

Minska vård med låg patientnytta

Ett praktiskt stöd för chefer och personal i hälso-
och sjukvården

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

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

Artikelnummer: 2025-12-9972

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, december 2025

Förord

Hälso- och sjukvårdens mål är en god och nära vård som är kunskapsbaserad, individanpassad, säker, jämlik, effektiv och tillgänglig. För att uppnå detta behövs insatser som ger effekt. Ett viktigt led i denna utveckling är utmönstring – att minska användningen av eller avveckla vårdåtgärder med liten eller ingen patientnytta.

Utmönstring behöver vila på professionens expertis och erfarenhet, utgå från bästa tillgängliga kunskap och genomföras i samförstånd och dialog med patienterna. Med tydligt fokus på att höja kvaliteten och stärka patientsäkerheten kan utmönstring förbättra vården. Om resurser frigörs och kostnader minskar är det en positiv bieffekt, men det är *inte* målet i sig.

Socialstyrelsen fick i juni 2024 regeringens uppdrag att utveckla stöd för utmönstring av vårdåtgärder som inte är värdeskapande för patienterna, och att genomföra insatser för att stötta regionerna i detta arbete (S2024/01266). Syftet var att främja en patientsäker vård som är anpassad efter individens behov genom att minska eller avveckla åtgärder som har liten eller ingen patientnytta. Det innebär alltså inte alltid utmönstring i betydelsen att sluta helt och hållet.

I slutredovisningsrapporten redogör vi för tio utvecklingsbehov som kan stärka utmönstringsarbetet och göra det mer strukturerat och jämlikt över landet. De handlar om förutsättningar på arbetsplatsen, ett breddat perspektiv och uppföljning. För att ta nästa steg i utvecklingen behöver arbetet bli tydligare strukturerat och organiseringen jämlik över landet.

Alexander Nordgren Selar har varit projektledare, Birgitta Pleijel projektmedarbetare och Anders Berg projektägare. Socialstyrelsen vill tacka alla som med stort engagemang och expertkunnande har deltagit i arbetet.

Björn Eriksson
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Huvudbudskap	6
Fokusera på patientens bästa	6
Lägg kraft på det som gör skillnad	6
Var vaksam på riskerna	6
Vård med låg nytta tränger undan det som gör skillnad	8
Ord och begrepp	9
Utmönstring	9
Icke-göra, lågvärdevård och vårdrelaterat slöseri	10
Från motstånd till mening – skapa förståelse för utmönstring 12	
Utmönstring får effekt i mötet med patienten	12
Vad krävs för att lyckas?	12
Motstånd mot utmönstring är inte så konstigt	13
Ge personalen rätt förutsättningar	14
Använd vårdens resurser klokt	14
Se upp med riskerna	16
För lite vård	16
För snävt fokus på det mätbara	16
Utmönstring: Inte alltid en besparing	16
Siktet inställt på att göra mindre	17
Undvik riskerna: anpassa insatserna	17
Två praktiska arbetssätt för värdeskapande vård	18
1. Lokalt arbetssätt – skapa utrymme för rätt vård	18
2. Kloka Kliniska Val – ett professionellt initiativ	20
Anpassa efter verksamhetens förutsättningar	21
Minska miljö- och klimatpåverkan	23
Exempel på hållbarhetsrisker	23
Minska lågvärdevård – miljöarbete i Norge och Kanada	23
Bärande principer för implementering	25
Den etiska plattformen för prioriteringar	25
God och nära vård	26
Så togs stödet fram	27

Erfarenheter från Norge	27
Bakom arbetet – metod och underlag	27
Referenser.....	28

Huvudbudskap

Detta stöd syftar till att hjälpa chefer och medarbetare på verksamhetsnivå att minska på åtgärder som är till liten eller ingen nytta för patienten, och på så sätt bidra till en bättre och säkrare hälso- och sjukvård. Att minska på åtgärder som är ineffektiva eller onödiga kan dessutom skapa mer plats för det som ger effekt. Tillsammans kan chefer och medarbetare utveckla en bättre och mer tillgänglig vård genom att samtala och reflektera över behandlingar, insatser, och utredande åtgärder som inte hjälper, och i stället lyfta fram det som fungerar. Vi riktar oss alltså till både chefer och medarbetare med detta stöd.

Fokusera på patientens bästa

Utmönstring, i betydelsen att avveckla eller minska användningen av vårdåtgärder, kan bidra till att frigöra resurser och sänka kostnader, men det behöver göras på ett genomtänkt sätt, med tydligt fokus på patientens bästa. Vården behöver vara säker och relevant. Dessutom behöver patienten involveras och vara delaktig i besluten.

Lägg kraft på det som gör skillnad

Utmönstring kräver ett gemensamt och kontinuerligt arbete. Som chef behöver du se till att processen hålls i gång över tid, och att alla yrkesgrupper som arbetar med patienter får bidra med erfarenhet och kunskap.

Mer specifikt, behöver du som är chef bland annat

- skapa forum för reflektion och samtal där medarbetarna kan diskutera konkreta patientmöten och dela erfarenheter regelbundet
- ge din personal med klinisk kompetens utrymme att driva utvecklingen
- ge stöd för uppföljning och lärande
- uppmuntra till samarbete och ansvarsfördelning i teamet.

Var vaksam på riskerna

Var medveten om att det kan få allvarliga konsekvenser om ni drar ner på fel saker: Tillgängligheten kan försämrats, patienter kan gå miste om viktig hjälp och fokus riskerar att hamna mer på ekonomi än patientnytta. Detta kan skapa misstro och leda till sämre vård. Därför måste den utmönstring ni genomför i verksamheten alltid bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet, och den ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

Fokusera på både över- och underbehandling

Var noga med att förbättringsarbetet *inte* ensidigt fokuserar på vad ni behöver göra mindre av. Se i stället på in- och utmönstring som delar av en gemensam förbättringsprocess, där ni också identifierar och reflekterar över åtgärder som ni borde göra *mer* av. Fokusera alltså på att minska både över- och underbehandling. Detta kan dämpa risker med att ge för lite vård som kan uppstå av att alltför ensidigt se på utmönstring. Med detta arbetssätt får er verksamhet dessutom bättre möjligheter att ge era patienter en god vård som är patientsäker och anpassad efter individens behov.

Vård med låg nytta tränger undan det som gör skillnad

Internationella uppskattningar visar att så mycket som 20 procent av vården kan ha liten eller ingen nytta för patienten, men det beror på hur man räknar. Siffran kan bli högre om man räknar in onödig administration och rapportering, och lägre om man bara räknar insatser som är skadliga eller helt utan effekt [1].

Det kan handla om

- vård som inte hjälper så mycket som vi tror
- utredande åtgärder med tveksam nytta för den fortsatta vården
- åtgärder som innebär mer risk än nytta
- överdriven rapportering
- föråldrade arbetsmetoder.

Även åtgärder som görs med god vilja kan leda till att resurser går åt i onödan – tid, kunskap och personalens engagemang. Det påverkar kvaliteten i vården och gör att patienterna inte får så mycket nytta av vården som de skulle kunna få.

När vård med liten eller ingen patientnytta blir en del av hälso- och sjukvårdens vardag tränger den undan det som faktiskt gör skillnad, och det kan till exempel påverka

- hur snabbt patienter får rätt hjälp
- personalens arbetsmiljö och förutsättningar att göra ett bra jobb
- hur vi klarar att utveckla vården långsiktigt.

När hälso- och sjukvården prioriterar klokt blir det mer tid, ork och resurser över till vårdinsatser som ger önskad effekt. Att sluta med sådant som inte längre behövs är särskilt viktigt när nya riktlinjer, forskning eller behov visar att det är dags att tänka nytt.

Ord och begrepp

I både forskning och praktik används en mängd olika termer för att beskriva arbetet med att avveckla eller minska användningen av vårdinsatser som har liten eller ingen nytta för patienten. Definitionerna varierar, och begreppen kan ibland betyda olika saker i olika sammanhang.

I det här avsnittet har vi valt att använda några övergripande och allmängiltiga förklaringar. Syftet är inte att låsa fast en exakt definition, utan att erbjuda ett gemensamt språk att utgå från som kan underlätta dialog och samsyn i hälso- och sjukvården. Vi hoppas att dessa ord och begrepp ska vara användbara såväl lokalt i olika verksamheter som i ett större nationellt sammanhang.

➔ **Läs mer:** Fördjupa dig i begreppsfloran på området i Utmönstring – en rapport om begrepp, aktörer, hälsoekonomi och etik från Statens beredning för social- och medicinsk utvärdering ([SBU](#)).

Utmönstring

Begreppet utmönstring eller avimplementering syftar på att avveckla eller ta bort någonting. I hälso- och sjukvårdskontexten kan det till exempel handla om att avveckla åtgärder som blivit föråldrade, saknar vetenskapligt stöd eller inte längre möter patientens behov.

I praktiken handlar dock utmönstring inte alltid om att avveckla insatser helt och hållet. Det kan även innebära att minska användningen av åtgärder med liten patientnytta eller litet värde för fortsatt utredning eller omsorg. I forskning används ibland andra begrepp när målet är att minska på användningen av en insats och *inte* att sluta helt. Optimering och lämplig användning av insatser används som ett komplement till utmönstring (sluta göra, avveckling och utfasning). Vi har i detta arbete valt att inte göra denna åtskillnad. När vi använder ordet utmönstring menar vi alltså både insatser som behöver avvecklas och insatser där användningen behöver minska.

Målet med den utmönstring vi skriver om här, alltså på lokal- och verksamhetsnära nivå, är att stärka kvaliteten och minska onödig vård. Utmönstring sker nära patienten, tillsammans med vårdpersonalen, och bygger på kunskap, erfarenhet och dialog. Det kan bidra till bättre vård och en klokare användning av resurser.

Närliggande begrepp: effektivisering och ransonering

I hälso- och sjukvården används två andra närliggande begrepp, men de handlar mer om effektiv resursanvändning och prioriteringar när resurserna inte räcker till [2]:

- **Effektivisering** innebär att förbättra hur vården organiseras, till exempel genom bättre samordning, digitalisering eller att minska väntetider och dubbelarbete. Fokus ligger på att göra saker smartare, inte nödvändigtvis att göra mindre.
- **Ransonering** betyder i det här sammanhanget att man tvingas välja bort vård som faktiskt kan ge effekt på grund av begränsade resurser. Det handlar alltså om att ta bort något som behövs, men som är mindre viktigt relativt andra insatser, på grund av att de befintliga resurserna inte räcker till vid ett visst tillfälle.

➔ **Läs mer** om effektivisering och ransonering i hälso- och sjukvården på [Prioriteringscentrums webbplats](#).

Icke-göra, lågvärdevård och vårdrelaterat slöseri

Icke-göra är en typ av rekommendation som Socialstyrelsen kan ge i nationella riktlinjer. Det handlar om insatser som hälso- och sjukvården inte bör utföra alls, eftersom de saknar effekt eller har sämre effekt än annan behandling. Minst ett av följande kriterier ska vara uppfyllda:

- Insatsen innebär en risk som inte kan motiveras utifrån den förväntade nyttan. De oönskade effekterna väger tyngre än de önskade effekterna.
- Insatsen saknar relevant effekt.
- Insatsen är utredande men saknar värde för fortsatt utredning eller omsorg.
- Kostnadseffektivitetskvoten överstiger det accepterade tröskelvärdet.¹

Insatsen kan vara allt från en behandling eller stödinsats till en förebyggande, diagnostisk eller uppföljande insats. En diagnostisk metod kan till exempel bli icke-göra för att den saknar tillräcklig träffsäkerhet.

Lågvärdevård inkluderar icke-göra och vårdåtgärder som kan ge viss nytta, men där effekten är liten och inte står i rimlig proportion till kostnaden, risken eller hur mycket resurser som krävs. I begreppet lågvärdevård

¹ Tröskelvärdet kan bero på tillståndets svårighetsgrad. Ett allvarligare tillstånd kan innebära en högre betalningsvilja.

inkluderas även åtgärder som kan ge patientnytta – och till och med vara helt nödvändiga – när de används på ett ändamålsenligt sätt, men där en frekvent användning, generellt sett, inte alltid är motiverad. Detta kan till exempel gälla olika typer av undersökningar som röntgen eller laborietester som utförs slentrianmässigt utan att tillföra värde till den fortsatta behandlingen, omsorgen eller utredningen för patienten.

Vårdrelaterat slöseri (engelska *waste*) är ett samlingsbegrepp som inkluderar både icke-göra och lågvärdevård, men också andra resurser i hälso- och sjukvården som används utan att bidra till bättre hälsa eller nytta för patienten [1]. Det täcker även in ineffektiv organisering, överflödiga administration och styrning som leder till felanvändning av resurser. Dessutom ingår kostnader som är högre än nödvändigt, till exempel när billigare men lika effektiva alternativ inte används.

Från motstånd till mening – skapa förståelse för utmönstring

Utmönstring, att avveckla eller minska användningen av insatser med svag eller osäker patientnytta, handlar inte om att spara pengar eller minska tillgången till vård, utan om att förbättra vårdens kvalitet och säkerhet, och att frigöra tid och resurser till det som faktiskt hjälper. För att lyckas krävs tydlig styrning, nära samarbete med verksamheten och strukturerade steg som gör processen både begriplig och meningsfull. Se därför till att personalen är delaktig och har inflytande, annars kan arbetet med utmönstring mötas av motstånd.

Observera: Utmönstring är inte samma sak som ransonering eller effektivisering. Ransonering innebär att minska tillgången till vård av resursskäl, medan effektivisering ofta handlar om att göra samma sak med mindre resurser.

➔ Läs mer i kapitlet [Ord och begrepp](#).

Utmönstring får effekt i mötet med patienten

När utmönstring sker nära verksamheten och kopplas till det dagliga mötet med patienten blir det mer meningsfullt för personalen. Detta kan

- förbättra patientsäkerheten
- minska onödig belastning
- skapa tid för det som faktiskt gör skillnad.

Då blir utmönstring ett förbättringsarbete och inte ett ekonomiskt styrmedel, även om en positiv bieffekt kan vara att utmönstringen leder till vissa kostnadsbesparingar.

Vad krävs för att lyckas?

För att utmönstring ska fungera i praktiken behövs rätt stöd, struktur och kultur. Arbetet vilar på några gemensamma principer:

- **Patientnytta i fokus:** Fokusera på insatser som görs ofta men har liten eller osäker effekt, eller där riskerna med åtgärden är större än den förväntade nyttan.

- **Kunskapsbas och klinisk erfarenhet:** Bygg på bästa tillgängliga kunskap och väg alltid in erfarenhet och omdöme i det enskilda fallet.
- **Helhetssyn på patienten:** Nationella och regionala kunskapsstöd är centrala och vägledande, men behöver tolkas utifrån patientens hela situation. Ett personcentrerat förhållningssätt, där flera behov vägs samman, är särskilt viktigt vid samsjuklighet eller komplexa tillstånd. Det är viktigt att eftersträva en helhetsinriktad syn på patientens hälsa.
- **Regelbunden översyn av behandlingar:** Läkemedelsgenomgångar, som ett exempel, kan visa om en behandling behöver justeras eller avslutas. Farmaceuter har en viktig roll vid utsättning, särskilt för äldre, personer med psykiatriska diagnoser eller många läkemedel samtidigt. Ibland kan andra alternativ vara bättre för patienten, till exempel samtalsbehandling vid depression eller fysioterapi vid diffus smärta. Tänk alltid på vad som ger störst nytta för patienten.
- **Patientmedverkan:** Patienter och deras närstående måste kunna vara delaktiga i besluten, och därför är det viktigt med tydlig kommunikation vid utmönstring, precis som i alla andra vårdssituationer.
- **Öppen dialog i teamet:** En kultur där det är möjligt att ifrågasätta insatser ger förutsättningar att utveckla vården. Dialogen behöver ofta ske tvärprofessionellt.
- **Ledningsstöd och tydlig struktur:** Ledningen behöver skapa utrymme för reflektion, lärande och uppföljning, och utse ansvariga för exempelvis statistik eller samtalsforum.
- **Kulturförändring kräver ledarskap:** Att utmönstra kräver en förändrad syn på vad som är värdeskapande vård. Chefer spelar en avgörande roll i att skapa trygghet, visa riktning och göra det möjligt att prata om vad som inte tillför patientnytta – och vad man ska göra åt det.

Motstånd mot utmönstring är inte så konstigt

Motstånd mot utmönstring är inte ovanligt, och ofta förståeligt. Beslut om utmönstring som inte har förankrats hos personalen, och faktorer som osäkerhet och ovana, kan göra förändringen svår. Här tar vi upp några vanliga orsaker, och ger exempel på hur du som chef kan arbeta för att minska motståndet.

Bristfällig förankring

Se till att personalen är delaktig och har inflytande.

- När utmönstring uppfattas som beslut uppfifrån, utan dialog med verksamheten, kan det skapa motstånd.

- Om argumenten upplevs som ekonomiska snarare än medicinska kan även det väcka ett motstånd.

Invanda mönster och trygghet

Lyft fram ny kunskap och bättre metoder som kan driva vården framåt.
Personalen behöver tid för att sätta sig in i det nya.

- Många metoder är en del av det kliniska vardagsarbetet, därför kan det vara svårt att ifrågasätta något som upplevs som tryggt eller som har fungerat tidigare.
- Det kan vara svårt att ta till sig ny evidens om en metod upplevs fungera bra i det egna arbetet.

Osäkerhet i det kliniska arbetet

Ge stöd och fortbildning, alltid med utgångspunkt i vetenskap och beprövad erfarenhet.

- Särskilt personal med kortare erfarenhet kan känna oro för att göra för lite.
- I osäkra situationer känns det ofta tryggare att ändå göra något, även om nyttan är tveksam; att avstå från en åtgärd kan upplevas som ett större risktagande.

Personlig investering

Samordna arbetet i gemensamma forum, så medarbetarna kan diskutera konkreta patientmöten och dela erfarenheter.

- En metod kan vara något man lagt tid och engagemang på att behärska; att överge den kan kännas som att ens yrkesroll eller erfarenhet ifrågasätts.

Ge personalen rätt förutsättningar

Du som chef har en viktig roll, men personalens bidrag är avgörande. För att ni ska kunna identifiera och minska vårdinsatser med liten eller ingen patientnytta behöver du ge din personal rätt förutsättningar: Uppmuntra till samarbete och tydlig ansvarsfördelning i teamet, och ge personalen tid och lämpliga forum för att reflektera och diskutera tillsammans.

Använd vårdens resurser klokt

Det räcker inte att ta bort sådant som inte fungerar, vi måste också ge plats åt det som fungerar bättre. EU-kommissionens rapport från 2025 betonar att båda perspektiven, utmönstring och inmönstring, behövs för att skapa en

hållbar och kunskapsbaserad hälso- och sjukvård. Att inte ge vård som hade varit motiverad, det vill säga underbehandling, är att betrakta som en form av lågvärdevård [3]. Samordna därför arbetet med in- och utmönstring i gemensamma forum och lyft frågor om såväl under- som överbehandling.

Att minska eller avveckla användningen av insatser med liten eller ingen patientnytta handlar inte i första hand om att spara pengar. Det handlar om att använda vårdens resurser på ett klokare sätt, så vi skapar mer värde för patienterna. På sikt kan det också ge ekonomiska vinster, eftersom pengarna används smartare: till insatser som förväntas ge bättre behandlingsresultat. Samtidigt frigörs tid och kapacitet till nya och bättre metoder.

En hållbar och kunskapsbaserad hälso- och sjukvård som säkrar kvalitet och bättre behandlingsresultat kan dessutom leda till att framtida vårdbehov minskar.

Se upp med riskerna

All utmönstring som hälso- och sjukvården bedriver i verksamheten måste alltid bygga på kunskap och beprövad erfarenhet, och den ska så långt som möjligt genomföras i samråd med patienten.²

Att sluta med vårdinsatser med liten eller ingen patientnytta kan öka patientsäkerheten och kvaliteten, men också skapa mer utrymme för det som gör skillnad. Men utmönstring utan eftertanke kan få negativa konsekvenser. Här fokuserar vi på riskerna.

För lite vård

Fokuserar du för mycket på att rensa bort finns risken att patienter inte får den vård de faktiskt behöver, vilket kan äventyra patientsäkerheten och leda till minskad tillgänglighet och minskat förtroende för vården. Ett sätt att undvika denna risk är att hantera in- och utmönstring i gemensamma forum i verksamheten: Fokusera både på att *sluta* med det som inte ger effekt och på att *stärka* det som ger effekt. Reflektera över både underbehandlande och överbehandlande insatser när ni identifierar problematiska åtgärder. Då minskar ni risken med att ge för lite vård, och kan fokusera på att arbetet ska främja en god och nära vård.

För snävt fokus på det mätbara

Det som går att mäta får ofta mest uppmärksamhet, men vård handlar inte bara om mätbara effekter. Omsorg, sunt förnuft, lyhördhet och relationer kan vara svåra att studera, men dessa faktorer kan ändå vara avgörande i patientkontakten och en god vårdrelation. Det kan till exempel handla om tid, bemötande och återkommande kontakt. Att minska sådant riskerar att urholka omsorgen och försvaga helhetssynen, om det inte görs med eftertanke och klokskap med stöd i vetenskap och beprövad erfarenhet. Involvera därför patienterna och låt dem vara delaktiga i besluten. Vård kräver helhetssyn, inte bara checklistor.

Utmönstring: Inte alltid en besparing

Att ta bort åtgärder som inte ger nytta kan ibland kosta mer än man tror, särskilt på kort sikt. Det gäller särskilt insatser som är väl etablerade och används ofta; de kan kräva extra arbete och resurser för att avvecklas. I vissa fall ersätts de dessutom av mer effektiva metoder som kan vara dyrare.

² 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) och 5 kap. 1 § patientlagen (2014:821).

Det är alltså inte självklart att utmönstring leder till besparingar, men i vissa fall blir det så. Det viktigaste syftet bör därför vara att öka patientsäkerheten och kvaliteten i vården, inte att spara pengar.

Siktet inställt på att göra mindre

Kvalitetsarbete handlar inte alltid om att göra mindre – utan kan också handla om att göra *mer* av det som verkligen gör skillnad för patienten. Det kan ibland innebära att ta bort eller minska användningen av en insats som inte har tydlig nytta, men minst lika ofta handlar det om att välja bättre alternativ. Att sluta med något kan skapa utrymme för sådant som ger mer värde – för patienten, teamet och vården som helhet.

Undvik riskerna: anpassa insatserna

Varje förändring kräver eftertanke. En åtgärd som har låg nytta generellt kan ändå vara rätt i vissa situationer. För att undvika negativa effekter måste utmönstring alltid bygga på dessa fyra grundpelare:

1. bästa tillgängliga kunskap
2. klinisk erfarenhet
3. dialog och delaktighet i både teamet och organisationen
4. en god dialog med patienten för att förankra förändringar i vården.

I praktiken innebär detta att aktivt lyssna, förklara och anpassa insatser utifrån individuella behov.

Två praktiska arbetssätt för värdeskapande vård

Att minska användningen eller sluta helt med vård som har liten eller ingen patientnytta, så kallad lågvärdevård, kräver både ett långsiktigt arbete på verksamhetsnivå och ett engagemang i det professionella samtalet.

Tillsammans kan chefer och medarbetare utveckla en bättre och mer tillgänglig vård genom att samtala och reflektera över behandlingar, insatser, och utredande åtgärder som inte hjälper, och i stället lyfta fram det som fungerar.

Här presenterar vi två kompletterande arbetssätt: ett lokalt och verksamhetsnära, och ett nationellt initiativ som samlar professionen kring goda exempel och gemensamma rekommendationer.

1. Lokalt arbetssätt – skapa utrymme för rätt vård

På flera håll i landet har vårdverksamheter utvecklat lokala arbetssätt för att fasa ut lågvärdevård. Ett exempel från Region Jönköping bygger på att hela teamet är delaktigt i att förbättra och prioritera rätt insatser.

Arbetssättet som Medicinkliniken vid Länssjukhuset Ryhov har utvecklat gör det möjligt att steg för steg identifiera och ta bort vårdinsatser som inte tillför värde, samtidigt som verksamheten blir mer träffsäker, effektiv och meningsfull för både patienter och personal. Arbetet sker nära patienterna, och utgår från några centrala principer:

- **Utred mer i början:** Genom att vara "framtung", det vill säga lägga lite mer tid på att förstå patientens behov tidigt i vårdförloppet, minskar risken för merarbete senare i patientens sjukdomsförlopp.
- **Arbeta personcentrerat:** Fokus ligger på vad som är rätt för den aktuella patienten, inte på generella mallar.
- **Erbjud kollegiala forum varje vecka:** Varje vecka presenterar en läkare ett vanligt patientfall under tre till fem minuter för gemensam diskussion med kollegorna. Det kan vara ett patientfall där något fungerat särskilt bra, och som man borde göra mer av, eller en insats med tveksam nytta som bör ifrågasättas. Diskussionen kan också utgå från ny forskning, lokal statistik eller data från nationell och regional nivå. För att det ska bli konkret och relevant i vardagen kan dessa forum ibland behöva hållas inom en specifik yrkesgrupp, exempelvis bland läkare eller sjuksköterskor, där det finns gemensamma utgångspunkter och mandat. Det tvärprofessionella samtalet är också viktigt, men kan behöva andra former och forum.

- **Följ upp med verksamhetsnära data:** Enkla uppföljningar av hur det går i den egna verksamheten ger konkret stöd för förändring, till exempel statistik om förskrivningar eller besök.
 - **Skapa ett brett engagemang:** Alla funktioner deltar i förbättringsarbetet, även vårdadministrativ personal. De kan ofta uppmärksamma tidskrävande och återkommande moment med liten nytta. Att lägga in en punkt om lågvärdevård på arbetsplatsträffen (APT) kan vara ett sätt att lyfta frågan löpande.
 - **Avsätt tid och utse ansvariga:** Vårdenhetschefer och medicinskt ansvariga i de olika sektionerna har ansvar för att organisera arbetet. Tid för att följa upp resultaten avsätts vid befintliga möten. Därefter behandlas förslagen på verksamhetsnivå tillsammans med bland annat verksamhetschefen.
 - **Arbeta patientsäkert:** Personalen avsätter tid för samtal med patienten och dokumentation av överenskommelsen, så att patienten förstår sin situation och kan agera vid utebliven förbättring, eller om det sker en försämring. Det är viktigt att skapa en säkerhetsmarginal för att patienter och medarbetare ska vara trygga. Detta minskar också risken för överdiagnostik eller överbehandling.
- ➔ **Läs mer:** Även Onkologimottagningen vid Länssjukhuset Ryhov har pågående initiativ kopplade till Kloka Kliniska Val. Mer om detta i [Hälsoekonomisk analys vid minskning eller avveckling av lågvärdevård](#).

Positiva bieffekter redan det första året

Målet med arbetssättet, som medicinkliniken utvecklade 2023, var att stärka patientsäkerheten, förbättra dialogen med patienterna, frigöra tid för personalen, öka tillgängligheten och förbättra kvaliteten. Men arbetssättet resulterade även i positiva bieffekter i form av kostnadsbesparingar och förbättrad tillgänglighet redan under det första året.

Medicinkliniken frigjorde tid för både personal och patienter genom att minska användningen av vissa åtgärder:

- Tillgängligheten förbättrades under 2023: Andelen patienter som fått kontakt inom 60 dagar ökade från 56 procent 2023 till 72 procent 2024.
- Väntetiden på provsvar kortades.
- Tydligare fokus på läkemedelsgenomgångar för förbättrad läkemedelsanvändning.
- Ökat kollegialt lärande genom diskussioner tillsammans.
- Mer individanpassad vård.
- Arbetet har lett till kunskapsspridning mellan kliniker och utveckling av handlingsplaner kopplade till en budget i balans.

Kostnadsbesparingar redan efter det första året

Besparingar mellan 2023 och 2024:

- Röntgenundersökningar minskade med 1 000 tillfällen, motsvarande 3,5 miljoner kronor.
- Labbanalyser minskade med 60 000 analyser, motsvarande 3,5 miljoner kronor.
- Förskrivning av läkemedel minskade med 2,9 miljoner kronor, en minskning med 3,4 procent, jämfört med 2023.

Exempel från Medicinkliniken vid Länssjukhuset Ryhov, Region Jönköping

2. Kloka Kliniska Val – ett professionellt initiativ

Ett annat sätt att bidra till utmönstring är att engagera sig i **Kloka Kliniska Val** (KKV) – ett arbetssätt som bygger på att professionen själv pekar ut åtgärder som har liten eller tveksam nytta. Inspirationen kommer från Choosing Wisely, ett internationellt initiativ som startade i USA. Det har fått stort genomslag i flera länder, till exempel i Kanada och Norge. Där är nästan alla specialistläkarföreningar anslutna, och de tar gemensamt fram rekommendationer om vad man bör göra mindre av eller undvika helt.

➔ Läs mer:

- **Kanada:** [Choosing Wisely](#)
- **Norge:** [Gjør kloke valg](#)

Inte bara för läkare: alla yrkesroller kan bidra

I Sverige har arbetet med Kloka Kliniska Val, som organiseras av Svenska Läkaresällskapet (SLS), utvecklats snabbt under senare år. Initiativet har i Sverige hittills riktat sig främst till läkare, men liknande arbetssätt kan användas även av andra yrkesgrupper, som arbetsterapeuter, psykologer, och sjuksköterskor. I Norge medverkar till exempel fysioterapeuter och tandläkare. Alla kan bidra till kloka val i vården, oavsett yrkesroll.

Rekommendationer möter verkligheten – helhet i varje vårdbeslut

Kloka Kliniska Val handlar inte bara om att lista åtgärder som bör undvikas. En bärande princip är att se till hela patientens situation och fatta beslut utifrån både kunskap och sammanhang, och att eftersträva en helhetsinriktad syn på patientens hälsa.

Rekommendationer i nationella eller regionala kunskapsstöd är centrala och ger vägledning, men de behöver alltid tolkas i ljuset av varje patients behov, särskilt vid samsjuklighet eller komplexa tillstånd. Det handlar om att utifrån forskning och beprövad erfarenhet ge rätt vård, till rätt patient, vid rätt tid, med både kvalitet och helhet i fokus.

Kloka Kliniska Val bygger på några centrala principer:

- **Professionen leder arbetet:** Det är specialistläkarföreningarna som identifierar lågvärdesåtgärder inom sina områden, men arbetet fortsätter i vardagen. Även den enskilda klinikern har en viktig roll i att uppmärksamma, ifrågasätta och fasa ut åtgärder med låg nytta i det egna teamet eller verksamheten.
- **Fokus på patientnytta:** Förslagen ska baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet, och vara relevanta för en klinisk vardag.
- **Tydliga, konkreta råd:** Enkla och konkreta formuleringar gör det lättare att omsätta råden i praktiken. Exempel från Svensk förening för allmänmedicin: "Undvik upprepad kontroll av blodfetter för patienter med välfungerande blodfettssänkande behandling." [4].
- **Stöd för samtal:** Rekommendationerna är tänkta som utgångspunkt för dialog mellan kollegor, i utbildning och i mötet med patienten.

Genom att delta i utvecklingen eller spridningen av Kloka Kliniska Val kan du bidra till att minska onödig och potentiellt skadlig vård, och samtidigt stärka förtroendet för professionens ansvar att göra kloka prioriteringar.

➔ Läs mer om [Kloka Kliniska Val](#).

Anpassa efter verksamhetens förutsättningar

Förutsättningarna att arbeta med utmönstring varierar. Vissa yrkesgrupper arbetar ofta ensamma, utan naturliga kollegiala forum. Då krävs andra lösningar än i verksamheter där det finns etablerade team. Det avgörande är inte formen, utan att det finns utrymme att tänka efter, dela erfarenheter och ifrågasätta sådant som inte längre gynnar patienten. Det viktiga är att tänka smart och anpassa efter hur vardagen ser ut på varje klinik.

Det kan till exempel handla om att

- skapa korta, återkommande avstämningar
- integrera frågorna i befintliga strukturer, som journalgranskningar eller handledning
- ge utrymme för reflektion även på individnivå

- hitta vägar för samtal med andra professioner – eller delta i forum utanför den egna arbetsplatsen
- främja en kultur som fokuserar på risker med såväl överbehandling som underbehandling.

Minska miljö- och klimatpåverkan

Globalt sett ligger hälso- och sjukvårdens klimatutsläpp på ungefär 5 procent av de globala koldioxidutsläppen [5], vilket är i nivå med eller till och med något högre än flygets [6, 7]. När vi fortsätter med vård som inte hjälper, fortsätter vi också att använda energi, kemikalier och material i onödan. Det påverkar klimatet och miljön globalt och kan dessutom utsätta patienter och personal för omotiverade hälsorisker.

Exempel på hållbarhetsrisker

Här lyfter vi några exempel på hälso- och sjukvårdens miljö- och klimatavtryck och andra hållbarhetsrisker:

- **Resursförbrukning i tillverkning och avfall:** Varje vårdåtgärd kräver energi, råvaror och transporter. När nyttan uteblir blir påverkan ren belastning, i både produktionsländer och lokalmiljö [8].
- **Förbrukningsartiklar:** Engångsartiklar som plasthandskar och britspapper bidrar till utsläpp och föroreningar. Ibland kan hygienkraven uppfyllas på annat sätt [9].
- **Läkemedelsrester i miljön:** Hormon- och nikotinplåster och vaginalringar med hormoner innehåller läkemedelsrester även efter användning. Hormoner och svårnedbrytbara substanser, som till exempel diklofenak, kan påverka vattenlevande organismer, till exempel fiskars könsutveckling, fortplantning och beteende. [10, 11, 12].
- **Klimatutsläpp från läkemedel:** Exempelvis drivgas i vissa inhalatorer bidrar till höga växthusgasutsläpp [12].
- **Antibiotikaresistens:** En växande global hälso- och miljöutmaning är den omotiverade antibiotikaanvändningen som dessutom driver resistensutveckling [13].
- **Strålning och fysiska risker:** Undersökningar som röntgen och datortomografi innebär stråldoser som bör undvikas när de inte påverkar vårdbeslutet [14].

Minska lågvärdevård – miljöarbete i Norge och Kanada

I **Norge** har Helsedirektoratet (motsvarande Socialstyrelsen i Sverige) tagit fram en vägledningsskarta som syftar till att minska hälso- och sjukvårdens samt omsorgens miljö- och klimatpåverkan. Utmönstring av lågvärdevård är en av flera centrala komponenter i att få ner koldioxidutsläppen.

I **Kanada** har läkarnas specialistföreningar inom Choosing Wisely tagit fram särskilda klimatrekommendationer kopplat till arbetet med lågvårdevård, som ett sätt att förena medicinsk kvalitet med miljöansvar.

➔ **Läs mer:**

- **Norge:** [Veikart mot en bærekraftig, lavutslipps og klimatilpasset helse- og omsorgstjeneste – Helsedirektoratet.](#)
- **Kanada:** [Choosing Wisely and Climate Action.](#)

Bärande principer för implementering

Här beskriver vi den etiska plattformen för prioriteringar som hälso- och sjukvården behöver ta hänsyn till när man minskar eller avvecklar vård med litet eller inget värde för patienterna. Vi beskriver också konceptet med God och nära vård som ingår i den så kallade primärvårdsreformen.

Den etiska plattformen för prioriteringar

Det praktiska implementeringsarbetet i hälso- och sjukvården, inklusive implementering av utmönstringsbeslut, behöver utgå från den etiska plattform som är beslutad av riksdagen (prop. 1996/97:60), utöver reglerna i hälso- och sjukvårdsförfattningarna. Det gäller både regional-, kommunal- och privat hälso- och sjukvård samt tandvård. Den etiska plattformen har i sin tur konkretiserats i en nationell modell för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården [13]. Detta är samma etiska plattform som Socialstyrelsen utgår från när vi ger rekommendationer till hälso- och sjukvården med olika prioritet, och när vi avgör vilka områden som över huvud taget ska bli föremål för nationella riktlinjer.

Det handlar om att följa tre principer för prioritering:

1. **Människovärdesprincipen:** Alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
2. **Behovs- och solidaritetsprincipen:** Resurserna bör fördelas utifrån behov. Den som behöver vården mest ska få företräde – den med svårast sjukdom och sämst livskvalitet.
3. **Kostnadseffektivitetsprincipen:** Vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation eftersträvas mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet.

Alla beslutsfattande nivåer har ett gemensamt ansvar för att fördela resurser enligt de tre principerna för prioritering. Principerna uttrycks även i 3 kap. 1 § och 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), och ska bland annat bidra till en jämlik vård.

➔ **Läs mer:** Prioriteringscentrum ger stöd i arbetet med övergripande principer för prioriteringar – se liu.se/forskning/prioriteringscentrum.

God och nära vård

Det övergripande målet är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska uppnås.

Primärvårdsreformen har tre mål:

- Tillgängligheten till primärvården ska öka.
- En mer delaktig patient och en personcentrerad vård.
- Kontinuiteten i primärvården ska öka.

Arbets sättet med Kloka Kliniska Val som beskrivits i tidigare avsnitt, är ett exempel på hur hälso- och sjukvården kan arbeta för att uppnå en god och nära vård.

➔ **Läs mer** på sidan [God och nära vård](#) på Socialstyrelsens webbplats.

Så togs stödet fram

Detta stöd bygger på en samlad bedömning av dialoger med olika intressenter i hälso- och sjukvården, skriftliga inspel från bland annat regionernas nationella programområden, svenska och internationella rapporter.

Grunden är våra dialoger med ett fyrtiotal organisationer i hälso- och sjukvården, exempelvis

- professions- och patientföreträdare
- representanter från den regionala kunskapsstyrningen
- personal, chefer, beslutsfattare och experter inom patientsäkerhet.

Dessutom har vi fört dialoger med några organisationer i tandvården.

Erfarenheter från Norge

I Norge har arbetet med att fasa ut vård med låg patientnytta pågått länge och kommit relativt långt. Metoderna är tydliga och personalen har varit delaktig.

Som en del av det svenska utvecklingsarbetet har dialog förts med Helsedirektoratet (Socialstyrelsens motsvarande myndighet i Norge) och Gjør Kloke Valg (som organiseras under Den norske legeforening). Deras erfarenheter visar att

- det är viktigt att arbeta nära verksamheten
- förändring behöver drivas underifrån, av personal med rätt stöd
- när professionen själva får identifiera vad som kan fasas ut, ökar både motivationen och effekten.

Bakom arbetet – metod och underlag

Du kan ta del av Socialstyrelsens metodbeskrivning för hur stödet utvecklats. Vi har också gjort en sammanställning av befintliga icke-göra-rekommendationer, publicerad 2024. I vår slutrapport till Socialdepartementet beskriver vi utvecklingsbehoven för att stärka det nationella arbetet.

➔ Läs mer:

1. [Metodbeskrivning](#)
2. [Socialstyrelsens Icke-göra-rekommendationer](#)
3. [Slutredovisningsrapporten](#)
4. [Hälsoekonomisk konsekvensanalys](#)

Referenser

1. OECD. Tackling wasteful spending on health. Paris: OECD Publishing; 2017. [OECD](#)
2. Prioriteringscentrum, Linköpings universitet. Om prioriteringar inom vård och omsorg. Linköping: Linköpings universitet. [Om prioriteringar inom vård och omsorg - Linköpings universitet](#)
3. European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety. Identifying, measuring and reducing low-value care in the context of health system performance assessment. Brussels: European Commission; 2025 Feb 10. https://health.ec.europa.eu/publications/identifying-measuring-and-reducing-low-value-care-context-health-system-performance-assessment_en?prefLang=sv
4. Svensk Förening för Allmänmedicin. Fem Kloka Kliniska Val inom allmänmedicin. 2025. [Svensk Förening för Allmänmedicin – Kloka Kliniska Val](#)
5. Whitmee S, Haines A, Beyrer C, Boltz F, Capon AG, Ferreira de Souza Dias BM, et al. Environmental sustainability of health systems: time to act. Lancet. 2023; 401(10384): 1893–901. [Environmental sustainability of health systems: time to act – The Lancet](#)
6. Karliner J, Slotterback S, Boyd R, et al.; Health Care Without Harm, Arup. Health care's climate footprint: how the health sector contributes to the global climate crisis and opportunities for action. 2019. [Health care climate footprint report | Health Care Without Harm – Global](#)
7. Wåhlin S. Hälso- och sjukvården påverkar klimatet. Läkartidningen. 2019 Feb; 116. [Hälso- och sjukvården påverkar klimatet – Läkartidningen](#)
8. WHO. Health-care waste. Geneva: World Health Organization; 2024 Oktober. [Health-care waste](#)
9. WHO. Environmentally sustainable health systems: a strategic document. Köpenhamn: World Health Organization, Regionalkontoret för Europa; 2017. [Environmentally sustainable health systems: a strategic document](#).
10. Naturvårdsverket. Läkemedel i miljön. Stockholm: Naturvårdsverket; 2024 Mars 11. Naturvårdsverket. [Läkemedel i miljön](#)
11. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Region Stockholm. Diclofenac. Janusinfo; uppdaterad 2020-10-20. [Diclofenac – Janusinfo.se](#)
12. Svenska Läkaresällskapet. Klimat och hållbarhet i det kliniska arbetet: tips & inspiration för dig som är läkare. Stockholm: Svenska Läkaresällskapet; 2022 Sep. [sls_hallbarhetsguide_2022_webb_final20-1.pdf](#)

13. Folkhälsomyndigheten. Antibiotika och antibiotikaresistens. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2025 Feb 24. [Antibiotikaresistens är ett hot mot folkhälsan – Folkhälsomyndigheten](#)
14. Strålsäkerhetsmyndigheten (SSM). Datortomografi – berättigande och optimering. Stockholm: SSM. [Datortomografi – Strålsäkerhetsmyndigheten](#)
15. Prioriteringscentrum. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård: ett verktyg för rangordning: Linköpings universitet, Prioriteringscentrum; 2017. [Prioriteringscentrum - verktyg för prioriteringsarbete - Linköpings universitet](#)

Här ger Socialstyrelsen stöd till hälso- och sjukvården i arbetet med att minska lågvärdevård. Vi förklarar ord och begrepp, tydliggör varför det är viktigt att fasa ut vård med liten eller ingen patientnytta och beskriver organisatoriska förutsättningar att ta hänsyn till. Vi ger även exempel på arbetssätt för att komma igång eller förbättra det pågående arbetet.



Minska vård med låg patientnytta (artikelnr 2025-12-9972)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.