

# Uppdrag att genomföra en förstudie om hur ett nationellt vårdsöksystem kan utvecklas, organiseras och förvaltas

Delredovisning regeringsuppdrag S2022/01372 (delvis)



Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Citera gärna rapporten men uppge alltid källa: Rapportens namn, år och E-hälsomyndigheten.

Publicerad: E-hälsomyndigheten, januari, 2023.

Diarienummer: 2022/01029

Adress: Södra Långgatan 60, Kalmar

Sankt Eriksgatan 117, Stockholm

E-post: [registrator@ehalsomyndigheten.se](mailto:registrator@ehalsomyndigheten.se)

Telefon: 010-458 62 00

[www.ehalsomyndigheten.se](http://www.ehalsomyndigheten.se)

## Förord

E-hälsomyndigheten har fått i uppdrag av regeringen att genomföra en förstudie om hur ett nationellt vårdsöksystem kan utvecklas, organiseras och förvaltas. Med vårdsöksystem avses ett digitalt system, som kan möjliggöra för vårdgivare i regionerna att bland annat se tillgänglig vårdkapacitet i hela landet i syfte att snabbare kunna erbjuda vård till väntande patienter och därmed uppfylla kraven på vårdgarantin.

Uppdraget ska delredovisas senast den 13 januari 2023 och slutredovisas senast den 31 augusti 2023 till Regeringskansliet, Socialdepartementet. I denna delrapport redovisas resultatet av förstudiens första del utifrån olika intressenters behov och användning av ett vårdsöksystem. Arbete har haft fokus på att identifiera samt beskriva grundförutsättningar för ett nationellt vårdsöksystem.

Beslut om den här rapporten har fattats av generaldirektör Gunilla Nordlöf. Utredare Anette Aronsson har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har enhetschef Camilla Hallström och avdelningschef Peter Alvinsson deltagit.

Gunilla Nordlöf  
Generaldirektör

## Innehåll

Förord .....	2
1 Sammanfattning .....	4
2 Inledning .....	5
2.1 Uppdraget .....	5
2.2 Samverkan .....	6
2.3 Begrepp .....	6
3 Bakgrund till uppdraget .....	7
3.1 Beskrivning av befintliga informationskällor .....	8
3.1.1 Väntetider och ledig kapacitet .....	8
3.1.2 Vårdgivare och utbud .....	9
3.2 Struktur för utbyte av information .....	10
4 Gällande rätt .....	11
5 Genomförande .....	12
5.1 Användarcentrerad och behovsdriven utveckling .....	12
5.1.1 Undersöka enligt tjänstedesignprocessen .....	13
6 Kartläggning av nationell vårdlotsning .....	14
6.1 Arbetet med vårdlotsning .....	14
6.1.1 Processbeskrivning för vårdlotsning .....	14
6.1.2 Huvudsakliga utmaningar vid vårdlotsning .....	15
7 Slutsatser .....	17
7.1 Vårdsöksystem som stöd i processen för vårdlotsning .....	17
7.2 Övergripande förslag på nationellt vårdsöksystem i statlig regi .....	17
7.3 Informationsbehov i ett vårdsöksystem .....	18
7.4 Lösningsförslag för informationsförsörjning i ett vårdsöksystem ..	19
7.5 Utmaningar avseende informationshantering .....	20
7.6 Fortsatt arbete i förstudien .....	21
8 Kostnadsuppskattning .....	22
Bilaga 1 .....	23

## 1 Sammanfattning

E-hälsomyndigheten har fått i uppdrag att genomföra en förstudie om hur ett nationellt vårdsöksystem kan utvecklas, förvaltas och organiseras i statlig regi, för att stödja regionernas uppdrag med att uppfylla vårdgarantin. I dag görs detta arbete främst av regionernas vårdlotsar eller vårdgarantikansli.

Ett nationellt vårdsöksystem kan utvecklas på olika sätt för att stödja och effektivisera arbetet med att söka och hitta ledig vårdkapacitet hos vårdgivare. En behovs- och intressentanalys har genomförts där det framkom ett behov av tillgång till specifika informationsmängder. Dessa informationsmängder finns till stor del i befintliga register, men med varierande kvalitet, användbarhet och struktur avseende nyttjande av ett vårdsöksystem. Dessa informationsmängder är främst information om vård- och omsorgsgivare, beskrivning av vårdåtgärder samt information om väntetider och möjlighet att utföra efterfrågad åtgärd inom vårdgarantins gräns. Det behövs även ett register med specifik avtalsinformation, vilket saknas och kräver nyutveckling.

Förstudien har identifierat möjliga vägval för utveckling av ett nationellt vårdsöksystem. Det gäller exempelvis vilka informationskällor som ska användas och hur olika registeransvar långsiktigt bör utvecklas. Behoven avseende tillgänglighet till data, kvalitet, säkerhet och effektivitet kommer att vara vägledande inför det fortsatta arbetet och kommande förslag. Hänsyn behöver tas till informationskällornas nyttjande då källorna även fortsättningsvis behöver informationsförsörja andra system och kunna nyttjas för andra ändamål än ett vårdsöksystem.

Det pågår ett kontinuerligt arbete med att skapa bättre vårdprocesser och att minska väntetider inom hälso- och sjukvården. Detta kommer att beaktas i det fortsatta arbetet för att beskriva ett nationellt vårdsöksystem som kan utvecklas till att vara användarcentrerat, administrativt hanterbart och bygga på nationellt standardiserade informationsmängder.

## 2 Inledning

Sverige har sedan många år långa väntetider till hälso- och sjukvård. Den lagreglerade nationella vårdgarantin uppfylls inte och läget har även försämrats under de senaste åren<sup>1</sup>.

Väntetider och köer inom hälso- och sjukvården behöver minska för att ge fler patienter vård i rätt tid. För att åstadkomma en ökad tillgänglighet inom hälso- och sjukvården krävs samordning och samverkan mellan flera aktörer på olika nivåer. På nationell nivå bedrivs arbetet med att öka tillgängligheten genom olika myndighetsuppdrag<sup>2</sup>. Sveriges kommuner och regioner (SKR) och staten har under de senaste åren undertecknat årliga överenskommelser om satsningar på ökad tillgänglighet i vården. Under 2022 tecknades en överenskommelse som syftar till att stimulera regionala insatser som bidrar till förbättringar i form av kortare väntetider<sup>3</sup>. SKR och staten har kommit överens om ännu en överenskommelse för 2023 för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården<sup>4</sup>.

Socialstyrelsen har i uppdrag att fördela medel till regionerna för riktade insatser för att omhänderta de uppdämda vårdbehoven<sup>5</sup>. Enligt en första delredovisning<sup>6</sup> av uppdraget har 17 av 21 regioner valt att satsa på vårdlotsar.

Sveriges första nationella delegation<sup>7</sup> för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården har föreslagit flera åtgärder för att öka tillgängligheten i vården – ett nationellt vårdsöksystem som stöd för regionernas arbete är ett av förslagen.

Ett nationellt vårdsöksystem förväntas primärt fungera som ett stöd i vårdlotsens dagliga arbete. Ytterligare användningsområden kan finnas och bli möjliga på sikt.

### 2.1 Uppdraget

E-hälsomyndigheten har fått i uppdrag att genomföra en förstudie om hur ett nationellt vårdsöksystem kan utvecklas, organiseras och förvaltas i statlig regi. Systemet ska möjliggöra för regionerna att i realtid se ledig och tillgänglig vårdkapacitet i hela landet i syfte att regionerna snabbare ska kunna ge vård till väntande patienter<sup>8</sup>.

Enligt uppdraget ska E-hälsomyndigheten lämna nödvändiga författningsförslag och en konsekvensbeskrivning om till exempel integritets- och sekretessfrågor samt ekonomiska konsekvenser för myndigheter, regioner och andra berörda aktörer. Om förslagen påverkar

---

<sup>1</sup> Delbetänkande av Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Vägen till ökad tillgänglighet. SOU 2021:59. Regeringen 2021.

<sup>2</sup> Uppdrag att beskriva risker med bristande tillgänglighet och lämna förslag på tillsyn. Regeringen 2020.

<sup>3</sup> Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2022. Överenskommelse mellan staten och SKR

<sup>4</sup> Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2023. Överenskommelse mellan staten och SKR

<sup>5</sup> Uppdrag att fördela medel till regionerna för hantering av de uppdämda vårdbehoven (S2022/00456 (delvis)). Regeringen 2022.

<sup>6</sup> Vårdlotsar vanligaste satsningen efter regeringens coronamiljarder. lakartidningen.se (2023-01-05)

<sup>7</sup> Delbetänkande av Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Vägen till ökad tillgänglighet. SOU 2021:59. Regeringen 2021.

<sup>8</sup> Uppdrag att genomföra en förstudie om hur ett nationellt vårdsöksystem kan utvecklas, organiseras och förvaltas. Regeringen 2022.

den kommunala självstyrelsen ska de särskilda överväganden som gjorts i redovisas i enlighet med 14 kap. 3 § regeringsformen.

E-hälsomyndigheten ska i genomförandet av uppdraget samarbeta med Socialstyrelsen och Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

E-hälsomyndigheten ska även samverka med Myndigheten för digital förvaltning (Digg) och vid behov med andra berörda myndigheter samt föra dialog med SKR, regionerna, Vårdföretagarna, Inera AB, berörda professionsföreningar och andra berörda aktörer.

Uppdraget ska redovisas med en delrapport den 13 januari 2023 samt en slutrapport den 31 augusti 2023.

## 2.2 Samverkan

E-hälsomyndigheten samverkar med Socialstyrelsen och IVO, som bidrar med kunskap om egna befintliga system och register, pågående projekt samt andra regeringsuppdrag som angränsar till detta uppdrag. Samverkan sker även med regionernas vårdlotsar eller vårdgarantikansli. Kontakterna till intervjudeltagarna har förmedlats via SKR:s vårdlotsnätverk. Samverkan har även skett med regioners avtalshandläggare.

## 2.3 Begrepp

<b>Grunddata</b>	Uppgifter, inom offentlig förvaltning, som flera aktörer har behov av och som är viktiga i samhället <sup>9</sup> .
<b>Hälsodata</b>	Personliga data relaterat till hälsa hos en identifierad eller identifierbar verklig person <sup>10</sup> . I denna delrapport avgränsar vi oss till personliga data i digital form.
<b>Informatik</b>	Område som studerar användningen av informationsteknik och av hur sådan teknik bör utformas och tillämpas på ett ändamålsenligt sätt <sup>11</sup> .
<b>Vårdlots</b>	Vårdlotsen håller kontakt med alla kliniker inom regionen, vet vilka avtal som finns med andra vårdgivare/regioner och var någonstans i landet det finns möjlighet till vård lite snabbare. Kallas ibland vårdsamordnare, vårdlotskansli, vårdgarantikansli, vårdsluss eller vårdlotsfunktion. I rapporten benämns de vårdlots som samlingsnamn.
<b>Vårdgaranti</b>	Vårdgarantin är en lagstadgad rättighet som innebär att personer ska få vård inom en viss tid. Vårdgarantin anger inom vilka tidsgränser olika vårdinsatser ska erbjudas, efter att beslut om vård har fattats.

<sup>9</sup> Nationella grunddata | Digg

<sup>10</sup> ISO 22857:2013

<sup>11</sup> Informatik. Uppslagsverk NE.se (2022-12-16)

### 3 Bakgrund till uppdraget

För att korta väntetiderna inom hälso- och sjukvården vill regeringen satsa på att öka tillgängligheten. I dag erbjuds inte alla patienter vård inom vårdgarantin<sup>12</sup>, som regleras i hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30). Vårdgarantin innebär att en patient ska få kontakt med vården, erhålla en medicinsk bedömning, erbjudas besök och planerad vård inom uppsatta tidsgränser (se avsnitt 4). Om en region inte uppfyller kravet om vårdgaranti ska regionen se till att vård utförs hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten. För att kunna uppfylla vårdgarantin har regionerna etablerat olika arbetssätt och funktioner för att hjälpa patienter att få vård hos en annan vårdgivare. I vissa regioner kallas denna funktion för exempelvis vårdlotsar eller vårdgarantikansli.

Regeringen tillsatte år 2020 Delegationen för en ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (S2020:12)<sup>13</sup>, som beskriver ett behov av ett nationellt vårdsökssystem i sitt delbetänkande Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan (SOU 2021:59)<sup>14</sup>. Delegationen föreslog att en statlig offentlig utredning ska utreda förutsättningarna för ett nationellt vårdsökssystem<sup>14</sup>. Systemet ska komplettera, uppdatera och tillgängliggöra information som möjliggör för regionerna, att i realtid söka ledig kapacitet i hela landet och få information om villkoren för nyttjande av den vården. Syftet är att uppfylla vårdgarantin för väntande patienter och bidra till en ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvård.

Av SOU 2021:59<sup>14</sup> framgår att delegationens bedömning är att ett nationellt vårdsökssystem bör ge samlad information om:

- vilka vårdgivare som regionen har avtal med
- information om vårdutbudet hos dessa
- villkoren för avtalens tillämpning
- ledig kapacitet och väntetid.

Vidare är delegationens bedömning att ett register med den information som efterfrågas av vårdlotsarna, skulle effektivisera regionernas arbete. Det skapar även möjlighet för regionerna att uppfylla sin skyldighet att erbjuda vård hos annan vårdgivare, i syfte att uppfylla vårdgarantin.

Delegationens bedömning är också att det finns behov av utveckling av befintliga register som SKR:s väntetidsdatabas, IVO:s vårdgivarregister och även patientregistret hos Socialstyrelsen. Uppgifterna i vissa av registren uppdateras ofullständigt eller inte tillräckligt frekvent och databaserna hanteras av olika aktörer och bygger på delvis olika kodverk. Förutsättningar att

---

<sup>12</sup> Uppdrag att genomföra en förstudie om hur ett nationellt vårdsökssystem kan utvecklas, organiseras och förvaltas. Regeringen 2022.

<sup>13</sup> Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården, dir. 2020:81 (regeringen.se)

<sup>14</sup> Delbetänkande av Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Vägen till ökad tillgänglighet. SOU 2021:59. Regeringen 2021.



uppdatera, kvalitetssäkra och tillgängliggöra informationen behöver därför förbättras. Delegationen gjorde inte någon grundlig bedömning om den grunddata som finns i dessa register kommer att uppfylla behovet för ett vårdssystem, eller med vilken data som dessa skulle kunna utökas.

### 3.1 Beskrivning av befintliga informationskällor

Nedan beskrivs de informationskällor som anges i regeringsuppdraget och som kan ligga till grund för ett vårdssystem. De är indelade enligt innehåll avseende väntetid och ledig kapacitet eller information om vårdgivare och utbud.

#### 3.1.1 Väntetider och ledig kapacitet

##### Socialstyrelsens patientregister

Syftet med patientregistret<sup>15</sup> är att göra det möjligt att följa befolkningens hälsoutveckling över lång tid, förbättra möjligheterna att förebygga och behandla sjukdomar, bidra till hälso- och sjukvårdens utveckling samt följa kvaliteten på hälso- och sjukvårdens verksamhet. Patientregistret används bland annat för att beräkna väntetider i akutflöden, men också för enskilda patienter. Det saknar information om ledig kapacitet eller prognostiserade väntetider<sup>16</sup>.

Samtliga vårdgivare har en författningsreglerad skyldiga att lämna uppgifter till patientregistret hos Socialstyrelsen, se avsnitt 4 Gällande rätt samt bilaga 1 Rättsliga förutsättningar.

Tillgänglighetsdelegationen föreslog<sup>17</sup> att Patientregistret hos Socialstyrelsen skulle kunna användas för ett nationellt vårdssystem, men påpekade att registret saknar information om vad vårdgivarna kan utföra.

Socialstyrelsen har, inom ramen för regeringsuppdraget om att utveckla förutsättningar för insamling av väntetidsdata<sup>16</sup>, utrett alternativ för att behovet av mer statistik och uppföljning av väntetider ska tillgodoses. Huvudalternativet är att patientregistret kan vidareutvecklas för att möjliggöra insamling av väntetidsdata. Socialstyrelsen menar att det finns både för- och nackdelar med att samla in information om väntetider till patientregistret. Patientregistret uppdateras månadsvis och kan därför inte användas för ett nationellt vårdssystem för visning i realtid.

---

<sup>15</sup> Patientregistret - Socialstyrelsen. (2022-12-16)

<sup>16</sup> Socialstyrelsen. Regeringsuppdrag om att utveckla förutsättningar för insamling av väntetidsdata. slutrapport. 2022

<sup>17</sup> Delbetänkande av Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Vägen till ökad tillgänglighet. SOU 2021:59. Regeringen 2021.

## SKR:s väntetidsdatabas

Väntetidsdatabasen<sup>18</sup> samlar information från regionerna om personers besök i vården genom vårdgivarnas vårdinformationssystem. I den nationella väntetidsdatabasen genomförs urval och beräkningar av data som sedan presenteras som väntetidsstatistik på webbplatsen [vantetider.se](http://vantetider.se). Redovisningen genomförs och uppdateras varje månad.

Staten delfinansierar väntetidsdatabasen genom årliga överenskommelser<sup>19</sup> mellan SKR och regeringen samt genom årliga medel från regionerna. Utifrån dessa överenskommelser beslutar regionerna om vilka uppgifter de ska rapportera in till databasen<sup>20</sup>.

### 3.1.2 Vårdgivare och utbud

Tillgänglighetsdelegationens utredning<sup>21</sup> beskriver ett behov av en enhetlig nationell vårdgivar-databas. Utredningen bedömer även att det behövs information om de vårdavtal/överenskommelser som finns inom och mellan vårdgivare, samt om avtalet innehåller villkor för nyttjande av vård. I dag inhämtas inte denna information på ett strukturerat och nationellt enhetligt sätt.

### Vårdgivarregistret hos IVO

Vårdgivarregistret<sup>22</sup> innehåller uppgifter om verksamheter som utför hälso- och sjukvård samt tandvård. Den som ska bedriva hälso- och sjukvård enligt patientsäkerhetslagen är skyldig att anmäla detta till IVO:s vårdgivarregister. Huvudsyftet med anmälningsplikten är att IVO ska få kännedom om de verksamheter som IVO har ansvar att tillsyna.

Vårdgivarregistret uppdateras dagligen mot Bolagsverket för uppgifter om bolag, och mot Lantmäteriet för inhämtning av adresser på verksamhets- och tillsynsobjektsnivå.

### Katalogtjänst Hälso- och sjukvårdens adressregister (HSA)

HSA<sup>23</sup> är en elektronisk katalog som tillhandahålls av Inera, och innehåller information om organisationer och personer inom vård och omsorg i Sverige. Informationen används i många digitala tjänster för att invånare och personal ska kunna söka efter information och kontaktuppgifter. Informationen är även en källa för att ge behörighet när användare, exempelvis hälso- och sjukvårdspersonal, loggar in i tjänster och system.

<sup>18</sup> Väntetider i vården. SKR. <https://skr.se/vantetiderivarden.46246.html>. 2023-01-05

<sup>19</sup> Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2023. Överenskommelse mellan staten och SKR

<sup>20</sup> Väntetider i vården. SKR. <https://skr.se/vantetiderivarden/omvantetider/omvantetidsdatabasen.58999.html> 2023-0-05

<sup>21</sup> Delbetänkande av Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Vägen till ökad tillgänglighet. SOU 2021:59. Regeringen 2021.

<sup>22</sup> Vårdgivarregistret | IVO.se

<sup>23</sup> HSA-katalogen. Inera. <https://www.inera.se/tjanster/alla-tjanster-a-o/hsa-katalogtjanst/> (2023-01-05)

Samtliga regioner och kommuner använder HSA och även de flesta privata vårdgivare.

### Utbudstjänsten

Utbudstjänsten<sup>24</sup> tillhandahålls av Inera, som även förvaltar ett kodverk om hur olika vårdtjänster ska benämnas inom verksamheterna. Med Utbudstjänsten gör regionerna sitt vårdtjänstutbud tillgängligt så att det kan visas upp för invånare och vårdpersonal i olika tjänster och system.

### Vårdinformationssystem

Flera av vårdgivarnas vårdinformationssystem innehåller bland annat information om vårdplatsläget på klinik/vårdenhetsnivå i regionernas slutenvård. Här skapas även informationen som ligger till grund för väntetidsberäkningar.

## 3.2 Struktur för utbyte av information

För att data ska kunna hanteras och utbytas mellan aktörer på ett säkert och effektivt sätt, behövs utveckling av gemensamma överenskommelser och tekniska komponenter. Dessa delar samlas i Ena<sup>25</sup> – Sveriges digitala infrastruktur och består i huvudsak av ett antal byggblock, ett ramverk för nationella grunddata och en struktur för styrning.

E-hälsomyndigheten är ansvarig myndighet för grunddatadomänen Hälsa, vård och omsorg<sup>26</sup>. Att vara domänansvarig innefattar att – i samverkan med berörda aktörer – etablera, anpassa, utveckla och förvalta arbetsformer, rutiner och organisation för domänen samt att identifiera information inom grunddatadomänen som bör anpassas utifrån det nationella ramverket. Grunddatadomänansvariga myndigheter ska också samverka med grunddataproducenter för att identifiera grunddata som hör till den egna grunddatadomänen<sup>27</sup>.

Inom ramen för regeringsuppdraget om Nationellt vårdsöksystem S2022/01372 (delvis) bör de informationsmängder som identifieras, utvärderas om de kan anses vara nationella grunddata.

---

<sup>24</sup> Utbudstjänsten - Inera (2022-12-14)

<sup>25</sup> Ena – Sveriges digitala infrastruktur | DIGG (2022-12-15)

<sup>26</sup> Grunddatadomän Hälsa, vård och omsorg. E-hälsomyndigheten (ehalsomyndigheten.se) (2023-01-05)

<sup>27</sup> Samordnad hantering av grunddata - bilaga författningsförslag (digg.se). DIGG (2023-01-05)

## 4 Gällande rätt

I 9 kap. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) finns regler om en regions skyldighet att erbjuda vård inom vårdgarantin åt de som är bosatta i regionen och åt de som i övrigt omfattas av regionens ansvar att erbjuda en god hälso- och sjukvård. Vårdgaranti innebär en försäkran om att den enskilde inom viss tid ska få kontakt med primärvården, en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården, besöka den specialiserade vården och planerad vård. Om regionen inte uppfyller vårdgarantin ska regionen se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.

Av 6 kap. hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) framgår bland annat att vårdgarantin är uppdelad i olika kategorier enligt följande: tillgänglighetsgaranti, bedömningsgaranti inom primärvården, besöksgaranti inom den specialiserade vården och behandlingsgaranti.

Av bestämmelserna i 9 kap. hälso- och sjukvårdslagen framgår även att en region har skyldighet att rapportera in uppgifter om väntetider till en nationell databas. Denna rapporteringsskyldighet ska fullgöras genom att regionerna lämnar uppgifter om väntetider till den nationella väntetidsdatabas som förs av SKR, enligt 6 kap 3 § hälso- och sjukvårdsförordningen. Socialstyrelsen har fått bemyndigande att meddela ytterligare föreskrifter om regionernas rapporteringsskyldighet enligt samma förordning.

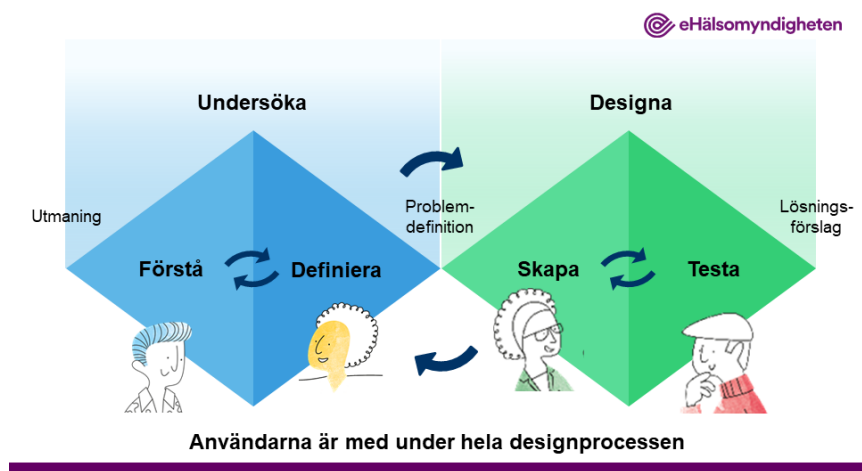
För närmare presentation av de rättsregler som kan anses relevanta för detta regeringsuppdrag hänvisas till Bilaga 1 Rättsliga förutsättningar.

## 5 Genomförande

I detta avsnitt beskrivs med vilken metod och i vilka steg förstudien hittills har genomförts. Utredningar, rapporter, betänkanden och pågående uppdrag som är relevanta för uppdraget har identifierats och analyserats.

### 5.1 Användarcentrerad och behovsdriven utveckling

Tjänstedesign handlar om att planera och organisera en tjänsts resurser och processer för att förbättra effektivitet och användarupplevelse. Tjänstedesignprocessen innehåller metoder och mallar som lämpar sig väl att använda i denna förstudie för att identifiera aktörer, undersöka behov, beskriva och föreslå lösningar. Tjänstedesignprocessen delas upp i Undersöka och Designa (se figur 1). Den stödjer arbetet med att ta fram en tjänst som utgår från användarnas behov. Processen som används är framtagen av E-hälsomyndigheten med utgångspunkt från bland annat den Innovationsguide<sup>28</sup> som SKR erbjuder för att utveckla innovativa lösningar i offentlig sektor, samt från modellen Double Diamond<sup>29</sup>. Hittills har fokus i denna förstudie varit på den första delen i tjänstedesignprocessen, det vill säga Undersöka.



Figur 1. Tjänstedesignprocess enligt beskrivning av E-hälsomyndigheten.

<sup>28</sup> Innovationsguiden | SKR (2022-11-03)

<sup>29</sup> The Double Diamond: 15 years on - Design Council (2022-11-03)

### 5.1.1 Undersöka enligt tjänstedesignprocessen

För att kartlägga behoven för ett vårdsöksystem har slutsatser i tidigare utredningar analyserats. Dessa utredningar är Projekt Hänvisning<sup>30</sup> av SKR, Socialstyrelsens regeringsuppdrag om att utveckla förutsättningar för insamling av väntetidsdata<sup>31</sup>, samt Vägen till ökad tillgänglighet (SOU 2021:59)<sup>32</sup>. De har analyserats med fokus på de delar som innehåller beskrivningar av de bakomliggande behoven med ett nationellt vårdsöksystem.

För att ytterligare undersöka och kartlägga behoven har intervjuer genomförts med identifierade intressenter. I samverkan med SKR träffade utredningen SKR:s vårdlotsnätverk och därefter har individuella intervjuer genomförts med vårdlotsar. Eftersom vårdlotsarna pekade på att avtal är en central informationskälla i arbetet identifierades avtalschefer och avtalshandläggare som ytterligare målgrupper som kan bidra med kunskap. Även avtalshandläggare har därför intervjuats.

Vid tidpunkten för delrapporten har intervjuer genomförts med representanter från regionerna Västra Götaland, Kalmar Län, Stockholm, Dalarna, Kronoberg, Skåne och Östergötland. Förutom dessa intervjuer har även intervjuer med representanter från Socialstyrelsen och Region Stockholm med kunskap inom tillgänglighets- och avtalsområdena, genomförts.

---

<sup>30</sup> Projekt hänvisning. Erfarenhetsrapport 2021. <https://skr.se/skr/tjanster/rapporterochskrifter/publikationer/projekthanvisning.65396.html>. (2022-12-07)

<sup>31</sup> Regeringsuppdrag om att utveckla förutsättningar för insamling av väntetidsdata (socialstyrelsen.se) (2022-12-15)

<sup>32</sup> Delbetänkande av Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Vägen till ökad tillgänglighet. SOU 2021:59. Regeringen 2021.

## 6 Kartläggning av nationell vårdlotsning

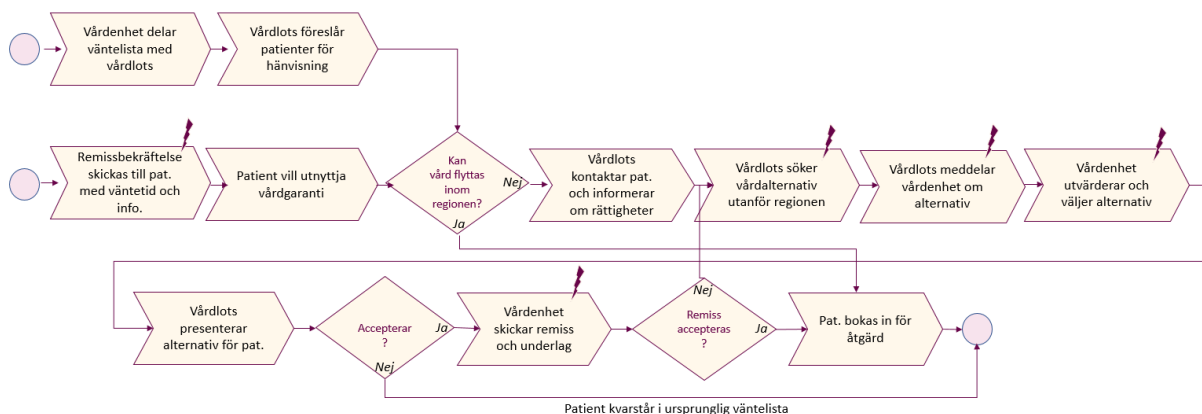
Nedan redovisas resultatet av pågående behovsanalys som genomförs. Intervjuer har genomförts med regionernas vårdlotsar som identifierats som primär målgrupp baserat på dagens arbetssätt med vårdlotsning i regionerna (se avsnitt 2). I fortsatt förstudie kan det bli aktuellt att involvera fler målgrupper.

### 6.1 Arbetet med vårdlotsning

Hänvisning av patienter över regiongränser utförs i dag av den medicinskt ansvariga vårdenheten som skickar remisser och remissunderlag till mottagande vårdenhet. Det är regionernas vårdlots som i dag tar fram information om alternativa vårdgivare som har möjlighet att ta emot patienter. I de regioner som ännu inte har infört en vårdlotsfunktion är det upp till respektive vårdenhet att identifiera vårdalternativ nationellt, när det blir aktuellt.

#### 6.1.1 Processbeskrivning för vårdlotsning

I dag finns det skillnader i hur regionerna arbetar med att hänvisa patienter till andra regioner avseende vård som inte kan tillgodoses inom vårdgarantin av den egna regionen. Skillnader finns både i organisation och arbetssätt. Utifrån den initiala behovsanalysen har en preliminär processbeskrivning (se figur 1) tagits fram. Processbeskrivningen beskriver arbetet med vårdlotsning samt dess huvudsakliga utmaningar.



Figur 1 - Preliminär processbeskrivning för vårdlotsning. Blixtsymbolerna representerar identifierade utmaningar.

När en patient i en remissbekräftelse får information om att remitterad vårdenhet inte kan utföra vård inom vårdgarantins gränser erbjuds valet att åberopa vårdgarantin. Detta görs genom kontakt med regionen, exempelvis ett vårdgarantikansli eller en vårdlots.

Ett vårdgarantiärende kan även initieras på andra sätt. Det förekommer även proaktiv hänvisning, det vill säga att vårdenheter och vårdlotsar ser över aktuella väntelistor och erbjuder patienter att flytta sin vård. I vissa fall flyttas dessutom aktivt mindre sjuka patienter för att ge plats åt svårt sjuka patienter utan att vårdgarantin åberopats.

I första hand försöker vårdenheten att remittera patienten till annan avtalad aktör inom regionen. Kan inte vårdenheten själva säkerställa hänvisning av patient till annan vårdgivare får ofta en vårdlots i uppdrag att hitta ett alternativ inom sjukvårdsregionen eller nationellt. I vissa regioner uppmantras patienten att själv komma med vårdalternativ, medan det i andra inte anses att sådana alternativ kan ligga till grund för en vårdgarantiremiss (remittering där vårdgarantin fortsatt gäller trots ny vårdgivare).

Arbetet med att hitta andra vårdgivare utanför regionen inleds med ett manuellt detektivarbete. I dag finns ingen komplett samlad informationskälla eller arbetsverktyg för att stötta vårdlotsning, utan källor såsom Google, chattgrupper hos SKR:s vårdlotsnätverk, egna kontakter, regionala webbplatser, väntetider.se med flera används. När en potentiell vårdgivare identifierats kontaktas vårdgivaren för att säkerställa att det finns ett regionalt avtal, att de kan utföra vård givet patientens sjukdomsbild och att de har möjlighet att ta emot patienten inom vårdgarantin. Saknas regionalt avtal används riksavtal. Om kontaktad vårdgivare bekräftar ovanstående informeras remitterande vårdenhet om möjliga alternativa vårdgivare. Vårdenheten väljer då det alternativ som anses bäst ur medicinsk synpunkt, och efter patientens önskemål, för att sedan låta ansvarig för vårdgarantiärendet meddela patienten om möjligheten att flytta vården utomläns. Väljer patienten att avstå kvarstår hen i kön som tidigare.

Vid val av flytt av vården ombesörjer vårdenheten att remiss, remissunderlag och betalningsförbindelse skickas till mottagande region. Alla remisser till privata vårdgivare skickas, i enlighet med Riksavtalet för utomlänsvård, till regionens centrala vårdadministration (hälso- och sjukvårdsförvaltningar).

### **6.1.2 Huvudsakliga utmaningar vid vårdlotsning**

Nedan redovisas utmaningar som framkommit i samband med intervjuer av vårdlotsar.

#### **Patientens kännedom om vårdgaranti**

Det finns i dag skillnader i hur information om vårdgaranti lämnas till patienten i de olika regionerna. I vissa regioner meddelas detta per post, medan det i andra regioner hanteras via 1177 eller andra digitala lösningar.

#### **Söka vårdalternativ nationellt**

Vanligtvis finns information om vårdenheter i regionen eller sjukvårdsregionen direkt i journalsystemen. Om information saknas får andra källor användas, exempelvis uppbyggda



kontaktnät, söktjänster som Google, chattgrupper och erfarenhet. Nationellt finns det i dag ingen enhetlig källa för information om vilka vårdgivare som har avtal med regionerna.

### **Vårdlotsen meddelar alternativ**

När ett eller flera vårdalternativ har identifierats ringer vårdlotsen till vårdenheten och presenterar dessa muntligt. I vissa fall skickas brev med posten, vilket tar några dagar innan de kommer fram och ofta måste följas upp med ett telefonsamtal.

### **Utvärdera och välja bäst alternativ**

Under intervjuerna framkom det att medicinsk bedömning och erfarenhet inte kan ersättas av ett system. En tydlig sammanställning med jämförbar information om vårdalternativ skulle underlätta ställningstagandet om vart patienten ska hänvisas.

### **Administration av remiss och underlag**

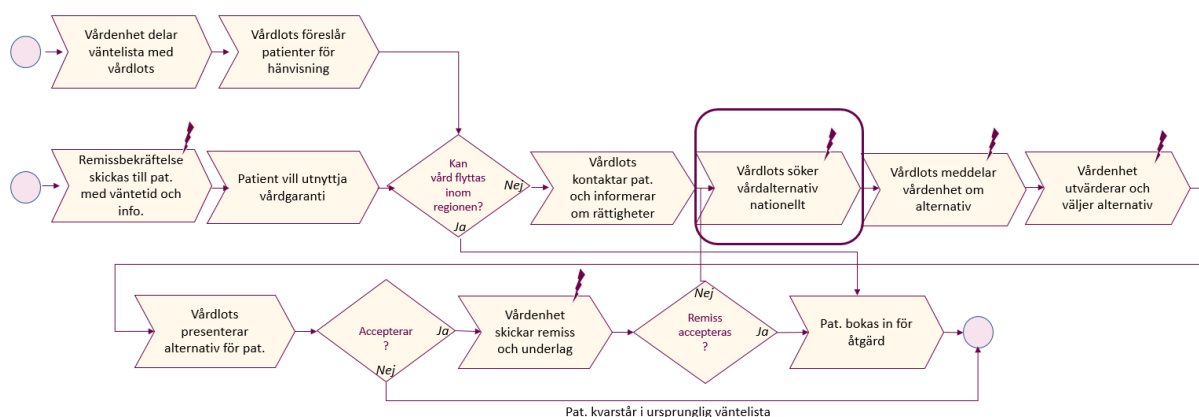
När mottagande vårdenhet saknar elektronisk remisshantering skickas remiss och underlag med papper. Detta medför en ökad administration då journalanteckningar, bild, funktionsmaterial och andra remissunderlag ska skrivas ut och skickas via postgång.

## 7 Slutsatser

Ett nationellt vårdsöksystem kan utvecklas på olika sätt för att stödja arbetet med att söka och hitta ledig vårdkapacitet hos vårdgivare, vilket kan bidra till att fler patienter får vård inom vårdgarantins ramar.

### 7.1 Vårdsöksystem som stöd i processen för vårdlotsning

Utifrån den beskrivna processen för vårdlotsning skulle ett nationellt vårdsöksystem kunna stödja det inramade processteget i figuren nedan (se figur 2).



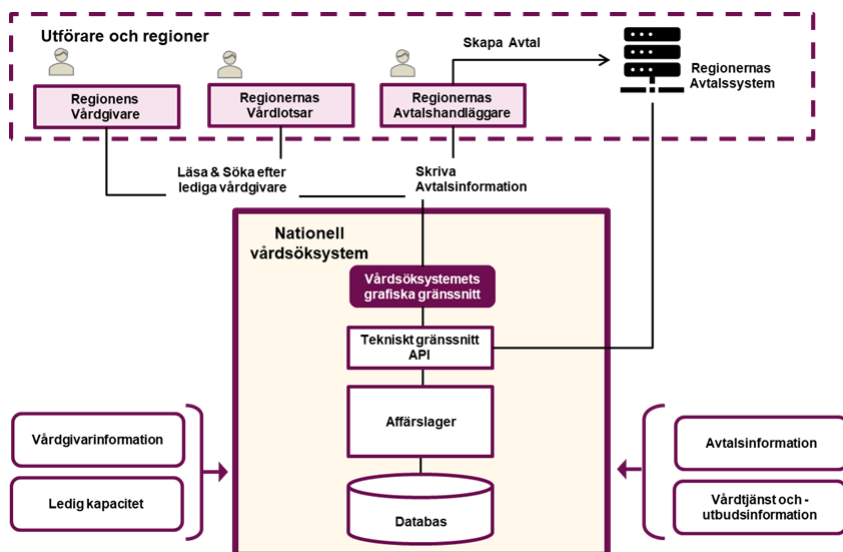
Figur 2: Inramat är den del i processen där ett nationellt vårdsöksystem kan vara ett stöd.

Vårdlotsen har behov av ett systemstöd där det går att söka efter information om vårdgivare. Systemstödet behöver innehålla kontaktuppgifter till vårdgivaren och tillhörande vårdenhet, samt information om vårdenhetens vårdutbud. I vårdlotsens arbete med att hitta alternativa vårdgivare, ingår det att ta hänsyn till befintliga avtal. I avtal kan villkor för nyttjande beskrivas, och denna information behöver visas i ett nationellt vårdsöksystem. Ett nationellt vårdsökssystem behöver också kunna presentera aktuell och tydlig information om väntetider och kapacitet. Det är viktigt att informationen som ett nationellt vårdsöksystem hanterar är strukturerad och bygger på gemensamma kodverk för att möjliggöra träffsäkra sökningar.

### 7.2 Övergripande förslag på nationellt vårdsöksystem i statlig regi

Ett vårdsöksystem behöver dels kunna söka och visa vårdgivare med möjlighet att ta emot patienter inom vårdgarantins gränser, dels ge information om villkoren för nyttjandet av den specifika vården som vårdgivaren erbjuder. Ett vårdsöksystem kan användas av en eller flera användargrupper som alla kan ha olika behov av funktionalitet och information.

Interaktionen mot vården och regionerna bör ske via både tekniska och grafiska gränssnitt. Tekniska gränssnitt efterfrågas främst för delning av specifik avtalsinformation (se avsnitt 7.3). Grafiskt gränssnitt bör erbjudas de användare som interagerar med systemet genom att söka, jämföra och dela information.



Figur 3: Övergripande förslag på nationellt vårdsöksystem i statlig regi.

### 7.3 Informationsbehov i ett vårdsöksystem

För att realisera ett nationellt vårdsöksystem har utredningen identifierat behov av vissa informationsmängder. Ett vårdsöksystem ska kunna uppvisa och tillgängliggöra information från flera nationella informationskällor (se avsnitt 3.1). Källorna kan vara av intresse för flera system och aktörer inom hälsa, vård och omsorg och bör därför kunna nyttjas av flera system än ett vårdsöksystem. Informationskällorna kan även innehålla information som inte behövs för vårdsöksystemet, men som behöver finnas för att tillgodose andra systems behov.

Följande slutsatser dras vad gäller informationsbehovet i ett vårdsökssystem. Det finns behov av:

- **Avtalsinformation**

Information om avtal med offentliga och privata vårdgivare i alla regioner samt information om villkor som gäller för nyttjande av vården. Information som efterfrågas är till exempel vem eller vilka som får skicka remiss, avtalsnummer, giltighetstid och ingående avtalsparter samt hälsorelaterade kriterier för de patienter som man önskar utnyttja avtalet för. Kriterier för nyttjande kan vara exempelvis viktgränser, hälsotillstånd, läkemedelsanvändning, diagnos och/eller åtgärd. De informationsmängder som efterfrågas är en specifik delmängd av information som finns i ett avtal.

- **Vårdgivarinformation**

Information om alla vårdgivare som levererar vård på regionala avtal och andra aktörer som kan uppvisa ledig kapacitet, som till exempel huvudman, vårdgivare, adress och kontaktuppgifter.

- **Vårdtjänster och utbud**

Information om vårdutbud samt vårdåtgärder som kan användas för att beskriva vilken typ av vård en vårdgivare utför.

- **Kapacitets- och väntetidsinformation**

Information om väntetider och ledig kapacitet. I behovsanalysen har dessa identifierats som uppskattad väntetid och möjlighet att ta emot patient inom vårdgarantin. Givet rådande kunskapsläge om tillgängliga kapacitetsmått så har E-hälsomyndigheten i analysen utgått ifrån de mått som lyfts fram som mest relevanta i intervjuer. Dessa är uppskattad väntetid och möjlighet att ta emot patient inom vårdgarantin.

Förstudien har fokuserat på att identifiera behov av information och påbörjat kartläggning av informationskällor och dess användbarhet för ett vårdsöksystem. Hänsyn har tagits till redan befintliga informationskällor avseende vårdgivarinformation, kapacitets- och väntetidsinformation samt information om vårdutbud (se avsnitt 3.2). I dag saknas nationell informationskälla för avtalsinformation. Ett register innehållande viss specifik avtalsinformation föreslås ingå i ett vårdsöksystem.

Ett vårdsöksystem förutsätter att alla informationsmängder är utformade utifrån enhetliga strukturer och kodverk. Därför är det viktigt att källorna bygger på en nationell samordning kring informatik. Det sammantagna informationsbehovet understryker behov av nationella, interoperabla och tillgängliga informationskällor som är viktiga stödfunktioner för en fungerande nationell infrastruktur för hälsa, vård och omsorg. Behovet av ett nationellt register över organisation inom hälsa, vård och omsorg har även identifierats i flera andra av myndighetens regeringsuppdrag som till exempel digitalt vaccinationskort<sup>33</sup>, listningstjänst och uppdraget om nationellt datautrymme för bilddiagnostik<sup>34</sup>.

## 7.4 Lösningförslag för informationsförsörjning i ett vårdsöksystem

Vid val av lösning behöver regulatoriska aspekter och IT-säkerhet beaktas. Även aspekter som tid, kvalitet, kostnad och organisation behöver beaktas. Förstudien har identifierat möjliga vägval för utveckling bestående av att nyutveckla alla informationskällor eller att vidareutveckla befintliga informationskällor. Hänsyn behöver tas till informationskällornas nyttjande då källorna även fortsättningsvis behöver informationsförsörja andra system och

<sup>33</sup> Förstudie digitalt vaccinationskort. S2019-03409 (ehalsomyndigheten.se)

<sup>34</sup> Förstudie om ett statligt, nationellt datautrymme för bilddiagnostik (S2021/05259 delvis) (ehalsomyndigheten.se)

kunna nyttjas för andra ändamål än ett vårdsöksystem. Där informationsmängden identifieras som nationella grunddata ska de baseras på Ena – Sveriges digitala infrastruktur.

Tillgång till information är centralt för ett vårdsöksystem. För att långsiktigt kunna säkra tillgång och kvalitet avseende nödvändiga data behövs rådighet över informationen. Detta kan uppnås via alternativa vägval. Utifrån dessa alternativ och med hänsyn tagen till befintliga informationskällor ses olika vägval för lösningsförslag och utveckling av ett nationellt vårdsöksystem:

- **Utveckling av befintliga register**

Ett vårdsöksystem skulle kunna nyttja en eller flera befintliga informationskällor bestående av väntetidsdatabasen hos SKR, patientregistret hos Socialstyrelsen, HSA-katalogen och Utbudstjänsten hos Inera. Utveckling av befintliga källor kan komma att krävas för att tillgodose vårdsöksystemets behov. Här kommer det att krävas en avtalsmässig reglering av nyttjandet. Uppgiftsskyldighet behöver regleras.

- **Överföra befintliga informationskällor till statlig regi**

Är önskemålet att vårdsöksystemet med tillhörande informationskällor i alla delar ska vara inom statlig regi bör möjligheten att överföra befintliga informationskällor undersökas. Uppgiftsskyldighet behöver regleras.

- **Nyutveckling av informationskällor i statlig regi**

Ett vårdsöksystem skulle kunna utvecklas från grunden där informationskällorna utvecklas och förvaltas inom ramen för statlig regi. Uppgiftsskyldighet behöver regleras.

I det fortsatta arbetet kommer de olika alternativen att belysas ytterligare samt beskrivas avseende nytta, kostnad och konsekvens. Behoven avseende tillgänglighet till data, kvalitet, säkerhet och effektivitet kommer att vara vägledande inför det fortsatta arbetet och kommande förslag.

## 7.5 Utmaningar avseende informationshantering

Genom behovsanalysen har utmaningar avseende informationshantering identifierats. Dessa utmaningar kan påverka möjligheten att realisera ett nationellt vårdsöksystem:

- **Incitament för att dela avtalsinformation:** Regioner har olika behov av att ta del av avtalsinformation från en nationell gemensam källa, vilket kan påverka incitamentet för att dela information.
- **Arbetsinsats för att underhålla avtalsinformation:** En nationell källa för information om vårdavtal kommer kräva arbete med att underhålla informationen.
- **Tillgång och kvalitet i potentiella datakällor:** Ett nationellt vårdsöksystem förutsätter tillgång till vårdgivar- och utbudsinformation, avtalsinformation samt

kapacitetsinformation. Dessa informationsmängder finns i dagsläget i flertalet olika källor med varierande kvalitet, användbarhet och struktur. Standardisering och nationell harmonisering av kodverk och informatik efterfrågas.

- **Insamling av information och underhåll av väntetids- och kapacitetsinformation:** Information om väntetider och kapacitet bör inhämtas från befintliga informationskällor så som vårdinformationssystem.

## 7.6 Fortsatt arbete i förstudien

E-hälsomyndigheten fortsätter arbetet med behovsanalysen och förstudien i enlighet med regeringsuppdraget. Samverkan fortsätter inom flera områden och specifikt genom att initiera en samverkansgrupp för avtalsinformation. Samverkansgruppens syfte är att samordna regionernas arbete för en mer enhetlig informationsstruktur avseende avtalsinformation, inom och över system- och vårdgivargränser.

Utifrån pågående behovsanalys har kriterier för att stödja utveckling och kontinuerligt arbete med ett vårdsöksystem identifierats. Dessa beskrivs nedan och är tänkta att vara vägledande i det fortsatta arbetet:

- **Användarcentrerat:** Ett vårdsöksystem är med fördel användarcentrerat, det vill säga enkelt och smidigt att använda. Informationen som visas presenteras på ett samlat och översiktligt sätt och de kapacitetsmått som beaktas stödjer användarna.
- **Administrativt hanterbart:** Ett vårdsöksystem bör stödja strävan efter att vårdavtal i alla regioner ska vara enhetliga och följa samma struktur för både privata och offentliga verksamheter. Vårdsöksystemet ska erbjuda regioner att manuellt eller tekniskt dela avtalsinformation, och vara administrativt hanterbart.
- **Nationellt standardiserade informationsmängder:** Ett nationellt vårdsöksystem bör bygga på nationellt standardiserade informatiska grunder och informationsmängder. Byggblock inom Ena – Sveriges digitala infrastruktur, bör användas när så är relevant och möjligt.

## 8 Kostnadsuppskattning

Enligt regeringsuppdraget ska förstudien innehålla en kostnadsberäkning kopplat till de förslag som lämnas. Kostnadsestimatet som lämnas i denna delrapport är preliminärt och kommer detaljeras i fortsatt arbete när förutsättningarna är mer kända. Ekonomiska konsekvenser för andra aktörer presenteras i slutrapporten.

Pågående utredning har hittills identifierat att ett vårdsöksystem bör bestå av ett webbgränssnitt med sökfunktionalitet. Vårdsöksystem behöver även ha koppling till flertal register som innehåller information om vård- och omsorgsgivare, beskrivning av vårdåtgärder samt information om väntetider och möjlighet att utföra efterfrågad åtgärd inom vårdgarantins gräns. Det behövs även viss avtalsinformation och information om villkor för nyttjande. För att ett vårdsöksystem ska fungera som ett stöd i regionernas arbete med vårdlotsning behöver systemet ha tillgång till dessa informationskällor.

Register med specifik avtalsinformation saknas och behöver nyutvecklas. För att säkra tillgång till övriga informationsmängder där informationen finns i etablerade register kan olika vägval för lösning göras (se avsnitt 7.5). Val av lösning påverkar kostnaderna:

- Utveckling av befintliga register bestående av väntetidsdatabasen hos SKR, patientregistret hos Socialstyrelsen, HSA-katalogen och utbudstjänsten hos Inera.
- Överföra befintliga informationskällor till statlig regi
- Nyutveckling av informationskällor i statlig regi. Ska samtliga informationskällor nyutvecklas inom statlig regi ökar kostnader och tidsåtgång väsentligt.

Kostnader för utveckling, förvaltning, anslutning och nyttjande varierar beroende på val av lösning. I det fortsatta arbetet med förstudien kommer de olika alternativen belysas ytterligare samt beskrivas avseende nytta, kostnad och konsekvens.

E-hälsomyndigheten har hittills beräknat kostnad för att utveckla ett webb-gränssnitt med sökfunktion, samt register för specifik avtalsinformation. Kostnaden för detta uppskattas till 30–40 miljoner kronor och innefattar E-hälsomyndighetens åtaganden för utveckling. Kostnader för utveckling, förvaltning, anslutning och nyttjande av övriga informationskällor ingår inte i ovanstående beräkning.

Löpande förvaltningskostnader för webb-gränssnitt med sökfunktionalitet samt vårdsöksystemets avtalsregister uppskattas till cirka 15–20 miljoner kronor per år för att vidmakthålla, kontinuerligt vidareutveckla och förbättra tjänsten. I dessa kostnader ingår även E-hälsomyndighetens insatser för samverkansuppdrag avseende avtalsinformation (se avsnitt 7.7). Den inkluderar inte uppskattningar för andra aktörers insatser, exempelvis regionernas utvecklingsbehov eller kostnader vad gäller anpassningar och integration med vårdsöksystemets avtalsregister. Löpande förvaltningskostnader för övriga informationskällor ingår inte i ovanstående beräkning.



## Bilaga 1

### 1 Rättsliga förutsättningar

#### 1.1 Regeringsformen

I regeringsformen, förkortad RF, finns bestämmelser i 14 kap. om kommunerna. I 14 kap 2 § RF stadgas att kommunerna sköter lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på *den kommunala självstyrelsens grund*. Närmare bestämmelser om detta finns i lag. På samma grund sköter kommunerna även de övriga angelägenheter som bestäms i lag. Av 3 § framgår att en inskränkning i den kommunala självstyrelsen bör inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den.

#### 1.2 Kommunallagen

Kommunallagen (1991:900), förkortad KL, innehåller bestämmelser för den kommunala verksamheten. Sverige är indelat i kommuner och regioner. Varje region omfattar ett län, om inte något annat är särskilt beslutat (1 kap. 1 §). Kommuner och regioner sköter på demokratins och *den kommunala självstyrelsens grund* de angelägenheter som anges i denna lag eller annan författning (1 kap. 2 §).

Vad som är *kommunala angelägenheter* anges i kommunallagens 2 kap. Kommuner och regioner får själva ha hand om angelägenheter av *allmänt intresse* som har anknytning till kommunens eller regionens område eller deras medlemmar (1 §). Kommuner och regioner *får inte ha hand om sådana angelägenheter* som enbart staten, en annan kommun, en annan region eller någon annan ska ha hand om (2 kap. 2 §).

Kommuner och regioner *får driva näringsverksamhet*, om den drivs utan vinstsyfte och syftar till att tillhandahålla allmännyttiga anläggningar eller tjänster åt medlemmarna, dvs. de som är folkbokförda i kommunen/regionen. Bestämmelser om kommunernas och regionernas angelägenheter finns även i lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter och i annan lag eller annan författning (7 och 9 §§ KL).

#### 1.3 Hälso- och sjukvårdslagen

##### Innehåll och tillämpningsområde

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, innehåller bestämmelser om hur hälso- och sjukvårdsverksamhet ska organiseras och bedrivas. Lagen gäller för alla vårdgivare. Av lagen framgår att kommuner och regioner ansvarar för att tillhandahålla offentligt finansierad hälso- och sjukvård i egenskap av sjukvårdshuvudmän (1 kap 1 § HSL).

Med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, sjuktransporter, och omhändertagande av avlidna. Däremot omfattas



inte tandvård enligt tandvårdslagen (1985:125). Målet med hälso- och sjukvården är enligt lagen 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. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa (3 kap. 1 och 2 §§ HSL).

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska enligt 5 kap. 1 § HSL bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard,
2. tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, och
5. vara lätt tillgänglig.

Ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten i regionen ska utövas av en eller flera nämnder. För en sådan nämnd gäller det som är föreskrivet om nämnder i kommunallagen (2017:725). Bestämmelser om gemensam nämnd finns i lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet. 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. Regionen ska även planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls (7 kap. 1 och 2 §§ HSL).

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 (vårdvalssystem). Regionen får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom regionen (7 kap. 3 § första stycket HSL).

Val av en sådan utförare inom ett vårdvalssystem i primärvården där enskilda kan välja och få tillgång till en fast läkarkontakt ska ske genom att uppgifter om den enskilde förs in i en förteckning över utförarens patienter (listning). Den enskilde får inte vara listad hos mer än en sådan utförare i taget (7 kap. 3 a § första stycket HSL).

Byte av sådana utförare som avses i 3 a § första stycket får göras högst två gånger under en period om ett år. Om det finns särskilda skäl får regionen dock medge fler byten (7 kap. 3 b § HSL).

### **Ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård**

Regionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen. Detsamma gäller i fråga om den som har skyddad folkbokföring enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och som stadigvarande vistas inom regionen. Även i övrigt ska regionen verka för en god hälsa hos befolkningen. Regionen ska även erbjuda en god hälso- och sjukvård åt 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 den som avses i 5 kap. 7 § första stycket socialförsäkringsbalken och som omfattas av förordningen (8 kap 1 och 2 §§ HSL).

Beträffande kommunens ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård anges i 12 kap. 1 § HSL att kommunen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som efter beslut av kommunen bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket eller motsvarande tillståndspliktig boendeform eller bostad som avses i 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2001:453). Kommunen ska även i samband med dagverksamhet enligt 3 kap. 6 § samma lag erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som vistas i dagverksamheten.

Regioner och kommuner får med bibehållet huvudmannskap sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen eller kommunen ansvarar för enligt denna lag. Av avtalet ska framgå de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till en juridisk person eller en enskild individ (15 kap. 1 § HSL).

### **Vårdgaranti och väntetider**

Av 9 kap. 1 § HSL framgår att regionen ska erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av regionens ansvar enligt 8 kap. 1 eller 2 §. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

1. kontakt med primärvården,
2. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården,
3. besöka den specialiserade vården, och
4. planerad vård.

Vårdgarantin avseende kontakt med primärvården och en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården gäller endast om patienten har lista sig i enlighet med 7 kap 3 a § första stycket hos en utförare av primärvård.

I 9 kap. 2 § HSL stadgas att om regionen inte uppfyller garantin som avser att den enskilde inom viss tid får besöka den specialiserade vården eller planerad vård ska regionen se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.

Enligt 9 kap. 3 § HSL ska regionen rapportera in uppgifter om väntetider till en nationell databas.

#### **1.3.1 Hälso- och sjukvårdsförordningen**

I hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), förkortad HSF, finns kompletterande bestämmelser till hälso- och sjukvårdslagen. I förordningen finns bestämmelser om bl.a.

nationell högspecialiserad vård, samverkansregioner för hälso- och sjukvård, behörighet och ansvar för vissa personalgrupper, behörighet för anställning och tillsättning av tjänster samt bestämmelser om vårdgaranti (6 kap.).

Av 6 kap. 1 § HSF framgår att vårdgaranti enligt 9 kap. 1 § HSL ska innehålla en försäkran om att den enskilde får

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).

I 6 kap. 2 § HSF stadgas att vid bedömning av om vårdgaranti för s.k. besöksgaranti och behandlingsgaranti är uppfylld ska tid inte räknas då den enskilde

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.

Vidare stadgas att den enskilde ska anses avstå från vård frivilligt 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.

Enligt 6 kap. 3 § HSF ska regionernas rapporteringsskyldighet fullgöras genom att regionerna lämnar uppgifter om väntetider till den nationella väntetidsdatabas som förs av Sveriges Kommuner och Landsting<sup>35</sup>.

Av 6 kap. 4 § HSF framgår att Socialstyrelsen får meddela ytterligare föreskrifter om regionernas rapporteringsskyldighet.

## 1.4 Patientsäkerhetslagen

### Syfte och innehåll

---

<sup>35</sup> Rätteligen ska det stå Sveriges kommuner och regioner, förkortas SKR.

Patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PSL, syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet. I lagen finns bestämmelser om anmälan av verksamhet, vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, behörighetsfrågor, begränsningar i rätten för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder, skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal, Inspektionen för vård och omsorgs tillsyn, provotid och återkallelse av legitimation, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd samt straffbestämmelser.

### **Anmälan av verksamhet**

I patientsäkerhetslagens 2 kap. finns bestämmelser som innebär att den som avser att bedriva hälso- och sjukvård ska anmäla detta till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) senast en månad innan verksamheten påbörjas. Om verksamheten helt eller till väsentlig del förändras eller flyttas, ska detta anmälas till Inspektionen inom en månad efter genomförandet. Om verksamheten läggs ned, ska det snarast anmälas till inspektionen (2 kap. 1 och 2 §§ PSL).

Inspektionen för vård och omsorg ansvarar och för ett automatiserat register över all hälso- och sjukvårdsverksamhet som anmälts enligt 2 kap. PSL. Registret får användas för tillsyn och forskning samt för framställning av statistik. Inspektionen för vård och omsorg ska också föra ett automatiserat register över sjukvårdsinrättningar och enheter där det får ges vård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning. Registret får användas för tillsyn, forskning, framställning av statistik och för placering av patienter. Inspektionen för vård och omsorg är personuppgiftsansvarig för behandlingen av personuppgifter i registren. Regeringen meddelar föreskrifter om vilken myndighet som får ha direktåtkomst till uppgifterna i Inspektionen för vård och omsorgs register (2 kap. 4 § PSL).

#### **1.4.1 Patientsäkerhetsförordningen**

Patientsäkerhetsförordningen (2010:1369), förkortad PSF, innehåller bl.a. kompletterande bestämmelser om anmälan av verksamhet mm.

### **Anmälan av verksamhet**

Av 2 kap. 1 § PSF framgår att en anmälan enligt 2 kap. 1 § PSL ska innehålla uppgifter om

1. verksamhetens inriktning,
2. var verksamheten ska bedrivas,
3. vem som är verksamhetschef,
4. vem som ansvarar för anmälningsskyldigheten enligt 3 kap. 5–7 §§ PSL,
5. verksamhet enligt 7 kap. 2 § PSL (provtagning, analys och utredning) som anlitas eller avses anlitas, och
6. den patientförsäkring som tecknats för verksamheten.

När det gäller sjukvårdsinrättningar och enheter som avses i 7 kap. 7 § PSL, ska anmälan även innehålla uppgifter om

1. chefsöverläkare och säkerhetsansvarig, samt
2. säkerhetsanpassning och säkerhetsklassificering.

I 2 kap. 2 § PSF stadgas att IVO får meddela ytterligare föreskrifter om hur anmälningsskyldigheten enligt 2 kap. 1 och 2 §§ PSL ska fullgöras.

### **Register**

Enligt 2 kap. 3 § PSF får register enligt 2 kap. 4 § PSL innehålla uppgifter om

1. namn eller företagsnamn och personnummer eller organisationsnummer för den som bedriver verksamheten,
2. var verksamheten bedrivs,
3. verksamhetens inriktning,
4. verksamhetens omfattning,
5. antalet yrkesutövare och deras yrkestitlar,
6. verksamhetschefens namn, adress och telefonnummer,
7. den patientförsäkring som tecknats för verksamheten,
8. datum för inspektion av verksamheten,
9. datum för Inspektionen för vård och omsorgs beslut i fråga om verksamheten, och
10. datum för anmälan enligt 3 kap. 5 eller 6 § patientsäkerhetslagen.

Vidare får register enligt 2 kap. 4 § andra stycket PSL även innehålla uppgifter om

1. chefsöverläkarens och den säkerhetsansvariges namn, adress och telefonnummer, samt
2. säkerhetsanpassning och säkerhetsklassificering.

Registren får inte innehålla uppgifter om enskilda patienter.

Av 2 kap. 4 § PSF framgår att uppgifter enligt 3 § första stycket 8–10 ska gallras fem år efter det att uppgifterna har förts in i registret eller när anmälan görs om att verksamheten har lagts ned. Övriga uppgifter ska gallras när nya uppgifter förs in eller när anmälan görs om att verksamheten har lagts ned.

## **1.5 Patientlagen**

Patientlagen (2014:821), förkortad PL, syftar till att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.

### **Val av utförare**

Av 9 kap. 1 § PL framgår att 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.

Bestämmelser om val av utförare inom primärvården genom listning finns i 7 kap. 3 a och 3 b §§ HSL.

## 1.6 Lagen om hälsodataregister

Regleringen av s.k. hälsodataregister består av en lag och ett antal olika förordningar. Enligt förarbetena till lagen (1998:543) om hälsodataregister är tanken att de frågor som är gemensamma för alla hälsodataregister ska regleras i en lag medan närmare föreskrifter om enskilda hälsodataregister ska meddelas av regeringen inom de ramar som lagen drar upp.<sup>36</sup>

Enligt 1 § får central förvaltningsmyndighet inom hälso- och sjukvården utföra automatiserad behandling av personuppgifter i hälsodataregister. Den centrala förvaltningsmyndighet som utför behandlingen av personuppgifter är personuppgiftsansvarig. Med central förvaltningsmyndighet inom hälso- och sjukvården avses Socialstyrelsen.<sup>37</sup>

### Ändamål med hälsodataregister

Av 3 § framgår att personuppgifter i ett hälsodataregister får behandlas för följande ändamål:

1. framställning av statistik,
2. uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvård, och
3. forskning och epidemiologiska undersökningar.

### Innehåll i hälsodataregister

I 4 § stadgas att ett hälsodataregister får innehålla endast de uppgifter som behövs för de ändamål för vilka personuppgifter får behandlas enligt 3 §.

Därutöver regleras i 5–12 §§ samkörning, uppgiftsskyldighet, sökbegrepp, direktåtkomst, utlämnande på medium för automatiserad behandling, sekretess samt bemyndiganden.

### 1.6.1 Förordning om patientregister hos Socialstyrelsen

Av 1 och 2 §§ förordning (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen framgår att Socialstyrelsen får föra hälsodataregister enligt 1 § lagen om hälsodataregister i form av ett patientregister och att det av lagen om hälsodataregister följer att Socialstyrelsen är personuppgiftsansvarig för behandlingen av personuppgifter.

### Ändamål för behandling av personuppgifter

Enligt 3 § får personuppgifter i patientregistret behandlas för framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring inom den slutna hälso- och sjukvården och inom den del av den öppna vården som inte är primärvård samt forskning och epidemiologiska undersökningar.

### Personuppgifter som får behandlas

---

<sup>36</sup> Prop. 1997/98:108 s.44.

<sup>37</sup> Med uttrycket ”central förvaltningsmyndighet inom hälso- och sjukvården” avses Socialstyrelsen eftersom vid tidpunkten för lagens tillkomst angavs det då i 1 § förordning (1996:570) med instruktion för Socialstyrelsen att Socialstyrelsen är central förvaltningsmyndighet för verksamhet rör hälso- och sjukvård. Numera står det endast att ”Socialstyrelsen är förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör hälso- och sjukvård...”.

I 4 § anges att sådana personuppgifter får behandlas som rör patienter som

1. vårdats inom den slutna hälso- och sjukvården,
2. behandlats av läkare inom den öppna vården som inte är primärvård, eller
3. behandlats av annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare inom den psykiatriska öppenvården.

Behandlingen får avse uppgifter om

1. personnummer, kön, födelseår, bosättningsort, vårdenhet, diagnoser, åtgärder, att åtgärder vidtagits av viss kategori hälso- och sjukvårdspersonal, yttre orsaker till sjukdom eller skada, vårdkostnader, grund för psykiatrisk tvångsvård, tidpunkter för åtgärder och händelser, in- och utskrivningssätt, planerad vård, och
2. folkbokföringsort, fastighetskoordinater, födelsehemort eller födelseort, medborgarskap, civilstånd, inflyttning från och utflyttning till utlandet, personnummerförändringar och dödsdatum.

Därutöver regleras uppgiftsskyldighet till patientregistret och vilken information som ska lämnas till den registrerade 6 och 7 §§.