vad gäller patientsäkerhet och systematiskt kvalitetsarbete. Ansvariga chefer (sjukvårdsdirektör, verksamhetschef och enhetschefer) ansvarar för patientsäkerheten i sin verksamhet och varje medarbetare har ett patientsäkerhetsansvar i det dagliga arbetet och i det systematiska kvalitetsarbetet. Av dokumentet framgår ingen information om hur samverkan ska ske, däremot framgår detta i ledningssystemet för samverkan gällande hälsa, vård och omsorg (se avsnitt 3.6.2 nedan).

3.6.1.2 Granskade kommuner

Vi har av granskade kommuners socialtjänster efterfrågat övergripande riktlinjer för det systematiska kvalitetsarbetet samt eventuella riktlinjer och rutiner för samverkan. Vi har tagit del av Jönköpings kommuns *Ledningssystem för socialförvaltningen.* I ledningssystemet beskrivs hur samverkan ska bedrivas på olika nivåer, inklusive hur den strategiska samverkan med andra organisationer ska utformas, särskilt i relation till den regionala hälso- och sjukvården. Här redogörs även för ledningssystemet för samverkan mellan regionen och kommunerna (ReKo) och hur detta är strukturerat.

Vi har av övriga granskade kommuner inte mottagit några riktlinjer för det systematiska kvalitetsarbetet eller eventuella riktlinjer och rutiner för samverkan.

3.6.2 Ledningssystem för samverkan

Som tidigare nämnts finns ett ledningssystem för samverkan gällande hälsa, vård och omsorg mellan regionen och kommunerna. Ledningssystemet ska säkerställa att arbetet med att säkra verksamheternas kvalitet sker systematiskt, men också att fånga medarbetarnas kunskaper och engagemang samt omsätta idéer i handling genom att bedriva systematiskt förbättringsarbete. Ledningssystemet beskrivs ha sin utgångspunkt i invånarens behov av gemensamma insatser av flera samverkande parter för en sammanhållen vård, omsorg och hälsa som utgår från invånarens behov och fokuserar på att uppnå bästa möjliga kvalitet.

I ledningssystemet anges att syftet bland annat är att skapa gemensamma processer där verksamheterna kan dra nytta av att arbeta på ett likartat sätt, samt att på ett systematiskt sätt pröva, följa upp och utveckla de åtgärder som rör samverkan. Som tidigare beskrivits i rapporten finns flera överenskommelser och processbeskrivningar framtagna för samverkan, bland annat avseende SIP och avvikelsehantering. Enligt ledningssystemet ansvarar ledningsgruppen (ReKo) för att leda och följa upp dessa stödprocesser och säkerställa att de fungerar i praktiken.

[23] Organisation och ansvar patientsäkerhet Region Jönköpings län. Dokument ID 163697. Gäller från 2024-06-10.

3.6.2.1 Avvikelser i samverkan

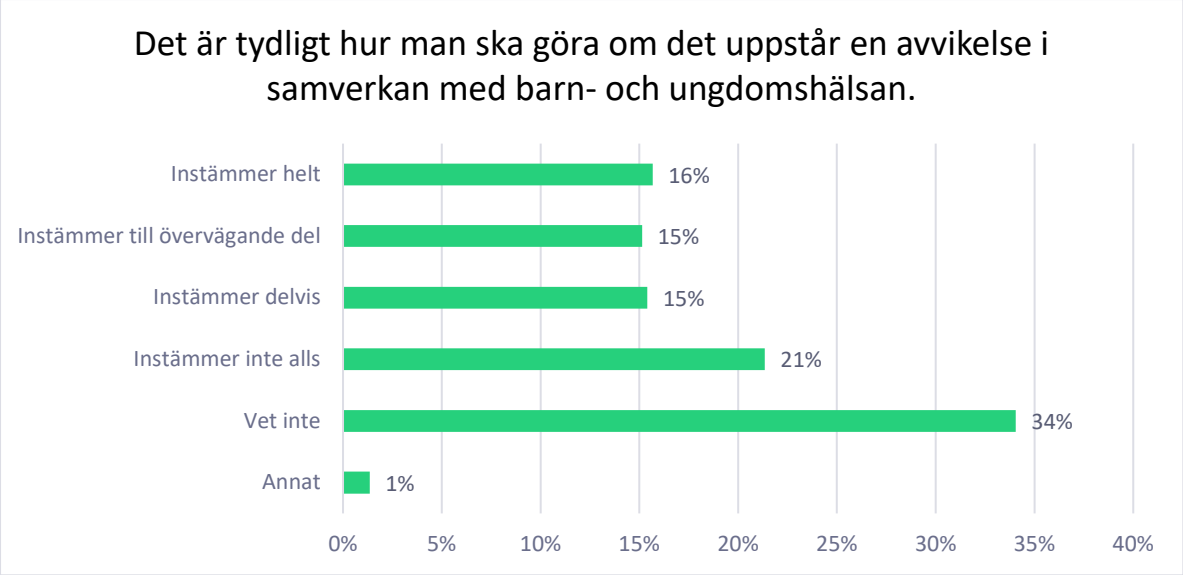
Enligt Socialstyrelsen ska vårdgivare och den som bedriver socialtjänst sammanställa och analysera avvikelser för att uppmärksamma kvalitetsbrister i verksamheten.[24] Avvikelsehantering i samverkan beskrivs dels i *Överenskommelse avseende huvudmännens ansvar och avvikelsehantering i samverkan för barn och unga,* dels en *Riktlinje för avvikelsehantering i samverkan*[25]. Dokumenten beskriver hur en avvikelse steg för steg ska hanteras och vem som ansvarar för att rapportera avvikelsen. Det framgår att alla avvikelser i samverkan ska dokumenteras i de egna verksamheternas avvikelsesystem. Det är närmaste chef som ansvarar för att åtgärda avvikelser utifrån gällande överenskommelser och avtal. Chef tillser även att mottagande chef inom regionen registrerar avvikelsen i systemet Synergi. Riktlinjerna beskriver även att avvikelser kan eskaleras i arbetsgrupp och/eller strategigrupp i ledningssystemet i ett lärande syfte. [26]

Vid intervjuer med företrädare för regionen framkommer en varierad bild av huruvida det finns tydliga riktlinjer och rutiner för hantering av avvikelser i samverkan. Det framförs att ansvarig chef inom berörd verksamhet vanligtvis tar kontakt med chef inom barn- och ungdomshälsan i de fall avvikelser förekommer. När det gäller dokumentation eller registrering av avvikelser framkommer i flera intervjuer att detta troligtvis brister och att det kan finnas en risk för att avvikelser som sker i samverkan med regionen inte registreras.

I enkätundersökningen har en fråga gällande huruvida rapporteringen och hanteringen av avvikelser i samverkan med barn- och ungdomshälsan är tydlig. Majoriteten av de svarande har uppgett att de inte vet. Cirka 31 procent har svarat att de upplever att processen är helt eller till övervägande del tydlig, medan resterande svarat att de delvis eller inte alls upplever processen som tydlig.

Diagram 4-Enkätsvar

[24] SOSFS 2011:9. Handbok för riktlinjer för systematiskt kvalitetsarbete
[25] Överenskommelse avseende huvudmännens ansvar och avvikelsehantering i samverkan för barn och unga
[26] Riktlinje. Avvikelsehantering i samverkan. Gäller från 2025-02-01.



3.6.3 Bedömning

Vår bedömning är att nämnden för folkhälsa och sjukvård samt deltagande kommuner **endast delvis** säkerställt att det finns rutiner, riktlinjer och processer för samverkan inom ramen för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.

Vi konstaterar att det finns ett övergripande ledningssystem för samverkan mellan regionen och kommunerna, och att detta ledningssystem innehåller beskrivningar av gemensamma processer och strukturer för hur samverkan ska bedrivas. Trots detta noterar vi att det framkommer brister i hur dessa riktlinjer är implementerade och fungerar i praktiken när det gäller avvikelsehanteringen. Det finns framtagna riktlinjer och rutiner för hur avvikelser i samverkan ska rapporteras och hanteras, dock konstaterar vi att dessa inte är tillräckligt förankrade och implementerade i verksamheterna, särskilt inom kommunerna. Enkätsvaren förstärker denna bild genom att en större andel av personalen uppger att det inte är tydligt hur avvikelser ska hanteras, eller att de inte känner till rutinerna. Detta innebär enligt vår bedömning en risk för underrapportering av avvikelser, vilket i sin tur kan leda till att viktiga kvalitetsbrister riskerar att inte fångas upp och att det systematiska lärandet uteblir.

Vidare har vi inte kunnat verifiera att de granskade kommunerna har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter, med undantag för Jönköpings kommun. Avsaknaden av ett dokumenterat ledningssystem innebär enligt vår bedömning att kommunerna saknar en grundläggande struktur för att identifiera, styra och följa upp processer som är nödvändiga för att säkerställa kvaliteten i verksamheten.

4 SAMLAD BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER

Syftet med granskningen har varit att bedöma om nämnden för folkhälsa och sjukvård samt deltagande kommuner säkerställt en tillfredsställande samverkan inom regionen och med länets kommuner vad gäller barn- och ungdomshälsan.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att nämnden för folkhälsa och sjukvård samt deltagande kommuner endast delvis säkerställt en tillfredsställande samverkan inom regionen och med länets kommuner vad gäller barn- och ungdomshälsan.

Se inledning samt respektive rapportkapitel för en mer detaljerad beskrivning.

Utifrån resultatet av vår granskning rekommenderar vi nämnden för folkhälsa och sjukvård samt i tillämpliga delar ansvariga nämnder i deltagande kommuner att:

- Se över och vid behov revidera gällande avtal mellan regionen och höglandskommunerna avseende barn- och ungdomshälsan för att säkerställa avtalets aktualitet och ändamålsenlighet.
- Säkerställa att medarbetare i berörda verksamheter har kännedom om gällande samverkansöverenskommelsers innehåll och tillämpning.
- Tydliggöra och dokumentera ansvarsfördelningen mellan barn- och ungdomshälsan och barn- och ungdomspsykiatrin, exempelvis i en samverkansöverenskommelse.
- Fortsatta tydliggöra ansvarsfördelningen mellan barn- och ungdomshälsan, elevhälsa och socialtjänst.
- Säkerställa att tydliga kontaktvägar och rutiner upprättas avseende ärenden där kommunalt föräldrastöd är aktuellt i den östra länsdelen.
- Säkerställa en enhetlig tillämpning av SIP genom att tydliggöra ansvarsfördelning, kallelseförfarande och användning stödjande dokument.
- Förbättra remisshanteringen mellan barn- och ungdomshälsan samt berörda verksamheter i kommunerna genom att tydliggöra remissflöden och säkerställa att återkoppling sker konsekvent till avsändande verksamhet.
- Se över hur kontaktvägarna mellan berörda verksamheter och barn- och ungdomshälsan kan förbättras samt tillse att dessa kontaktvägar är kända i berörda verksamheter.
- Tydliggöra och formalisera hur uppföljning av samverkan mellan barn- och ungdomshälsan och kommunerna ska ske.
- Säkerställa att avvikelser i samverkan följs upp och analyseras på strukturerad nivå för att identifiera mönster och trender.

Vi rekommenderar vidare ansvariga nämnder i Jönköpings kommun, Eksjö kommun, Vaggeryd kommun, Nässjö kommun och Gnosjö kommun att:

- Säkerställa att riktlinjer och rutiner för avvikelsehantering i samverkan är väl förankrade i samtliga berörda verksamheter.

Vidare rekommenderar vi ansvariga nämnder i Eksjö kommun, Vaggeryd kommun, Nässjö kommun och Gnosjö kommun att:

- Säkerställa att ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete etableras i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter, där rutiner och processer för samverkan finns inkluderat.

Datum som ovan

Azets Revision & Rådgivning AB

Ludwig Reismer
Certifierad kommunal revisor

Olivia Gonzalez
Verksamhetsrevisor

Ingrid Nordin
Verksamhetsrevisor

Erik Söderberg
Certifierad kommunal revisor och kvalitetssäkrare

5 Bilaga 1 – Enkätundersökningens svarsfrekvens och fördelning

Diagram 5 – Svarsfrekvens i enkätundersökning per kommun

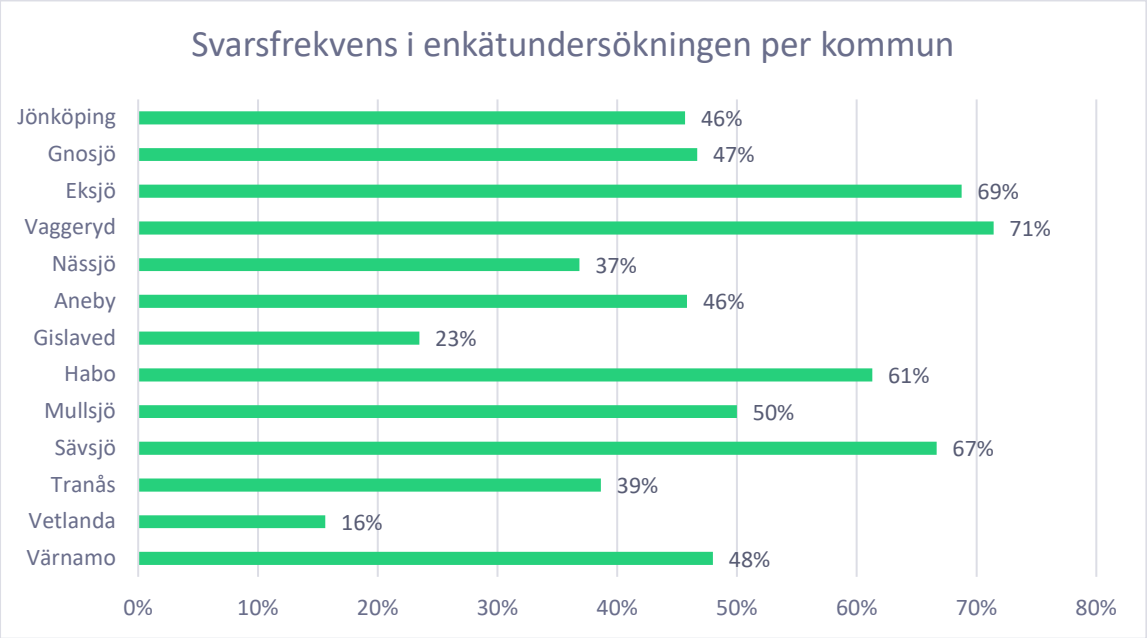
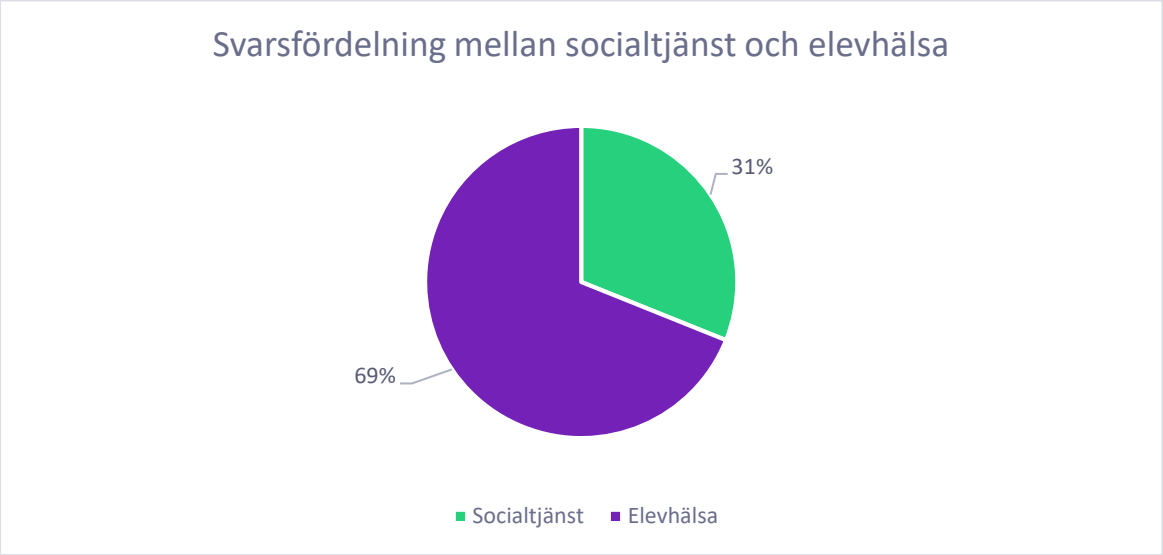


Diagram 6 – Svarsfördelning mellan socialtjänst och elevhälsa



6 Bilaga 2 – Fördjupad granskning i kommunerna

Nedan presenteras våra övergripande iakttagelser av samverkan mellan Region Jönköpings län och de kommuner där vi har genomfört en fördjupad granskning: Jönköping, Nässjö, Eksjö, Vaggeryd och Gnosjö kommun.

6.1.1 Jönköpings kommun

6.1.1.1 Elevhälsa

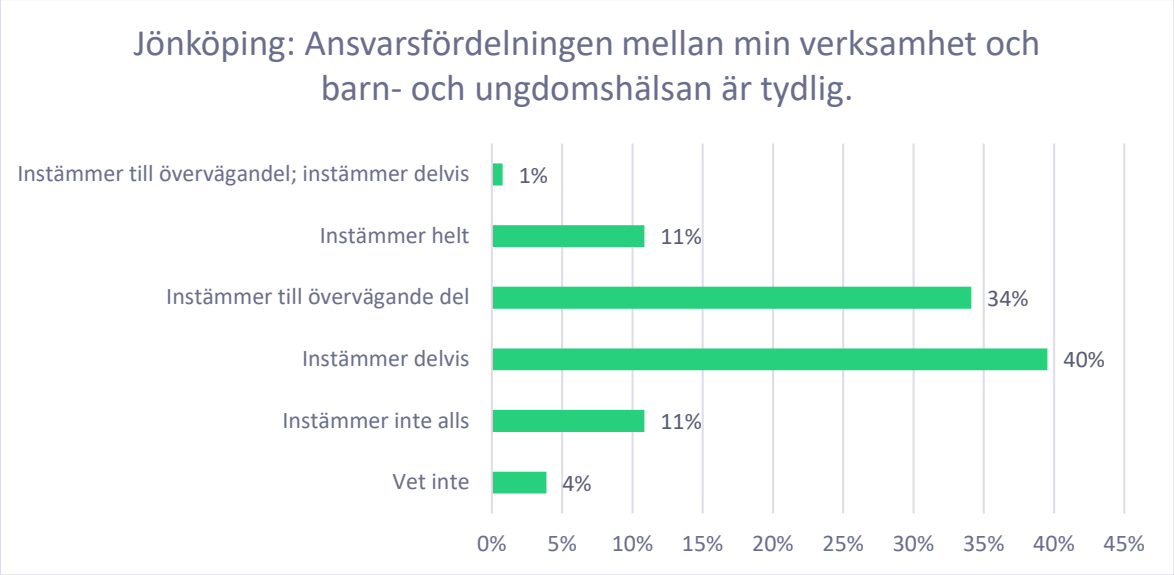
Uppgifter som framkommit vid intervjuer överensstämmer i stora drag med de iakttagelser som redovisats i granskningen. Representanter från kommunens elevhälsa lyfter fram att ansvarsfördelningen gentemot barn- och ungdomshälsan är svår att avgränsa. Enligt intervju har personalen i förekommande fall även behövt genomföra svåra psykiatriska riskbedömningar som enligt de intervjuade borde ha hanterats av barn- och ungdomspsykiatrin.

Enligt intervju med elevhälsan är samverkan med barn- och ungdomshälsan huvudsakligen välfungerande avseende SIP-möten. Samtidigt framhålls att representanter från barn- och ungdomshälsan i vissa fall deltar som så kallade ”tysta aktörer” utan ett tydligt definierat uppdrag eller mål, vilket uppges försvåra en effektiv och ändamålsenlig samverkan.

6.1.1.2 Socialtjänst

Vid intervju med företrädare från socialtjänsten framförs att samverkan med barn- och ungdomshälsan i huvudsak är välfungerande. Även ansvarsfördelningen mellan socialtjänsten och barn- och ungdomshälsan uppges vara tydlig, men att vissa gränsdragningar mellan verksamheter inte alltid är självklara i praktiken, särskilt när flera verksamheter arbetar parallellt kring samma familj. I enkätundersökningen av representanter från Jönköpings kommun svarat följande avseende ansvarsfördelningen:

Diagram 7 - Enkätsvar



Sedan det delade huvudmannaskapet för barn- och ungdomshälsan upphörde har representanter från kommunens socialtjänst och barn- och ungdomshälsan veckovisa avstämningar. Vid dessa tillfällen finns möjlighet att reda ut eventuella frågor och oklarheter. Socialtjänsten i Jönköping kommun har sammanställt antalet ärenden som barn- och ungdomshälsan hänvisat till socialtjänsten under de senaste åren, vilket redovisas i tabellen nedan.

År	**Antal ärenden**

2023	17 st (endast 3 månader)
2024	74 st
2025	105 st

När det gäller avvikelserapportering i samverkan upplevs det finnas otydligheter om hur dessa ska hanteras. Det lyfts även att avsaknad av ett samverkansavtal gör att denna process saknas tydlig reglering, då gällande samverkansöverenskommelse inte behandlar dessa delar. I intervjuer påpekas också att avsaknaden av ett formellt avtal kan leda till personbundenhet i vissa frågor. Intervjupersonerna framhåller dock att det finns en välfungerande dialog mellan verksamheterna.

6.1.2 Nässjö kommun

6.1.2.1 Elevhälsa

Uppgifter från intervjuerna ligger i huvudsak i linje med granskningens övergripande iakttagelser. Intervjuerna ger en samstämmig bild av att ansvarsfördelningen mellan barn- och ungdomshälsan och elevhälsan upplevs som otydlig. Rutinerna för att hantera avvikelser i samverkan beskrivs som relativt tydliga, men det framkommer samtidigt att det kan vara svårt att nå rätt person, vilket i praktiken riskerar att leda till att avvikelser inte rapporteras.

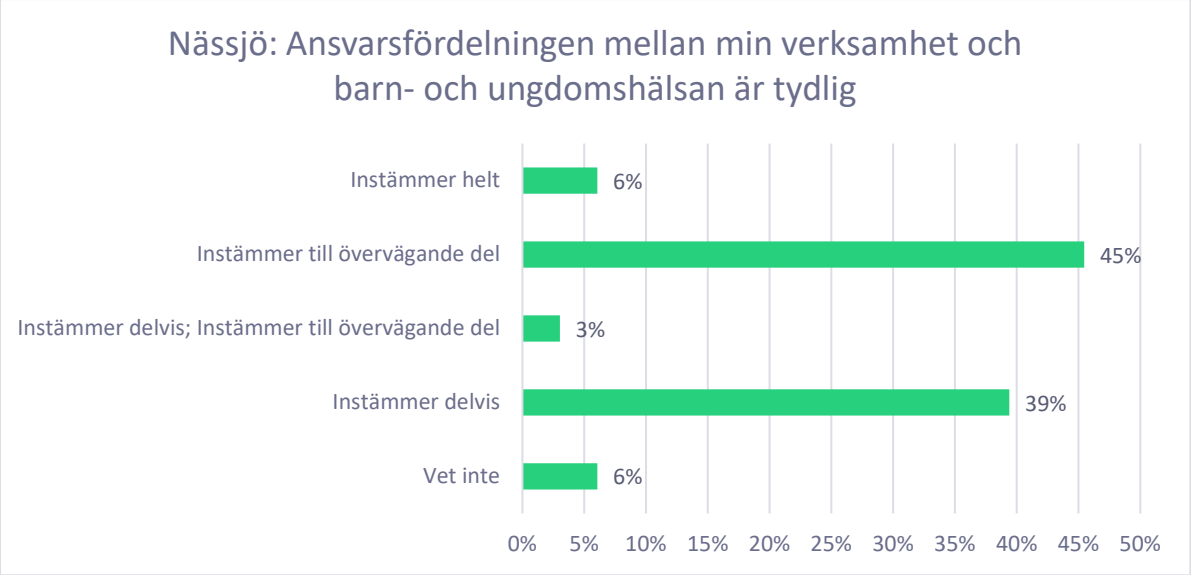
Nässjö kommun är en av de kommuner som fortsatt delfinansierar barn- och ungdomshälsan. Vid intervju uppges att kommunen har begärt in underlag från regionen för att tydliggöra vilka mervärden denna delfinansiering medför i jämförelse med kommuner i länet som inte längre bidrar ekonomiskt till verksamheten. En del av de insatser som barn- och ungdomshälsan erbjuder upplevs av kommunen som sådant som redan utförs av kommunen själva. Intervjupersonerna uttrycker även ett önskemål om en ökad samverkan kring elever med till exempel frånvaroproblematik.

6.1.2.2 Socialtjänst

I intervju med företrädare från socialtjänsten framförs att samverkan i många avseenden fungerar väl, till i samband med SIP-möten. I mer övergripande forum, såsom ABU, finns strukturer för dialog och uppföljning, men det framhålls att avvikelserapporteringen brister på grund av ett krångligt system som gör att få avvikelser rapporteras.

Enligt intervju överlämnas ärenden från barn- och ungdomshälsan till socialtjänsten ibland för tidigt, vilket skapar osäkerhet kring var gränsen mellan verksamheterna går. Detta leder till att ansvar ofta behöver tydliggöras i det enskilda ärendet, eftersom formella gränsdragningar och rutiner är begränsad.

Diagram 8 - Enkätsvar



6.1.3 Eksjö kommun

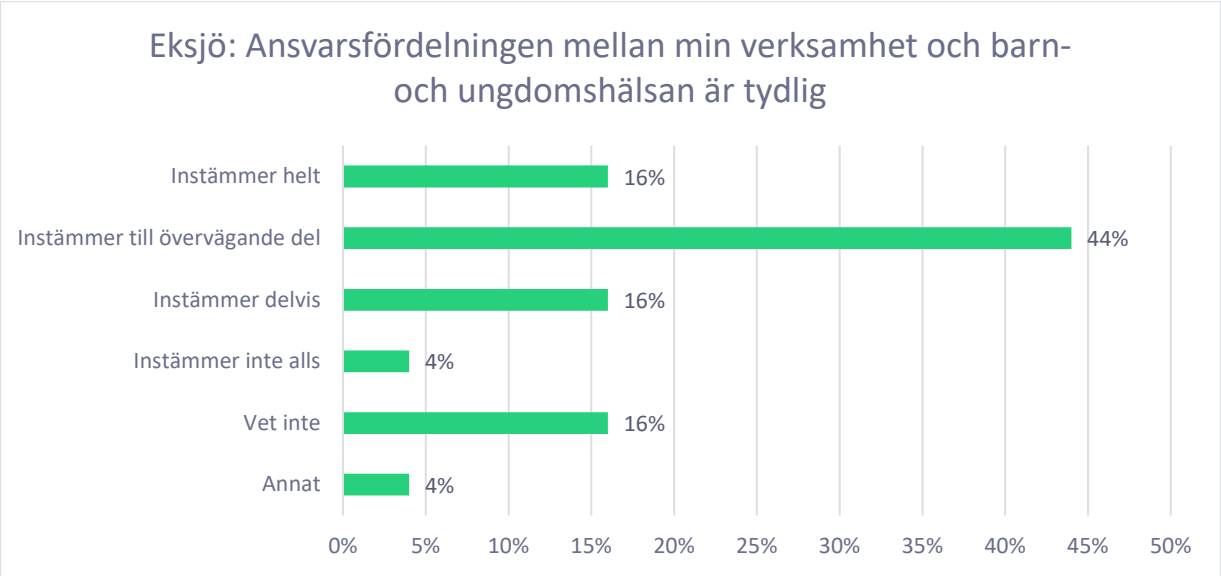
6.1.3.1 Elevhälsa

I intervju med företrädare för elevhälsan i Eksjö kommun framförs att kontakten med barn- och ungdomshälsan i huvudsak sker genom ABU-möten, SIP-möten samt i elevärenden. Ansvarsfördelningen beskrivs som att den inte fullt ut är formaliserad, och intervjupersoner framhåller att de inte har tagit del av en någon dokumenterad ansvarsfördelning.

6.1.3.2 Socialtjänst

Socialtjänstens kontakt med barn- och ungdomshälsan beskrivs främst uppstå i individärenden när familjer behöver stöd som går utanför socialtjänstens egna insatser. Personal inom socialtjänsten kan ge vägledning och informera om hur familjer själva tar kontakt, men de initierar inte kontakten åt klienterna och uppges ofta ha begränsad kännedom om de formella rutiner och avtal som styr barn- och ungdomshälsan.

Diagram 9 - Enkätsvar



6.1.4 Vaggeryds kommun

6.1.4.1 Elevhälsa

Vid intervju med Vaggeryds elevhälsa framkommer att verksamheten har en relativt begränsad kontakt med barn- och ungdomshälsan. Kontakt med barn- och ungdomshälsan initieras främst vid behov av specifika insatser. Det förekommer också att elevhälsan hjälper vårdnadshavare att själva ta kontakt med barn- och ungdomshälsan. Intervjupersoner lyfter fram att barn- och ungdomshälsan skickar brev till skolan som upplevs som kravställande, vilket ligger i linje med vad som framkommit i samtal med andra elevhälsoverksamheter i andra kommuner.

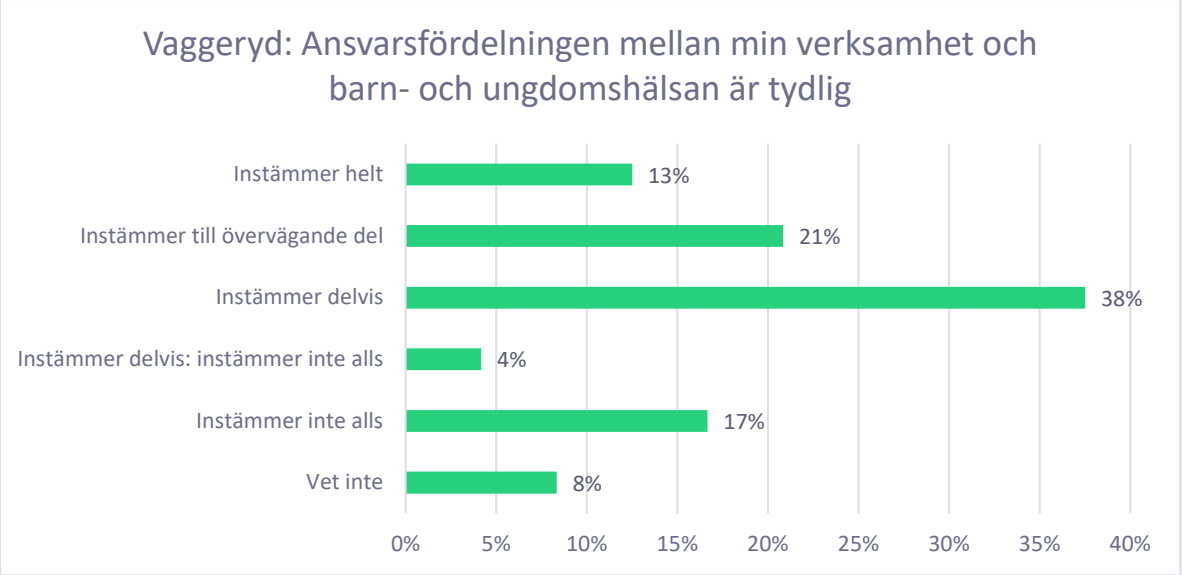
Ansvarsfördelningen mellan elevhälsan och barn- och ungdomshälsan upplevs som otydlig av intervjupersoner, särskilt då båda parter i praktiken tycks arbeta med liknande områden som till exempel problematik med sömn, stress och ångest. Intervjupersoner framhåller dock att de behandlande insatserna formellt ska ligga hos barn- och ungdomshälsan. Detta uppges skapa frustration, särskilt då kommunen betalar för insatser som man upplever redan genomförs inom elevhälsan.

Det uppges finnas förhållandevis välfungerande samverkansstrukturer som grundar sig i att medarbetare hittat ett välfungerande arbetssätt genom regelbunden kontakt. Intervjupersoner efterfrågar en tydligare struktur kring uppföljning av exempelvis samtal. Det finns enligt intervju inte någon fastställd rutin för hur arbetssättet ska gå till. Huruvida samverkan fungerar eller inte uppges vara personbundet beroende på hur mottagliga medarbetare är för samverkan.

6.1.4.2 Socialtjänst

Ansvarsfördelningen mellan socialtjänsten, elevhälsa och barn- och ungdomshälsan upplevs av företrädare för socialtjänst som delvis otydlig, särskilt efter att den tidigare delfinansieringen avslutades. Övergången beskrivs som hastig och svår att överblicka, med begränsad möjlighet till planering. Intervjupersoner beskriver också att det fanns oklarheter kring varför förändringen genomfördes.

Diagram 10 - Enkätsvar



Samverkan med barn- och ungdomshälsan fungerar enligt intervjuade huvudsakligen väl i individärenden. Intervjupersoner lyfter dock ett fortsatt behov av att tydliggöra roller, kontaktvägar och remissrutiner. Det finns oro för att kompetensförsörjningen och tillgången till specialiststöd kan försvagas om barn- och ungdomshälsans funktion förändras, samtidigt som verksamheten framhåller att gemensamma möten och dialoger har stärkt förståelsen för varandras uppdrag.

6.1.5 Gnosjö kommun

6.1.5.1 Elevhälsa

I intervju med företrädare för Gnosjö kommuns elevhälsa framkommer att samverkan med barn- och ungdomshälsan upplevs som begränsad och otydlig, särskilt avseende ansvarsfördelning. Gränsdragningen mellan skolans uppdrag och barn- och ungdomshälsans ansvar beskrivs som oklar, vilket enligt elevhälsan ibland medför att skolan genomför insatser som inte formellt faller inom deras ansvarsområde. Vidare uppges att kommunikationen i stor utsträckning sker via vårdnadshavare, som därmed får fungera som informationsförmedlare, något som bedöms öka risken för missförstånd och bristande samsyn. Det uttrycks även att samverkan tidigare var mer strukturerad, med gemensamma planer och regelbundna möten, vilket man anser saknas i nuläget.

Vidare framförs att återkoppling från barn- och ungdomshälsan i individärenden är bristfällig. Det framförs att elevhälsan vanligtvis får mottagningsbekräftelser på remisser som skickats, men sällan information om vad som händer därefter eller när ett ärende avslutas. Det uppges leda till osäkerhet kring hur långt barn- och ungdomshälsan kommit i sitt arbete och vad skolan förväntas bidra med.

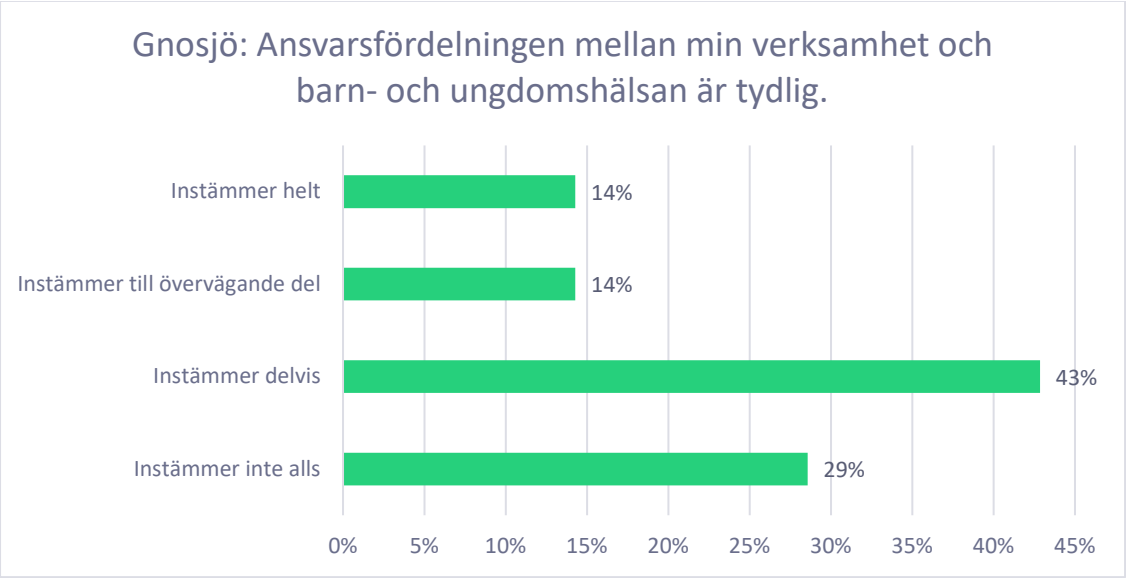
Avvikelserapportering i samverkan uppges förekomma, men otydliga rutiner medför att rapportering inte alltid genomförs. SIP-möten lyfts fram som ett positivt undantag, då både ansvarsfördelning och uppföljning tydliggörs genom att samtliga professioner får samma information vid samma tillfälle. Elevhälsan uttrycker samtidigt en förhoppning om att den nya samverkansöverenskommelsen ska skapa en mer strukturerad ordning för såväl ansvar som uppföljning framöver.

6.1.5.2 Socialtjänst

I intervju framförs att samverkan mellan Gnosjö kommuns socialtjänst och barn- och ungdomshälsan länge byggt på en äldre och otillräckligt uppföljd överenskommelse från 2016, där ansvarsfördelningen varit otydlig och mycket av arbetet hanterats informellt.

Volymerna av ärenden där socialtjänsten samverkar med barn- och ungdomshälsan är enligt intervju mycket låga. Samverkan har i praktiken främst skett genom elevhälsan och i forum som ABU. Uppföljning av samverkan har hittills varit begränsad och skett vid behov, då det saknas gemensamma rutiner. Socialtjänsten upplever att samarbetet med elevhälsan fungerar väl, medan dialogen med regionen i vissa fall varit otydlig.

Diagram 11 - Enkätsvar



§ 113

Sammanträdesplan 2027 Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Diarienummer: RJL 2026/2632

Beslut

Presidiet föreslår nämnden för folkhälsa och sjukvård att

- fastställa att juni månads sammanträde år 2027 hålls den 16 juni.

Sammanfattning

Sammanträdesplan för 2027 har tagits fram för nämnden för folkhälsa och sjukvård. Beslut fattades den 1 september 2026 om datum för alla sammanträden utom juni månads sammanträde.

Sammanträden kan vid behov hållas digitalt.

Presidiets sammanträden hålls som regel två veckor före nämndsammanträde.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse: Sammanträdesplan 2027 Nämnd för folkhälsa och sjukvård (2026-09-14)
- Beslut NFSP 2026-08-18 Sammanträdesplan 2027 Nämnd för folkhälsa och sjukvård
- Tjänsteskrivelse: Sammanträdesplan 2027 Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Beslutet skickas till

Nämnden för folkhälsa och sjukvård

Regionledningskontoret

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Sammanträdesplan 2027 Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Förslag till beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- fastställer att juni månads sammanträde år 2027 hålls den 16 juni.

Sammanfattning

Sammanträdesplan för 2027 har tagits fram för nämnden för folkhälsa och sjukvård. Beslut fattades den 1 september 2026 om datum för alla sammanträden utom juni månads sammanträde.

Sammanträden kan vid behov hållas digitalt.

Presidiets sammanträden hålls som regel två veckor före nämndsammanträde.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse: Sammanträdesplan 2027 Nämnd för folkhälsa och sjukvård (2026-09-14)
- Beslut NFSP 2026-08-18 Sammanträdesplan 2027 Nämnd för folkhälsa och sjukvård
- Tjänsteskrivelse: Sammanträdesplan 2027 Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Beslutet skickas till

Regionledningskontoret – Kansli
Regionledningskontoret – Folkhälsa och sjukvård

Siv Kullberg
Kanslidirektör

Nathalie Bijelic Eriksson
Sektionschef

§ 112

Sammanträdesplan 2027 Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Diarienummer: RJL 2026/2632

Beslut

Nämnden för folkhälsa och sjukvård

- fastställer sammanträdesplan 2027 Nämnd för folkhälsa och sjukvård enligt följande.

Sammanträdesdatum för nämnden:

19 januari
23–24 februari – tvådagarskonferens med nämndsammanträde en av dagarna
6 april
25 maj

22 juni – Datumet kommer att ses över, då önskemål finns om tidigareläggning. Beslut om datum för juni månads sammanträde fattas vid kommande nämndsammanträde.

31 augusti
19 oktober
7 december

Sammanfattning

Sammanträdesplan för 2027 har tagits fram för nämnden för folkhälsa och sjukvård.

Sammanträden kan vid behov hållas digitalt.

Datum för nämndsammanträden anges i ovanstående beslut.

Presidiets sammanträden hålls som regel två veckor före nämndsammanträde.

Beslutsunderlag

- Beslut NFSP 2026-08-18 Sammanträdesplan 2027 Nämnd för folkhälsa och sjukvård
- Tjänsteskrivelse: Sammanträdesplan 2027 Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Beslutet skickas till
Regionledningskontoret – Kansli
Regionledningskontoret – Folkhälsa och sjukvård

---

§ 97

Sammanträdesplan 2027 Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Diarienummer: RJL 2026/2632

Beslut

Presidiet föreslår nämnden för folkhälsa och sjukvård att

- fastställa sammanträdesplan 2027 Nämnd för folkhälsa och sjukvård enligt följande.

Sammanträdesdatum för nämnden:

19 januari
23–24 februari – tvådagarskonferens med nämndsammanträde en av dagarna
6 april
25 maj
22 juni
31 augusti
19 oktober
7 december

Sammanfattning

Sammanträdesplan för 2027 har tagits fram för nämnden för folkhälsa och sjukvård.

Sammanträden kan vid behov hållas digitalt.

Datum för nämndsammanträden anges i ovanstående beslut.

Presidiets sammanträden hålls som regel två veckor före nämndsammanträde. För år 2027 gäller utifrån detta följande datum:

5 januari
3 februari
23 mars
11 maj
8 juni
17 augusti
6 oktober
23 november

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse: Sammanträdesplan 2027 Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Beslutet skickas till

Regionledningskontoret – Kansli
Regionledningskontoret – Folkhälsa och sjukvård

Regionledningskontoret

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Sammanträdesplan 2027 Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Förslag till beslut

Nämnd för folkhälsa och sjukvård

- fastställer sammanträdesplan 2027 Nämnd för folkhälsa och sjukvård enligt följande.

Sammanträdesdatum för nämnden:

19 januari
23–24 februari – tvådagarskonferens med nämndsammanträde en av dagarna
6 april
25 maj
22 juni
31 augusti
19 oktober
7 december

Sammanfattning

Sammanträdesplan för 2027 har tagits fram för nämnden för folkhälsa och sjukvård.

Sammanträden kan vid behov hållas digitalt.

Datum för nämndsammanträden anges i ovanstående beslut.

Presidiets sammanträden hålls som regel två veckor före nämndsammanträde. För år 2027 gäller utifrån detta följande datum:

5 januari
3 februari
23 mars
11 maj
8 juni
17 augusti
6 oktober
23 november

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse: Sammanträdesplan 2027 Nämnd för folkhälsa och sjukvård

Beslutet skickas till

Regionledningskontoret – Kansli
Regionledningskontoret – Folkhälsa och sjukvård

Siv Kullberg
Kanslidirektör

Nathalie Bijelic Eriksson
Sektionschef