

Konsekvenser för hälso- och sjukvårdens aktörer vid etableringen av en nationell digital infrastruktur

December 2025



Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen.

Citera gärna rapporten men uppgi alltid källa: Rapportens namn, år och E-hälsomyndigheten.

Publicerad: E-hälsomyndigheten, december 2025.

Diarienummer: EHM 2025/07054

Adress: Södra Långgatan 60, Kalmar

Sankt Eriksgatan 117, Stockholm

E-post: registrator@ehalsomyndigheten.se

Telefon: [010-458 62 00](tel:010-458 62 00)

www.ehalsomyndigheten.se

Förord

E-hälsomyndigheten har i regleringsbrevet för budgetåret 2025 uppdrag att genomföra en nationell digital infrastruktur (NDI). I denna rapport redovisas en konsekvensanalys avseende arbetet med att etablera NDI för hälso- och sjukvården och förbereda för att Sverige ska genomföra EHDS-förordningen rörande primäranvändning.

Konsekvensanalysen har utgått från den övergripande arkitektoniska inriktningen för NDI som presenterades i februari 2025, och som preciseras ytterligare i rapporten *Etableringen av en nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården och för primäranvändningen enligt EHDS-förordningen* från december 2025 (Dnr 2025/00346). Ett förbättrat kunskapsläge om konsekvenserna av att etablera en nationell digital infrastruktur kan förbättra förutsättningarna för ett effektivt genomförande. Underlaget kan i det fortsatta utvecklingsarbetet användas som ett underlag för diskussion med aktörer i sektorn.

Rapporten är framtagen av utredarna Anders Andersson, Elin Feldt, Johan Svensson och Daniel Zerea.

Beslut om den här rapporten har fattats av avdelningschef Thomas Pettersson Westerberg. I den slutliga handläggningen har enhetschef Cecilia Enström Öst deltagit.

Sammanfattning

Införandet av en nationell digital infrastruktur (NDI) i hälso- och sjukvårdssektorn innebär omfattande förändringar med potentiellt stora samhällseffekter. Infrastruktur och digitala komponenter får dock sitt verkliga värde först när de används i tjänster som skapar nytta för invånare, vårdpersonal och andra aktörer.

Genom att använda gemensamma standarder och tekniska lösningar som gäller oavsett region, kommun eller vårdgivare kan NDI bidra till att hälsodata kan delas i större utsträckning. Förbättrad tillgång till data innebär att patientmöten kan förberedas bättre och bidra till att minska risken för felbehandlingar, vårdskador och duplicerade undersökningar. Detta kan på sikt ge stora tidsvinster och lägre kostnader för vårdgivare, framför allt för regionerna. Det kan också minska den administrativa bördan för medarbetare i hälso- och sjukvården. För att kunna tillgodogöra sig nyttorna kommer vårdpersonal behöva utbildas, både i användningen av de nya eller förändrade systemen och i nya arbetssätt för att dokumentera och hantera information.

Bättre tillgång till hälsodata och ökad kontroll över vilka som får åtkomst till journaluppgifter förbättrar patientens möjligheter att utöva sina rättigheter och möjliggör en mer aktiv roll i den egna vården. En förbättrad informationsdelning mellan vårdgivare kan även bidra till att det blir lättare för patienter att söka vård hos andra vårdgivare och regioner vilket kan leda till kortare väntetider och ökad jämlikhet.

För att NDI ska kunna implementeras fullt ut kommer det att krävas en kontinuerlig teknisk utveckling. Det kommer dessutom krävas ett strukturerat, gemensamt och målinriktat arbete med nationellt enhetlig tillämpning av gemensamma specifikationer och enhetlig användning av termer och begrepp. Detta kan i övergångsfasen innebära kostnader för vårdgivare. Aktörerna, framför allt regionerna, kommer att behöva bygga upp tillräcklig kompetens inom områden som informatik, standardisering och terminologi samt göra förändringar avseende datahantering, informationssystem och processer.

Nivån av utmaningar och behov av investeringar kommer att variera mellan olika aktörer, likaså vilka nyttor som kommer varje aktör till del. Kraven i EHDS-förordningen och anslutning till NDI kommer inledningsvis leda till ökade kostnader framför allt för vårdgivarna, men det ska ställas mot nyttorna som realiserats successivt över en längre tidsperiod som på sikt bör leda till effektivisering i hälso- och sjukvården.

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	4
Innehåll.....	5
1 Konsekvensanalysens syfte	6
2 Bakgrund	6
2.1 Syfte med nationell digital infrastruktur (NDI)	7
2.2 Nuläge	7
3 Metod	8
3.1 Metodologiska utmaningar	8
3.2 Avgränsningar	9
3.3 Litteraturstudier, statistik och datainsamling	10
3.4 Identifiering av berörda aktörer	10
4 Analys.....	11
4.1 Nollalternativet.....	11
4.2 Konsekvenser för patienter och invånare.....	13
4.3 Konsekvenser för medarbetare i hälso- och sjukvården	17
4.4 Konsekvenser för regioner	20
4.5 Konsekvenser för kommuner	26
4.6 Konsekvenser för statliga myndigheter	28
4.7 Konsekvenser för privata vårdgivare	31
4.8 Konsekvenser för apotek	34
4.9 Konsekvenser för systemleverantörer.....	35
5 Referenslista	38

1 Konsekvensanalysens syfte

Enligt förordning (2024:183) om konsekvensutredningar är myndigheter skyldiga att redovisa en konsekvensutredning när förslag lämnas till regeringen eller Regeringskansliet om att regeringen ska föreslå eller besluta om nya eller ändrade lagar och förordningar. En konsekvensutredning ska enligt förordningen bl.a. innehålla en beskrivning och beräkning av förslaget eller beslutets kostnader och intäkter för staten, kommuner, regioner, företag och andra enskilda och en beskrivning och, om möjligt, en beräkning av andra relevanta konsekvenser.

Uppdraget att genomföra en nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården innebär i sig inte att föreslå regelförändringar i författning utan i första hand att påbörja tekniskt utvecklingsarbete, tillgängliggöra strukturer samt förvalta och vidareutveckla funktion för interoperabilitet.¹ För att det utvecklingsarbete som myndigheten bedriver ska få avsedd effekt i sektorn kommer det dock, i flera delar, att behövas författningsändringar. Den interdepartementala utredningen om att möjliggöra en nationell digital infrastruktur för hälsodata (S2024:A) har uppdraget att lämna förslag på ändringar i svensk rätt för att dels införliva EHDS-förordningen nationellt, dels realisera regeringens ambitioner på området.

Även om det inte ingår att föreslå författningsändringar inom ramen för myndighetens uppdrag om att utveckla och genomföra en nationell digital infrastruktur, bedömer myndigheten att det ändå är betydelsefullt att genomföra en konsekvensanalys i den utsträckning det är möjligt. Bättre kunskap om konsekvenserna av att införa en nationell digital infrastruktur kan förbättra förutsättningarna för ett effektivt genomförande. Analysen kan användas som ett underlag för diskussion med sektorn i det fortsatta utvecklingsarbetet.

2 Bakgrund

I uppdraget till E-hälsomyndigheten anger regeringen att arbetet ska bidra till att öka kvaliteten i vården, förbättra patientsäkerhet, stärka patientens ställning samt minska den administrativa bördan för hälso- och sjukvårdens medarbetare. Dessa aspekter belyses under respektive aktör som påverkas.

¹ Socialdepartementet, *Uppdrag om att genomföra en nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården och förbereda för att Sverige ska genomföra förordningen om det europeiska hälsodataområdet (EHDS) rörande primäranvändning*, S2025/01234.

2.1 Syfte med nationell digital infrastruktur (NDI)

Det finns två övergripande syften med NDI; dels att säkerställa att Sverige från 2029 möter de krav som följer av EHDS-förordningen gällande patienters och vårdpersonals rättigheter, dels att realisera regeringens ambitioner om att hälsodata ska bli tillgängliga i hela vårdkedjan, för all vård, såväl offentlig som privat men också för tandvård. Detta som en del av regeringens målsättning om en nationell digital infrastruktur för vilken staten ska ta ett större ansvar.

NDI syftar till att skapa bättre förutsättningar för enskilda att få tillgång till och kontroll över sina hälsodata, effektivisera arbetssätt i vården och för att bättre utnyttja data i arbetet med att utveckla och förbättra patientsäkerhet och kvalitet i hälso- och sjukvården. Vidare är målsättningen att förbättra förutsättningarna för sekundäranvändning av hälsodata för exempelvis forskning och uppföljning genom bland annat att data struktureras och att möjligheterna att få tillgång till data för dessa ändamål förbättras.

2.2 Nuläge

Hälso- och sjukvården präglas i dagsläget av många olika vårdgivare och ett stort antal system som innehåller hälsodata och som många gånger inte är integrerade med varandra, vilket försvårar ett effektivt informationsutbyte. Detta skapar betydande utmaningar, då samma information ofta måste registreras manuellt i flera olika system. Att registrera information flera gånger i olika system är inte bara resurskrävande utan ökar också risken för fel och försämrar datakvaliteten vilket kan medföra patientsäkerhetsrisker.

Utöver att antalet system innebär utmaningar, innebär det även utmaningar med att det finns många olika vårdgivare. Sammantaget försvårar antalet system och antalet vårdgivare för patienter och medarbetare i hälso- och sjukvården att få en samlad bild över vilken information som finns tillgänglig, var den finns lagrad och vem som har åtkomst till informationen. Det finns idag ett par rikstäckande tjänster som till viss del tillgodoser behovet av information, däribland kan nämnas nationell patientöversikt (NPÖ) och nationella läkemedelslistan (NLL). I de fall behandlande hälso- och sjukvårdspersonal inte har tillgång till relevant och nödvändig information om patienten kan det innebära en patientsäkerhetsrisk.

Vad gäller patienters möjligheter att få tillgång till sina hälsodata finns det i dag flera olika tjänster som visar hälsodata för patienten. Ingen av tjänsterna tillhandahåller dock heltäckande information om patientens uppgifter. Det finns inte heller något krav på att

det ska finnas en elektronisk tjänst som gör det möjligt för en patient att få tillgång till sina hälsodata.

3 Metod

Införandet av en nationell digital infrastruktur (NDI) inom hälso- och sjukvården innebär omfattande förändringar med potentiellt stora samhällseffekter. För att värdera de ekonomiska konsekvenserna behöver de totala kostnaderna vägas mot de förväntade nyttorna, såsom patientsäkerhet, minskad administration, förbättrad vårdkvalitet och mer effektiva informationsflöden.

3.1 Metodologiska utmaningar

Det finns betydande utmaningar kopplade till en analys som väger de ekonomiska konsekvenser mot de förväntade nyttorna. Uppskattningar av kostnaderna för utveckling, implementering, utbildning och förvaltning av system och tjänster är förenade med osäkerhet. Förutsättningarna och därmed kostnaderna för att bland annat att bygga in funktionalitet för informationsåtkomst i journalsystemen, anslutningskostnader till infrastrukturen med mera, varierar kraftigt mellan olika vårdgivare, vilket försvårar en träffsäker bedömning. Vidare finns det svårigheter att skilja på investeringar som vårdgivare och regioner ändå måste göra och de som tillkommer eller utgår om aktörerna istället använder den nationella digitala infrastrukturen.

Att kvantifiera förbättrad vårdkvalitet i ekonomiska termer är särskilt utmanande. Det är svårt att med säkerhet fastställa att eventuella kvalitetsförbättringar direkt kan tillskrivas den digitala infrastrukturen. I arbetet med denna analys har inte heller systematiska studier som analyserar digitaliseringens hälsoekonomiska konsekvenser inom svensk hälso- och sjukvård påträffats.

I arbetet med rapporten *Förslag till färdplan för genomförandet av en nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården* frågade E-hälsomyndigheten ett antal aktörer om kostnadsuppskattningar för införandet av NDI.² I det arbetet uppstod ett antal metodologiska utmaningar med att få jämförbara svar från de olika aktörerna och kostnadsuppskattningarna skiljde sig kraftigt åt. Spridningen i kostnadsuppskattningarna berodde troligtvis både på bristande dataunderlag men också på en faktisk variation mellan regionerna. Utmaningarna innebar sammantaget att det inte gick att generalisera

² E-hälsomyndigheten, *Förslag till färdplan för genomförandet av en nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården*, 2024.

informationen på ett tillförlitligt sätt för att de skulle kunna ligga till grund för kostnadsberäkningar för regionerna.

Ytterligare en utmaning är att hälso- och sjukvårdssektorn är i ständig förändring inte minst när det gäller de upphandlingar och införanden av vårdinformationssystem som flera regioner nu genomför. Möjligheten för aktörerna att göra träffsäkra kostnadsuppskattningar påverkas också i stor utsträckning av att varken EHDS-förordningen eller NDI ännu innehåller några detaljerade krav gällande format och andra tekniska regelverk. Dessa kommer att antas av EU-kommissionen i genomförandeakter för EHDS-förordningen och av svenska myndigheter vad gäller den nationella digitala infrastrukturen. Arbetet är i tidigt skede och detaljerna är fortsatt inte kända. När kravbilden successivt växer fram bör mer träffsäkra uppskattningar kunna göras. Nyttan av en nationell digital infrastruktur förväntas dessutom realiseras successivt över tid i takt med att vårdgivarnas vårdinformationssystem vidareutvecklas till att kunna dra nytta av det informationsutbyte som möjliggörs av NDI. Det påverkar möjligheten att i nuläget göra tillförlitliga beräkningar även av nyttorna.

E-hälsomyndigheten har gjort bedömningen att motsvarande metodologiska utmaningar vad gäller kostnadsuppskattningar som identifierades i myndighetens tidigare rapport alltså föreligger, varför det inte har varit meningsfullt och kostnadseffektivt att genomföra liknande undersökningar genom intervjuer eller enkäter i samband med nuvarande uppdrag.

Grundläggande infrastruktur och digitala komponenter är viktiga byggstenar, men deras verkliga värde uppstår först när de används i konkreta tjänster som skapar nytta för invånare, medarbetare och andra användare. Mot den bakgrunden har konsekvenserna analyserats utifrån en helhet och inte utifrån den nationella digitala infrastrukturens delkomponenter. Kostnadsuppskattningar och samhällsekonomiska nyttor som redovisas är mot bakgrund av ovanstående metodologiska utmaningar baserade på grova antaganden. Dessa siffror bör därför betraktas som indikativa.

3.2 Avgränsningar

Konsekvensanalysen avser regeringsuppdraget som E-hälsomyndigheten har i regleringsbrevet för budgetår 2025 om att genomföra en nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården och förbereda för att Sverige ska genomföra förordningen om det

europiska hälsodataområdet (EHDS) rörande primäranvändning.³ Analysen omfattar därför inte sekundäranvändning av hälsodata. Det betyder att de nyttor som kan uppstå av att kraven i EHDS-förordningen och NDI förbättrar möjligheten till forskning, uppföljning, träning av AI-algoritmer m.m. inte redogörs för här.

3.3 Litteraturstudier, statistik och datainsamling

Delning och användning av hälsodata har varit föremål för många utredningar och rapporter. Allt från EU-kommissionens utredning och analys vid framtagandet av EHDS-förordningen till flera statliga utredningar och myndighetsrapporter.^{4,5}

För att genomföra den här konsekvensanalysen har myndigheten studerat tidigare utredningsarbeten, andra relevanta arbeten och tillgänglig statistik för att så resurseffektivt som möjligt använda tidigare framtaget material. Det har gjorts utan att göra anspråk på att vara en fullständig litteraturgenomgång.

3.4 Identifiering av berörda aktörer

Myndigheten har identifierat vilka aktörer som kan komma att beröras av E-hälsomyndighetens utvecklingsarbete rörande nationell digital infrastruktur. Baserat på tidigare genomförda utredningsarbeten bland annat del- och slutredovisningen av *Förslag till färdplan för genomförandet av en nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården* och slutredovisning av *Genomförandet av en nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvård och EHDS-förordningen för primäranvändning* så har följande aktörer identifierats.^{6, 7}

- Patienter och invånare
- Medarbetare i hälso- och sjukvården

³ Socialdepartementet, *Uppdrag om att genomföra en nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården och förbereda för att Sverige ska genomföra förordningen om det europeiska hälsodataområdet (EHDS) rörande primäranvändning*, S2025/01234

⁴ European Commission, *Impact Assessment on the European Health Data Space*, 3 may 2022.

⁵ SOU 2021:102 *E-recept inom EES*, SOU 2023:13 *Patientöversikter inom EES och Sverige*, SOU 2024:33 *Delad hälsodata – dubbel nytta*; E-hälsomyndigheten, *Sammanhållen journalföring, Möjligheter till digital informationsförsörjning på hälsodataområdet*, 2022

⁶ E-hälsomyndigheten, *Förslag till färdplan för genomförandet av en nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården*, 2024.

⁷ E-hälsomyndigheten, *Genomförandet av en nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvård och EHDS primäranvändning*, 2025.

- Regioner
- Kommuner
- Privata vårdgivare
- Apoteksaktörer
- Statliga myndigheter
- Systemleverantörer

4 Analys

Analysen syftar till att belysa både de potentiella nyttorna och kostnaderna som är förknippade med införandet av nationell digital infrastruktur (NDI) avseende primäranvändning. Analysen är strukturerad utifrån identifierade aktörer som bedömts vara direkt eller indirekt påverkade av den nationella digitala infrastrukturen.

Analysen utgår från att den övergripande arkitektoniska inriktningen för NDI som presenterades i februari 2025 och som preciseras ytterligare i rapporten *Etableringen av en nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården och för primäranvändningen enligt EHDS-förordningen*.^{8,9} Det innebär i korthet att infrastrukturen som huvudprincip har en federerad struktur för datadelning, det vill säga det kliniska informationsutbytet sker direkt mellan aktörer och inte via en mellanhand. Infrastrukturen är därmed huvudsakligen en möjliggörare för detta utbyte.

4.1 Nollalternativet

Nollalternativet, det vill säga det framskrivna nuläget, är en beskrivning av hur det nuvarande tillståndet kring primäranvändning av hälsodata förväntas förändras i framtiden om den tänkta utvecklingen och implementeringen av NDI *inte* genomförs.

Den demografiska utvecklingen i Sverige och många andra länder innebär att andelen äldre i befolkningen ökar stadigt. Detta leder till ett växande behov av hälso- och sjukvård, där många patienter har komplexa vårdbehov och ofta är beroende av insatser

⁸ E-hälsomyndigheten, *Genomförandet av en nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvård och EHDS primäranvändning, Slutredovisning av regeringsuppdrag (S2023/02108 (delvis), S2024/01201 (delvis) och S2024/02156 (delvis))*, 2025.

⁹ E-hälsomyndigheten, *Etableringen av en nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården och för primäranvändningen enligt EHDS-förordningen Dnr 2025/00346*, 2025

från flera olika vårdgivare. För äldre personer med komplexa vårdbehov kan det dessutom vara särskilt svårt att själva överföra information om sin vårdhistorik. Det ställer höga krav på samordning och informationsdelning mellan vårdaktörer. Det är givetvis svårt även för andra patientgrupper att överföra information om sin vårdhistorik.

Särskilt utmanande är delning av hälsodata mellan den regionala hälso- och sjukvården å ena sidan och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen å andra sidan, vilket särskilt drabbar den äldre delen av befolkningen som ofta kan ha komplexa vårdbehov.¹⁰ Det finns även en hel del vård som bedrivs i en annan region än den som patienten tillhör vilket innebär behov av att föra information mellan regioner samt mellan regionen där patienten får vård och patientens hemkommun som kan tillhöra en annan region.

Samtidigt har vården blivit alltmer specialiserad och fragmenterad. Framsteg inom medicinsk vetenskap har lett till fler specialiteter, vilket möjliggör mer individanpassad och avancerad vård. Det finns dessutom ett växande antal aktörer som bedriver vård. Genom denna utveckling, som sannolikt kommer att fortsätta, kommer det troligtvis bli allt vanligare att flera olika vårdgivare är involverade i en patients behandling och att antalet patienter i behov av vård från fler olika vårdgivare ökar. Det innebär en ökad risk för att det kommer att bli fler fall där nödvändig information inte når fram givet nuvarande möjligheter till informationsdelning. I det fall en nationell digital infrastruktur inte genomförs kan det således innebära att patientsäkerhetsrisker och antalet vårdskador ökar.

Inom en region sker idag mycket informationsutbyte i regionens gemensamma journalsystem, det gäller ofta även privata vårdgivare som har avtal med regionen. För att få tillgång till patientuppgifter från en annan region finns det däremot i huvudsak två riktäckande tjänster som möjliggör för vårdpersonal att se delar av en patients hälsodata. Den ena tjänsten är nationell patientöversikt (NPÖ) inklusive de bakomliggande tjänsterna t.ex. kring identitet som tillhandahålls av Inera AB (Inera). Den andra är Nationell läkemedelslista (NLL) som tillhandahålls av E-hälsomyndigheten. Dessa tjänster möjliggör att dela vissa hälsodata för primäranvändning redan idag. I de fall den nationella digitala infrastrukturen inte utvecklas och implementeras kommer dessa tjänster troligtvis, i huvudsak, vara de tjänster som vårdpersonalen kommer använda för att ta del av patienters hälsodata när information finns i ett annat system, till exempel i en annan region.

Det är frivilligt för vårdgivare att ansluta sig till NPÖ och upp till vårdgivaren att besluta om vilken information som ska visas upp och delas med andra vårdgivare. Därav kan det

¹⁰ SOU 2020:80 *Äldreomsorgen under pandemin*.

skilja sig åt mellan vårdgivare och journalsystem gällande vilken information som visas upp i tjänsten. Det pågår arbete i regioner, kommuner och hos privata vårdgivare med att utöka den information som tillgängliggörs i NPÖ. Fler och fler vårdgivare kommer sannolikt att ansluta sig till NPÖ och nyttan med tjänsten kommer då att öka. För vård som är helt privat finansierad är det däremot inte möjligt att dela information via NPÖ.¹¹

Nuvarande infrastruktur skulle behöva anpassningar för att uppfylla kraven i EHDS-förordningen till exempel gällande att alla vårdgivare måste kunna ansluta sig och att det ska vara möjligt att dela uppgifter även för privat finansierad vård. Därutöver kommer till exempel, i motsats till nuvarande ordning, huvudregeln att vara att åtkomst till patientuppgifter som delas sker utan samtycke från patienten men med en möjlighet för patienten att begränsa åtkomst till data helt eller delvis, alternativt helt stå utanför delning av data (opt out) om Sverige inför den möjligheten.

Det saknas detaljerad information om vilka investeringar i utveckling som regioner och kommuner kommer att genomföra. Oavsett kraven i EHDS-förordningen och utvecklingen av NDI kommer kommuner, regioner och privata aktörer emellertid framöver att ha kostnader för teknisk utveckling för att förbättra och anpassa sina system för att kunna dela mer data och dela data på nya sätt.

De detaljerade kraven i de specifikationer som ska användas har inte fastställts av EU-kommissionen vilket försvårar bedömningen av de nödvändiga investeringarna. I det fall Sverige inte uppfyller kraven enligt EHDS-förordningen vad gäller harmonisering och möjligheter till utbyte av hälsodata skulle det innebära en risk för sanktioner för Sverige samt risk att den svenska hälso- och sjukvården halkar efter i digitaliseringen.

4.2 Konsekvenser för patienter och invånare

I dagens system finns betydande risker för informationsglapp i vårdkedjan, särskilt när patienter har kontakt med flera vårdgivare. Information överförs inte automatiskt mellan system och i de fall vårdgivaren inte har tillgång till patientens uppgifter tvingas ofta patienterna själva återberätta sin sjukdomshistoria. Även anhöriga till patienter som behöver anhörigas stöd vid vårdkontakter, belastas i onödan av att behöva vara bärare av information mellan vårdkontakterna. Att patientinformation inte överförs mellan olika vårdkontakter på ett smidigt sätt kan leda till att viktig information om exempelvis diagnoser, provsvar, läkemedel och vårdbehov inte når fram, vilket i sin tur riskerar att exempelvis orsaka felbehandlingar och onödiga provtagningar.

¹¹ Inera AB, Nationell patientöversikt – NPÖ. www.inerare/tjanster/alla-tjanster-a-o/npo---nationella-patientoversikt/. [hämtad 2025-10-28]

Behovet av att föra över information är särskilt stort för patienter med många vårdkontakter som sker hos olika vårdgivare exempelvis inom både kommunal hälso- och sjukvård och regional specialist- och primärvård. Detta gäller i synnerhet äldre patienter med komplexa vårdbehov, som kan ha svårt att själva återberätta sin sjukdomshistorik för olika vårdkontakter. För dessa grupper är det avgörande att behandlande vårdpersonal, oavsett vårdinformationssystem och organisationstillhörighet, har tillgång till samma information om patienten och därigenom kan ge patienten den bästa vården.

Den demografiska utvecklingen, tillsammans med medicinska framsteg och ökad livslängd, har lett till att antalet äldre patienter är högt och förväntas fortsätta öka. Då äldre ofta har komplexa vårdbehov och många olika vårdkontakter växer därmed utmaningarna kring behovsanpassad tillgång till information som kan delas mellan vårdgivare. Enligt en rapport från Myndigheten för vårdanalys uppger många äldre att läkare inom specialistvården saknade grundläggande information från den ordinarie läkaren, såsom testresultat eller anledning till besöket.¹²

Genom EHDS-förordningen stärks patientens rätt till insyn och kontroll över sina hälsodata. Denna rättighet kommer att kunna utövas via de digitala tjänster (så kallade tillgångstjänster) som tillhandahålls med hjälp av NDI.

4.2.1 Nyttor för patienter och invånare

Patienter i Sverige har redan i dag möjlighet att ta del sina hälsodata digitalt genom de frivilliga tjänster som regionerna tillhandahåller. EHDS-förordningen kommer att ställa krav på att patienterna ska få tillgång till de prioriterade kategorierna¹³ av hälsodata vilket i många fall kan vara lägre krav än det som patienten har tillgång till i dag. Vilka krav på tillgång till data som svensk lagstiftning kommer kräva är ännu inte fastlagt.

Mot den bakgrunden är det utmanande att analysera vilken ytterligare nytta införandet av en nationell digital infrastruktur inom hälso- och sjukvården innebär vad gäller att patienter får direkt tillgång till sina hälsodata samt möjlighet att kontrollera vem som får ta del av dem. Rättigheten att få tillgång till sina hälsodata stärker emellertid patientens självbestämmande och möjlighet till en mer aktiv delaktighet i sin egen vård, även om möjligheten ofta erbjuds redan i dag.

¹² Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Vården ur befolkningens perspektiv, 65 år och äldre*, 2025.

¹³ De prioriterade kategorierna är patientöversikter, elektroniska recept, elektroniska expedieringar, bilddiagnostiska undersökningar och relaterade rapporter om bilddiagnostik, resultat av medicinska undersökningar, inklusive laboratorieresultat och andra diagnostiska resultat och relaterade rapporter samt utskrivningsrapporter, Artikel 14.1 EHDS-förordningen.

Att den personal som träffar patienter får förbättrad tillgång till journaluppgifter från tidigare vårdkontakter har potential att minska antalet vårdskador som uppstår till följd av bristande informationsöverföring. För att informationen ska skapa nytta förutsätter det emellertid att personalen har tid och möjlighet att tillgodogöra sig informationen (se vidare under avsnitt 4.3 Konsekvenser för medarbetare i hälso- och sjukvården).

Förbättrad tillgång till information bidrar också till bättre möjligheter att undvika onödiga upprepningar av provtagning och diagnostik, vilket i sin tur sparar resurser och minskar patientens belastning av onödiga vårdkontakter. För de patienter som annars skulle drabbas av allvarliga vårdskador innebär detta inte bara minskat lidande, utan även att sjukskrivning och förlorad arbetsinkomst kan undvikas. Dessutom förbättras tryggheten för patienterna genom att patienten eller anhöriga slipper ansvaret att återge sjukdomshistorien vid varje vårdmöte. Vårdmötet kan i stället användas till att fokusera på patientens aktuella behov och vårdinsatser. Behovet av korrekt och tillgänglig information är särskilt stort för patienter som har svårt att själva redogöra för sin situation, exempelvis på grund av minnesproblematik, kognitiv nedsättning, språkbarriärer, medvetlöshet eller annat.

En förenklad och säker överföring av patientinformation mellan vårdgivare stärker även patientens ställning genom att underlätta byte av vårdgivare utan att viktig medicinsk information går förlorad. Patienter får dessutom möjlighet att se vem som har haft tillgång till deras journaluppgifter och möjlighet att, genom att begränsa åtkomst till data, besluta om vem som får tillgång till vilken information.¹⁴ Det stärker kontrollen och tilliten till systemet ytterligare.

Genom att etablera gemensamma tekniska lösningar och standarder som gäller oberoende av region, kommun eller vårdgivare bidrar NDI till ökad jämlikhet. Utifrån kraven i EHDS-förordningen får patienter samma rättigheter att hantera sina hälsodata oavsett var i landet vården sker. NDI möjliggör att dessa rättigheter kan utövas i praktiken, vilket stärker patientens ställning och delaktighet och innebär att patienter får mer likvärdiga möjligheter över landet att ta del av sina hälsodata. Dessutom underlättar NDI informationsöverföring mellan vårdgivare, vilket gör det enklare för patienter att söka vård i andra regioner, exempelvis vid långa väntetider i hemregionen eller när specialistkompetens finns i en annan region.

¹⁴ Med vilken detaljeringsgrad som det kommer att bli möjligt att begränsa åtkomst till data och om det kommer att vara möjligt att spärra till exempel för specifika personer är ännu inte fastställt.

4.2.2 Risker för patienter och invånare

Implementeringen av EHDS-förordningen innebär en grundläggande förändring i hur patienters hälsodata hanteras. En betydande förändring är att principen om att patientens samtycke för åtkomst till uppgifter som har delats, ersätts med ett system där åtkomst sker som standard, och där patienter i stället aktivt måste välja att begränsa åtkomst till sina data eller, om Sverige inför möjligheten att helt ställa sig utanför datadelning (opt-out). Det innebär att hälso- och sjukvårdspersonal kommer att ha åtkomst till patientens uppgifter utan ett uttryckligt samtycke från patienten.

Det finns vissa patientsäkerhetsrelaterade risker kopplade till den nya ordningen. Om en patient väljer att begränsa åtkomst till sina data hos en annan vårdgivare kommer den behandlande vårdpersonalen hos den andra vårdgivaren, i enlighet med EHDS-förordningen, inte tillåtas att se att patienten har begränsat åtkomsten. Det innebär att behörig vårdpersonal kan fatta beslut i tron att de har tillgång till fullständig information, vilket i sin tur kan leda till felaktiga eller ofullständiga medicinska bedömningar. I förlängningen kan detta påverka vårdkvaliteten negativt och i vissa fall innebära att patienter inte får adekvat behandling.

Det nya systemet förutsätter därför att patienter är medvetna om sitt ansvar att själva informera vårdpersonal om relevant medicinsk historik i situationer där spärrar har lagts in. EHDS-förordningen tydliggör emellertid att patienten ska få information om risker med att begränsa åtkomst sina uppgifter. Det är därför viktigt att det skapas rutiner för att tydligt informera om detta. Att begränsa åtkomst genom att spärra sina journaluppgifter utan att förstå konsekvenserna kan utgöra en betydande risk för patientsäkerheten.

Patientens möjlighet att själv administrera spärrar via digitala tjänster innebär en stärkt kontroll över den egna informationen. Samtidigt kan detta leda till att fler väljer att begränsa åtkomsten till sina uppgifter, särskilt med tanke på att hälsodata kommer bli tillgängliga inom hela EU. Det är svårt att förutse hur många patienter som kommer att välja att begränsa åtkomst till sin data genom spärrar eller, om Sverige inför möjligheten, att helt stå utanför (opt-out). En ökad uppmärksamhet kring frågan skulle kunna påverka benägenheten att begränsa åtkomst till information.

Hur information om det nya regelverket kommuniceras till allmänheten och patienter kan ha betydelse för individers inställning till att tillåta eller begränsa åtkomst till sina patientuppgifter. En tydlig och balanserad kommunikation är därför central för att säkerställa att patienter gör informerade val som minimerar risken för bristande åtkomst till relevanta patientuppgifter för behandlande vårdpersonal.

Samtidigt som patientens rätt till integritet skyddas genom möjligheten att begränsa åtkomst till hela eller delar av sina hälsodata, innebär den ökade tillgången till information också nya risker. I takt med att mer vårdpersonal i fler organisationer, både i Sverige och inom EU, får tillgång till hälsodata ökar sårbarheten för intrång, missbruk och misstag som leder till felaktig spridning av data. Hälso- och sjukvården är redan i dag hårt utsatt för cyberattacker. Enligt MSB:s IT-incidentrapport från 2024 utgjorde hälso- och sjukvårdssektorn 72 procent av de rapporterade incidenterna från leverantörer av samhällsviktiga och digitala tjänster.¹⁵ Även om mindre än en femtedel av dessa incidenter utgjordes av faktiska cyberangrepp, visar statistiken på en hög exponering för hälso- och sjukvården.

EU-kommissionens handlingsplan för cybersäkerhet för sjukhus och vårdgivare från 2025, understryker behovet av att samtliga aktörer inom hälso- och sjukvården, från sjukhus och kliniker till företag som utvecklar medicintekniska produkter, måste implementera starka cybersäkerhetsåtgärder för att skydda känsliga hälsodata.¹⁶ Säker hantering av dessa uppgifter måste kombineras med förebyggande insatser mot intrång, tydliga ansvarsförhållanden och ett kontinuerligt arbete med att bygga tillit hos både patienter och vårdgivare.

Allvarliga säkerhetsincidenter riskerar att skada förtroendet för systemet och kan leda till att fler patienter väljer att begränsa åtkomst till sina journaluppgifter eller helt stå utanför (opt-out) i det fall Sverige inför den möjligheten. Detta i sin tur kan skapa nya patientsäkerhetsrisker.

4.3 Konsekvenser för medarbetare i hälso- och sjukvården

EHDS-förordningen förutsätter att de vårdgivare som har information om en patient kan tillgängliggöra den enligt det europeiska formatet och att vårdgivare kan ta emot uppgifterna i det europeiska formatet. Kravet som förordningen ställer är att hälso- och sjukvårdspersonal ska ha tillgång till sina patienters relevanta och nödvändiga journaluppgifter, oavsett var patienten bor.

Det är medlemsstaterna som har skyldigheten att säkerställa att hälso- och sjukvårdspersonal kan ta del av de prioriterade kategorierna när de behandlar en patient. I rapporten *Etableringen av en nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården och*

¹⁵ Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, *Verktyg för ökad motståndskraft och stärkt civilt försvar – Årsrapport it-incidentrapportering, 2024*.

¹⁶ Europeiska kommissionen, *europeisk handlingsplan för cybersäkerhet för sjukhus och vårdgivare, 2025*.

för primäranvändningen enligt EHDS-förordningen föreslås att staten, genom E-hälsomyndigheten, ska tillhandahålla en tillgångstjänst för den hälso- och sjukvårdspersonal som inte kan få tillgång till de prioriterade kategorierna genom vårdgivarens egna system.¹⁷ Den kanske största möjligheten till att uppnå stora effektiviseringsvinster med NDI ligger emellertid i att det blir möjligt att skapa nytta av informationsutbytet direkt i journalsystemen.

Det finns inte någon enkel koppling mellan införande av digitala lösningar och minskad administration för hälso- och sjukvårdspersonal. När dataproduktionen ökar och blir mer komplex ställs högre krav på användaren för att kunna använda informationen på ett effektivt sätt och dra nytta av det. För att system och tjänster som byggs inom ramen för NDI ska leda till minskad administration krävs att dessa är både användarvänliga och integrerade i vårdens arbetsflöden. Det krävs också interoperabilitet mellan olika system för att minska dubbelarbete och manuell hantering av data, dvs. lägga in eller flytta samma information i eller mellan olika system. Vikten av utbildning och förändringsledning för att personalen ska kunna använda systemen effektivt ska inte heller underskattas.

Eftersom sjuksköterskor och läkare är de största yrkesgrupper som idag använder de befintliga digitala tjänsterna från Inera, är det rimligt att anta att det är dessa yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården som även kommer att beröras mest av NDI. Av den anledningen fokuserar analysen på dessa yrkesgrupper. Det finns förstås även andra yrkeskategorier som kommer att påverkas av den nya ordningen.

4.3.1 Nyttor för medarbetare i hälso- och sjukvården

Tillgång till relevant och lättåtkomlig information är avgörande för att effektivisera det kliniska arbetet. När information är samlad och tillgänglig i användarvänliga gränssnitt kan onödiga och dubblerande undersökningar minskas, vilket sparar både tid och resurser. Dessutom minskar den tid som vårdpersonal behöver lägga på att söka efter information, vilket frigör kapacitet för patientnära arbete och bidrar till ökad kvalitet och säkerhet i vården.

Läkare och sjuksköterskor lägger i dag en hel del tid på administration. Enligt en studie från Vårdförbundet ägnar sjuksköterskor inom kommunal hälso- och sjukvård i genomsnitt cirka 20 procent av arbetstiden åt mötet med patienten. Det indirekta

¹⁷ E-hälsomyndigheten, *Etableringen av en nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården och för primäranvändningen enligt EHDS-förordningen Dnr 2025/00346*, 2025.

patientarbetet som består av dokumentation och planering står för ungefär halva arbetstiden. Det indirekta patientarbetet handlar till största delen om arbete framför datorn med olika IT-system. I studien har administrationen kvantifierats och kostnadsberäknats och där framgår bland annat att sjuksköterskorna lägger tid på IT-relaterad administration så som att registrera statistik, registrera information i kvalitetsregister, inloggning flera gånger per dag, datorstrul med mera. Vidare läggs även tid på icke-värdeskapande administration som att leta efter material, leta efter personer, interna möten och väntetider. I studien skriver Vårdförbundet ”Den totala kostnaden för de olika arbetsmomenten som kategoriseras inom det indirekta patientarbetet och som sjuksköterskan utför framför en skärm eller i olika IT-system uppgår enligt våra beräkningar till 45,5 miljarder kronor årligen”.¹⁸

Även om tjänsterna och systemen som utvecklas av E-hälsomyndigheten inom ramen för regeringsuppdraget att utveckla NDI inte fullt ut kan sägas minska alla de administrativa uppgifterna som Vårdförbundet lyfter, är det inte helt orimligt att anta att den nationella digitala infrastrukturen möjliggör en mer effektiv informationsdelning vilket kan bidra till att hälso- och sjukvården kan effektivisera sitt arbete. En behörig sjuksköterska kan då exempelvis begära att få se journaluppgifter om sin patient, till exempel en patientöversikt. Tack vare patientdataindex (PDI) och den nationella tjänstadresseringskatalogen (NTK) kan vårdgivare som har journaluppgifter om en patient hittas samt informationen inhämtas, sammanställas och visas för behandlande vårdpersonal hos en annan vårdgivare.

Effektiviseringspotentialen är stor om vårdpersonalens åtkomst till journaluppgifter från andra journalsystem integreras i det ordinarie arbetsflödet i det egna journalsystemet på ett sätt som lämpar sig vid varje given situation. Vårdpersonalen blir då inte längre beroende av att göra uthopp till centralt tillhandahållna lösningar där information om patienten finns och där det saknas möjlighet att begränsa information till den information som behövs i det aktuella vårdmötet med patienten. Personalen kommer därmed spara tid som annars behöver läggas på att logga in i olika system, leta, inhämta och sortera i information. På det sättet kan informationen också bli tillgänglig för journalsystemintegrerade beslutsstöd. Detta gör att dubbeldokumentation kan undvikas, genom att uppgifter som behöver överföras till den egna journalen då kan överföras automatiskt, exempelvis information om provsvar och läkemedel.

Enligt Socialstyrelsens statistikdatabas fanns det år 2024 totalt 134 581 sysselsatta sjuksköterskor i Sverige, varav 118 356 yrkesaktiva i överensstämmelse med legitimation

¹⁸ Vårdförbundet, *Den dumma digitaliseringen – En studie om sjuksköterskors digitala arbetsmiljö*, 2025.

eller yrkesbevis.¹⁹ Inom ramen för detta arbete har det inte varit möjligt att närmare kartlägga hur stor andel av dessa som arbetar patientnära, i ledande befattningar eller med verksamhetsutveckling. Det har inte heller varit möjligt att analysera deras sysselsättningsgrad. För att illustrera den potentiella effektiviseringsvinsten kan däremot ett antagande göras: om cirka 70 procent av sjuksköterskorna inom hälso- och sjukvården (motsvarande cirka 82 849 personer) arbetar patientnära och sparar 15 minuter per arbetsdag genom förbättrade system och tjänster samt NDI, så motsvarar detta en årlig besparing på cirka 1,8 miljarder kronor för hälso- och sjukvården.²⁰ Motsvarande beräkningar skulle kunna genomföras för läkare, men har inte inkluderats i denna analys. Syftet är inte att presentera exakta besparingsbelopp, utan att ge en övergripande bild av den potentiella effektiviseringsvinsten. Det bör också noteras att besparingen inte ska betraktas som en reell nyttohemtagning när infrastrukturen är på plats utan nyttan realiseras när hälso- och sjukvården ändrar sina system och processer.

Tidsbesparingen till följd av minskad administration kan även ha andra nyttor som är svåra att uppskatta i monetära termer. Det kan exempelvis handla om förbättrad arbetsmiljö, minskad stress och ökad trivsel på arbetsplatsen. Det kan också leda till ökad upplevelse av meningsfullhet när personalens kompetens används i högre grad till vad de är utbildade för och inte till onödig administration. I förlängningen kan reducerad stress och förbättrad arbetsmiljö också leda till minskad sjukfrånvaro hos hälso- och sjukvårdspersonal.

4.3.2 Kostnader för medarbetare i hälso- och sjukvården

För medarbetare i hälso- och sjukvården kan införandet av nya digitala system innebära en initial belastning i form av tid och ansträngning för att lära sig nya system, arbetssätt och processer. Det krävs tid för utbildning och för att anpassa verksamheten till de nya möjligheter som den digitala infrastrukturen medför. Kostnaderna belastar i första hand arbetsgivare och huvudmän i egenskap av vårdgivare men förändringarna kan medföra ökad arbetsbelastning och stress för personalen under övergångsperioden.

4.4 Konsekvenser för regioner

Regionerna ansvarar både för att organisera och finansiera vården samtidigt som regionerna är utförare eller beställare av vård. Regionerna kommer därför att påverkas på flera plan vad det gäller införandet av en nationell digital infrastruktur. De konsekvenser

¹⁹ Socialstyrelsen, *Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal*, 2025.

²⁰ SCB, Lönestatistik för sjuksköterskor, <https://www.scb.se/lonestatistik/Sjukskoterska/> [hämtad 2025-11-25].

som redogörs för nedan antas uppstå som en följd av att regionerna utifrån kommande författningskrav ansluter sig till de nödvändiga komponenterna i NDI. De krav som kommer att gälla för anslutning och användning av NDI kommer att ställas mot vårdgivare och det kommer att vara möjligt för vårdgivare att använda sig av ombud exempelvis Inera. Så länge anslutningen uppfyller regelverket för respektive NDI-komponent ges vårdgivare rådighet över sitt sätt att ansluta sina lösningar till NDI och det är upp till varje anslutande part att själv analysera vad som kommer vara det mest ändamålsenliga sättet.

4.4.1 Nyttor för regioner

En nationell digital infrastruktur där alla vårdgivare, även privatfinansierade vårdgivare, är anslutna skulle kunna generera betydande nytta. I dagsläget är det inte möjligt att säkerställa tillgång till all relevant information om patienten vid vårdövergångar eller när patienten söker vård i annan region eller kommun.

Vård för patienter som bedrivs av olika vårdgivare till exempel regioner och kommuner, skulle underlättas genom att alla vårdgivare använder en och samma infrastruktur och att det blir obligatoriskt att dela data. Den största nyttan uppstår således vid vårdövergångar, men också vid akuta situationer och i vård av multisjuka patienter där en helhetsbild i realtid vid vårdmötet är särskilt viktigt. Genom tillgång till information kan patientmöten förberedas och genomföras på ett bättre sätt.

Vårdgivare kommer genom EHDS-förordningen och nationell reglering ha rätt att få åtkomst till hälsodata hos andra vårdgivare inom bestämda kategorier av information och för specifika ändamål. Detta möjliggörs genom den sammanhållna infrastrukturen för identitet och behörighet.²¹ Genom bättre och mer lättillgänglig patientinformation för behandlade vårdpersonal kan felbehandlingar och vårdskador reduceras. En högre patientsäkerhet kan också innebära att färre patienter behöver ytterligare vårdinsatser till följd av tidigare vårdrelaterade skador. På sikt kan detta bidra till ett minskat behov av hälso- och sjukvårdsresurser och därmed en minskning av regionernas kostnader.

Därutöver kan vårdflöden bli effektivare samt att besparingar i form av minskad administration kan uppnås till exempel genom minskad dubbeldokumentation. Även tiden som läggs på att logga in i olika system kan komma att minska samt att det finns en stor potential i att minska förekomsten av att samma undersökningar görs flera gånger, då information om vilka undersökningar som redan har genomförts tidigare, kan ha saknats.

²¹ Ett arbete som bedrivs av Digg i samarbete med E-hälsomyndigheten, se vidare avsnitt 4.7.1 för beskrivning av vilka nyttor som detta kan ge.

Under 2024 fick drygt 300 000 patienter vård i en annan region än den där de är folkbokförda.²² Detta sker bland annat när väntetiderna är kortare i en annan region eller när den regionen har särskild specialistkompetens. För att denna typ av vård ska fungera effektivt krävs en säker och välfungerande informationsöverföring mellan regionerna. Genom att nyttja möjligheterna med NDI kan informationsutbytet förbättras och vårdprocesserna effektiviseras.

Vid överflyttning av patienter från intensivvårdsavdelning till vårdavdelning eller från en region till en annan, krävs att omfattande patientinformation följer med. På intensivvårdsavdelningar används ofta ett annat journalsystem än huvudjournalsystemet, vilket kan leda till informationsgap och dubbeldokumentation. Ett exempel på detta är att informationsöverföringen i dag kan ske genom att en PDF-fil skickas mellan systemen. Denna manuella hantering medför att sjuksköterskor i genomsnitt lägger cirka 45 minuter per patient på att sammanställa och överföra uppgifter.²³ En manuell hantering av informationsöverföring innebär en betydande tidsåtgång, risk för informationsförlust samt risk för fel.

Vid antagandet att motsvarande tidsåtgång som i exemplet ovan även gäller vid överflyttningar mellan regioner eller när en person får vård i en annan region och att tidsåtgången för vårdpersonal per övergång och patient skulle kunna halveras skulle det innebära en tidsvinst på 22,5 minuter per övergång. I det fall NDI möjliggör en sådan tidsvinst skulle den årliga kostnadsbesparingen inom hälso- och sjukvården uppgå till ett femtiotal miljoner kronor. Räkneexemplet baseras på antalet patienter som får vård i en annan region än patientens hemregion. Det finns även andra typer av övergångar t.ex. mellan vård i region och kommun. Om motsvarande tidsvinster kan uppnås även i dessa fall skulle besparingen kunna öka då flödet av patienter skulle kunna var större än i exempelfallet och därmed den totala tidsvinsten och kostnadsbesparingen för hälso- och sjukvården.

Till viss del är dessa nyttor redan realiserade i de tillgångstjänster som regionerna har utvecklat genom Inera. Tjänsten nationell patientöversikt (NPÖ) möjliggör för behandlande vårdpersonal att i vårdmötet få tillgång till en översiktlig ögonblicksbild av den patientinformation som finns hos andra anslutna vårdgivare som har valt att dela data. Anslutning till NPÖ är dock frivilligt och det är även upp till vårdgivaren där informationen finns att avgöra vilka datamängder som ska delas. Därutöver kan inte heller privat finansierad vård göras tillgänglig genom tjänsten. Att genom författning

²² Socialstyrelsen, *Statistik om patienter som får vård i en annan region*, <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/patienter-som-far-var-d-i-en-annan-region/>. [hämtad 2025-10-28].

²³ Vitalis, *Vårdens systemutmaning – när journalsystemen möter framtiden*, 2025.

ställa krav på såväl anslutning till den nationella digitala infrastrukturen som vilka datamängder som ska delas, skulle öka ovan nämnda nyttor jämfört med dagens lösning. Att kvantifiera dessa inkrementella nyttor för regionerna jämfört med dagens system låter sig emellertid inte göras.

I dag saknas statistik över hur stor andel av vårdskadorna i hälso- och sjukvården som beror på just brister i informationsöverföringen. Det är därför inte möjligt att utifrån den statistik som i dagsläget finns att tillgå göra tillförlitliga beräkningar av effekterna på patientsäkerhet och kvalitet i hälso- och sjukvården. Det är dock rimligt att anta att ju större svårigheter patienten själv har att redogöra för sin situation, på grund av allt från minnesluckor, kognitiv nedsättning, språkbarriärer till medvetlöshet, desto större blir nyttan av att ha tillgång till rätt information om patienten. Riksrevisionen skriver i sin rapport *Lex Maria och lex Sarah – statens arbete mot vårdskador och missförhållanden inom vård och omsorg av äldre* att en av de vanligaste orsakerna till en lex Maria-anmälan är brister i informationsöverföring.²⁴ Även Socialstyrelsen tar upp brister i informationsöverföring mellan vårdenheter som en stor patientsäkerhetsrisk.²⁵

En översiktlig beräkning baserad på förenklade antaganden och tillgänglig statistik kan ge en indikation på de möjliga ekonomiska vinsterna med att införa NDI. Färre vårdskador kan minska behovet av extra vård dygn, vilket i sin tur leder till lägre kostnader. Enligt *Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2020* från Socialstyrelsen var cirka 20 procent av Sveriges befolkning över 65 år och antalet vård dagar för dem uppgick till nästan 4 miljoner, vilket motsvarar 53 procent av all vård tid.²⁶ För 2019 har genomsnittskostnaden (oviktat medeltal) för ett dygn i sluten vård beräknats till 11 982 kronor.²⁷ Den högsta beräknade genomsnittskostnaden för ett vård dygn i en region var drygt 17 000 kronor och den lägsta knappt 10 000 kr. Därmed kostade antalet vård dagar för personer över 65 år ca 48 miljarder kronor. I en undersökning av vården för personer 65 år och äldre från Vård- och omsorgsanalys svarade 69 procent av dem över 65 år att de har en fast läkare eller sjuksköterska som ger dem vård.²⁸ Trots detta visar resultaten också på brister avseende vårdens samordning. Resultaten i rapporten visade att Sverige är det land där flest svarar att vården saknat nödvändig information om patienten i samband med och efter ett besök hos en läkare i specialistvården. Om vårdgivarna tar

²⁴ Riksrevisionen, *Lex Maria och lex Sarah – statens arbete mot vårdskador och missförhållanden inom vård och omsorg av äldre (RiR 2023:4)*, 2023.

²⁵ Socialstyrelsen, Kommunikation och informationsöverföring, <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-vardskador/riskomraden/kommunikation-och-informationsoverforing/>. [hämtad 2025-10-19].

²⁶ Socialstyrelsen, *Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2020*, 2020.

²⁷ SKR, *Fakta om vårdplatser*, 2022.

²⁸ Vård- och omsorgsanalys, *Vården ur befolkningens perspektiv, 65 år och äldre*, 2022.

tillvara på de möjligheter som NDI medför vid utformningen av sina journalsystem och det skulle leda till att antalet vårddagar minskar med 1 procent, så skulle det minska kostnaderna med 480 miljoner kronor per år.

Minst 20 procent av resurserna avsatta för hälso- och sjukvård beräknas gå till spillo genom tester, undersökningar och behandlingar som inte är av värde för patienterna.²⁹ I Sverige genomfördes nästan 6 miljoner radiologiska undersökningar (röntgen, DT och MR) 2018.³⁰ Priset per undersökning varierar, men en undersökning kan kosta flera tusen kronor. Exempelvis kostar en röntgen av lungor 4 200 kronor hos en privat vårdgivare.³¹ Genom bättre informationsdelning kan det undvikas att redan genomförda undersökningar upprepas. Vid ett antagande om att 5 procent av alla undersökningar dupliceras på grund av bristande information och de i genomsnitt kostar 2 000 kronor skulle det innebära att kostnaden för dessa uppgår till cirka 600 miljoner kronor per år. Om vårdgivarna tar tillvara på de möjligheter som NDI medför vid utformningen av sina journalsystem och det skulle leda till att 10 procent av de onödiga undersökningarna undviks, minskar kostnaderna med 60 miljoner kronor per år.

Även i krissituationer är en effektiv informationsdelning viktig. Regeringen har 2025 föreslagit ändringar i hälso- och sjukvårdslagen som tydliggör kommuners och regioners ansvar att bistå varandra vid kriser, höjd beredskap och katastroftillstånd.³² För att möjliggöra effektiv och patientsäker vård i sådana situationer krävs att patienters journaluppgifter snabbt kan delas mellan vårdgivare även i andra regioner eller kommuner. NDI bidrar till detta genom att underlätta informationsöverföring och stärker därmed hälso- och sjukvårdens krisberedskap.

Sammanfattningsvis kan ovan beskrivna nyttor både minska kostnaderna för regionerna och bidra till att frigöra värdefull tid för vårdpersonalen. I nuläget står regionerna inför stora utmaningar med att rekrytera rätt kompetens, vilket bland annat har lett till att många vårdplatser inte kunnat bemannas i tillräcklig omfattning.³³ All tid som frigörs hos vårdpersonalen kan potentiellt användas där det råder brist på personal. Så länge det råder brist på vårdpersonal kommer den tid som frigörs inte i första hand leda till lägre kostnader utan till att kunna använda medarbetarnas kompetens där de gör större nytta och möjliggöra till exempel att öppna vårdplatser där personal har saknats, vilket även kan bidra till minskade vårdköer.

²⁹ Svenska läkaresällskapet, *Rapport från arbetsgruppen för Kloka Kliniska Val*, 2023.

³⁰ Strålsäkerhetsmyndigheten, *Radiologiska undersökningar i Sverige under 2018, 2020*.

³¹ Läkarlabbet, prislista, <https://www.lakarlabbet.se/prislista/>. [hämtad 2025-10-29].

³² Regeringens proposition 2024/25:167, *Hälso- och sjukvårdens beredskap*, 2025.

³³ Socialstyrelsen, *Plats för vård*, 2024.

4.4.2 Kostnader för regioner

För att implementera en nationell digital infrastruktur fullt ut kommer det att krävas ett strukturerat, gemensamt och målinriktat arbete vad gäller nationellt enhetlig tillämpning av termer och begrepp, informationsstruktur samt systematisk vårddokumentation. Att enhetliggöra och strukturera data kan därför innebära betydande kostnader i övergångsfasen. Regionerna kommer att behöva bygga upp tillräcklig kompetens inom områden som informatik, standardisering och terminologi samt göra förändringar avseende datahantering, informationssystem och processer. Det medför dessutom att vårdpersonal behöver utbildas, både i användningen av de nya eller förändrade systemen och i nya arbetssätt för att dokumentera och hantera information. Nya krav på hur information ska delas kan därutöver innebära behov av investeringar i ny teknik och att befintliga vårdssystem och arbetssätt kan behöva omformas inte minst för att tillgodose de stärkta patienträttigheterna till exempel gällande att begränsa åtkomst till sina data genom en spärrfunktion.

Förutsättningar för regionerna skiljer sig åt, både vad det gäller tillgång till rätt kompetens för att genomföra förändringarna men också kring vilka tekniska system som de har i dag. Flera regioner har nyligen bytt vårdinformationssystem och andra är i processen av att byta. De flesta regioner hanterar dessutom i dag ett stort antal system som innehåller patientuppgifter, ibland flera hundra sådana system. Vilka system som kommer att omfattas av de nationella kraven, och därmed ska anslutas till den gemensamma lösningen, kommer därför att ha stor påverkan på kostnadsbilden.

En region med flera separata system som innehåller patientuppgifter där systemen måste anpassas till den nationella digitala infrastrukturen kommer således att få högre kostnader vad gäller tekniska anpassningar. Ju fler system som behöver anslutas desto större behov av tekniska anpassningar, utbildningsinsatser och förändrade arbetssätt vilket påverkar resursåtgång både vad gäller kompetens och ekonomiska medel. Därutöver kan kostnaderna för regionerna variera som en följd av vilken teknisk lösning deras nuvarande system har. Vilka av Ineras befintliga tjänster som kommer kunna återanvändas har också stor påverkan på investeringskostnadernas storlek.

Alla dessa skillnader i regionernas förutsättningar kommer att påverka hur mycket förändringen kommer att kosta för respektive region. Det är dessutom ofta förenat med betydande svårigheter att uppskatta kostnaden för anpassning av tekniska system. Detta beror främst på att det sällan är den tekniska lösningen i sig som utgör den största kostnadsposten. I stället påverkas den totala kostnaden av ett flertal andra faktorer. Innan en anslutning kan genomföras krävs vanligtvis omfattande förberedelser, såsom utredningar för att identifiera berörda system, juridiska analyser, framtagning av nya avtal

samt förändringar i etablerade arbetssätt. Ofta är även utbildningsinsatser för personalen nödvändiga för att möjliggöra användning av nya system eller rutiner.

Införandet av NDI kommer sannolikt att innebära behov av nya arbetssätt och rutiner för personalen inom regionerna vilket i sin tur kan innebära ökade utbildningsbehov under en övergångsperiod. År 2024 var cirka 70 000 sjuksköterskor verksamma inom regionerna.³⁴ Om samtliga dessa sjuksköterskor skulle genomgå en utbildning på 8 timmar, skulle det motsvara totalt 560 000 timmar. Det skulle innebära en kostnad på drygt 263 miljoner kronor i förlorad arbetstid.

Vidare genomförs sådana utvecklingsinsatser sällan som separata projekt, utan ofta integreras det i den löpande verksamhetsutvecklingen. Detta försvårar möjligheten att särskilja och kostnadsberäkna insatserna. Utöver direkta kostnader tillkommer även indirekta effekter, såsom produktionsbortfall, undanträngning av andra arbetsuppgifter och investeringar samt andra svårbedömda konsekvenser. Sammantaget innebär detta att det är mycket utmanande att ta fram en tillförlitlig kostnadsuppskattning i varje region. Därav är det inte heller möjligt att göra en tillförlitlig kostnadsuppskattning för regionerna som helhet.

I den rapport som tagits fram av Nätverket för Sveriges regioners IT-direktörer (SLIT) framgår att genomsnittskostnader för IT som andel av omslutningen ökat från 2021 och framåt efter att ha legat på samma nivå sedan mätningarna startade för 20 år sedan. I rapporten konstateras att det är svårt att prognostisera hur kostnadsbilden framöver kommer att utvecklas.³⁵ Sannolikt kommer kraven i EHDS-förordningen och anslutning till NDI inledningsvis leda till en betydande ökning av regionernas IT-kostnader men det ska ställas mot nyttorna som beskrivits ovan som realiseras successivt över en längre tidsperiod men som på sikt bör leda till effektivisering i vården.

4.5 Konsekvenser för kommuner

Kommunerna har ett omfattande hälso- och sjukvårdsuppdrag inom primärvården och elevhälsan. Kommunerna har ett stort antal vårdgivare och många olika system men deras anslutning till befintliga digitala tjänster är låg. Olika journalsystem används för äldrevården och elevhälsan. Det kan dessutom finnas flera olika journalsystem inom primärvården bland de kommuner som ingår i en viss region och därtill ytterligare journalsystem inom elevhälsan. Även i de fall kommunerna använder samma

³⁴ Sveriges Kommuner och Regioner, *Fakta om personalen i välfärden: Sjuksköterskor i kommuner och regioner*, 2024.

³⁵ Nätverket för Sveriges regioners IT-direktörer (SLIT), *IT och digitalisering i hälso- och sjukvården*, 2025.

journalsystem behöver det inte betyda att det finns en gemensam informationsstruktur. Detta försvårar informationsdelning och nyttjande av digitala tjänster.³⁶

4.5.1 Nyttor för kommuner

En del av nyttan med delning av hälsodata har redan börjat realiseras för kommunerna genom Ineras tjänsteplattform som bland annat möjliggör tillgångstjänster, såsom Nationell Patientöversikt (NPÖ). Samtliga kommuner använder NPÖ för att ta del av hälsodata från andra vårdgivare, och många gör även viss information från sina egna system tillgänglig för andra aktörer. Trots detta är det fortfarande långt ifrån alla kommuner som aktivt delar information via NPÖ, och det råder stor variation i vilken typ av information som görs tillgänglig.

Av de 73 kommuner som i dag visar information i NPÖ är det endast sex som till exempel visar tillväxtkurvor.³⁷ Detta visar på en betydande outnyttjad potential för ökad datadelning, vilket i sin tur kan generera större nytta för både vårdgivare och patienter. Mer enhetlig tillämpning av informationsdelning mellan kommuner och andra vårdaktörer skulle innebära stora vinster.

Tillgängliggörande av hälsodata genom den nationella digitala infrastrukturen bedöms avsevärt öka nyttan jämfört med dagens situation. Genom att nödvändig information blir tillgänglig på ett förutsägbart och strukturerat sätt skapas bättre förutsättningar för en sammanhållen vård. Patientens journaluppgifter kan följa med sömlöst vid övergångar mellan olika vårdgivare, både inom en kommun och mellan olika kommuner samt mellan regional och kommunal hälso- och sjukvård.

Informationsöverföringen underlättas även vid övergången mellan regional hälso- och sjukvård och kommunal hälso- och sjukvård, där behovet av kontinuitet och samordning är särskilt stort. På motsvarande sätt kan en nationell digital infrastruktur bidra till förbättrad informationshantering inom elevhälsan, där elektronisk överföring av uppgifter i dagsläget är begränsad. Exempelvis kan övergångar mellan skolor hanteras mer effektivt, vilket stärker både elevens rätt till sammanhållen vård och skolans förutsättningar att ge rätt stöd.

³⁶ Inera AB, Optimerat nuläge Skåne, <https://inera.atlassian.net/wiki/spaces/OIIOK/pages/2783019197/Optimerat+nul+ge+Sk+ne> [hämtad 2025-10-29].

³⁷ Inera AB, Nationell patientöversikt – NPÖ, <https://www.inera.se/tjanster/alla-tjanster-a-o/npo---nationell-patientoversikt/> [hämtad 2025-10-29].

4.5.2 Kostnader för kommuner

I egenskap av vårdgivare som har journaluppgifter om patienter kommer kommuner att ha ett betydande ansvar i arbetet med att ansluta till nödvändiga komponenter i den nationella digitala infrastrukturen. Detta inkluderar att strukturera och tillgängliggöra data i enlighet med fastställda format, samt att säkerställa att befintliga vårdinformationssystem är tekniskt anpassade för integration och för att tillgodose de stärkta patienträttigheterna till exempel gällande möjligheten att kunna begränsa åtkomst till sina data genom en spärrfunktion, hantera ombud och begära rättelse. För att uppnå detta krävs troligen investeringar i både teknisk utveckling och systemintegration.

Det är sannolikt att kommunernas systemleverantörer kommer att behöva genomföra omfattande teknikutveckling, vilket i sin tur kan leda till ökade kostnader för kommunerna, exempelvis genom höjda licens- och abonnemangsavgifter. Utöver detta tillkommer behovet av kompetensutveckling, då personalen måste utbildas för att kunna hantera de nya system och tjänster som införs och integreras i vårdens arbetsflöden.

4.6 Konsekvenser för statliga myndigheter

Det finns flera statliga myndigheter som påverkas av implementeringen av EHDS-förordningen. Eftersom regeringen inte har fattat beslut i ett antal frågor som avgör olika myndigheters ansvar och mandat är det i nuläget inte möjligt att bedöma konsekvenserna för statliga myndigheter. Statliga myndigheter som är vårdgivare påverkas på samma sätt som övriga vårdgivare. Nedan redogörs endast för de myndigheter som påverkas av införandet av EHDS-förordningen avseende primäranvändning.

4.6.1 E-hälsomyndigheten

E-hälsomyndigheten kommer under flera år ha ett pågående utvecklingsarbete kring de olika delarna i den nationella digitala infrastrukturen innan det därefter går in i förvaltningsfas. Myndigheten har även förslagit att den bör bemyndigas med föreskriftsrätt för att bestämma hur datadelning ska ske, dvs. vilka tekniska och semantiska standarder som ska användas vid datadelning.

Om bemyndigande med föreskriftsrätt ges innebär det att myndigheten kommer att ha en central roll avseende såväl den juridiska som den tekniska och semantiska utvecklingen i fråga om den nationella digitala infrastrukturen. Det kommer innebära behov av att ha tillgång till rätt kompetens i tillräcklig omfattning för att på ett effektivt sätt kunna bedriva utvecklingsarbetet.

E-hälsomyndigheten är också nationell kontaktpunkt (NCP) och ska tillhandahålla gränsöverskridande tjänster kopplade till utbyte av personliga elektroniska hälsodata i enlighet med kraven i EHDS-förordningen, däribland ingår e-recept och patientöversikt.

Regeringen har gett E-hälsomyndigheten i uppdrag att ge stöd och vägledning till vårdgivare och systemleverantörer genom samtliga faser i anslutningen till NDI.³⁸ I uppdraget ingår även att stödja med teknisk och verksamhetsmässig expertis, felsökning och validering. E-hälsomyndigheten kommer även att skapa en utvecklarportal som systemleverantörer kan använda för tester m.m. E-hälsomyndigheten kommer i övrigt att verka för ett fördjupat och koordinerat samarbete med regioner, kommuner, vårdgivare och systemleverantörer.

För närmare information om vilka behov av resurser som E-hälsomyndighetens arbete kring EHDS-förordningen och utveckling och förvaltning av den nationella digitala infrastrukturen (NDI) bedöms ha, se avsnitt 8.1 i rapporten *Etableringen av en nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården och för primäranvändningen enligt EHDS-förordningen*.³⁹

4.6.2 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har sedan 2016 ett instruktionsenligt uppdrag att skapa och tillhandahålla enhetliga begrepp, termer och klassifikationer samt en ändamålsenlig informationsstruktur inom sitt verksamhetsområde.

Myndighetens arbete med att säkerställa att dokumentationen i vården görs på ett sätt som gör det möjligt att dela och använda hälsodata kommer att vara viktig för etableringen av den nationella digitala infrastrukturen. Vidare kommer den nationella digitala infrastrukturen sannolikt innebära ökade aktiviteter och intensifierat arbete hos myndigheten för att uppnå tillräcklig nationell interoperabilitet och styrning mot ökad strukturering och standardisering av data, sannolikt genom internationella terminologi- och begreppssystem. Gemensamma standarder och ramverk för standardisering är också något som regionerna och privata aktörer själva efterfrågar.

E-hälsomyndigheten har i färdplanen för genomförandet av den nationella digitala infrastrukturen ansett att ansvaret för att fastställa vad som ska registreras i en

³⁸ Socialdepartementet, *Uppdrag till E-hälsomyndigheten att stödja vårdgivare och systemleverantörer i samband med anslutningen till den nationella digitala infrastrukturen*, S2025/00973

³⁹ E-hälsomyndigheten, *Etableringen av en nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården och för primäranvändningen enligt EHDS-förordningen Dnr 2025/00346*, 2025

patientjournal fortsatt bör ligga på Socialstyrelsen. Om behov av eventuella utökade bemyndiganden uppstår och huruvida uppgifter som tillkommer till följd av detta, kräver nya resurser eller om de kan hanteras inom myndighetens befintliga anslag ligger utanför vad som är möjligt att bedöma för E-hälsomyndigheten.

Genomförandet av den nationella digitala infrastrukturen kommer fortsatt att kräva täta samarbeten mellan centrala myndigheter för frågan, till exempel Socialstyrelsen som kunskapsmyndighet för hälso- och sjukvård samt socialtjänst, och E-hälsomyndigheten som ansvarar för den nationella digitala infrastrukturen.

4.6.3 Läkemedelsverket

Läkemedelsverket har som ett led i förberedelserna inför EHDS-förordningen på regeringens uppdrag utrett förutsättningarna att ges rollen som marknadskontrollmyndighet för elektroniska hälsodokumentationssystem och hälsoapplikationer.⁴⁰ I regeringsuppdraget har det också ingått att utreda förutsättningarna för att tillhandahålla testmiljöer för elektroniska hälsodokumentationssystem. Flera av NDI-komponenterna är att anse som elektroniska hälsodokumentationssystem i enlighet med EHDS-förordningen.

Av Läkemedelsverkets slutredovisning av regeringsuppdraget framgår att rollen som marknadskontrollmyndighet skulle medföra ett utökat ansvar samtidigt som det finns stora synergier med myndighetens nuvarande verksamhet. Myndigheten konstaterar att det i dagsläget inte går att uppskatta antalet produkter som kommer att omfattas av EHDS-förordningen och antalet aktörer som blir berörda.

4.6.4 Myndigheten för digital förvaltning (Digg)

Digg ansvarar för Sveriges digitala infrastruktur, Ena. En utgångspunkt i arbetet med att etablera den nationella digitala infrastrukturen är att gemensamma behov ska tillgodoses med gemensamma lösningar.

Digg kommer därför att ha en central roll i införandet av den nationella digitala infrastrukturen. Detta gäller framför allt den sammanhållna infrastrukturen för identitets- och behörighetshantering som ska tillhandahållas inom ramen för Ena. Det kan därför bli aktuellt för Digg att se över behovet av författningsändringar som kan bli aktuella samt svara för förvaltning och drift av infrastrukturen för identitets- och behörighetshantering.

⁴⁰ Läkemedelsverket. *Uppdrag till Läkemedelsverket att förbereda inför EHDS*, 2025.

4.6.5 Statliga myndigheter som är vårdgivare

Flera statliga myndigheter bedriver hälso- och sjukvård och är därmed vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30). Exempel på sådana myndigheter är Kriminalvården, Statens institutionsstyrelse (SiS) och Försvarmakten. Dessa myndigheter omfattas av samma krav på patientsäkerhet, journalföring och vårdkvalitet som övriga vårdgivare.

I och med införandet av EHDS-förordningen omfattas statliga vårdgivare av dess tillämpningsområde, förutsatt att verksamheten faller inom unionsrättens ram. Verksamheter som inte omfattas av unionsrätten, exempelvis sådana som rör nationell säkerhet, kan däremot undantas från EHDS-förordningen.

Kriminalvården tillhandahåller hälso- och sjukvård för intagna inom häkten, fängelser och frivård. SiS bedriver vård vid sina institutioner, och Försvarmakten ansvarar för hälso- och sjukvård för sin personal, både i fredstid och vid kris eller krig. Kriminalvården och SiS bedriver vård som tydligt faller inom EHDS-förordningens tillämpningsområde. För Försvarmakten är det däremot inte fastställt om dess vårdverksamhet omfattas av unionsrätten, då frågor som rör nationell säkerhet kan utgöra undantag. Eftersom hälsouppgifter inom Försvarmakten potentiellt kan klassificeras som säkerhetsrelaterade, kan denna verksamhet komma att stå utanför EHDS-förordningen. Det finns därför behov av ytterligare rättslig analys för att klargöra Försvarmaktens ställning i detta avseende.

Samtliga statliga myndigheter som bedriver hälso- och sjukvård inom unionsrättens tillämpningsområde kommer att behöva ansluta sig till den nationella digitala infrastrukturen för att uppfylla kraven i EHDS-förordningen. Detta medför kostnader för anpassning av IT-system, förändring av arbetsprocesser samt utbildning av berörd personal.

4.7 Konsekvenser för privata vårdgivare

Privata vårdgivare har olika slag av verksamhet såsom primärvård (vårdcentraler respektive digital vård), företagshälsovård, specialistvård, tandvård, rehabilitering och fysioterapi samt laboratorie- och bilddiagnostik.

Det finns ett stort antal privata vårdgivare i hälso- och sjukvården. Enligt uppgift från IVO finns det cirka 27 000 registrerade privata vårdgivare i deras register, inkluderat

stiftelser och föreningar.⁴¹ Det är ett fåtal stora koncerner som dominerar vad gäller omsättning men till antalet är de flesta småföretag med färre än tio anställda, många av dessa är enpersonsföretag.

Privata vårdgivares verksamhet finansieras i huvudsak på två sätt. Det ena via offentlig finansiering genom avtal med regioner eller att de ingår i vårdvalssystem och får ersättning från det offentliga för vård som omfattas av regionernas ansvar. Det andra via privat betalning, privata försäkringar eller liknande utan ersättning från det offentliga. Företagshälsovård som finansieras av arbetsgivare tillhandahålls av privata vårdgivare. Det är vanligt att en privat vårdgivare både tillhandahåller vård som finansieras av det offentliga och vård som är helt privat finansierad.

EHDS-förordningen och genomförandet av NDI kommer att medföra en rad konsekvenser för privata vårdgivare eftersom infrastrukturen omfattar all vård oavsett om den är offentligfinansierad eller inte, och alla vårdgivare i Sverige. Mot bakgrund av att privata vårdgivare skiljer sig markant åt vad gäller till exempel storlek och verksamhet går det inte att göra några generella antaganden kring konsekvenserna för privata vårdgivare.

När det gäller de tekniska kraven som följer av EHDS-förordningen och anslutningen till NDI kommer dessa företrädesvis att hanteras av system- och tjänsteleverantörer. Privata vårdgivare har som regel någon form av löpande avtal med system- eller tjänsteleverantörer när det gäller tekniska lösningar. För de flesta privata vårdgivarna blir det därför inte aktuellt att investera i ny teknik eller motsvarande, i stället kommer det att handla om ändrade avtalsvillkor gentemot leverantörer och anpassningar till nya arbetssätt.

4.7.1 Nyttor för privata vårdgivare

EHDS-förordningen och genomförandet av NDI innebär ökad tillgänglighet till hälsodata genom kravet på att sådan data ska delas. Privata vårdgivare kommer att ha samma tillgång till infrastrukturen. I dag finns det skillnader i tillgänglighet avseende hälsodata beroende på om de privata vårdgivarna tillhandahåller offentligt finansierad vård eller privat finansierad vård. Till den del en privat vårdgivare bedriver privat finansierad vård kan denna inte ansluta sig till Ineras tjänster.

I de fall en privat vårdgivare använder ett annat journalsystem än regionen som finansierar vården, kommer informationsdelningen mellan de privata vårdgivarna och

⁴¹ E-postmeddelande från IVO:s statistikenhet, 28 maj 2025.

regionerna att kunna förbättras genom anslutningen till NDI. Informationsutbytet mellan journalsystem medför att patienters kontakter med vården underlättas och att effektiviteten i vården ökar vilket i sin tur innebär ökad patientsäkerhet och ökad tillgänglighet.

Kontinuitet när det gäller vård underlättas genom att hälsodata delas mellan vårdgivare. Det kan även medföra att det blir enklare för en patient att byta vårdgivare eftersom denna inte behöver redogöra för sin vårdhistorik för den nya vårdgivaren. Sammantaget kan delning av hälsodata därmed leda till en ökad patientrörlighet. För privata vårdgivare kan detta innebära möjligheter att få nya patienter. En följd av detta kan bli ökad konkurrens om patienter mellan vårdgivare.

EHDS-förordningen och införandet av NDI innebär att gemensamma standarder införs inom sektorn. På längre sikt kommer det att leda till minskade kostnader för integration mellan de system som vårdgivare använder. Genom att vårdinformationssystemen kommer att baseras på gemensamma standarder underlättar det nya utbyten och att återanvända lösningar som baseras på samma standarder.

Regionernas vårdssystem är inte optimerade för privata vårdgivare som hanterar patienter med olika slags finansiering då regionerna endast får tillhandahålla system för vård som är skattefinansierad. Gemensamma standarder, i stället för krav på att använda regionernas vårdssystem, kan innebära möjligheter för privata vårdgivare genom att de inte längre kommer att vara tvungna att använda vårdinformationssystem som de inte själva har valt. Det kan då bli lättare för dem att optimera sin verksamhet för att öka patientgenomströmningen.

En sammanhållen infrastruktur för identitet och behörighet ökar tilliten till de behörighetsgrundande uppgifter som skickas mellan vårdgivare. Infrastrukturen är uppbyggt på sådant sätt att tillit mellan många parter kan uppstå på ett effektivt sätt. Innebörden av detta är att när vårdgivare delar hälsodata kommer de kunna vara säkra på att de vårdgivare som tar emot hälsodata har tillräckliga rutiner för tilldelning av behörighet samt ett system där användare kan identifieras och behörigheter kan begränsas efter behov och ändamål. I dag saknas detta varför manuella kontroller är nödvändiga både för att identifiera och kontrollera den som anropar, dvs. vill ha tillgång till hälsodata. Den sammanhållna infrastrukturen för identitet och behörighet automatiserar detta och minskar behovet av manuella kontroller. Något som minskar tid som i dag används för administration.

4.7.2 Kostnader för privata vårdgivare

EHDS-förordningen kommer att medföra en skyldighet för privata vårdgivare att löpande uppdatera i sina system så att uppgifter som gäller spärrar och s.k. opt-out hålls aktuella.⁴² De system som privata vårdgivare använder måste anpassas så att de kan hantera de krav som följer av till exempel spärrar och patientdataindex.

Förutom de tekniska anpassningarna av systemen behöver privata vårdgivare ta hänsyn till de regeländringar som följer med införandet av den digitala infrastrukturen, exempelvis när det gäller dokumentation och säkerhet.

Införandet av NDI medför sammantaget en omställning för privata vårdgivare. Det handlar om anpassningar av vårdinformationssystemen men också förändrade processer och rutiner. Det kommer att kräva investeringar i bland annat tid och kompetenshöjande insatser. Förändringarna kan riskera att bli betungande, särskilt för mindre privata vårdgivare beroende på om de har löpande avtal med leverantörer eller inte.

Det är inte möjligt att göra några säkra uppskattningar när det gäller kostnaderna för privata vårdgivare. Det beror bland annat på att de privata vårdgivarna har olika förutsättningar, både ekonomiskt och verksamhetsmässigt, när det gäller anpassningen till kraven som EHDS-förordningen ställer. Till detta kommer att bestämmelser i EHDS-förordningen kommer att kompletteras i genomförandeakter, det nationella regelverket inte är fastställt samt att utvecklingen av komponenter i NDI fortsätter.

4.8 Konsekvenser för apotek

Den svenska apoteksmarknaden består av fyra rikstäckande kedjor som driver både fysiska apotek och e-handel. Därtill finns renodlade e-handelsapotek samt fristående apotek. Alla dessa aktörer kommer att påverkas av de nya kraven som EHDS-förordningen ställer.

EHDS-förordningen lyfter e-recept och elektronisk receptexpediering som en av de prioriterade kategorierna av hälsodata. Både nationellt och över landsgränser ska det vara möjligt med elektronisk expediering av e-recept, både på fysiska apotek och via e-handel. Därav följer att svenska apotek förutom att hantera nationella e-recept även ska kunna hantera utländska e-recept, och att svenska e-recept ska kunna expedieras i andra EU-länder. All information som krävs för att expediera e-recept över landsgränser kommer att

⁴² Jämför avsnitt 5.2.2, att hur spärrar och s.k. opt-out ska regleras i svensk rätt inte är fastställt.

hanteras via nationella kontaktpunkter för e-hälsa, som vidareförmedlar uppgifterna till berörda apotek och andra aktörer.

Beroende av vilka krav som kommer att ställas i förordningen och hur Sverige väljer att anpassa nationell rätt, kan det komma att påverka både IT-system och verksamhetsflöden inom apotekssektorn. För att möta de nya kraven krävs investeringar i teknik och systemleverantörer kommer att behöva utveckla tekniska gränssnitt enligt EU:s specifikationer för att möjliggöra denna funktionalitet. För öppenvårdsapotek innebär förändringen även att instruktioner för receptexpediering måste uppdateras och implementeras i verksamheten och personal behöver tid för att sätta sig in i nya rutiner och eventuellt behövs utbildningsinsatser. Då apoteken redan i dag använder nationella läkemedelslistan (NLL) för att ta del av förskrivningar och hantera expedieringar för svenska patienter kommer sannolikt de verksamhetsmässiga anpassningarna till EHDS-förordningen dock att bli relativt begränsade.

Hur stora investeringar och hur betungande dessa kommer vara för respektive apoteksaktör beror bland annat på apotekens storlek, personalstruktur och framför allt på hur stora tekniska anpassningar som kommer att krävas för att följa kommande regelverk. Sedan tidigare finns ett webbgränssnitt framtaget av E-hälsomyndigheten för att underlätta apoteksaktörernas anslutning till elektroniska recept och elektroniska expedieringar över landsgränser.

4.9 Konsekvenser för systemleverantörer

EHDS-förordningen och NDI-komponenterna kommer att medföra att nuvarande vårdinformationssystem och andra system som används i hälso- och sjukvårdssektorn behöver anpassas. Detta till följd av nya eller ändrade förutsättningar när det gäller funktionalitet såsom interoperabilitet och datadelning.

När det gäller systemleverantörer av vårdinformationssystem för den svenska hälso- och sjukvårdssektorn finns det stora och internationella aktörer men även mindre aktörer som är specialiserade på specifika moduler eller specialiserade system.

Områden som driver på utvecklingsbehovet hos systemleverantörer är bland annat anpassning till nya standarder för informationsutbyte, funktionalitet som behöver tillföras för att användare ska få tillgång till information som delas från andra vårdinformationssystem samt funktionalitet kopplade till krav som gäller dataportabilitet.

System som används av vårdgivare som inte har regionala eller kommunala avtal, och som inte är anpassade till sektorsövergripande informationsutbyten, kommer att behöva

anpassas till de nya kraven. Utvecklingskostnaderna kommer att bli omfattande för en sådan anpassning.

4.9.1 Nyttor för systemleverantörer

De krav som följer av EHDS-förordningen och genomförandet av NDI innebär en samordning av standarder, specifikationer m.m. som medför krav på enhetliga lösningar. Det betyder möjligheter för systemleverantörer genom att kravspecifikationer vid utveckling av nya system eller integrering i befintliga, kommer att baseras på en tydlig och enhetlig referensram.

De harmoniserade krav som följer av EHDS-förordningen kommer att göra det enklare för systemleverantörer att lansera och distribuera sina produkter på nya och fler marknader inom EU. EHDS lämnar dock stort utrymme för nationella regler och anpassningar. Hur vård ska bedrivas kommer att fortsätta vara en nationell angelägenhet, varför det även framdeles kommer att finnas landspecifika lagar eller regler som systemen måste vara anpassade till.

Förbättrad interoperabilitet mellan elektroniska hälsodokumentationssystem leder till minskade kostnader för vårdgivare att byta systemleverantör. Det kan göra marknaden mer dynamisk genom att nya leverantörer lättare kan komma in på denna, vidare främjar det innovation och konkurrens mellan systemleverantörer.⁴³ Genom att systemen byggs på gemensamma standarder kommer således de lösningar som systemleverantörerna utvecklar kunna användas av fler kunder och bli tillgängliga på fler marknader.

Den ökade användningen av gemensamma standarder kommer att leda till ökad förutsägbarhet när det gäller att utveckla systemlösningar då kravspecifikationerna blir mer enhetliga. Ökad förutsägbarhet och standardiserade systemlösningar leder sannolikt till lägre utvecklingskostnader och effektivare arbetssätt för systemleverantörerna.

Från hälso- och sjukvårdssektorn kommer efterfrågan på integrations- och moderniseringstjänster att öka, bland annat när det gäller utveckling av API-lösningar.

⁴³ European Commission, Certification of EHR systems, https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/certification-ehr-systems_en#how-will-the-new-requirements-for-ehr-systems-under-ehds-benefit-manufacturers-and-healthcare-providers [hämtad 2025-10-06].

4.9.2 Kostnader för systemleverantörer

Att möta kraven i EHDS-förordningen samt ansluta till NDI innebär också att systemleverantörer kommer att behöva investera i att anpassa befintliga system som de tidigare har utvecklat men även att utveckla nya system och lösningar, exempelvis stöd för spärrtjänster. Dessa anpassningar till de nya kraven blir komplexa när det handlar om omfattande tekniska och verksamhetsmässiga förändringar i befintliga system och nyutveckling. Sådana anpassningar kommer att kräva tillgång till utvecklingsresurser och kompetens. Vid sidan av de nya tekniska kraven kommer det att vara nödvändigt för systemleverantörerna att vara insatta i EHDS-förordningen och kommande nationella regler.

Journaluppgifter kommer att delas direkt mellan vårdgivare. Det kan medföra ökade krav på datasäkerhet och risker för skadestånd om kraven på säkerhet inte uppfylls. Det ställer krav på att systemleverantörer bygger in säkra funktioner bland annat när det gäller identitet och behörighet, spårbarhet och spärrtjänster.

De ekonomiska konsekvenserna för systemleverantörer är framför allt kostnader för utveckling men det kan även uppkomma kostnader till följd av förändringar i befintliga avtal med anledning av den anpassning som ska ske. Innehållet i avtalen kommer avgöra vilken av parterna som kommer att stå den ekonomiska risken som förändringarna medför.

Arbetet med utveckling av NDI-komponenterna kommer att fortsätta under lång tid vilket kan medföra nya eller ändrade behov när det gäller anpassning av system. Sammantaget är det därför inte möjligt att göra några tillförlitliga beräkningar när det gäller kostnader för systemleverantörer inom hälso- och sjukvårdssektorn.

Förutsättningarna för systemleverantörer att leva upp till de krav som följer av EHDS-förordningen samt införandet av NDI varierar. E-hälsomyndigheten har ett regeringsuppdrag om stöd och vägledning till systemleverantörer för att bistå dem i anslutningen, bistå med expertis, felsökning och validering samt tillhandahålla en utvecklarportal.

5 Referenslista

E-hälsomyndigheten, *Etableringen av en nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården och för primäranvändningen enligt EHDS-förordningen, Dnr 2025/00346*, 2025.

E-hälsomyndigheten, *Förslag till färdplan för genomförandet av en nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården*, 2024.

E-hälsomyndigheten, *Genomförandet av en nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvård och EHDS primäranvändning*, 2025.

E-hälsomyndigheten, *Genomförandet av en nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvård och EHDS primäranvändning, Slutredovisning av regeringsuppdrag (S2023/02108 (delvis), S2024/01201 (delvis) och S2024/02156 (delvis))*, 2025.

E-hälsomyndigheten, *Sammanhållen journalföring – Möjligheter till digital informationsförsörjning på hälsodataområdet*, 2022.

European Commission, *Certification of EHR systems*, https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/certification-ehr-systems_en#how-will-the-new-requirements-for-ehr-systems-under-ehds-benefit-manufacturers-and-healthcare-providers [hämtad 2025-10-06].

European Commission, *European Health Data Space – Impact Assessment*, 3 maj 2022.

Europeiska kommissionen, *Europeisk handlingsplan för cybersäkerhet för sjukhus och vårdgivare*, 2025.

IVO, *E-postmeddelande från IVO:s statistikenhet*, 28 maj 2025.

Inera AB, *Nationell patientöversikt – NPÖ*. <https://www.inera.se/tjanster/alla-tjanster-a-o/npo---nationell-patientoversikt/> [hämtad 2025-10-29].

Inera AB, *Optimerat nuläge Skåne*, <https://inera.atlassian.net/wiki/spaces/OIIOK/pages/2783019197/Optimerat+nul+ge+Sk+ne> [hämtad 2025-10-29].

Läkarlabbet, *Prislista*, <https://www.lakarlabbet.se/prislista/> [hämtad 2025-10-29].

Läkemedelsverket, *Uppdrag till Läkemedelsverket att förbereda inför EHDS*, 2025.

MSB – Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, *Verktyg för ökad motståndskraft och stärkt civilt försvar – Årsrapport it-incidentrapportering*, 2024.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Vården ur befolkningens perspektiv, 65 år och äldre*, 2025.

Nätverket för Sveriges regioners IT-direktörer (SLIT), *IT och digitalisering i hälso- och sjukvården*, 2025.

Regeringen, *Proposition 2024/25:167 – Hälso- och sjukvårdens beredskap*, 2025

Riksrevisionen, *Lex Maria och lex Sarah – statens arbete mot vårdskador och missförhållanden inom vård och omsorg av äldre (RiR 2023:4)*, 2023.

SCB, *Hur mycket tjänar en sjuksköterska?*,
<https://www.scb.se/lonestatistik/Sjukskoterska/> [hämtad 2025-11-25].

Socialdepartementet, *Uppdrag om att genomföra en nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården och förbereda för att Sverige ska genomföra EHDS-förordningen rörande primäranvändning*, S2025/01234.

Socialdepartementet, *Uppdrag till E-hälsomyndigheten att stödja vårdgivare och systemleverantörer i samband med anslutningen till den nationella digitala infrastrukturen*, S2025/00973.

Socialstyrelsen, *Kommunikation och informationsöverföring*,
<https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-vardskador/riskomraden/kommunikation-och-informationsoverforing/> [hämtad 2025-10-19].

Socialstyrelsen, *Plats för vård*, 2024.

Socialstyrelsen, *Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal*, 2025.

Socialstyrelsen, *Statistik om patienter som får vård i en annan region*,
<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/patienter-som-far-var-d-i-en-annan-region/> [hämtad 2025-10-28].

Socialstyrelsen, *Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2020*, 2020.

SOU 2020:80 Äldreomsorgen under pandemin.

SOU 2021:102 E-recept inom EES.

SOU 2023:13 Patientöversikter inom EES och Sverige.

SOU 2024:33 Delad hälsodata – dubbel nytta.

Strålsäkerhetsmyndigheten, *Radiologiska undersökningar i Sverige under 2018*, 2020.

Svenska läkaresällskapet, *Rapport från arbetsgruppen för Kloka Kliniska Val*, 2023.

Sveriges Kommuner och Regioner, *Fakta om personalen i välfärden: Sjuksköterskor i kommuner och regioner*, 2024.

Sveriges Kommuner och Regioner, *Fakta om vårdplatser*, 2022.

Vårdförbundet, *Den dumma digitaliseringen – En studie om sjuksköterskors digitala arbetsmiljö*, 2025.

Vård- och omsorgsanalys, *Vården ur befolkningens perspektiv, 65 år och äldre*, 2022.

Vitalis, *Vårdens systemutmaning – när journalsystemen möter framtiden*, 2025.