

# Utmönstring av vård som saknar patientnytta

Slutredovisning S2024/01266

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](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se).

Artikelnummer: 2025-12-9972

Publicerad: [www.socialstyrelsen.se](https://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

|                                                                       |           |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Förord .....</b>                                                   | <b>3</b>  |
| <b>Sammanfattning .....</b>                                           | <b>6</b>  |
| Framgångsfaktorer .....                                               | 6         |
| Stöd till hälso- och sjukvården .....                                 | 6         |
| Utvecklingsbehov att ta vidare.....                                   | 7         |
| Slutsatser .....                                                      | 7         |
| <b>Om uppdraget .....</b>                                             | <b>8</b>  |
| Delredovisning 2024.....                                              | 8         |
| Väsentlig förändring under arbetets genomförande.....                 | 8         |
| Dialog med intressenter i hälso- och sjukvården.....                  | 9         |
| Slutredovisningens avgränsningar.....                                 | 9         |
| Resultat .....                                                        | 10        |
| Hälsoekonomisk konsekvensanalys .....                                 | 11        |
| Parallell utveckling .....                                            | 12        |
| <b>Ord och begrepp .....</b>                                          | <b>13</b> |
| Utmönstring.....                                                      | 13        |
| Icke-göra, lågvärdevård och vårdrelaterat slöseri .....               | 14        |
| Den etiska plattformen för prioriteringar .....                       | 15        |
| God och nära vård.....                                                | 16        |
| <b>Kloka Kliniska Val – ett professionellt initiativ .....</b>        | <b>17</b> |
| Inte bara för läkare: alla yrkesroller kan bidra .....                | 17        |
| Rekommendationer möter verkligheten – helhet i varje vårdbeslut ..... | 18        |
| <b>Skäl till att utmönstra vård .....</b>                             | <b>19</b> |
| För stor mängd vård ger liten patientnytta.....                       | 19        |
| Sjukvårdens andel av BNP ökar .....                                   | 21        |
| Undanträngningseffekter .....                                         | 22        |
| Överdiagnostik och överbehandling kan få negativa konsekvenser .....  | 22        |
| <b>Hinder som kan skapa motstånd.....</b>                             | <b>23</b> |
| Bristfällig förankring.....                                           | 23        |
| Invanda mönster och trygghet .....                                    | 23        |
| Osäkerhet i det kliniska arbetet.....                                 | 23        |
| Personlig investering .....                                           | 23        |
| <b>Framgångsfaktorer vid utmönstring .....</b>                        | <b>24</b> |

|                                                                    |           |
|--------------------------------------------------------------------|-----------|
| Närliggande forskningsresultat .....                               | 25        |
| <b>Risker med utmönstring .....</b>                                | <b>26</b> |
| För lite vård .....                                                | 26        |
| För snävt fokus på det mätbara .....                               | 26        |
| Utmönstring: Inte alltid en besparing.....                         | 26        |
| Siktet inställt på att göra mindre .....                           | 27        |
| Undvik riskerna: anpassa insatserna .....                          | 27        |
| <b>Patientsäkerhet .....</b>                                       | <b>28</b> |
| Arbeta systematiskt .....                                          | 28        |
| Omöjligt att helt undvika alla "onödiga" åtgärder .....            | 28        |
| <b>Verksamhetsnära arbetssätt att inspireras av.....</b>           | <b>30</b> |
| Lokalt arbetssätt – skapa utrymme för rätt vård.....               | 30        |
| Andra initiativ och arbetssätt .....                               | 32        |
| <b>Behov av utveckling och uppföljning .....</b>                   | <b>34</b> |
| Förutsättningar på arbetsplatsen .....                             | 34        |
| Bredda perspektivet .....                                          | 36        |
| Andra behov att klargöra .....                                     | 39        |
| Exempel på risker som behöver utredas vidare .....                 | 40        |
| Uppföljningsområden .....                                          | 40        |
| Långsiktig finansiering .....                                      | 41        |
| <b>Slutsatser .....</b>                                            | <b>42</b> |
| Personalens förutsättningar är mest centralt .....                 | 42        |
| Arbetet behöver stärkas på bred front .....                        | 42        |
| Mot ett mer strukturerat utmönstringsarbete .....                  | 43        |
| <b>Deltagare i projektet .....</b>                                 | <b>44</b> |
| Styrgrupp.....                                                     | 44        |
| Övriga medverkande .....                                           | 44        |
| <b>Referenser.....</b>                                             | <b>45</b> |
| <b>Bilaga 1–6: Tillhörande dokument som publiceras på webben .</b> | <b>47</b> |

## Sammanfattning

I denna slutredovisning redogör Socialstyrelsen för tre av uppdragets fyra delmoment (nummer 2–4 i listan nedan):

1. Kartlägga och klassificera vårdåtgärder som inte ger patientnytta utifrån Socialstyrelsens icke-göra-rekommendationer (redovisad i december 2024).
2. Identifiera faktorer som har betydelse för utmönstring av vårdåtgärder.
3. Utforma ett verksamhetsnära stöd för regionernas arbete med utmönstring (redovisas samtidigt som slutredovisningen).
4. Identifiera fortsatt utveckling inom området och ge förslag på lämpliga uppföljningsmetoder.

## Framgångsfaktorer

Socialstyrelsen har identifierat ett antal faktorer som arbetet behöver vila på för att motivera personalen och göra arbetet tryggt och säkert, särskilt när utmönstringsarbetet bedrivs på lokal och verksamhetsnära nivå. Här är tre exempel:

- När målet med utmönstring är att vården ska ge mer patientnytta ökar engagemanget för både personal och patienter.
- När det är tydligt att utmönstringen behöver bedrivas på basis av vetenskap och beprövad erfarenhet kan riskerna minska, samtidigt som träffsäkerheten och därmed effekten kan öka.
- När det finns fungerande arbetssätt finns det goda förutsättningar att identifiera vårdåtgärder med liten eller ingen patientnytta, och på ett säkert och tryggt sätt avveckla dessa eller minska användningen. Med fungerande arbetssätt menar vi här en kontinuerlig och tydlig struktur med fokus på gemensamt lärande och kollegiala reflektioner utifrån konkreta patientexempel i teamet eller på avdelningen.

## Stöd till hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen ger praktiskt stöd till hälso- och sjukvården i två delar:

- Ett skriftligt stöd till verksamhetschefer- och personal för att minska på vård med liten patientnytta och en tillhörande presentation som kan användas exempelvis vid arbetsplatsträffar (APT).
- Ett tvärprofessionellt forum för att underlätta starten för en stärkt tvärprofessionalitet och engagera fler av vårdens professioner.

## Utvecklingsbehov att ta vidare

De utvecklingsbehov som Socialstyrelsen föreslår kan stärka arbetet med utmönstring om de tas vidare och resurssätts.

Det handlar om **förbättrade förutsättningar på arbetsplatsen**:

- Fortbildning behöver ges med större kontinuitet.
- Kollegiala forum om in- och utmönstring är en nödvändighet.
- Arbetet behöver drivas ”bottom-up” som ett förbättringsarbete.
- Personalen behöver tid för att driva arbetet.

Och om vikten av att **arbetet breddas**:

- metoder mot över- och underbehandling
- stärkt tvärprofessionalitet
- stärkt dialog med patienter och befolkning
- fasa ut onödig administration och ineffektiva organisatoriska arbetssätt
- tänka in klimat- och miljöpåverkan i arbetet.

Det är också viktigt att uppföljningen hänger med i utvecklingen, och att åtgärder med liten eller ingen patientnytta mäts och följs upp.

## Slutsatser

I takt med att lågvårdevård uppmärksammas alltmer som ett betydande problem för hälso- och sjukvården har stärkta strategier för utmönstring blivit mycket aktuellt. Man uppskattar att omkring 20 procent av den vård som ges kan ge liten eller ingen nytta för patienterna [1]. Framväxten av det globala initiativet Kloka Kliniska Val har dessutom gett frågan både ökad aktualitet och legitimitet genom att flytta fokus för utmönstring delvis bort från beslutsfattarnivån och närmare den personal som dagligen möter patienter i hälso- och sjukvården.

För att ta nästa steg i utvecklingen behöver arbetet bli tydligare strukturerat och organiseringen jämlik över landet. Det är viktigt att in- och utmönstring bedrivs med kontinuitet i verksamheterna, och att personalen får rätt förutsättningar för att kunna driva arbetet. För att minska riskerna kan det vara klokt att fokusera arbetet till både underbehandlande och överbehandlande åtgärder, och patienterna behöver vara delaktiga och involverade. Målet med utmönstring behöver vara att ge patienterna en god och nära vård.

## Om uppdraget

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 att utmönstra sådana vårdåtgärder.

Övergripande syfte: 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.

Uppdraget består av fyra delmoment som kan bidra till ett bättre kunskapsläge om betydelsen av utmönstring av vård med liten eller ingen patientnytta:

1. Kartlägga och klassificera vårdåtgärder som inte ger patientnytta utifrån Socialstyrelsens icke-göra-rekommendationer (redovisad i december 2024).
2. Identifiera faktorer som har betydelse för utmönstring av vårdåtgärder.
3. Utforma ett verksamhetsnära stöd för regionernas arbete med utmönstring (redovisas samtidigt som slutredovisningen).
4. Identifiera fortsatt utveckling inom området och ge förslag på lämpliga uppföljningsmetoder.

## Delredovisning 2024

I december 2024 presenterade Socialstyrelsen en delredovisning med en kartläggning och klassificering av vårdåtgärder som saknar patientnytta utifrån icke-göra-rekommendationer i Nationella riktlinjer. Eftersom delmomentet är rapporterat är det inte i huvudfokus för denna slutredovisning.

➔ **Läs mer:** [Delredovisningen och sammanställningen av Socialstyrelsens icke-göra.](#)

## Väsentlig förändring under arbetets genomförande

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) fick under arbetets gång ett eget regeringsuppdrag, där de och Socialstyrelsen förväntades samverka och undvika dubbelarbete. Detta var en väsentlig förändring som ledde fram till att det andra delmomentet i listan ovan i stället delvis hanterades av SBU, särskilt de vetenskapliga perspektiven. Det



handlade om att identifiera faktorer som har betydelse för utmönstring av vårdåtgärder och bidra till ett bättre kunskapsläge.

Socialstyrelsen kunde i stället fokusera på att belysa faktorer som påvisats vara viktiga utifrån framför allt erfarenhetsbaserade och praktiska perspektiv.

➔ **Läs mer** i [SBU:s](#) slutredovisningsrapporter om utmönstring:

- Utmönstring – En rapport om begrepp, aktörer, hälsoekonomi och etik
- Utmönstring – En kartläggning av systematiska översikter
- Utmönstring – Process för framtagande av underlag för utmönstring.

## Dialog med intressenter i hälso- och sjukvården

Vi har involverat och fört dialog med relevanta intressenter i hälso- och sjukvården från 43 organisationer, exempelvis:

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

Vi har även fått in skriftliga inspel från 24 av 26 nationella programområden (NPO), eller haft dialog med representanter från dessa.

➔ **Läs mer** om hur vi har arbetat med uppdraget i bilagan [Metodbeskrivning](#). Vilka organisationer som ingått framgår i bilagan Översikt av involverade intressenter.

## Slutredovisningens avgränsningar

Detta uppdrag är avgränsat till den hälso- och sjukvård som bedrivs regionalt. Vi har alltså inte haft fokus på vård som bedrivs av kommunerna eller på annan omsorg, till exempel Socialtjänsten. Tandvård har däremot ingått, men då som ett av alla vårdområden där utmönstringsarbetet kan behöva stärkas.

Det praktiska stöd som Socialstyrelsen ger till verksamhetschefer och personal som möter patienter i hälso- och sjukvården kan vara användbart som ett reflektionsmaterial även i tandvården och den kommunala vården och omsorgen. Stödet är dock inte anpassat till dessa verksamheter fullt ut; det kan finnas aspekter som är specifika för dessa områden som vi inte fångat upp och därmed inte kan redogöra för.

## Resultat

Här redogör vi kortfattat för våra huvudresultat. Vi fokuserar på

- Socialstyrelsens leveranser: praktiskt stöd till verksamhetschefer och personal i hälso- och sjukvården och tvärprofessionellt forum
- utvecklings- och uppföljningsområden
- vikten av hälsoekonomiska bedömningar vid utmönstringsbeslut på övergripande nivå.

## Praktiskt stöd till hälso- och sjukvården

För att stärka det lokala och verksamhetsnära utmönstringsarbetet har Socialstyrelsen utvecklat ett praktiskt stöd till vårdens verksamhetschefer och personal. Stödet tar upp

- varför det är viktigt att arbeta med utmönstring av vård med liten eller ingen patientnytta
- centrala ord och begrepp inom området
- organisatoriska förutsättningar för att lyckas med arbetet
- risker kopplade till patientsäkerhet
- exempel på lokala och nationella arbetssätt att inspireras av.

Som ett komplement tar vi fram en presentation för arbetsplatsträffar, ett stöd för frågor och diskussioner.

### ➔ Läs mer:

- [Minska vård med låg patientnytta: Ett praktiskt stöd för chefer och personal i hälso- och sjukvården.](#)
- Presentation till arbetsplatsträffar: [Minska vård med låg patientnytta.](#)

## Forum: Fasa ut lågvärdevård tillsammans

Som en del av arbetet med att ge praktiskt stöd till hälso- och sjukvården i arbetet med att minska eller avveckla vård med liten eller ingen patientnytta anordnar Socialstyrelsen ett tvärprofessionellt forum i Stockholm **12 december 2025** i samarbete med Kloka Kliniska Val (Svenska Läkaresällskapet). Ett tiotal professionsförbund kommer att delta med två representanter vardera, till exempel Svensk sjuksköterskeförening och Arbetsterapeuterna.

Syftet är att stimulera en stärkt tvärprofessionalitet och engagera fler yrkesroller i arbetet med att fasa ut så kallad lågvärdevård.

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

## Utvecklingsbehov att ta vidare

För att stärka arbetet med utmönstring har vi identifierat tio utvecklingsbehov som kan förbättra arbetet om de tas vidare och resurssätts.

### Förbättrade förutsättningar på arbetsplatsen

1. Fortbildning behöver ges med större kontinuitet.
2. Kollegiala forum om in- och utmönstring är en nödvändighet.
3. Arbetet behöver drivas ”bottom-up” som ett förbättringsarbete.
4. Personalen behöver tid för att driva arbetet.

### Breddat perspektiv

5. Ge mer kraft åt metoder mot över- och underbehandling.
6. Stärk samarbetet mellan vårdens professioner.
7. Informera patienter och befolkning.
8. Fasa ut onödig administration och ineffektiva organisatoriska arbetssätt.
9. Synliggör utmönstring som en del av miljö- och klimatarbetet.

### Uppföljning

10. vikten av nationell kontinuerlig uppföljning och fokus på kvalitet; relevant data och verksamhetsnära statistik; mer lärande återkoppling på forskrivningar.

## Hälsoekonomisk konsekvensanalys

Att analysera de samhälleliga vinsterna av att utmönstra vårdåtgärder med liten eller ingen patientnytta innebär ett grannliga arbete. När beslut fattas verksamhetsövergripande – till exempel på sjukhusnivå – krävs det noggranna avvägningar och fokus på flera perspektiv. Hälsoekonomiska bedömningar behöver baseras på en sammanvägd bedömning av till exempel:

- **patientperspektivet** – utmönstringen förbättrar vården för patienten
- **sjukvårdsperspektivet** – användningen av resurser inom vårdsystemet blir mer effektiv till följd av utmönstringen
- **samhällsperspektivet** – utmönstringen leder till att resurser omfördelas till mer effektiva och värdeskapande insatser.

I den hälsoekonomiska konsekvensanalysen redogör vi även för ett exempel på utmönstringsarbete i en verksamhet som applicerat konceptet med Kloka Kliniska Val och anpassat det till den lokala och verksamhetsnära kontexten – och som resulterat i positiva effekter.

- ➔ **Läs mer:** Ta del av en beskrivning av arbetssättet, dess kostnader och positiva effekter i rapporten [Hälsoekonomisk analys vid minskning eller avveckling av lågvärdevård](#) och i kapitlet [Verksamhetsnära arbetssätt att inspireras av](#).

## Parallell utveckling

Sedan Socialstyrelsen fick detta regeringsuppdrag i juni 2024 har det hänt mycket på området. Arbetet med att utmönstra vård av liten eller ingen patientnytta i hälso- och sjukvården har utvecklats på flera håll. Här listar vi några exempel:

- Partnerskapet för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården har tagit fram en viljeinriktning för regionernas kunskapsstyrningssystem för arbetet med utmönstring av så kallad lågvärdevård [2].
  - Kloka Kliniska Val har fortsatt att engagera och vara en pådrivande röst i debatten, bland annat genom en välbesökt konferens i februari 2025 och ett nytt kampanj- och informationsmaterial till personal och patienter [3].
  - Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) har tagit fram en klok lista med fem lågvärdevärdsåtgärder – ett pedagogiskt stöd och reflektionsunderlag för arbetet med utmönstring i primärvården [4]. Ett flertal andra specialistföreningar har också tagit fram en klok lista, varav några under 2025.
- ➔ Ta del av specialistläkarföreningarnas kloka listor här: [Rekommendationer – Kloka Kliniska Val](#).

## 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 tar vi upp 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.

➔ **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](#)).

Etiska prioriteringar och patientens delaktighet är viktiga delar av utmönstringsarbetet. Sist i kapitlet presenterar vi därför

- den etiska plattformen för prioriteringar i hälso- och sjukvården samt tandvården
- primärvårdsreformen God och nära vård.

## 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 [5]:

- **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.<sup>1</sup>

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

---

<sup>1</sup> 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, överflödigt 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.

## 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 [6]. 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:

**Människovärdesprincipen:** Alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.

**Behovs- och solidaritetsprincipen:** Resurserna bör fördelas utifrån behov. Den som behöver vården mest ska få företräde – den med svårast sjukdom och sämst livskvalitet.

**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](https://liu.se/forskning/prioriteringscentrum).

## God och nära vård

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. Målen för primärvårdsreformen:

- 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.



## Kloka Kliniska Val – ett professionellt initiativ

Kloka Kliniska Val (KKV) är 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.

Målet för Kloka Kliniska Val är att minska onödig och potentiellt skadlig vård, och samtidigt stärka förtroendet för professionens ansvar att göra kloka prioriteringar.

➔ Läs mer om [Kloka Kliniska Val](#).

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

I Socialstyrelsens plan för stärkt tillgänglighet och kapacitet i hälso- och sjukvården från 2024 lyftes utifrån regionernas önskemål bland annat Kloka Kliniska Val som ett strategiskt arbetssätt för att öka tillgängligheten till vården.

➔ Läs mer om [Socialstyrelsens plan för arbetet med tillgänglighet och vårdkapacitet](#).

## 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 och 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.

## Skäl till att utmönstra vård

Det finns många skäl till att hälso- och sjukvården behöver arbeta aktivt med utmönstring av vårdåtgärder och andra insatser som inte ger effekt. När det gäller vårdåtgärder hänger de allra viktigaste ihop med en vilja att stärka patientsäkerheten. De handlar bland annat om att

- minska riskerna för biverkningar eller skador som uppstår för att riskerna med behandlingen överstiger nyttan
- undvika överbehandling, överdiagnostisering och omotiverad läkemedelsanvändning, men också underbehandling och ineffektiva åtgärder.

Utmönstring är också viktigt eftersom

- arbetet annars kan svälla och kostnaderna skena
- det kan skapa plats för nya och bättre åtgärder, samtidigt som de redan existerande åtgärderna som ger god effekt får mer utrymme.

## För stor mängd vård ger liten patientnytta

Enligt Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD) kan så mycket som 20 procent av den vård som ges i hälso- och sjukvården vara till liten eller ingen nytta för patienterna, så kallad lågvärdevård [1]. Det kan exempelvis 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.

## Fokus på helhet, kvalitet och patientnytta

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.

Det rör sig dock om en betydligt lägre andel av den totala mängden vårdåtgärder om man enbart räknar vårdåtgärder där risken överväger nyttan, eller som helt saknar relevant effekt – alltså vårdåtgärder som inte ger någon nytta alls för patienterna. När även andra resurser som används utan att bidra till bättre hälsa eller nytta för patienten räknas in blir andelen tvärtom högre. Det kan till exempel vara onödig administration, överdriven rapportering eller föråldrade arbetssätt [1].

Uppskattningen av de 20 procenten behöver alltså tolkas med viss försiktighet eftersom detta inkluderar även vårdåtgärder som, rätt använda, kan ge effekt och har utredningsvärde, men som exempelvis används slentrianmässigt.

## Underbehandling är också lågvärdevård

En viktig aspekt av problemen med lågvärdevård i den europeiska sjukvårdskontexten uppmärksammade EU-kommissionen i en rapport i februari år 2025: Även åtgärder som getts i för liten utsträckning, och som hade varit motiverade att ge patienten, behöver betraktas som en form av lågvärdevård. Detta problem har i viss mån förbisetts i en del av de initiativ och strategier som syftar till att utmönstra lågvärdevård:

Även underbehandling och otillgänglighet till vården medför risker för felbehandling och vårdskador [7]. Det är därför viktigt att se på in- och utmönstring som delar i en gemensam förbättringsprocess av hälso- och sjukvården.

## Choosing Wisely

Problematiken kring lågvärdevård har uppmärksammats genom framväxten av det globala och professionsdrivna initiativet Choosing Wisely (Kloka Kliniska Val). Detta initiativ har lett fram till en nivåförflyttning när det gäller utmönstring: närmare personalen som möter patienter.

➔ Läs mer i kapitlet [Kloka Kliniska Val – ett professionellt initiativ](#).

## Arbetet mot antibiotikaresistens

Arbetet med utmönstring av lågvärdevård har aktualiserats tack vare de framgångar som har nåtts i arbetet mot antibiotikaresistens i Sverige genom initiativet Samverkan mot antibiotikaresistens (Strama). Framgångsreceptet är att kontinuerligt fortbilda personalen och att samordna informationen till både patienter och befolkning.

➔ Läs mer om [Strama – Samverkan mot antibiotikaresistens](#).

## Varierande följsamhet till icke-göra-rekommendationer

Socialstyrelsens rapport Vård som inte bör göras – följsamheten till nationella riktlinjer från 2023 satte ljus på regionernas följsamhet till icke-göra. Rapporten visade att det finns flera åtgärder som utförs i hälso- och sjukvården samt tandvården trots en icke-göra-rekommendation, medan andra rekommendationer har väldigt hög följsamhet. Rapportens resultat var

en utav anledningarna till att Socialstyrelsen arbetar vidare med det här området.

➔ **Läs mer:** [Vård som inte bör göras – följsamheten till nationella riktlinjer.](#)

## Miljö

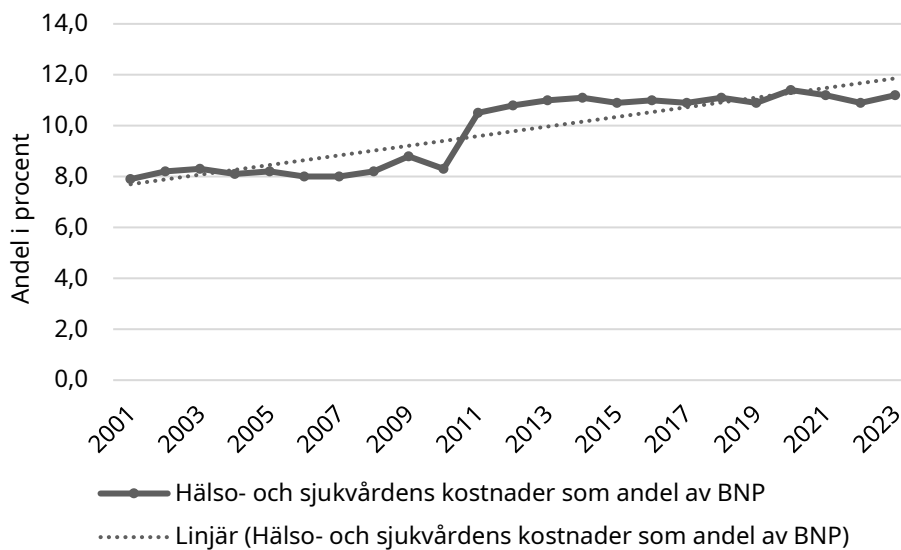
Ytterligare en anledning till utmönstring är att lågvärdevård bidrar till hälso- och sjukvårdens koldioxidutsläpp och andra negativa miljöeffekter och hållbarhetsrisker [8, 9, 10].

➔ **Läs mer:** Ta del av exempel på negativ miljö- och klimatpåverkan och andra hållbarhetsrisker i hälso- och sjukvården.

## Sjukvårdens andel av BNP ökar

Hälso- och sjukvårdsutgifternas andel av BNP 2022: 10,5 procent [11].  
Tabellen visar ökningen i Sverige från 2001 till 2023.

**Figur 1. Hälso-och sjukvårdens utgifter i förhållande till BNP**



Källa: SCB

## Värde för pengarna?

Regionerna står för majoriteten av kostnaderna, medan hushållens utgifter står för omkring 13 procent av den totala hälso- och sjukvårdskostnaden. Regionerna befinner sig i ett pressat ekonomiskt läge, och redovisade år 2023 ett underskott på 9,7 miljarder.

Utvecklingen i andra länder visar liknande mönster: sjukvårdsutgifterna har ökat över tid. I exempelvis Storbritannien ökade sjukvårdsutgifternas andel

av BNP från 4,1 procent 1950/51 till 8 procent 2008 [12]. Den senaste siffran från 2022 visar 11,3 procent [13].

Detta har väckt frågor om hur man säkrar "värde för pengarna" – en diskussion som återfinns i hela Europa [12].

## Undanträngningseffekter

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. När hälso- och sjukvården prioriterar klokt blir det mer tid, ork och resurser över till vårdinsatser som ger önskad effekt.

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

## Överdiagnostik och överbehandling kan få negativa konsekvenser

Diagnostik som inte är tillräckligt träffsäker kan få konsekvenser. Om utredande åtgärder inte bidrar med viktig information kan det leda till såväl över- som underdiagnostik. För patienter kan det ge upphov till obehag, kanske felbehandling eller faktisk skada. Dessutom är överdiagnostik, överbehandling och överdrivna utredningsåtgärder med tveksam tillförlitlighet och träffsäkerhet förenade med ökade kostnader – resurser som skulle kunna gå till annan mer ändamålsenlig vård.

## Hinder som kan skapa motstånd

Här listar vi några hinder som kan skapa motstånd i arbetet med utmönstring.

### Bristfällig förankring

- När utmönstring uppfattas som beslut uppifrån, 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

- 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

- Osäkerhet i det kliniska arbetet. 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

- 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.

# Framgångsfaktorer vid utmönstring

För att utmönstring ska fungera i praktiken behövs rätt stöd, struktur och kultur. Socialstyrelsen har identifierat åtta faktorer som arbetet, särskilt när utmönstringsarbetet bedrivs på lokal och verksamhetsnära nivå, behöver vila på:

1. **Patientnytta i fokus.** Verksamheterna i hälso- och sjukvården behöver fokusera utmönstringsstrategin till insatser som görs ofta men har liten eller osäker effekt, eller där riskerna med åtgärden är större än den förväntade nyttan. När målet för utmönstringsarbetet är att patienterna ska få en bättre och tryggare vård, blir arbetet mer motiverande för både personal och patienter.
2. **Kunskapsbas och klinisk erfarenhet.** Beslut om utmönstring behöver alltid bygga på bästa tillgängliga kunskap, och väg alltid in erfarenhet och omdöme i det enskilda fallet. Det är viktigt att understryka att utmönstringsarbetet behöver utgå från forskning och professionell erfarenhet.
3. **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.
4. **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.
5. **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.
6. **Öppen dialog i teamet:** En kultur där det är möjligt att ifrågasätta insatser ger förutsättningar att utveckla vården. Dialogen behöver ofta ske tvärprofessionellt.
7. **Ledningsstöd och tydlig struktur:** Ledningen behöver skapa utrymme för reflektion, lärande och uppföljning, och utse ansvariga för exempelvis statistik eller samtalsforum.



8. **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.

## Närliggande forskningsresultat

Resultaten i en litteraturstudie och metaanalys från 2025, där effekterna av flera studiers resultat slås samman, indikerade att fortbildande insatser i kombination med återkoppling till medarbetarna kan bidra till att minska användandet av olika typer av åtgärder med liten eller ingen patientnytta. Men för att göra ännu större skillnad behöver flera strategier användas som, sammantaget, ger utmönstringen bättre förutsättningar [14]. En annan metaanalys fann att kollegial reflektion var relaterat till bättre utfall när det kommer till diagnostiskt beslutsfattande [15].

När det gäller svensk forskning på området belyste en svensk avhandling från 2025 sju faktorer som kan främja utmönstring [16]. Dessa handlar i korta drag om vikten av

- att skapa en gemensam förståelse för de problem som insatser med liten eller ingen nytta skapar
- ledarskap från både engagerade chefer och medarbetare
- involvering av vårdchefer och medicinskt ansvariga
- att de förväntade förbättringarna är tydligt kommunicerade
- att det finns en förberedelse för att hantera motstånd
- att kommunikationen av de resultat som arbetet ger är tydlig och rättvisande
- att uppmuntra till en kultur- och beteendeförändring.

➔ **Läs mer i [SBU:s](#) slutredovisningsrapporter om utmönstring:**

- Utmönstring – En rapport om begrepp, aktörer, hälsoekonomi och etik
- Utmönstring – En kartläggning av systematiska översikter
- Utmönstring – Process för framtagande av underlag för utmönstring.

## Risker med utmönstring

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.<sup>2</sup>

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

Om verksamheterna i hälso- och sjukvården fokuserar 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. Det är viktigt att reflektera över både underbehandlande och överbehandlande insatser när verksamheten identifierar problematiska åtgärder. Då minskar risken med att ge för lite vård, och in- och utmönstringsarbetet kan 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 i 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. Därför är det viktigt att involvera patienterna och låta 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 bättre metoder som ibland kan vara dyrare.

---

<sup>2</sup> 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.

➔ Läs mer i [Hälsoekonomisk analys vid minskning eller avveckling av lågvärdevård](#).

## 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 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 skapar 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.

## Patientsäkerhet

Att undvika att göra vårdåtgärder som inte är till nytta för patienten, eller till och med orsakar skada eller onödigt lidande, bidrar till en ökad patientsäkerhet. Här sammanfattar vi några aspekter som är viktiga att ta hänsyn till för att arbetet ska kunna bedrivas på ett patientsäkert sätt. Dessa kommer från en samlad bedömning som framför allt sakkunniga inom patientsäkerhet på Socialstyrelsen har bidragit med.

## Arbeta systematiskt

För att undvika ökade patientsäkerhetsrisker måste utmönstring hanteras ur ett systemperspektiv. Kunskap om vad som är ”onödiga åtgärder” finns ofta i verksamheten, men olika incitament gör att arbetet med att minska dessa bromsas. Om utmönstring hanteras som en isolerad företeelse, och inte inkluderas i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet, är risken stor att utmönstringen i sig blir ett hot mot patientsäkerheten.

Listor eller nationella riktlinjer kring utmönstring av enskilda åtgärder kan inte ersätta kollegiala diskussioner, tid för handledning och utrymme för etiska diskussioner på enheten, även om de kopplas till en viss diagnos eller situation. Listor och riktlinjer kan innebära patientsäkerhetsrisker om de används isolerat, utan verksamhetsnära reflektion.

För att främja ett patientsäkert utmönstringsarbete behövs

- enheter och verksamheter med god säkerhetskultur
- chefer med systemperspektiv och riskmedvetenhet
- tid och resurser för fortbildning och handledarskap
- ett systematiskt arbete för att göra patienten delaktig i ställningstaganden i den egna vården.

## Omöjligt att helt undvika alla ”onödiga” åtgärder

I patientsäkerhetsarbetet finns en nollvision för vårdskada (undvikbar skada) [17]. Men att eftersträva en nollvision för ”lågvärdevård” skulle innebära en stor patientsäkerhetsrisk. I situationer som innebär osäkerhet behöver det finnas utrymme för ett bredare angreppssätt. Osäkerheten kan bero på olika saker:

- Vårdpersonalen som ska bedöma patientens behov av åtgärd kan vara osäker.
- Patientens vårdbehov eller symtombild kan vara atypisk eller komplex.

- Vissa vårdåtgärder behövs mer av pedagogiska än medicinska skäl.

Det finns stora behov av fortbildning, kunskapsstöd och kollegial uppbäckning, men även om det kommer på plats kommer det inte att räcka fullt ut. Det är omöjligt att i alla situationer ha den samlade kunskap och erfarenhet tillgänglig som krävs för att helt undvika ”onödiga” åtgärder eller lågvärdevård. Vad som är onödiga åtgärder är också lätt att säga i efterhand, men svårt att faktiskt veta i förväg på individnivå.

# Verksamhetsnära arbetssätt att inspireras av

För att främja den utmönstring som behöver bedrivas lokalt och verksamhetsnära i hälso- och sjukvården, behövs arbetssätt som gör att arbetet med utmönstring blir säkert och effektivt och genomförs med systematik. Det pågår ett flertal initiativ runt om i regionerna som kan främja utvecklingen och stärka arbetet. Dessa arbetssätt har dock lite varierande karaktär. På flera håll i landet har vårdverksamheter utvecklat lokala arbetssätt för att fasa ut lågvärdevård.

Här presenterar vi ett arbetssätt från Medicinkliniken vid Länssjukhuset Ryhov i Region Jönköping som har resulterat i positiva effekter. Arbetssättet bygger på att hela teamet är delaktigt i att förbättra och prioritera rätt insatser.

Det finns många andra pågående initiativ, och vi listar ett urval av dessa.

## Lokalt arbetssätt – skapa utrymme för rätt vård

Arbetssättet som Medicinkliniken 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.

## 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.

Genom att användningen av vissa åtgärder kunnat minskas, har Medicinkliniken frigjort tid för både personal och patienter:

- 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 budget i balans.

Exempel på besparingar på Medicinkliniken mellan 2023 och 2024:

- Röntgenundersökningar vid medicinkliniken har minskat med cirka 1 000 undersökningar, vilket motsvarar en kostnadsminskning på 3,5 miljoner kronor.
- Antalet laboratorieanalyser har minskat med cirka 60 000 analyser, vilket även det motsvarar cirka 3,5 miljoner kronor i besparingar.
- Läkemedelskostnaderna minskade med 2,9 miljoner kronor (-3,4 procent) mellan 2023 och 2024.

Framgångarna har möjliggjorts genom nära samarbete mellan controller, läkare och apotekare, med ett gemensamt fokus på rationell läkemedelsanvändning utan att kompromissa med medicinsk kvalitet.

Medicinska sekreterare har haft en nyckelroll i uppföljningen, särskilt vad gäller diagnosrapportering och registrering.

➔ **Läs mer** om vilka kriterier vi använt för att välja ut arbetssätt i bilagan [Metodbeskrivning](#).

## Andra initiativ och arbetssätt

Det pågår många initiativ i hälso- och sjukvården för att utveckla arbetssätt och stärka arbetet med utmönstring. Här är ett urval med en kort beskrivning.

### Onkologkliniken på Ryhov

Vid Länssjukhuset Ryhov i Region Jönköping arbetar även Onkologkliniken utifrån konceptet med Kloka Kliniska Val. Här organiserar verksamheten, som en återkommande rutin, bland annat workshops där personalen kan dela erfarenheter, diskutera åtgärders patientnytta och reflektera över kloka vårdval.

### Klinisk fysiologi på Sahlgrenska

Inom klinisk fysiologi på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg, som bland annat genomför cirka 17 000 hjärtultraljud per år, har man infört dialogmöten med remitterter för ”att fatta kloka och hållbara diagnostiska val och därmed mer träffsäkra och resurseffektiva beslut” [18]. De har fokus på tvärprofessionellt samarbete. Ett viktigt underlag för diskussionerna är beställningshistorik som analyserats. Arbetet är en tillämpning av modellen med Kloka Kliniska Val.



## Utveckling av prioriteringsarbetet i Skåne

På universitetssjukhuset i Skåne pågår ett forskningsprojekt för att identifiera metoder och arbetssätt för ett mer verksamhetsnära prioriteringsarbete i samarbete med Prioriteringscentrum vid Linköpings Universitet. Arbetet utförs i bred dialog med vårdpersonal och chefer på sjukhuset och har fokus på att främja patientsäkerhet i prioriteringsarbetet.

## Tydlig styrning på Wemind

Socialstyrelsen har gjort ett verksamhetsbesök på Wemind som är en psykiatrisk öppenvårdsklinik med flera verksamheter runt om i landet. Deras utmönstringsarbete har fokus på tydlig styrning och följsamhet till forskning och rekommendationer i nationella riktlinjer och vårdprogram. De försöker redan i rekryteringsstadiet av nya medarbetare klargöra att i denna organisation behöver man arbeta evidensbaserat och eftersträva hög följsamhet till rekommendationer i riktlinjer och vårdprogram. De är noga med att följa patientens utveckling från det första behandlingstillfället och framåt. Chefen har en tydlig roll att ge medarbetarna kontinuerlig återkoppling utifrån utvärderingar och patientfall.

## Region Stockholms stöd till personal

Region Stockholm har tagit fram ett stöd till personal som arbetar med att avveckla eller minska på vård som är till liten eller ingen nytta för patienterna.

➔ **Läs mer:** [Stöd till utmönstring av lågvärdeinsatser](#) från Folkhälsoguiden, Region Stockholm.

# Behov av utveckling och uppföljning

Genom detta uppdrag har Socialstyrelsen samlat in ett rikt material. Under våra samtal med 43 organisationer i hälso- och sjukvården har vi fått en rad förslag på hur arbetet med utmönstring kan utvecklas och följas upp. Här beskriver vi **tio utvecklingsbehov** varav ett handlar om uppföljning och innehåller tre uppföljningsområden som Socialstyrelsen bedömer behöver fördjupas och tas vidare för att stärka arbetet. Utvecklingsbehoven är indelade i tre teman: skapa goda förutsättningar på arbetsplatsen, bredda perspektivet och uppföljningsområden. Vi beskriver även några andra behov som vi fångat upp och som kan behöva tas vidare genom andra utredningar.

## Förutsättningar på arbetsplatsen

De fyra utvecklingsbehov som ryms inom detta tema hänger nära ihop med varandra, och handlar om att på olika sätt förbättra förutsättningarna för arbetet med utmönstring på den lokala och verksamhetsnära nivån:

1. Fortbildning behöver ges med större kontinuitet.
2. Kollegiala forum om in- och utmönstring är en nödvändighet.
3. Arbetet behöver drivas ”bottom-up” som ett förbättringsarbete.
4. Personalen behöver tid för att driva arbetet.

**Observera:** Utvecklingsbehoven behöver ses som en helhet som sammantaget kan bidra till att stärka arbetet med både in- och utmönstring – förutsatt att de prioriteras upp och resurssätts.

### 1. Fortbildning behöver ges med större kontinuitet

Personalens fortbildning är kanske den viktigaste aspekten för att in- och utmönstring ska bli en självklar del i utvecklingen av hälso- och sjukvården. Samtidigt vet vi att den externa fortbildningen för läkare över tid har minskat [19].

För att personalen ska kunna identifiera åtgärder med liten eller ingen patientnytta behöver den externa fortbildningen prioriteras upp. Den kan dock inte ensidigt fokusera på införande, utan även på åtgärder som inte skapar nytta.

## 2. Kollegiala forum om in- och utmönstring är en nödvändighet

För att skapa kontinuitet och systematik i arbetet med in- och utmönstring behöver fler verksamheter etablera forum där personalen kan dela erfarenheter och lära av konkreta patientfall. Dessa forum stärker möjligheten för kollegor att tillsammans

- identifiera åtgärder som har liten eller ingen patientnytta
- ge varandra stöd i att minska användningen av dessa
- stärka de insatser som ger effekt.

Kollegial reflektion och gemensamt lärande är avgörande för att arbetet med in- och utmönstring ska bli en naturlig och självklar del i utvecklingen av hälso- och sjukvården.

## 3. Arbetet behöver drivas "bottom-up" som ett förbättringsarbete

När arbetet vilar på professionens expertis och erfarenhet, och utgår från bästa tillgängliga kunskap, kan utmönstringsarbetet genomföras på ett patientsäkert sätt med fokus på att förbättra vården för patienterna. Den nationella nivån behöver signalera att detta är det primära syftet för allt lokalt och verksamhetsnära utmönstringsarbete. Besparingar och andra positiva bieffekter på verksamhetsnivå behöver ses som sekundära. Att utmönstringen frigör tid för personalen behöver dock ingå som en primär målsättning, eftersom det ökar tillgängligheten till vården.

Den nationella nivån behöver hitta sätt att stödja en organisering av arbetet som leds av personalen, och understöds aktivt av verksamhetschefen och andra roller, som till exempel de administrativa. Arbetet med utmönstring behöver alltså bli ett förbättringsarbete som är gemensamt för hela verksamheten, där alla relevanta funktioner bidrar med sitt engagemang och kunnande.

## 4. Personalen behöver tid för att driva arbetet

För att arbetet med utmönstring ska kunna genomföras och utvecklas behöver arbetet hållas ihop i verksamheten och personalen behöver vara drivande. De behöver ett tydligt uppdrag, klara mandat och viss tid. Uppdraget kan också omfatta tid för forskning och metodutveckling.

## Bredda perspektivet

Inom detta tema finns fem utvecklingsbehov. Dessa representerar, från några olika vinklar, ett breddat perspektiv som kan bidra till att utmönstringen ger mer effekt:

5. Ge mer kraft åt metoder mot överbehandling
6. Stärk samarbetet mellan vårdens professioner
7. Informera patienter och befolkning
8. Fasa ut onödig administration och ineffektiva organisatoriska arbetssätt
9. Synliggör utmönstring som en del av miljö- och klimatarbetet.

### 5. Ge mer kraft åt metoder mot överbehandling

Att kontinuerligt genomföra behandlingsgenomgångar är en helt central metod för att minska biverkningar till följd av överbehandling, särskilt för patienter med hög samsjuklighet eller komplexa tillstånd som medför att de står på många olika behandlingar.

**Exempel:** Läkemedelsgenomgångar 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.

### Patientens behov i centrum

För att kunna bedriva en utmönstring som gynnar patienterna och minskar risker med överbehandling behöver behandlingsgenomgångar integreras som en naturlig del av verksamhetens utmönstringsstrategi, och vara föremål för både konkreta satsningar och diskussioner i teamet och med patienten. Detta kräver utrymme i verksamheten för ett strukturerat tvärprofessionellt samarbete där patientens behov behöver stå i centrum.

En mer långtgående strategi för att minska överbehandling kan ibland vara att inrätta nya mottagningar eller liknande för vissa patientgrupper, exempelvis vid misstanke om utbredd överdiagnostisering.

**Exempel:** I Skåne har barn- och ungdomspsykiatrien inrättat en mottagning för förnyad bedömning av patienter som fått en adhd- eller autismsdiagnos [20]. Ett skäl var att ett ganska stort antal patienter hört av sig om en förnyad bedömning när de nått vuxen ålder, till exempel eftersom de upplevt att symptomen förändrats, mildrats eller helt försvunnit. Ett annat skäl var att diagnostisering av adhd och autism har ökat generellt. Resultatet blev att 60 av 72 patienter som sökt omprövning fick sin diagnos borttagen. Detta

exempel uppmärksammades i oktober 2025 på DN-debatt. Projektet pågick under 1,5 år och är numera avslutat.

## 6. Stärk samarbetet mellan vårdens professioner

Flera professionsförbund i hälso- och sjukvården har uttryckt ett stort intresse till Socialstyrelsen: De vill bli involverade i arbetet med utmönstring och Kloka Kliniska Val – eller komma i gång med liknande insatser inom sitt eget skrå. Hittills har detta arbete varit nästan uteslutande centrerat till läkarnas professioner i Sverige. I Norge, där utvecklingen kommit längre, samlar deras motsvarighet, Gjør Kloke Valg, flera av vårdens andra professioner, som fysioterapeuter och tandläkare [21].

Ett tvärprofessionellt fokus gör det möjligt att identifiera lågvärdevård för ett större antal olika typer av insatser. Dessutom kan den utmönstring som läkare (och tandläkare) bedriver innebära ett ökat behov för andra typer av insatser.

Den nationella nivån behöver stärka arbetet och delta i samordningen för att stödja utvecklingen med utmönstring av lågvärdevård, så att alla behandlande professioner i hälso- och sjukvården blir delaktiga.

## 7. Informera patienter och befolkning

Initiativet samverkan mot antibiotikaresistens (Strama) arbete mot antibiotikaresistens har varit ett framgångsrecept: att samordnat informera både patienter och befolkning. Det kan finnas behov av liknande initiativ som går bredare och tydliggör både problemen med lågvärdevård och riskerna med överbehandling och överdiagnostik.

**Exempel:** Kloka Kliniska Val har tagit fram ett kampanjmaterial som riktar sig till patient och befolkning. De har dock haft vissa svårigheter med att nå ut med materialet, eftersom spridningen i till exempel väntrum är beroende av personer som är engagerade i initiativet lokalt.

➔ **Läs mer:** [Startkit – Kloka Kliniska Val](#)

### Nationell samordning för att undvika risker

Samtidigt får den information som eventuellt ges till patienter och befolkning *inte* medföra att vissa patientgrupper söker vård i mindre utsträckning än de faktiskt borde. Att undvika denna risk kräver noggranna avvägningar. Informationen behöver också nå ut brett och jämnt över landet. Vi bedömer att det därför kan finnas behov av en nationell samordning för information till patienter och befolkning.

## 8. Fasa ut onödig administration och ineffektiva organisatoriska arbetssätt

Arbetet med utmönstring kan inte stanna vid enbart vårdåtgärder. Som en del av en helhetsinriktad utmönstringsstrategi behöver även andra insatser som slukar resurser – utan att ge de avsedda effekterna – granskas och utvärderas kontinuerligt. Det kan till exempel gälla

- överflödigt administration
- överdriven rapportering
- föråldrade och ineffektiva arbetssätt
- styrsystem som inte leder rätt.

Hälso- och sjukvården behöver uppmuntra till kloka administrativa val, initiativ som syftar till en annan typ av utmönstring än den rent vårdrelaterade, alltså med fokus på organisatorisk utmönstring. Administrativ och utvecklingsinriktad personal kan bidra med insikt och utveckling på detta område: exempelvis administratörer, medicinska sekreterare och organisationsutvecklare. Detta går i linje med OECD-rapporten från 2017 [1] som visade att en ganska väsentlig del av de onödiga insatserna i hälso- och sjukvården utgörs av organisatoriska insatser.

## 9. Synliggör utmönstring som en del av miljö- och klimatarbetet

Utöver att vård med liten eller ingen patientnytta belastar hälso- och sjukvårdssystemet, utan att skapa nytta för patienten, så påverkas även klimatet och miljön negativt. Det bidrar till att energi, kemikalier och material går åt i onödan utan att gynna patienterna – och kan dessutom utsätta patienter och personal för omotiverade hälsorisker.

### Fokus på en hållbar hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvården behöver stärka arbetet med att synliggöra och förklara hur onödiga insatser bidrar till koldioxidutsläpp och andra hållbarhetsrisker. Globalt sett uppgår sektorns utsläpp av växthusgaser till ungefär 5 procent av de globala koldioxidutsläppen [8].

Flera länder lyfter utmönstring av lågvärdevård som en av flera centrala komponenter för hälso- och sjukvårdens hållbarhetsarbete. Exempel:

- **Norge:** Helsedirektoratet (Socialstyrelsens motsvarande myndighet i Norge) har tagit fram en omfattande vägledning till hälso- och sjukvården och omsorgen: [Veikart mot en bærekraftig, lavutslipps og klimatilpasset helse- og omsorgstjeneste - Helsedirektoratet](#).

- **Kanada** Specialistläkarföreningarna inom *Choosing Wisely* arbetar med att ta fram särskilda klimatrekommendationer: [Choosing Wisely and Climate Action](#).
- **Sverige:** Organisationen *Läkare för miljön* är drivande i frågan, läs mer här: [Hem – Läkare För Miljön](#).

## Andra behov att klargöra

Under samtalen fick vi förslag på fler utvecklingsområden som behöver klargöras, fördjupas och utredas vidare genom andra utredningar. Här följer en kort sammanfattning av dessa områden.

## Horisontella prioriteringar

För att säkerställa att vården ges efter behov, och att de med störst behov får företräde, kan hälso- och sjukvårdens prioriteringsarbete behöva utvecklas mot mer av horisontella prioriteringar. Det vill säga prioriteringar av åtgärder mellan olika vårdområden, bland annat baserat på sjukdomstillståndets svårighetsgrad. Sedan år 2023 finns en modell för horisontella prioriteringar som partnerskapet har tagit fram och som för närvarande testas i flera regioner. Denna är ”i första hand tänkt att användas för prioritering mellan nya nationella rekommendationer av olika slag när de tas fram eller implementeras, och för prioritering mellan dessa och existerande vård” [22]. Socialstyrelsen har även lagt förslag om att tillsätta ett råd med bred expertis för svårighetsbedömningar i syfte att harmonisera vissa ”grundtillstånd”. Detta testas just nu genom ett pilotprojekt som ingår i arbetet med att uppdatera de nationella riktlinjerna för psykiatriska tillstånd. Redan idag finns dock inslag av horisontella prioriteringar i Nationella riktlinjer. Exempelvis görs svårighetsbedömningen utifrån en gemensam mall för alla tillstånd, oavsett sjukdomsområde.

Det kan alltså finnas behov av att bredda det nuvarande arbetet med prioriteringar av åtgärder i Socialstyrelsens nationella riktlinjer mot mer av ett horisontellt förhållningssätt. Med hjälp av pilotprojektet kan man förhoppningsvis bättre bedöma konsekvenserna av en sådan förflyttning.

## Tandvården har andra förutsättningar

Vi har inte gjort en helomfattande belysning av tandvården; den har inkluderats som ett av alla sjukdomsområden. Däremot har vi haft dialog med tre intressenter: Tandläkarförbundet, Sveriges tandhygienister och Sveriges folktandsvårdsföreningen.

Även om utmönstring i sig tycks vara lika relevant i tandvården, så ser förutsättningarna annorlunda ut jämfört med övrig hälso- och sjukvård. En

större andel av den vård som ges utförs av privata aktörer, och bekostas i stor omfattning av patienterna själva. För att kunna ge tandvården stöd i arbetet med utmönstring behöver deras specifika behov utredas närmare.

## Har den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen andra behov?

Detta uppdrag har varit avgränsat till den regionala hälso- och sjukvården. Det är därför svårt att säga hur de perspektiv vi fångat upp fungerar i den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen. Vi tror dock att de regionala perspektiven kan vara en utgångspunkt som kan testas och jämföras gentemot behoven i den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen.

## Exempel på risker som behöver utredas vidare

En risk med utmönstring av vårdåtgärder i den offentliga vårdverksamheten är att dessa åtgärder kan förflyttas och utföras av andra aktörer – om det finns ekonomiska fördelar att hämta. Till exempel i privat sjukvård eller privattandvården. Denna risk är påtaglig om utmönstringen genomförs utan att förankras i mötet med patienter, eller i dialog med deras företrädare (patientföreningar).

En ojämlik utmönstring över landet kan dessutom leda till att patienterna i stället söker vård i andra regioner än den egna, för att få en önskad behandling – en behandling som egentligen inte ger någon patientnytta.

Ytterligare en risk är att utmönstringen belastar den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen, eftersom patientens behov av vård kvarstår. Detta kan bli en följd om åtgärder utmönstras utan att man erbjuder patienten andra behandlingsalternativ, trots att det egentligen behövs, exempelvis samtalsstöd vid utmönstring av psykofarmaka.

## Uppföljningsområden

Även om det finns mängder av olika sätt att utveckla uppföljningen av utmönstringsarbetet i hälso- och sjukvården så är vår samlade bedömning att det finns tre områden som särskilt behöver utvecklas:

- Nationell kontinuerlig uppföljning och fokus på kvalitet.
- Relevant data och verksamhetsnära statistik.
- Återkoppling på förskrivningar.



## 10a. Nationell kontinuerlig uppföljning och fokus på kvalitet

Det behövs en nationell kontinuerlig uppföljning till stöd för utmönstringsarbetet. Högt och lågt prioriterade vårdåtgärder behöver följas i mer jämbördig grad än de gjort hittills, och båda behöver följas kontinuerligt med jämna intervall.

I och med den så kallade primärvårdsreformen går utvecklingen mot en god och nära vård, personcentrerad och tillgänglig för patienten. Det blir nu än viktigare att verksamheterna kan följa helheten i patientens utveckling, och att behandlingens kvalitet följs upp. Den nationella nivån behöver stötta regionerna i denna omställning: synliggöra och ge exempel på hur verksamheterna kan mäta kvalitet.

## 10b. Relevant data och verksamhetsnära statistik

Hälso- och sjukvårdens verksamheter, särskilt personal som möter patienter, behöver kunna ta del av relevant data och verksamhetsnära statistik. Det är viktigt att data, till exempel på förskrivningar, finns tillgänglig och kan presenteras på ett pedagogiskt sätt för personalen, och ge ett kraftfullt underlag för kollegial reflektion.

## 10c. Återkoppling på förskrivningar

Personalen behöver få återkoppling på förskrivningar i teamet inom ett lärande förhållningssätt, särskilt när det handlar om att minska på åtgärder snarare än att avveckla dem. Fokus på konstruktiv kritik alltså – inte bestraffning. Detta är särskilt viktigt för oerfaren personal.

## Långsiktig finansiering

För att utveckla arbetet med in- och utmönstring på den lokala och verksamhetsnära nivån behövs det en finansieringsgrund som är långsiktig och stabil, i linje med de föreslagna utvecklingsbehoven. Satsningar på utmönstring behöver riktas brett för att ge stimulans och utrymme för

- förändring, inte bara för läkare, utan för alla vårdens professioner som möter patienter
- strukturerade och verksamhetsnära arbetssätt
- forskning och utveckling inom området
- initiativ och satsningar med fokus på annan utmönstring än direkta vårdåtgärder, som onödig administration
- att synliggöra miljö- och klimatperspektivet.

## Slutsatser

Denna utredning visar att det finns både vilja och engagemang för ett stärkt utmönstringsarbete i hälso- och sjukvården, inte minst på den lokala- och verksamhetsnära nivån som vi har haft mest fokus på.

Det globala initiativet med Kloka Kliniska Val (engelska Choosing Wisely), och dess framväxt i Sverige, har bidragit till att arbetet tagit fart. Initiativet har även delvis förändrat synen på hur ett effektiv utmönstringsarbete bäst bedrivs: med ett ökat fokus på vårdpersonalens roll och att personalen som möter patienter får utrymme att driva arbetet. Samtidigt har regionerna och den regionala kunskapsstyrningen tagit kliv framåt och bidragit till att identifiering och utmönstring av lågvärdevård nu ingår som en mer naturlig del av kunskapsstyrningen.

Socialstyrelsen har under uppdraget utvecklat kriterierna för icke-göra-rekommendationer i nationella riktlinjer. Vi har även påbörjat ett utvecklingsarbete kopplat till metod och process för att ta fram icke-göra-rekommendationer.

## Personalens förutsättningar är mest centralt

Den allra viktigaste slutsatsen i denna utredning är att personalens förutsättningar behöver stärkas för att utmönstring ska kunna bedrivas på ett säkert och effektivt sätt som skapar legitimitet i både yrkeskåren och för patienter och befolkning. Helt centralt är att det finns utrymme i verksamheterna för fortbildning som stärker och vidareutvecklar personalens kompetens, kollegial reflektion, och att det finns avsatt tid för arbetet på kontinuerlig basis.

## Arbetet behöver stärkas på bred front

En bärande slutsats i denna utredning är att arbetet med utmönstring behöver breddas och inkludera fler perspektiv. Här följer tre centrala medskick:

### Stärk samarbetet

Fler av vårdens professioner behöver bli involverade i arbetet och hitta egna former och forum för att identifiera vård med liten eller ingen patientnytta. Ett ökat fokus på utmönstring kräver ett stärkt samarbete mellan vårdens professioner, och mer personcentrerade förhållningssätt.

## Glöm inte administration och miljö- och klimatpåverkan

Begränsa inte arbetet till endast vårdåtgärder. Även andra yrkesroller, exempelvis vårdadministratörer och organisationsutvecklare behöver bidra. De kan hjälpa till att organisera den utmönstring som handlar om vårdåtgärder, men de kan även identifiera andra onödiga insatser, som föråldrade organisatoriska arbetssätt eller onödig administration. En del av utmönstringen kan behöva koncentreras till att minska hälso- och sjukvårdens miljö- och klimatpåverkan i linje med utvecklingen i bland annat Norge och Kanada.

## Följ upp resultatet

Följ upp resultaten av arbetet. Det är viktigt att belysa för medarbetarna hur arbetet med utmönstringen går och vilka resultat man uppnår. I synnerhet behövs en uppföljning som tydliggör hur utmönstringen inverkar på verksamheten, till exempel tillgängligheten till vården, säkerheten eller patientens upplevelse.

Uppföljningen av vårdåtgärder med liten eller ingen patientnytta behöver utvecklas och stärkas på alla nivåer: nationell, regional och kommunal. Mätningar av vårdåtgärders följsamhet eller effekter behöver vara fokuserade till både hög- och lågvårdevårdsåtgärder i mer jämlik utsträckning än vad som hitintills varit fallet.

## Mot ett mer strukturerat utmönstringsarbete

För att arbetet med utmönstring, och även inmönstring, ska ta ytterligare steg krävs framför allt att arbetet blir tydligare strukturerat och bedrivs som en kontinuerlig utveckling i verksamheterna, samt att det blir jämlikt över landet. För att lyckas behöver personalen få rätt förutsättningar, fortbildning och forum för kollegiala reflektioner. Det är viktigt att arbetet har fokus på att bidra till utvecklingen av hälso- och sjukvården, med fokus på att ge patienterna en god vård som är individanpassad och säker.

Vi hoppas att Socialstyrelsens praktiska stöd till chefer och personal i hälso- och sjukvården ska vara en hjälp i detta arbete, och inte minst inspirera till utvecklingen av nya effektiva arbetssätt, eller stärka de befintliga. För att påbörja diskussionerna kan man använda vårt material för arbetsplatsträffar. Vi hoppas också att det forum vi anordnar i Stockholm 12 december 2025 blir en startpunkt för fler av vårdens professioner att utveckla sitt in- och utmönstringsarbete, och för kompetensöverföring mellan professionsförbunden.

# Deltagare i projektet

## Styrgrupp

### Socialstyrelsen

|                          |                                                                                                                   |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anders Berg              | Projektägare, Enhetschef, Nationella riktlinjer 5, Avdelningen för Kunskapsstyrning för Hälso- och sjukvården.    |
| Alexander Nordgren Selar | Projektledare, Utredare, Nationella riktlinjer 5, Avdelningen för Kunskapsstyrning för Hälso- och sjukvården      |
| Birgitta Pleijel         | Projektmedarbetare, Utredare, Nationella riktlinjer 2, Avdelningen för Kunskapsstyrning för Hälso- och sjukvården |
| Sofia von Malortie       | Enhetschef, Nationella riktlinjer 1, Avdelningen för Kunskapsstyrning för Hälso- och sjukvården                   |

## Övriga medverkande

### Socialstyrelsen

|                      |                                                                                                                                               |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Birgitta Svensson    | Utredare enheten för tandvård- och hälsoekonomi, Analysavdelningen.                                                                           |
| Dan Brundin          | Produktionsledare, Enheten för kommunikationsutveckling, Kommunikationsavdelningen.                                                           |
| Elin Linnarsson      | Metod- och processtöd, Utredare, Nationella riktlinjer 5, Avdelningen för Kunskapsstyrning för Hälso- och sjukvården                          |
| Gunilla Granbom      | Redaktör, Nationella riktlinjer 5, Avdelningen för Kunskapsstyrning för Hälso- och sjukvården.                                                |
| Maria Silfverschiöld | Utredare enheten för tandvård- och hälsoekonomi, Analysavdelningen.                                                                           |
| Helena Walfridsson   | Medicinskt sakkunnig, Enheten för patientsäkerhet och kapacitetsplanering, Avdelningen för utveckling av hälso- och sjukvården på systemnivå. |

## Referenser

1. Paris, 2017 OECD. *Tackling wasteful spending on health*. Paris: OECD Publishing; 2017. [OECD](#)
2. Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, Stockholm; 13 juni 2025. [Programområdenas viljeriktning för arbetet att fasa ut vård som inte skapar värde för patienten | Kunskapsstyrning vård | SKR](#)
3. Svenska Läkaresällskapet. Kloka Kliniska Val – för en förbättrad hälsa och sjukvård, Stockholm; augusti 2023: [Kloka Kliniska Val för en förbättrad hälsa och sjukvård - Svenska Läkaresällskapet](#)
4. Svensk Förening för Allmänmedicin. Kloka Kliniska Val inom allmänmedicin. Stockholm: SFAM; 12 mars 2025. [Kloka-Kliniska-Val-inom-allmanmedicin-250312-1.pdf](#)
5. Prioriteringscentrum: [Om prioriteringar inom vård och omsorg – Linköpings universitet](#)
6. Prioriteringscentrum. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård: ett verktyg för rangordning: Linköpings universitet, Prioriteringscentrum; 2017.
7. 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; 10 februari 2025. [Identifying, measuring and reducing low-value care in the context of health system performance assessment - Public Health](#)
8. 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](#)
9. 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](#)
10. Wåhlin S. Hälso- och sjukvården påverkar klimatet. *Läkartidningen*. 2019 Feb; 116. [Hälso- och sjukvården påverkar klimatet – Läkartidningen](#)
11. SCB.se. 2025. [Hälso- och sjukvårdens andel av BNP var 10,5 procent 2022](#)
12. J. T. The Future of Healthcare in Europe: Meeting Future Challenges; Key Issues in Context.; 2016.
13. Utrikespolitiska institutet. Landguiden – Statistik: Topplista. Stockholm: Utrikespolitiska institutet.
14. Raudasoja A, Parpia S, Mustonen MJ, Vernooij RWM, Falkenbach P, Aoki Y, et al. Effectiveness of different de-implementation strategies in

- primary care: systematic review and meta-analysis. *BMJ Medicine*. 2025;4(1):e001343. doi:10.1136/bmjmed-2025-001343. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC12421606/>
15. Prakash S, Sladek RM, Schuwirth L. Interventions to improve diagnostic decision making: a systematic review and meta-analysis on reflective strategies. *Med Teach*. 2019;41(5):517-524. [Interventions to improve diagnostic decision making: A systematic review and meta-analysis on reflective strategies - Research @ Flinders](#)
  16. Gustafsson I-B. Navigating Decommissioning in a Local Healthcare System: Leadership Perspectives. *Acta Universitatis Upsaliensis, Digital comprehensive summaries of Uppsala dissertations from the Faculty of Medicine* 2152. Uppsala: Uppsala University; 2025. [Navigating Decommissioning in a Local Healthcare System. Leadership perspectives](#)
  17. Regeringen. Godkännande av en överenskommelse om förbättrad patientsäkerhet 2014. Stockholm: Regeringen; Publicerad 17 december 2013. [Godkännande av en överenskommelse om förbättrad patientsäkerhet 2014 – Regeringen.se](#)
  18. Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Från ord till handling – dialogmöten stärker kloka diagnostiska och kliniska val. Göteborg: Sahlgrenska Universitetssjukhuset; 16 mars 2025. [Från ord till handling – dialogmöten stärker kloka diagnostiska och kliniska val | Sahlgrenskaliv](#)
  19. Sveriges Läkarförbund. Läkares fortbildning fortsätter att minska. Stockholm: Sveriges Läkarförbund; 3 maj 2023. [Läkares fortbildning fortsätter att minska – Sveriges läkarförbund](#)
  20. Dagens Nyheter. Så många blev av med sin ADHD på mottagning för avdiagnostisering i Skåne. Stockholm: Dagens Nyheter; 30 juni 2023. [Blev av med adhd-diagnos på avdiagnostiseringsmottagning i Skåne](#)
  21. Den norske legeförening. Kloke valg | Gjør kloke valg. Oslo: Den norske legeförening; 2025. [Kloke valg | Gjør kloke valg](#)
  22. Prioriteringscentrum. *Förslag till modell för horisontell prioritering inom hälso- och sjukvård*. Linköping: Prioriteringscentrum, Nationellt kunskapscentrum för prioritering inom vård och omsorg; 2023. (Prioriteringscentrums rapportserie; 2023:2). [FULLTEXT03.pdf](#)

## Bilaga 1–6: Tillhörande dokument som publiceras på webben

Till slutrapporten hör följande dokument:

1. Minska vård med låg patientnytta: Ett praktiskt stöd för chefer och personal i hälso- och sjukvården.
2. Presentation till Socialdepartementet: Utmönstring av vård som saknar patientnytta.
3. Presentation för exempelvis arbetsplatsträffar (APT). Fasa ut lågvärdevård – tillsammans: Diskussionsunderlag och övningar.
4. Metodbeskrivning.
5. Översikt av involverade intressenter.
6. Hälsoekonomisk analys vid minskning eller avveckling av lågvärdevård.

Samtliga dokument finns på [Socialstyrelsens webbplats](#).

I denna slutredovisning beskriver Socialstyrelsen ett uppdrag om utmönstring. Vi redogör för tio utvecklingsbehov som kan stärka arbetet med att utmönstra åtgärder som inte är värdeskapande för patienterna. Vi beskriver risker att vara vaksam på, och ett antal bärande principer som arbetet behöver vila på för att vara strukturerat, jämlikt över landet och patientsäkert. Alltid med fokus på kvalitet.



Utmönstring av vård som saknar patientnytta (artikelnr 2025-12-9972)  
kan laddas ner från [socialstyrelsen.se/publikationer](https://socialstyrelsen.se/publikationer).