

# Uppgiftsskyldighet för privata vårdgivare i kommunal hälso- och sjukvård

Fördjupad konsekvensanalys av en eventuell förordningsändring för registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård

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: 2023-12-8864

Publicerad: [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), januari 2023

## Förord

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att ta fram en fördjupad konsekvensanalys som underlag för en eventuell ändring av förordningen (2006:94) om register hos Socialstyrelsen över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Förordningsändringen skulle innebära att även privata vårdgivare som bedriver kommunal hälso- och sjukvård skulle bli uppgiftsskyldiga till Socialstyrelsens register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården på det sätt som kommunerna är. Denna fördjupade konsekvensanalys kommer att redogöra för vilka konsekvenser som en uppgiftsskyldighet för privata vårdgivare som bedriver kommunal hälso- och sjukvård skulle kunna leda till samt även utvärdera påverkan på andra aktörer och konkurrensförhållanden.

Projektledare har varit Eleonora Lindberg och projektgruppen har bestått av Katja Åman, Kristina Klerdal, Ann-Helene Almborg, Malin Nilsson och Marie Zernig. En grupp bestående av representanter från olika kompetensområden har lämnat värdefulla bidrag till arbetet. Ansvarig enhetschef har varit Björn Nilsson och ansvarig avdelningschef Natalia Borg.

Oliva Wigzell  
Generaldirektör

# Innehåll

<b>Förord .....</b>	<b>3</b>
<b>Sammanfattning .....</b>	<b>6</b>
<b>Inledning .....</b>	<b>11</b>
Bakgrund .....	11
Beskrivning av uppdraget.....	12
Syfte och mål.....	12
Avgränsningar .....	12
Metod .....	13
Samverkan med statlig utredning .....	14
<b>Kommunal hälso- och sjukvård.....</b>	<b>15</b>
Verksamheter som omfattas av kommunens ansvar.....	15
Huvudman och vårdgivare .....	16
Behandling av personuppgifter och journalföring .....	17
Hälsorelaterade klassifikationer .....	18
<b>Registret över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården .....</b>	<b>20</b>
Registret är uppdelat i två delregister .....	20
En av fem patienter får vård av privata vårdgivare .....	22
Registret omfattar vårdåtgärder utförda av legitimerad personal.....	23
Insamling av uppgifter från kommunerna .....	23
<b>Enkätundersökning och intervjuer .....</b>	<b>25</b>
Kartläggning av privata vårdgivare .....	25
Respondenter .....	26
Intervjuer med privata vårdgivare .....	31
Intervjuer med kommunerna.....	32
<b>Kommunernas erfarenheter .....</b>	<b>33</b>
Initiala kostnader och konsekvenser .....	34
<b>Privata vårdgivares förutsättningar .....</b>	<b>37</b>
Kostnadsmässiga konsekvenser .....	38
Sammanfattning av kostnader för privata vårdgivare .....	47
<b>Konsekvenser för kommuner.....</b>	<b>50</b>

<b>Effekter för aktörers arbetsförutsättningar och konkurrensförmåga .....</b>	<b>51</b>
<b>Diskussion och slutsats .....</b>	<b>52</b>
<b>Referenser .....</b>	<b>55</b>
<b>Bilaga 1. Enkät till privata vårdgivare och enkätsvar .....</b>	<b>56</b>
<b>Bilaga 2. Metod för framtagande av antal privata vårdgivare..</b>	<b>71</b>

## Sammanfattning

Socialstyrelsens register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården är ett hälsodataregister och regleras genom lagen (1998:543) om hälsodataregister och förordningen (2006:94) om register hos Socialstyrelsen över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Initialt innehöll registret endast information om alla personer som fått någon insats inom den kommunala hälso- och sjukvården uppdelat per kalendermånad. Från och med den 1 januari 2019 har registret kompletterats med uppgifter om vilka åtgärder patienten har fått enligt KVÅ (klassifikation av vårdåtgärder) och vilken legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som har utfört åtgärderna.<sup>1</sup> Av förordningen framgår det att endast kommuner är uppgiftsskyldiga till registret.<sup>2</sup> Det finns i nuläget ingen uppgiftsskyldighet för andra vårdgivare än kommunen. Registret saknar därför vårdåtgärder utförda av privata vårdgivare. Socialstyrelsen uppskattar att 20 procent av patienterna i kommunal hälso- och sjukvård får vård av privata vårdgivare, vilket betyder att uppgifter om vårdåtgärder saknas för en av fem patienter i registret. Registret ger därför en ofullständig bild av de vårdåtgärder som utförs inom den kommunala hälso- och sjukvården. Det är problematiskt av flera olika skäl som till exempel

- kommunerna kan inte följa upp att patienterna får en likvärdig kommunal hälso- och sjukvård oavsett om det är kommunen eller en privat vårdgivare som ger vården
- det blir svårare att utvärdera den kommunala hälso- och sjukvården och arbeta mot en jämlik vård
- det går inte att följa utvecklingen av den kommunala hälso- och sjukvården över tid eftersom andelen privata aktörer förändras
- rättvisande öppna jämförelser mellan kommunerna är inte möjligt eftersom det kan finnas systematiska skillnader mellan vård i kommunal och enskild regi.

En uppgiftsskyldighet för privata vårdgivare skulle höja registrets kvalitet och möjliggöra en heltäckande uppföljning av utförda vårdåtgärder för samtliga patienter i den kommunala hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen föreslog därför i *Framställan om ändring av förordningen (2006:94) om register hos Socialstyrelsen över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården*<sup>3</sup> en ändring av förordningen till att omfatta även

---

<sup>1</sup> Ändringarna genomfördes genom HSLF-FS 2017:67 och genom upphävande av Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2007:8) om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården.

<sup>2</sup> Se 5 § förordningen (2006:94) om register hos Socialstyrelsen över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården.

<sup>3</sup> Dnr 3.5-29224/2021 hos Socialstyrelsen.

sådana vårdgivare som kommunerna har avtal med enligt 15 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Förslaget i framställan innebär alltså att de uppgifter som nu lämnas in av kommunerna skulle kompletteras med samma uppgifter från de privata vårdgivare som kommunen har avtal med. En sådan ordning skulle medföra tillgång till en bättre jämförbar statistik mellan kommunerna. Socialstyrelsen bedömde att de positiva effekter som förslaget skulle medföra för den kommunala hälso- och sjukvården överväger det intrång i den personliga integriteten som den föreslagna uppgiftsskyldighet medför för patienter som får vård hos dessa aktörer. Socialstyrelsen bedömde även att de konsekvenser som kan komma att uppstå för de privata vårdgivarna vid inrapportering till Socialstyrelsens register över kommunal hälso- och sjukvård bland annat kan innebära ökade kostnader på grund av behov av förändringar i vårdgivarnas verksamhetssystem och dokumentationssystem, utbildning för personal samt ny dokumentation av rutiner.

I juni 2023 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att göra en fördjupad konsekvensanalys som underlag för en eventuell ändring av förordningen. Den ändring som avses är i enlighet med Socialstyrelsens framställan om ändring av förordningen. I regeringsuppdraget ingår att beräkna eventuella kostnadsmissiga konsekvenser av en förordningsändring och utreda andra konsekvenser.

I arbetet med denna fördjupade konsekvensanalys har Socialstyrelsen skickat en enkät till privata vårdgivare som bedriver hälso- och sjukvård där kommunen är huvudman. Syftet med enkäten är att kartlägga vilka som bedriver kommunal hälso- och sjukvård samt samla in information om vilka konsekvenser som skulle kunna uppstå på grund av en uppgiftsskyldighet. Socialstyrelsen har även intervjuat privata vårdgivare som bedriver kommunal hälso- och sjukvård och kommuner. Eftersom antalet privata aktörer som skulle bli uppgiftsskyldiga inte är känt för myndigheten, och många privata vårdgivare som bedriver kommunal hälso- och sjukvård inte heller på förhand kan uppskatta konsekvenserna av en uppgiftsskyldighet, finns det osäkerheter i beräkningarna. Socialstyrelsen ville därför samla perspektiv från andra aktörer, exempelvis kommuner som rapporterar in till registret idag, för att försöka få en komplett bild av konsekvenserna som skulle kunna uppstå. Utifrån denna insamling av information från flera olika aktörer har Socialstyrelsen tagit fram analyser och kostnadsberäkningar vilka presenteras i denna rapport.

Resultatet av den fördjupade konsekvensanalysen som Socialstyrelsen genomfört visar att en uppgiftsskyldighet främst skulle innebära initiala kostnadsmissiga konsekvenser för privata vårdgivare som bedriver kommunal

hälso- och sjukvård. De initiala kostnaderna skulle kunna utgöras av kostnader kopplade till implementering av nya patientjournalssystem, omställningskostnader på grund av nya rutiner och utbildning av personal. Kostnaderna som Socialstyrelsen bedömer skulle kunna uppstå för privata vårdgivare på grund av en uppgiftsskyldighet sammanfattas i tabell 1. Dessa kostnader kan variera mycket beroende på de olika vårdgivarnas förutsättningar och riskerar att bli förhållandevis stora för de mindre vårdgivarna. Kostnadsräkningar har beräknats både för vårdgivare som använder KVÅ i dagsläget och för vårdgivare som inte gör det, eftersom det har stor påverkan på kostnaderna. Kostnaderna beräknas uppgå till 45 648 – 519 475 kronor för vårdgivare som använder KVÅ och 47 308 – 5 348 800 kronor för vårdgivare som inte använder KVÅ. Efter uppstartsfasen bedömer Socialstyrelsen att kostnaderna kommer att minska. Uppgiftsskyldigheten bedöms inte innebära betungande arbetsinsatser för vårdpersonal efter en uppstartsfas. Socialstyrelsen har inte fått information om att någon vårdgivare skulle behöva anställa mer personal eller riskera ett försämrat ekonomiskt läge på grund av en uppgiftsskyldighet till registret.

Tabell 1. Sammanfattning av kostnadsberäkningar för privata vårdgivare

<b>Insats</b>	<b>Kostnader för vårdgivare som har KVÅ, kr</b>	<b>Kostnader för vårdgivare som <i>inte</i> har KVÅ, kr</b>
<b>Engångsinsatser för rapportering till registret</b>	44 820 – 503 155	46 480 – 5 332 480
<b>Månatlig rapportering till registret</b>	828 – 16 320	828 – 16 320
<b>Totalkostnad per verksamhet</b>	<b>45 648 – 519 475</b>	<b>47 308 – 5 348 800</b>

Källa: SCB:s lönestatistik 2022. Beräkningarna baseras på Socialstyrelsens intervjuer och enkät om eventuella konsekvenser vid en uppgiftsskyldighet för privata vårdgivare inom kommunal hälso- och sjukvård,

Socialstyrelsen bedömer att cirka 90 procent av de berörda vårdgivarna har färre än tio anställda, vilket gör att ytterst få skulle få kostnader som uppgår till 5 348 800 kronor. I rapporten gör Socialstyrelsen därför även exempelberäkning för vårdgivare med under tio anställda. För dessa vårdgivare beräknas kostnaderna uppgå till 45 648 – 940 000 kronor. Även maxkostnaden om 940 000 kronor bedömer Socialstyrelsen att få små vårdgivare kommer att nå upp till. Eftersom de större vårdgivarna på grund av sin storlek utför en större andel av åtgärderna i privat regi samt i större utsträckning har förutsättningar som gör att de skulle kunna börja rapportera in uppgifter till Socialstyrelsen, anses registrets kvalitet kunna höjas relativt snabbt efter det att



eventuella nya föreskrifter med anledning av förordningsändringen tagits fram. En mer utförlig sammanfattningstabell av de kostnadsmässiga konsekvenserna, samt exempelberäkningen för små vårdgivare, återfinns i avsnittet om Kostnadsmässiga konsekvenser för privata vårdgivare. Uppgiftsskyldigheten kan även medföra kostnadsmässiga konsekvenser för systemleverantörer av vårdgivarnas verksamhetssystem.

Utöver detta bedöms en uppgiftsskyldighet kunna resultera i positiva effekter för både privata vårdgivare och kommuner. Åtgärdskodning skulle möjliggöra en mer strukturerad verksamhetsuppföljning och systematiskt kvalitetsarbete för privata vårdgivare. Detta kan i sin tur bidra till ökad patientsäkerhet och underlätta informationsöverföring mellan verksamheter samt stödja en sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Det skulle bli enklare för kommunerna att strukturerat följa den vård som utförs inom kommunen. Genom att privata vårdgivare börjar använda KVA i högre utsträckning skulle åtgärderna kunna dokumenteras på ett mer enhetligt sätt vilket underlättar kommunernas systematiska kvalitetsarbete och är en förutsättning för en mer likvärdig vård för patienterna.

Ett mer komplett register vid utökad uppgiftsskyldighet ger Socialstyrelsen bättre underlag för kunskapsutveckling, indikatorer, officiell statistik och lägesrapporter. Registret blir också mer användbart för andra aktörer som använder registret för framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvården samt för forskning och epidemiologiska undersökningar. Det är viktigt att belysa att även om antalet privata vårdgivare med få anställda utgör en stor andel av samtliga privata vårdgivare inom kommunal hälso- och sjukvård kommer privata vårdgivare med få anställda att i genomsnitt rapportera in färre vårdåtgärder än medelstora och stora privata vårdgivare. Detta innebär att registret kan nå en relativt hög täckningsgrad vid en uppgiftsskyldighet även om bortfallet är större bland vårdgivare med få anställda. Registret kan samköras med Socialstyrelsens andra register och andra nationella register, men utan uppgifter från privata vårdgivare kommer möjligheterna till samkörning med olika register i många fall begränsas.

All vård och omsorg ska vara kunskapsbaserad, individanpassad, säker, tillgänglig och jämlik. För en kunskapsbaserad vård och omsorg behövs bästa tillgängliga kunskap. Uppgifter om utförda vårdåtgärder som också inkluderar den vård som utförs av privata vårdgivare ger bättre underlag för kunskapsstyrning på lokal, regional och nationell nivå. Kunskap om den vård som utförs inom kommunal hälso- och sjukvård kan användas som underlag och stöd för beslutsfattare på alla olika nivåer – från politiker till

yrkesutövare inom vård och omsorg. En kunskapsbaserad styrning bidrar till en god vård och omsorg för alla medborgare.

Sammanfattningsvis visar den fördjupade konsekvensanalysen på flera positiva effekter av en uppgiftsskyldighet för privata vårdgivare som bedriver kommunal hälso- och sjukvård. Myndigheten bedömer även de möjliga konsekvenserna som proportionerliga till nyttan av en uppgiftsskyldighet.

# Inledning

## Bakgrund

Socialstyrelsen förvaltar sex personnummerbaserade hälsodataregister som används som underlag för statistik och forskning rörande hälso- och sjukvården. Ett av dessa är registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård. Registret innehåller sedan 2007 uppgifter om alla personer som fått sådan hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för enligt HSL. Från 2019 och framåt finns även uppgifter om vårdåtgärder som utförts av legitimerad personal inom hälso- och sjukvården med kommunen som vårdgivare. Vårdåtgärderna är klassificerade enligt Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ). Skyldighet att rapportera in uppgifter till registret sker med stöd av lagen (1998:543) om hälsodataregister och förordningen (2006:94) om register hos Socialstyrelsen över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården (i fortsättningen kallad förordningen). Enligt 5 § förordningen ska kommunerna lämna in uppgifter till registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård. Det finns ingen reglerad uppgiftsskyldighet för andra vårdgivare än kommunen. Det gör att registret saknar uppgifter om vårdåtgärder som utförts av privata vårdgivare som kommunen har avtal med. Många patienter får kommunal hälso- och sjukvård från verksamheter som drivs av privata vårdgivare. Registret ger därför en ofullständig bild av de vårdåtgärder som utförs inom den kommunala hälso- och sjukvården. Det är problematiskt av flera olika skäl som till exempel

- kommunerna kan inte följa upp att patienterna får en likvärdig kommunal hälso- och sjukvård oavsett om det är kommunen eller en privat vårdgivare som ger vården
- det blir svårare att utvärdera den kommunala hälso- och sjukvården och arbeta mot en jämlik vård
- det går inte att följa utvecklingen av den kommunala hälso- och sjukvården över tid eftersom andelen privata aktörer förändras
- rättvisande öppna jämförelser mellan kommunerna är inte möjligt eftersom det kan finnas systematiska skillnader mellan vård i kommunal och enskild regi
- andelen privata vårdgivare varierar mellan kommunerna.

I dagsläget har därför registret en begränsad nytta för att beskriva den vård som utförs inom kommunal hälso- och sjukvård. Om registret kompletteras med uppgifter om de vårdåtgärder som utförts av privata vårdgivare skulle registret bli heltäckande för alla vårdgivare som utför kommunal hälso- och sjukvård inom ramen för det kommunala åtagandet. Detta är i sin tur en

förutsättning för att kunna beskriva och följa upp den kommunala hälso- och sjukvården på ett likvärdigt sätt.

Socialstyrelsen överlämnade i juni 2021 en framställan till regeringen om ändring av förordningen, till att omfatta även sådana vårdgivare som kommunerna har avtal med enligt 15 kap. 1 § HSL.<sup>4</sup>

## Beskrivning av uppdraget

I juni 2023 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att göra en fördjupad konsekvensanalys som underlag för en eventuell ändring av förordningen. Den ändring som avses är i enlighet med Socialstyrelsens framställan om ändring av förordningen. Det är både företag och idéburna verksamheter som kan komma att beröras av en uppgiftsskyldighet. I denna rapport kommer begreppen *privata vårdgivare* och *uppgiftslämnare* användas synonymt och avse både företag och idéburna verksamheter. I regeringsuppdraget ingår att beräkna eventuella kostnadsmässiga konsekvenser av en förordningsändring och utreda andra konsekvenser.

## Syfte och mål

Syftet med uppdraget är att utföra en fördjupad konsekvensanalys som underlag till regeringen inför en eventuell ändring av förordningen. I denna rapport har Socialstyrelsen

- kartlagt berörda privata vårdgivare och om möjligt undersökt antal legitimerad personal inom dessa verksamheter
- beräknat kostnadsmässiga konsekvenser som bedöms uppstå för de privata vårdgivarna på grund av förordningsändringen
- analyserat och beräknat vilka kostnadsmässiga konsekvenser som bedöms uppstå för Socialstyrelsen
- analyserat hur privata vårdgivares konkurrenskraft och ekonomiska läge kan påverkas
- undersökt vilka andra konsekvenser som skulle kunna uppstå på grund av den föreslagna förordningsändringen.

## Avgränsningar

Uppdraget är avgränsat till att ta fram en fördjupad konsekvensanalys i enlighet med de punkter som beskrivits under rubriken syfte och mål. Socialstyrelsen kommer inte i denna rapport att redogöra för eventuella konsekvenser för myndigheten. Den redogörelsen får göras vid en eventuell

---

<sup>4</sup> Dnr 3.5-29224/2021 hos Socialstyrelsen.

förordningsändring, när Socialstyrelsen med anledning av den tar fram nya föreskrifter till registret. Socialstyrelsen kommer inte heller beräkna andra samhällsekonomiska konsekvenser, indirekta kostnader eller besparingar som skulle kunna uppstå på grund av att en förordningsändring genomförs eller uteblir. Kostnadsberäkningarna som tas fram kommer vara uppskattade snittkostnader och kostnadsintervall. Ingen hänsyn kommer tas till geografiska skillnader eller vilken typ av vård som bedrivs inom verksamheten.

## Metod

Socialstyrelsen har använt uppgifter från andra myndigheter och intresseorganisationer för att identifiera vilka privata vårdgivare som skulle bli uppgiftsskyldiga vid en eventuell förordningsändring. För att ta reda på berörda vårdgivarnas förutsättningar vid en uppgiftsskyldighet skickade Socialstyrelsen ut en enkät med frågor till dessa vårdgivare. Enkätfrågor och svaren på dessa återfinns i bilaga 1. Respondenterna fick fyra veckor på sig att svara på frågorna. Socialstyrelsen har dessutom intervjuat 20 privata vårdgivare och tolv kommuner för att få en djupare förståelse för vilka konsekvenser som en uppgiftsskyldighet skulle kunna medföra. Respondenterna valdes utifrån geografisk spridning och storlek. Uppgifterna från intervjuerna och enkäten har använts som underlag för de resonemang och kostnadsberäkningar som presenteras i denna rapport. Antal privata vårdgivare som kan förväntas omfattas av uppgiftsskyldigheten har hämtats in från förteckningen över Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA). Uppgifterna i LOVA består av en sambearbetning av uppgifter från Socialstyrelsens register HOSP<sup>5</sup> samt flera register från Statistiska centralbyrån (SCB), huvudsakligen LISA<sup>6</sup>. Utöver LISA hämtas även uppgifter från SCB:s företagsdatabas (FDB), universitets- och högskoleregistret och registret över pedagogisk personal. De samkörda uppgifterna bildar förteckningen LOVA på Socialstyrelsen. Genom förteckningen är det möjligt att ta fram uppgifter om antal privata vårdgivare med sysselsatt personal inom legitimationsyrken som är verksamma inom de näringsgrenar som omfattas av kommunal hälso- och sjukvård samt uppgifter om hur många sådana anställda vårdgivaren har.<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och personal med bevis om rätt att använda yrkestiteln sjuksköterska.

<sup>6</sup> Longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier.

<sup>7</sup> Med näringsgrenar avses SCB:s Standard för svensk näringsgrensindelning (SNI).

## Samverkan med statlig utredning

Enligt uppdraget ska Socialstyrelsen föra dialog med Utredningen om bättre förutsättningar för uppföljning av hälso- och sjukvården (S2023:02<sup>8</sup>). Regeringen har gett utredningen i uppdrag att bland annat

- analysera regelverket för hälsodataregister och föreslå regler för behandling av personuppgifter från primärvården, av uppgifter om väntetider och vårdköer och av uppgifter om samtliga patienter som behandlas inom den specialiserade öppenvården
- analysera regelverket för hälsodataregister och föreslå regler för behandling av personuppgifter som avser rekvisitionsläkemedel och särskilt bedöma om uppgifterna kan samlas in via registret nationell läkemedelslista
- analysera och föreslå ett samlat regelverk för hälsodataregister som är förenligt med regeringsformens normgivningskrav liksom med EU:s dataskyddsförordning och i samband därmed göra en integritetsanalys
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Socialstyrelsen har därför fört en dialog med ovan nämnd utredning bland annat avseende de frågor som ställdes i enkäten och andra uppgifter. Utredningen befinner sig dock i ett för tidigt skede i sitt arbete för att någon närmare dialog kring resultat ska vara ändamålsenligt. Socialstyrelsen kommer emellertid att fortsätta föra dialog under utredningens genomförande.

---

<sup>8</sup> Socialdepartementet *Bättre förutsättningar för uppföljning av hälso- och sjukvård*  
<https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/kommittedirektiv/2023/04/dir.-202348>

## Kommunal hälso- och sjukvård

I det svenska sjukvårdssystemet är ansvaret för hälso- och sjukvården delat mellan region och kommun. Av hälso- och sjukvårdslagen framgår det vad som är regionernas respektive kommunernas ansvar inom hälso- och sjukvården. Genom den så kallade ädelreformen<sup>9</sup> från 1992 fick kommunen ansvar för viss hälso- och sjukvård avseende långvarig vård av äldre personer och personer med funktionsnedsättning. Utgångspunkten för reformen var bland annat att den tidigare uppgiftsfördelningen mellan sociala och medicinska insatser inte längre bedömdes som ändamålsenlig. I stället skulle social och medicinsk kompetens integreras genom att yrkesroller och arbetsorganisation inom socialtjänsten och delar av hälso- och sjukvården samordnades. För att uppnå detta syfte ansågs det vara nödvändigt att ge kommunerna ett visst hälso- och sjukvårdsansvar.<sup>10</sup> Kommunal hälso- och sjukvård är således den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för enligt hälso- och sjukvårdslagen.

## Verksamheter som omfattas av kommunens ansvar

Kommuner ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt personer i vissa boendeformer och verksamheter men inte sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare. De läkarresurser som behövs ska regionen avsätta till kommunen. Det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret är huvudsakligen avgränsat till att gälla i förhållande till vissa grupper som får insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Kommunerna ansvarar för hälso- och sjukvård i

- Permanent särskilt boende, korttidsboende<sup>11</sup> och dagverksamhet som är reglerade i SoL.<sup>12</sup>
- Bostad med särskild service (LSS-boenden)<sup>13</sup> samt daglig verksamhet<sup>14</sup> som är reglerade i LSS.

---

<sup>9</sup> Proposition 1990/91:14 Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m.

<sup>10</sup> Prop. 1990/91:14 s. 58 ff.

<sup>11</sup> I proposition 2005/06:115 Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre s. 80 tydliggörs att korttidsboende är en särskild boendeform för äldre enligt 5 kap. 5 § andra stycket SoL.

<sup>12</sup> 12 kap. 1 § HSL, 3 kap. 6 § och 5 kap. 5 och 7 §§ SoL.

<sup>13</sup> 5 kap. 7 § tredje stycket SoL.

<sup>14</sup> Proposition 1992/93:159 om stöd och service till vissa funktionshindrade s. 182.

- Permanent särskilt boende och korttidsboende som är reglerade i SoL samt bostad med särskild service som är reglerade i LSS och som drivs i enskild regi.<sup>15</sup>
- Det egna hemmet, kallat ordinärt boende, i form av hemsjukvård om regionen och den aktuella kommunen kommit överens om att kommunen ska ta över ansvaret för sådan hälso- och sjukvård.<sup>16</sup>

En region får till en kommun inom regionen överlåta ansvaret att erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket SoL (de s.k. biståndsbedömda trygghetsboendena), om regionen och kommunen kommer överens om det.<sup>17</sup> Överenskommelsen får inte avse ansvar för hälso- och sjukvård som ges av läkare.<sup>18</sup> Alla regioner utom region Stockholm har överenskommelser om att kommunerna ansvarar för hemsjukvård i ordinärt boende. Region Stockholm har dock en överenskommelse med Norrtälje kommun. Avtal och överenskommelser ser olika ut, bland annat ifall barn omfattas eller inte.

## Huvudman och vårdgivare

Den region eller kommun som enligt lagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård benämns i HSL som huvudman. Med vårdgivare avses i samma lag en statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet. Inom en huvudmans geografiska område kan en eller flera vårdgivare bedriva verksamhet.<sup>19</sup> Regioner och kommuner får med bibehållet huvudmannaskap sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen eller kommunen ansvarar för. Av avtalet ska framgå de särskilda villkor som gäller för överlämnandet.<sup>20</sup> Ett avtal med någon annan om att till exempel tillhandhålla viss vård medför alltså inte att huvudmannaskapet för vården övergår till den vårdgivare som anlitas. Det är utförandet av uppgiften som övergår till den andre parten. Det innebär att regionen eller kommunen har kvar ett övergripande ansvar för att dess invånare får en god vård, vilket bland annat kan säkerställas genom tillräckliga och relevanta krav i avtalen med de externa utförarna.<sup>21</sup> När en kommun eller en region har anlitat en

---

<sup>15</sup> 7 kap. 1 § första stycket 2 SoL.

<sup>16</sup> 14 kap. 1 § HSL.

<sup>17</sup> 12 kap. 2 § och 14 kap. 1 § HSL.

<sup>18</sup> 14 kap. 1 § HSL.

<sup>19</sup> 2 kap. 2 HSL.

<sup>20</sup> 15 kap. 1 § HSL.

<sup>21</sup> Proposition 2016/17:43 En ny hälso- och sjukvårdslag s. 115 och 146.



privat vårdgivare ingår det i ansvaret som huvudman att kontrollera och följa upp verksamheten.<sup>22</sup>

## Kommunens ansvar som huvudman

Med huvudman avses i HSL den region eller den kommun som enligt lagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård. Inom en huvudmans geografiska område kan en eller flera vårdgivare bedriva verksamhet.<sup>23</sup> Kommunen kan bedriva den hälso- och sjukvård som den ansvarar för i egen regi eller sluta avtal med någon annan att utföra den. Kommunen behåller dock alltid sitt huvudmannaskap för hälso- och sjukvårdsverksamheten.<sup>24</sup>

## Vårdgivares ansvar

Den som bedriver en hälso- och sjukvårdsverksamhet är en vårdgivare, oavsett om den bedrivs i kommunal eller privat regi.<sup>25</sup> En kommun är vårdgivare för den hälso- och sjukvård som den bedriver i egen regi och måste förhålla sig till de författningar som gäller för alla vårdgivare. Privata utförare som avtalat med kommunen att tillhandahålla viss vård är också vårdgivare. Privata vårdgivare som verkar inom den kommunala hälso- och sjukvården har därmed ett eget ansvar för den hälso- och sjukvård som bedrivs i verksamheten. Kommunen har dock alltid kvar sitt ansvar som huvudman.

## Behandling av personuppgifter och journalföring

I vårdgivarens systematiska kvalitetsarbete ingår ett ansvar att ha de processer och rutiner som behövs för att uppfylla de krav som finns i författning gällande informationssäkerhet och journalföring och det gäller för all hälso- och sjukvård. Grundläggande bestämmelser om behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården samt skyldigheter att föra patientjournal finns i bland annat patientdatalagen (2008:355), PDL. Denna lag innehåller bestämmelser som kompletterar EU:s dataskyddsförordning.<sup>26</sup>

---

<sup>22</sup> 10 kap. 8 § kommunallagen (2017:725).

<sup>23</sup> 2 kap. 2 § HSL.

<sup>24</sup> 15 kap. 1 § HSL.

<sup>25</sup> 2 kap. 3 § HSL.

<sup>26</sup> Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och användandet av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning), även kallad GDPR.

Vid vård av patienter ska det föras en patientjournal.<sup>27</sup> Skyldigheten att föra journal gäller främst den som har legitimation eller ett särskilt förordnande att utöva ett visst yrke inom hälso- och sjukvården.<sup>28</sup> För den kommunala hälso- och sjukvården innebär detta att det i första hand är sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter som är journalföringspliktiga enligt lag. Av 5 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården framgår det även att vårdgivaren ska säkerställa att uppgifterna i en patientjournal är entydiga och i bestämmelsens allmänna råd framgår det vidare att vårdgivaren, för att försäkra sig om att uppgifterna är entydiga, bör använda bland annat publikationen Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ).

Kraven i PDL att det vid vård av patient ska föras en patientjournal gäller även vid den vård som utförs av personal som saknar legitimation och inte är journalföringspliktiga enligt lag. Det är vårdgivarens ansvar att ha de processer och rutiner som behövs för att säkerställa att kraven i PDL fullgörs. Inom den kommunala hälso- och sjukvården kan det här innebära att till exempel stöd- och omsorgspersonal kan behöva föra patientjournal i enlighet med verksamhetens rutiner.<sup>29</sup> Den som för patientjournal ansvarar själv för sina uppgifter i journalen.<sup>30</sup>

## Hälsorelaterade klassifikationer

De hälsorelaterade klassifikationerna används bland annat för att dokumentera och följa orsakerna till att människor kontaktar vården eller socialtjänsten, vilka åtgärder som utförs, vilka resultat det ger och hur spridda olika sjukdomar är.

En klassifikation är ett system med hierarkisk uppbyggnad och indelning av objekt i grupper som har likartade egenskaper, vilket möjliggör gruppering och aggregering av information. Klassifikationerna, med tillhörande regelverk, används både för den enhetliga dokumentationen och för rapportering till register och databaser, där den i sin tur används till exempelvis registerbaserad forskning, statistikproduktion, nationella, regionala och lokala uppföljningar, analyser och utvärderingar samt i vårdens ersättningssystem. Klassifikationerna utvecklas kontinuerligt så att hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska kunna fånga nya omständigheter i sin dokumentation.

---

<sup>27</sup> 3 kap. 1 § PDL.

<sup>28</sup> 3 kap. 3 § PDL.

<sup>29</sup> Se 4 kap. 2–4 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

<sup>30</sup> 3 kap. 4 § PDL.

Socialstyrelsen uppdaterar, förvaltar och distribuerar följande hälsorelaterade klassifikationer

- ICD-10-SE (Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem)
- ICF (Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa)
- KSI (Klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter)
- KVÅ (Klassifikation av vårdåtgärder).

KVÅ innehåller främst patientrelaterade vårdåtgärder, som kan användas i utredande, förebyggande, behandlande och uppföljande syfte. KVÅ innehåller cirka 10 000 vårdåtgärder och består av två delar, en för kirurgiska åtgärder och en för medicinska åtgärder. I KVÅ finns även koder för yrkeskategorier, som kan användas för att ange om en eller flera yrkeskategorier har utfört samma vårdåtgärd vid samma tillfälle.

Socialstyrelsen har tagit fram urval ur ICF och KVÅ för användning i kommunal hälso- och sjukvård för att underlätta användningen av relevanta koder. Urvalen togs fram tillsammans med företrädare för de legitimerade yrkesgrupperna sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter och täcker alla åldersgrupper i kommunal hälso- och sjukvård. Urvalen kan användas som en del i den elektroniska journalen och skapar förutsättningar för lokal uppföljning, systematiskt kvalitetsarbete samt för uttag till nationell statistik om bland annat vårdåtgärder. Urvalen uppdateras årligen. I 2024 års version finns 426 KVÅ-koder.

# Registret över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen får enligt lagen (1998:543) om hälsodataregister och förordningen (2006:94) om register hos Socialstyrelsen över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården föra ett hälsodataregister i form av ett register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen för ett sådant register sedan år 2007. Av 3 § förordningen framgår att personuppgifter i registret får behandlas för framställning av statistik, uppföljning, utvärdering, kvalitetssäkring, forskning samt epidemiologiska undersökningar.

Initialt innehöll registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård endast information om alla personer som fått någon insats inom den kommunala hälso- och sjukvården uppdelat per kalendermånad. Från och med den 1 januari 2019 har registret kompletterats med uppgifter om vilka åtgärder patienten har fått enligt KVÅ och vilken legitimerad sjukvårdspersonal som har utfört åtgärderna.<sup>31</sup> Om fler än en kategori legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal gemensamt utfört åtgärden ska kommunerna rapportera samtliga yrkeskategorier upp till fem olika yrkeskategorier per åtgärd. Syftet med dessa nya uppgifter är att registret ska bli mer användbart för statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring inom hälso- och sjukvården samt för forskning och epidemiologiska undersökningar.

## Registret är uppdelat i två delregister

Det första delregistret (KHSL1) innehåller information om alla personer som fått kommunal hälso- och sjukvård per kalendermånad och kommun. Det andra delregistret (KHSL2) innehåller uppgifter om vilka patientrelaterade vårdåtgärder som utförts av legitimerad personal med kommunen som vårdgivare. Det bör noteras att KHSL2 inte inkluderar personer som fått vårdåtgärder som utförs av privata vårdgivare och därför skiljer sig antalet personer åt i de två olika delregistren.

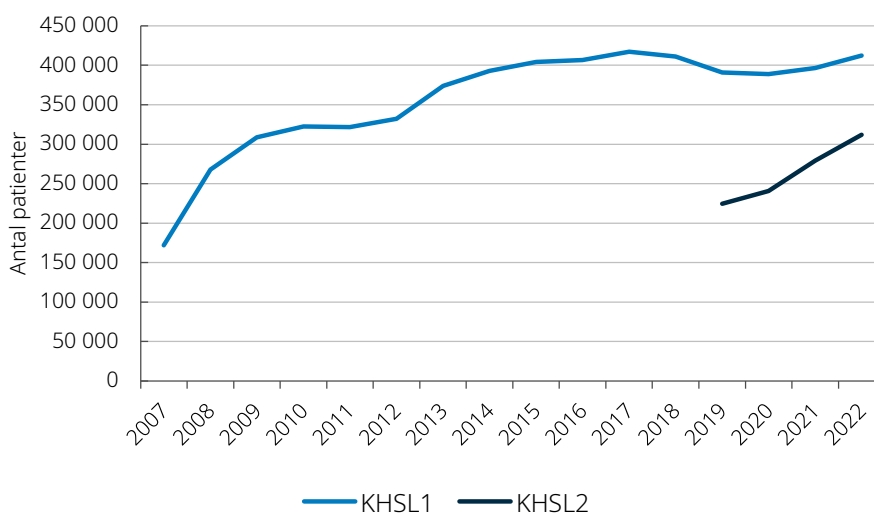
Diagram 1 visar antal patienter i delregister KHSL1 och KHSL2. Till delregister KHSL1 ska kommunerna rapportera uppgifter om samtliga patienter med kommunal hälso- och sjukvård, även de patienter som har fått vård av

---

<sup>31</sup> Ändringarna genomfördes genom HSLF-FS 2017:67 och genom upphävande av Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2007:8) om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården.

privata vårdgivare. Medan delregister KHSL2 enbart innehåller uppgifter om vårdåtgärder utförda av legitimerad personal i kommunal regi. Den primära orsaken till att delregister KHSL1 innehåller fler patienter är att delregister KHSL2 saknar vårdåtgärder utförda av annan vårdgivare än kommunen.

Diagram 1. Antal patienter i delregister KHSL1 och KHSL2 år 2007–2022



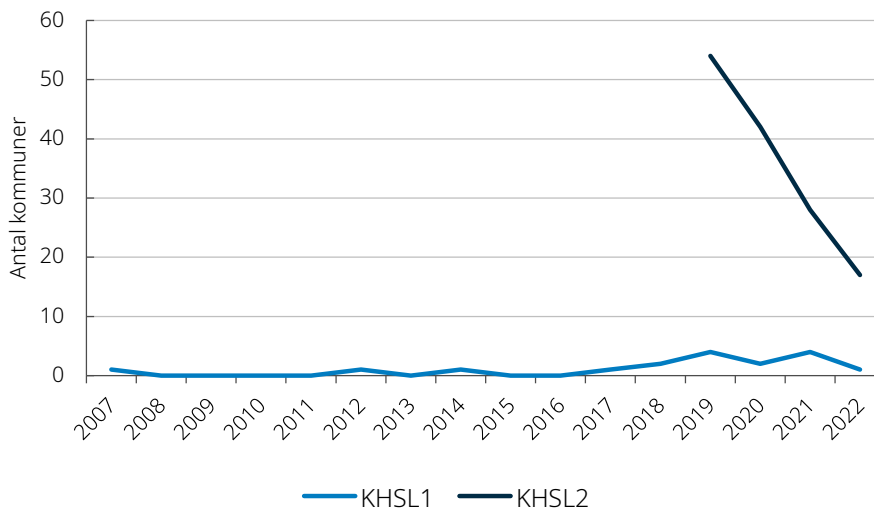
Källa: Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen.

Under perioden 2007–2016 har antalet patienter med kommunal hälso- och sjukvård ökat kraftigt (delregister KHSL1). Ökningen beror till stor del på att fler kommuner har tagit över hälso- och sjukvårdsansvaret i ordinärt boende det vill säga hemsjukvård från regionerna. Hälften av kommunerna hade tagit över ansvaret 2007. År 2016 var det endast kommunerna i Stockholms län (förutom Norrtälje) som inte tagit över ansvaret. År 2018–2019 rapporterade kommunerna färre personer med kommunal hälso- och sjukvård (delregister KHSL1) vilket berodde på tekniska problem i verksamhetssystemen hos kommunerna till följd av att de nya föreskrifterna skulle implementeras. Antalet inrapporterade patienter med vårdåtgärder (delregister KHSL2) har ökat, vilket beror på att fler kommuner rapporterar in vårdåtgärder.

Fler och fler kommuner rapporterar uppgifter om vilka patientrelaterade vårdåtgärder som utförts av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med kommunen som vårdgivare. Diagram 2 visar antalet kommuner som inte rapporterade under respektive år. För år 2022 saknas uppgifter från tolv kommuner som har uppgiftsskyldighet (delregister KHSL2). En av dessa kommuner har inte heller rapporterat uppgifter till delregister KHSL1. Ytterligare fem kommuner hade all kommunal hälso- och sjukvård i enskild regi och har därmed ingen uppgiftsskyldighet. Uppgifter om vilka individer som

får kommunal hälso- och sjukvård har också bortfall (delregister KHSL1) men inte i lika stor omfattning.

Diagram 2. Antal kommuner som inte rapporterat uppgifter under 2007–2022 (KHSL1) och 2019–2022 (KHSL2)



Källa: Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen.

## En av fem patienter får vård av privata vårdgivare

Andel privata vårdgivare varierar stort mellan kommunerna. Diagram 3 visar andel patienter med minst en inrapporterad vårdåtgärd uppdelat på kommun år 2022. En av fyra patienter har ingen inrapporterad vårdåtgärd alls under året. Det beror till stor del på att privata vårdgivare saknar uppgiftsskyldighet till registret. Bortfall har också betydelse, eftersom tolv kommuner med uppgiftsskyldighet inte har rapporterat vårdåtgärder under år 2022. När dessa tolv kommuner exkluderas från beräkningen är andelen patienter utan minst en inrapporterad vårdåtgärd 20 procent. Socialstyrelsen uppskattar därför andel patienter som har erhållit vård av privata vårdgivare till 20 procent, vilket innebär att en av fem patienter får vård av privata vårdgivare. För år 2022 rör det sig om ungefär 82 000 patienter. Som jämförelse erhöll 23 procent av äldre<sup>32</sup> på särskilda boenden hälso- och sjukvård av privata vårdgivare den 1 mars 2023.<sup>33</sup>

<sup>32</sup> Personer i åldern 65 år och äldre.

<sup>33</sup> Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen 2023.







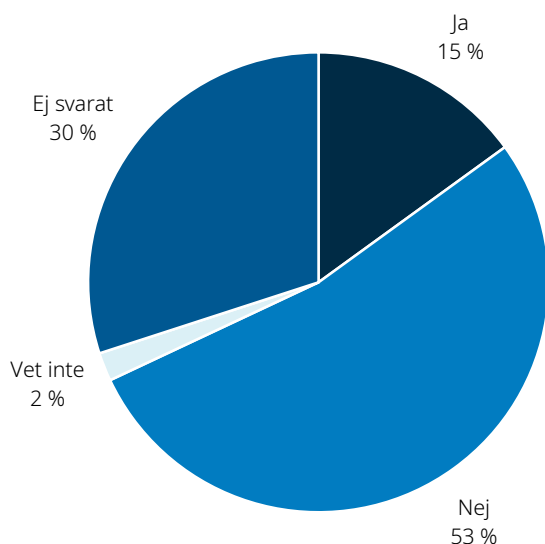




Eftersom det var osäkert om mottagarna av enkäten skulle bli berörda av en förordningsändring valde Socialstyrelsen att ställa den första enkätfrågan till de privata vårdgivarna i ett mejl. Den gällde om de bedriver kommunal hälso- och sjukvård där kommunen är huvudman enligt HSL. Om de svarade *Ja* på frågan fick de besvara resten av enkäten. Svarade de *Nej* eller *Vet inte* avslutades enkäten. Svarsfrekvensen var 70 procent. Det var 15 procent av vårdgivarna som svarade *Ja*, 55 procent svarade *Nej* eller *Vet inte* och ungefär 30 procent av mottagarna svarade inte alls, se diagram 4. Resterande enkätfrågor och svaren på dessa återfinns i bilaga 1.

Diagram 4. Andel vårdgivare som bedriver kommunal hälso- och sjukvård

Frågan lydde: Bedriver ni kommunalt finansierad hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL)? Av de 693 enkäter som skickades ut svarade 55 % att de inte bedriver kommunal hälso- och sjukvård eller att det inte vet. 15 % svarade *Ja* på frågan. Svartsfrekvensen på enkäten var 70 %.



Källa: Socialstyrelsens enkät om eventuella konsekvenser vid en uppgiftsskyldighet för privata vårdgivare inom kommunal hälso- och sjukvård, 2023.

Resterande frågor i enkäten handlade bland annat om vilken vård som bedrivs inom verksamheten, på vilket sätt de dokumenterar uppgifter om vårdåtgärder, vilka kostnadsmissiga och andra konsekvenser de ser att en uppgiftsskyldighet skulle kunna medföra samt information om antal anställda. Enkäten bestod totalt av 25 frågor inklusive delfrågorna. Samtliga frågor och hur vårdgivarna har svarat redovisas i bilaga 1. I enlighet med Socialstyrelsens rutiner för enkätinsamling har enkäten skickats ut i samverkan med Näringslivets Regelnämnd (NNR).

## Privata vårdgivarna är främst småföretagare

Socialstyrelsen har i denna fördjupade konsekvensanalys använt EU:s definition av företagsstorlek som utgår från antal årsanställda som företag har.<sup>36</sup> Eftersom en förordningsändring kan få olika konsekvenser beroende på företagsstorlek var det väsentligt för myndigheten att få kunskap om storleksfördelningen av berörda privata vårdgivare. Definitionerna för dessa kategorier presenteras i tabell 3.

Tabell 3. Definition av företagsstorlek

Företagsstorlek	Antal årsanställda
Stora företag	> 250
Medelstora företag	< 250
Små företag	< 50
Mikroföretag	< 10

Källa: Europeiska kommissionens användarhandledning om definitionen av SMF-företag.

Vårdföretagarna, som är en arbetsgivar- och branschorganisation för vårdgivare och som bedriver vård och omsorg i privat regi, publicerar årligen information och statistik om den privatdrivna vård- och omsorgsbranschen. Den baseras på de privata vårdgivarnas årsredovisningar.

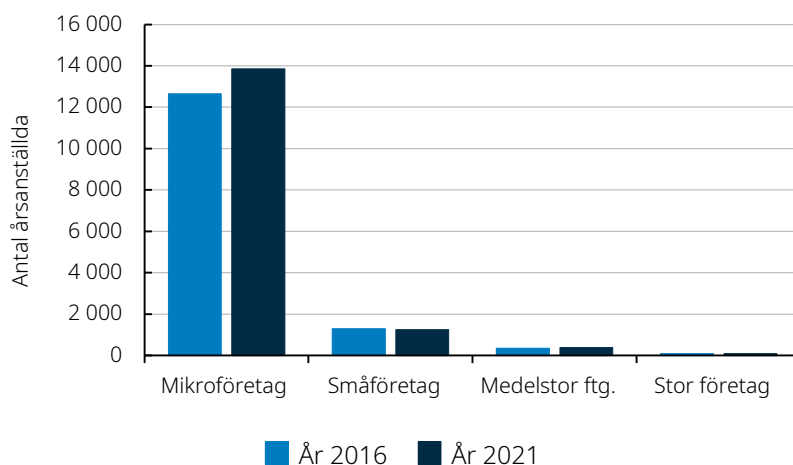
Mellan åren 2016 – 2021 har antalet företagare ökat med åtta procent från 14 374<sup>37</sup> till 15 562<sup>38</sup>. Statistiken från Vårdföretagarna visar att de privata vårdgivarna i Sverige främst utgörs av mindre aktörer. År 2021 hade cirka 90 procent av dessa färre än tio anställda, se diagram 5. Det är viktigt att notera att denna statistik gäller samtliga vårdgivare och att det inte går att urskilja de som bedriver kommunal hälso- och sjukvård.

<sup>36</sup> Europeiska Kommissionen, ”Användarhandledning om definitionen av SMF företag”, [https://publications.europa.eu/resource/cellar/79c0ce87-f4dc-11e6-8a35-01aa75ed71a1.0018.03/DOC\\_1](https://publications.europa.eu/resource/cellar/79c0ce87-f4dc-11e6-8a35-01aa75ed71a1.0018.03/DOC_1)

<sup>37</sup> Vårdföretagarna ”Privat vårdfakta 2018”, <https://www.almega.se/app/uploads/sites/3/2018/06/privat-vardfakta-2018.pdf>

<sup>38</sup> Vårdföretagarna ”Privat vårdfakta 2022”, <https://www.almega.se/app/uploads/sites/3/2022/08/privat-vardfakta-2022-upplaga-2.pdf>

Diagram 5. Antal företag per storleksklass inom privat driven vård och omsorg



Källa: Arbetsgivar- och branschorganisation Vårdföretagarna [www.vardforetagarna.se](http://www.vardforetagarna.se).

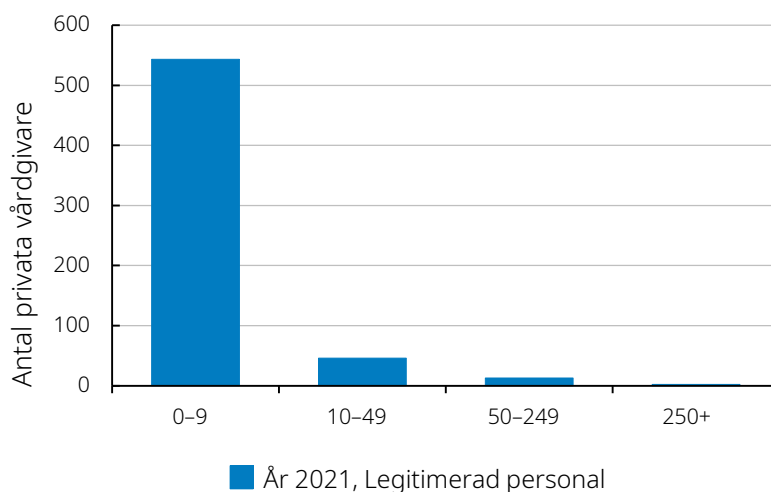
## Antal berörda vårdgivare enligt LOVA

För att få kunskap om storleksfördelningen av de berörda privata vårdgivarna inom kommunal hälso- och sjukvård, har uppgifter från LOVA använts. LOVA innehåller information om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som är anställda av privata vårdgivare inom verksamhet under de näringsgrenar som berörs av kommunal hälso- och sjukvård. De privata vårdgivarna som har valts ut har minst en sysselsatt legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och enligt SNI-klassificeringen<sup>39</sup> har sin huvudsakliga verksamhet inom minst ett av de områden som omfattas av kommunal hälso- och sjukvård. Mer information om dessa uppgifter finns i bilaga 2.

Enligt uppgifterna från LOVA hade cirka 90 procent av de privata vårdgivarna som bedriver kommunal hälso- och sjukvård färre än tio anställda med legitimationsyrke, under 2021, se diagram 6. Observera att fördelningen av dessa vårdgivare i storleksklasser baseras på mängden sysselsatt legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, vilket medför att fler vårdgivare placeras i den minsta kategorin. Antalet privata vårdgivare inom kommunal hälso- och sjukvård är ungefär 600 enligt LOVA. Socialstyrelsen uppskattar därför antalet privata vårdgivare, som skulle bli uppgiftsskyldig vid en eventuell förordningsändring, till ungefär 600.

<sup>39</sup> SCB "Standard för svensk näringsgrensindelning (SNI)", <https://www.scb.se/dokumentation/klassifikationer-och-standarder/standard-for-svensk-naringsgrensindelning-sni/>

Diagram 6. Storleksfördelning av privata vårdgivare inom kommunal hälso- och sjukvård utifrån antal anställda med legitimationsyrke



Källa: LOVA, Förteckning över legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus, 2021.

Uppgifterna från LOVA visar på en liknande fördelning som statistiken från Vårdföretagarna. Utifrån dessa bedömer Socialstyrelsen att det i betydande omfattning är mikro- och småföretag som kommer att beröras av en uppgiftsskyldighet. Eftersom varken LOVA eller Vårdföretagarna har uppgifter kring total antal årsanställd personal bland privata vårdgivare som bedriver kommunal hälso- och sjukvård kan inte Socialstyrelsen få en heltäckande bild av storleksfördelningen av de berörda vårdgivarna.

Detta innebär att Socialstyrelsen, trots uppgifterna som myndigheten tagit del av, inte har kunnat identifiera samtliga privata vårdgivare som berörs av uppgiftsskyldigheten. Det medför en osäkerhet i de resonemang och beräkningar som presenteras i denna rapport. Socialstyrelsen behöver ha kunskap om vilka verksamheter inom hälso- och sjukvården som har en lagstadgad skyldighet att rapportera till Socialstyrelsens hälsodataregister för att kunna bedöma och förbättra täckningsgraden, och därmed även användbarheten för registren. Det saknas en nationell källa med heltäckande, aktuella och tillförlitliga uppgifter om utförande enheter i vård och omsorg.<sup>40</sup> Socialstyrelsen ser därför positivt på att E-hälsomyndigheten har fått i regeringsuppdrag att ta fram en nationell katalog över vårdgivare och utförare av socialtjänst.<sup>41</sup> Den nationella katalogen ska tillhandahålla befintliga informationsmängder

<sup>40</sup> Socialstyrelsen "Utvecklad nationell uppföljning av hälso- och sjukvården" (2019).

<sup>41</sup> Socialdepartementet "Uppdrag att ta fram en nationell katalog över vårdgivare och utförare av socialtjänst", <https://www.regeringen.se/regeringsuppdrag/2023/06/uppdrag-att-ta-fram-en-nationell-katalog-over-vardgivare-och-utforare-av-socialtjanst/>

samt uppgifter som idag saknas som exempelvis uppgifter om huvudman, organisation, driftsform, verksamheternas innehåll och målgrupper.

För att få mer information kring hur storleksfördelningen av vårdföretag såg ut frågade Socialstyrelsen om företagsstorlek i enkäten. Av de som besvarade enkäten uppgav 60 procent att de har färre än 10 anställda med legitimationsyrken (ej läkare), se enkätfråga 9b i bilaga 1. Enkätsvaren visar således också att de vårdgivare som berörs främst är mindre företag, men inte i lika hög utsträckning som statistiken från Vårdföretagarna och uppgifterna i LOVA. Socialstyrelsen bedömer att detta bland annat beror på att det var svårare att hitta kontaktuppgifter för mindre företag än större företag. Det kan även bero på att mindre företag kan ha varit mindre benägna att besvara enkäten.

Det är viktigt att belysa att även om antalet privata vårdgivare med få anställda utgör en stor andel av samtliga privata vårdgivare inom kommunal hälso- och sjukvård kommer privata vårdgivare med få anställda att i genomsnitt rapportera in färre vårdåtgärder än medelstora och stora privata vårdgivare. Detta innebär att registret kan nå en relativt hög täckningsgrad vid en uppgiftsskyldighet även om bortfallet är större bland vårdgivare med få anställda.

## Intervjuer med privata vårdgivare

Utöver enkätutskicket valde Socialstyrelsen att intervjua privata vårdgivare för att få en inblick av vilka konsekvenser de själva trodde att en eventuell uppgiftsskyldighet skulle kunna innebära för dem. En intervju ger respondenten möjlighet att utveckla sina svar på ett annat sätt än i en enkät. Det gav också Socialstyrelsen möjlighet att svara på vårdgivarens frågor om hur inrapporteringen till myndighetens register skulle gå till vid en uppgiftsskyldighet. Socialstyrelsen använde en semistrukturerad intervjumetod, det vill säga manusstyrd dialog där diskussionsunderlaget skickades ut i förväg till respondenten, som i lugn och ro kunde förbereda sina svar. Beroende på respondenten och utifrån vilka diskussionsämnen som kom upp utöver huvudfrågorna i diskussionsunderlaget ställde myndigheten följdfrågor. Nackdelen med semistrukturerade intervjuer är att diskussionerna kan gå in på områden som ligger utanför regeringsuppdraget, även om dessa diskussioner har bidragit till att förstå vilka reflektioner privata vårdgivare har kring en möjlig uppgiftsskyldighet. Vid diskussionerna kunde fokus ligga på olika ämnen beroende på vad de enskilda vårdgivarna svarade. Av den anledningen kunde det som diskuterades under intervjuerna se väldigt olika ut. Frågorna i diskussionsunderlaget liknar de som ställdes i den enkät som skickades ut.

Intervjumötena skedde digitalt eller över telefon och varade mellan 30 – 60 minuter.

Socialstyrelsen fick hjälp av Vårdföretagarna att hitta relevanta vårdgivare, utspridda över hela landet, att intervjua. Urvalet av respondenter gjordes med hänsyn till företagsstorlek. Totalt genomfördes 20 intervjuer med privata vårdgivare. Det var svårast att hitta mikroföretag med legitimerad personal för en intervju. Intervjuförfrågningar skickades ut till

- tio mikroföretag varav sex accepterade
- tolv små företag varav sex accepterade
- tio medelstora företag varav tre accepterade
- sju stora företag varav fem accepterade.

## Intervjuer med kommunerna

Eftersom kommunerna redan har en uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården ansåg myndigheten att det var relevant att komplettera de privata vårdgivarnas reflektioner med erfarenheter från kommunerna. Socialstyrelsen skickade därför ut 18 intervjuförfrågningar till kommuner av varierande storlek och geografiskt läge. Tolv av dem tackade ja till att intervjuas. Socialstyrelsen använde sig av samma semistrukturerade intervjumetod som beskrivits under föregående rubrik. Kommunerna fick också ett diskussionsunderlag inför intervjun för att kunna förbereda sig. Frågorna i diskussionsunderlaget fokuserade på kommunernas erfarenheter av inrapporteringen till registret samt vilka konsekvenser som de ser skulle kunna uppstå om privata vårdgivare får en uppgiftsskyldighet. Detta gav Socialstyrelsen underlag om hur uppgiftsskyldigheten har påverkat kommunen och verksamheterna i praktiken. Av de kommuner som intervjuades hade hälften avtal med privata vårdgivare.



## Kommunernas erfarenheter

Samtliga kommuner har sedan den 1 januari 2019 haft en skyldighet att till Socialstyrelsen rapportera vårdåtgärder enligt KVÅ som utförts av legitimerad personal med kommunen som vårdgivare. Arbetsinsatsen som uppgiftsskyldigheten kräver har varierat för kommunerna. I de tolv intervjuerna som Socialstyrelsen har genomfört med kommuner har det framgått att uppgiftsskyldigheten främst medförde kostnader för kommunen i uppstartsfasen, när de tekniska lösningarna för inrapporteringen etablerades. För kommunerna medförde uppgiftsskyldigheten varken några återkommande större kostnader eller någon administrativ börda för personalen som sköter inrapporteringen. Inte heller har arbetet med att rapportera uppgifter till Socialstyrelsen tagit tid i anspråk från andra patientnära arbetsuppgifter. Samtliga intervjuade kommuner som intervjuades delade denna uppfattning. När Socialstyrelsen jämför svaren som kommunerna ger i intervjuerna 2023 med de som gavs i den enkät<sup>42</sup> som skickades ut 2017 inför arbetet med att ta fram de reviderade föreskrifterna, är det tydligt att konsekvenserna inte blev så stora för kommunerna som kommunerna först trodde.

Socialstyrelsen har utifrån intervjuerna beräknat hur stora de kostnadsmässiga konsekvenserna blev för kommunerna. Dessa beräkningar utgår utifrån uppskattad arbetstid för de yrkesgrupper som presenteras i tabell 4.

Tabell 4. Löner inom offentlig sektor

Yrkeskategori	Månadslön, kr	Månadslön, kr inkl. sociala avgifter och tillägg*	Timlön, kr
Arbetsterapeut	35 300	64 952	406
Fysioterapeut	35 300	64 952	406
Grundutbildad sjuksköterska	38 600	71 024	444
Systemförvaltare	45 600	83 904	524

Källa: SCB:s lönestatistik 2022. \*Den genomsnittliga lönekostnaden multipliceras med schablonvärdet 1,84. Schablonen inkluderar semesterersättning på 12 %, arbetsgivaravgifter på 31,42 % samt en overheadkostnad på 25 %. Ekonomiska effekter av nya regleringar, Tillväxtverket, 2017 s. 16.

<sup>42</sup>Konsekvensutredning - Förslag till föreskrifter om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Dnr 15509/2017 hos Socialstyrelsen.

## Initiala kostnader och konsekvenser

Enligt de uppgifter som Socialstyrelsen fått från de kommuner som intervjuats medförde den utökade uppgiftsskyldigheten kostnader vid uppstartsfasen. Hur omfattande dessa kostnader är varierade, beroende på vilket verksamhetssystem kommunen använde vid införandet samt vilka kunskaper hälso- och sjukvårdspersonalen hade om användning av KVÅ. Kommunens storlek påverkade också tiden för implementeringen; större kommuner hade fler verksamheter och mer personal att utbilda, vilket innebar en längre implementeringstid än för små kommuner.

Av de tolv kommuner som Socialstyrelsen intervjuade använde endast tre av dem KVÅ innan uppgiftsskyldigheten infördes. För resterande kommuner, som inte använt KVÅ tidigare, innebar uppgiftsskyldigheten att de både behövde möjliggöra användning av KVÅ i sina verksamhetssystem samt utbilda vårdpersonalen på hur de skulle använda KVÅ i journaldokumentationen. För de flesta kommunerna var det systemleverantören som bekostade arbetet med att göra det möjligt att använda KVÅ direkt i de elektroniska journalerna i verksamhetssystemen samt att återanvända dessa uppgifter för inrapportering till Socialstyrelsens register. Flera kommuner behövde ta fram manualer och välja ut vilka KVÅ-koder som vårdpersonal skulle ha mest användning av för att underlätta för vårdpersonalen som registrerade vårdåtgärder enligt KVÅ. Vissa kommuner hyrde in konsulter som hjälpte till med inrapporteringen, medan andra kommuner inte upplevde att uppgiftsskyldigheten krävde en stor omställning. Tidsomfattningen för att möjliggöra inrapportering till registret varierade mycket beroende på kommunens storlek och arbetssätt. Enligt de kommuner som Socialstyrelsen intervjuat innebär arbetet för att möjliggöra inrapporteringen en tidsomfattning om 25 – 500 timmar för en systemförvaltare, vilket innebär kostnader om ungefär 13 100 – 262 000 kronor per kommun.

Utöver detta behövde även de kommuner som inte använde KVÅ i dokumentationen i patientjournalen utbilda sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter i detta. Enligt uppgifter till Socialstyrelsen tog utbildningen ungefär 4 – 16 timmar per person. Kostnaderna för personalen att gå utbildningen redovisas i tabell 5 och beräknas ha uppgått till mellan 1 624 – 7 104 kronor per person. Socialstyrelsen har inte fått tillräckliga uppgifter för att kunna uppskatta hur mycket tid eller kostnader som arbetet med att ta fram utbildningarna tog.

Tabell 5. Kostnader för vårdpersonal att utbildas i KVÅ baserad på löner inom offentliga sektorn

Yrkesgrupp	Timlön, kr	Kostnader, kr 4 timmars utbildning	Kostnader, kr 16 timmars utbildning
<b>Arbetsterapeut</b>	406	1 624	6 496
<b>Fysioterapeut</b>	406	1 624	6 496
<b>Grundutbildad sjuksköterska</b>	444	1 776	7 104

Källa: SCB:s lönestatistik 2022. Baseras på antal timmar från Socialstyrelsens intervjuer om eventuella konsekvenser vid en uppgiftsskyldighet för privata vårdgivare inom kommunal hälso- och sjukvård, 2023.

Flera av de kommuner som Socialstyrelsen har haft kontakt med uppgav att de tagit fram manualer till vårdpersonalen om användning av KVÅ. Socialstyrelsen har inte heller här tillräckligt med underlag för att kunna uppskatta hur mycket tid eller kostnader detta har medfört. Vissa kommuner uppgav att de inte kunde rapportera uppgifter om vårdåtgärder till Socialstyrelsen i samband med att föreskrifterna trädde i kraft den 1 januari 2019. Detta berodde på att flera kommuner befann sig i processen att byta verksamhetssystem och därför väntade tills det nya systemet var implementerat innan de började rapportera till registret.

## Årliga kostnader och konsekvenser

Eftersom inrapporteringen till Socialstyrelsens register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården ska ske månatligen innebär uppgiftsskyldigheten även årliga kostnader för kommunerna. I kommunerna som Socialstyrelsen har intervjuat är det oftast en systemförvaltare som sköter inrapporteringen till registret. I vissa fall finns det ytterligare en person på kommunen som har kännedom om hur rapporteringen ska skötas. Socialstyrelsen frågade kommunerna vilken arbetsinsats som krävdes för att sköta inrapporteringen till registret. Samtliga kommuner uppgav att de upplevde inrapporteringen av uppgifter om vårdåtgärder till Socialstyrelsen som smidig. För de flesta kommuner tar inrapporteringen 10 minuter – 2 timmar i månaden. Detta innebär en tidsomfattning om 2 – 24 timmar om året. Inrapporteringen medför således kostnader om 1 048 – 12 576 kronor om året per kommun, för exempelvis en systemförvaltare inom offentliga sektorn. En stor kommun som Socialstyrelsen intervjuade uppgav att rapporteringen tog 10 timmar i månaden. Det var inte själva inrapporteringen av KVÅ-koder som tog tid utan inrapporteringen av uppgifter om de personer som fått vård av en privat vårdgivare som bedriver kommunal hälso- och sjukvård. Det är

uppgifter som ska rapporteras till delregister KHSL1 som innehåller uppgifter om samtliga patienter som har fått kommunal hälso- och sjukvård oavsett om det är kommunen eller ett privat företag som är vårdgivare.

Socialstyrelsen frågade även kommunerna om uppgiftsskyldigheten och KVÅ-kodningen hade lett till extra arbete eller ökad arbetsbörda för vårdpersonalen som dokumenterar utförda vårdåtgärder med KVÅ i patientjournalerna. De flesta kommuner uppgav att de inte hade hört att vårdpersonalen hade upplevt det som att användningen av KVÅ tog tid i anspråk från patienter eller andra arbetsuppgifter, delvis eftersom Socialstyrelsen har tagit fram ett urval<sup>43</sup> av de vårdåtgärder (med KVÅ) som kan tänkas vara relevanta inom den kommunala hälso- och sjukvården. Uppgiftsskyldigheten verkar således inte ha medfört någon betydande arbetsbörda eller några större kostnadsmässiga konsekvenser för kommunerna.

---

<sup>43</sup> Socialstyrelsen ”Beskriva äldres behov och följa resultat inom kommunal hälso- och sjukvård: Urval ur ICF och KVÅ” (2013), <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/klassifikationer-och-koder/2013-10-19.pdf>

# Privata vårdgivares förutsättningar

I detta avsnitt kommer de kostnadsmässiga konsekvenserna av en eventuell uppgiftsskyldighet för privata vårdgivare att presenteras tillsammans med resonemang kring möjliga konsekvenser för deras ekonomiska förutsättningar och arbetsvillkor. De uppskattade kostnaderna har beräknats med hjälp av det underlag som Socialstyrelsen fått genom den enkät som skickades ut och genom intervjuer med privata vårdgivare.

Förutsättningarna för de privata vårdgivarna att kunna rapportera vårdåtgärder till Socialstyrelsens register beror på vilket verksamhetssystem som används i dagsläget, vilken teknisk erfarenhet som finns bland personalen, om det finns personal som enbart har administrativa arbetsuppgifter samt om de använder KVÅ i patientjournalföringen i dagsläget.

I föregående avsnitt presenterade Socialstyrelsen de kostnader och konsekvenser som uppgiftsskyldigheten medförde för kommunerna. Som nämnts i tabell 3 i rapporten har de flesta vårdgivare som skulle omfattas av en uppgiftsskyldighet till registret färre än 50 årsanställda. Dessa små vårdgivare saknar den it-organisation som finns hos kommunerna, vilket innebär att det eventuellt kan bli vårdpersonal eller verksamhetschefer som kommer ansvara för att genomföra de tekniska lösningarna som krävs för att möjliggöra inrapportering och därefter även sköta inrapporteringen till Socialstyrelsen.

De privata vårdgivare som journalför i verksamhetssystem som inte är kompatibla med KVÅ och som inte har elektroniska journalsystem har sämre förutsättningar att kunna möjliggöra en inrapportering till registret mot bakgrund av att det initialt kan innebära förhållandevis stora kostnader. Socialstyrelsen frågade därför de privata vårdgivarna, både i enkäten och i intervju, hur de journalför vårdåtgärder i dagsläget. I enkäten svarade två procent av respondenterna att den legitimerade yrkesgruppen journalför i pappersjournal, se fråga 4b i bilaga 1. I samband med intervjuerna kom Socialstyrelsen i kontakt med fyra vårdgivare som saknade elektroniska verksamhetssystem. För ett begränsat antal privata vårdgivare kan således uppgiftsskyldigheten innebära en stor omställning. Vårdgivarnas farhågor vid införandet av ett nytt verksamhetsstöd var att installations- och implementeringskostnaderna skulle kunna vara höga, att det kan vara en lång inlärningsperiod för vårdgivaren att lära sig använda KVÅ och att det kan vara svårt att överföra all relevant patientinformation till det nya systemet. Om det inte finns kunnig it-personal på plats kan tekniska problem ge driftstopp och ta både tid och resurs i anspråk. Socialstyrelsen bedömer därför att verksamheter där de

tekniska kunskaperna är goda har bättre förutsättningar för att implementera KVÅ i journalföringen för att underlätta inrapportering till Socialstyrelsens register.

Vårdgivarna som Socialstyrelsen intervjuade uttryckte vidare vissa farhågor inför vad en uppgiftsskyldighet till registret skulle innebära för dem. Flera, framförallt mindre privata vårdgivare, uttryckte att uppgiftsskyldigheten skulle kunna ta tid i anspråk från andra mer patientnära arbetsuppgifter eftersom de redan har både begränsat med tid och tillgång till legitimerad personal. Ingen privat vårdgivare har svarat att de kommer behöva anställa fler personal på grund av en framtida uppgiftsskyldighet, men 21 procent har i enkäten svarat att de eventuellt kommer behöva ta in konsulter för att utföra en eller flera av de administrativa insatserna som inrapporteringen kommer medföra, se fråga 8 i bilaga 1.

Flera uttryckte även att de upplevde att de administrativa kraven på de privata vårdgivarna fortsätter att öka utan att ersättningsnivåerna motsvarar denna ökning. Flera vårdgivare var dock positivt inställda till den eventuella förordningsändringen, eftersom det skulle möjliggöra förbättrad statistik på nationell nivå om vilka vårdåtgärder det är som utförs inom kommunal hälso- och sjukvård. Några få respondenter kunde se fördelen med att utveckla sina patientjournalssystem, eftersom det kan ge en enkel tillgång till fullständig och uppdaterad patientinformation, effektivisera hanteringen av patientjournaler och på längre sikt leda till kostnads- och resursbesparingar.

Vad gäller medelstora och större privata vårdgivare var det fler som var redo och hade bra förutsättningar att rapportera in uppgifter vid en eventuell uppgiftsskyldighet. Enkätsvaren visade att exempelvis 27 procent av medelstora och 56 procent av stora företag redan använder KVÅ i journalföringen. Flera av dessa företag som Socialstyrelsen intervjuade var även på väg att byta till KVÅ-kompatibla verksamhetssystem.

Det är i sammanhanget värt att notera att det inte är några nya uppgifter som ska dokumenteras i journalföringen, utan att det endast handlar om hur uppgifter om vårdåtgärder ska registreras för att de ska kunna rapporteras till Socialstyrelsen.

## Kostnadsmässiga konsekvenser

En ändring av förordningen skulle innebära kostnadsmässiga konsekvenser för privata vårdgivare som bedriver kommunal hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen bedömer att dessa kommer bestå av både engångskostnader vid en uppstartsfas och återkommande kostnader. Kostnaderna kan komma att variera mycket beroende på vilket verksamhetssystem som används, vilket sätt

uppgifter dokumenteras idag, verksamhetens storlek, antal vårdinsatser som bedrivs inom verksamheten samt på antalet anställd legitimerad personal och deras kunskaper inom KVÅ. Vidare kan kommuntillhörighet påverka kostnaderna, eftersom vissa kommuner kräver att den privata vårdgivaren som kommunen har avtal med behöver använda samma verksamhetssystem som kommunen själv använder, vilket kan medföra extra kostnader för den privata vårdgivaren.

Som tidigare nämnts har det inte varit möjligt för Socialstyrelsen att med säkerhet identifiera samtliga privata vårdgivare som bedriver kommunal hälso- och sjukvård eftersom denna information inte finns samlad i register eller förteckning, vilket innebär att vissa privata vårdgivare kan ha missats av myndigheten och att det delvis därför inte är möjligt för Socialstyrelsen att uppskatta några totalkostnader av förslaget. Det vanligaste svaret på samtliga frågor i enkäten som handlade om eventuella arbetsinsatser eller kostnader som uppgiftsskyldigheten skulle medföra var *Vet inte*, vilket kan bero på att privata aktörer, som tillhandahåller aktuell vård, inte har någon erfarenhet av vad en uppgiftsskyldighet innebär, se enkätfrågorna 6 – 7 i bilaga 1.

De kostnadsmissiga konsekvenserna som Socialstyrelsen beskriver i denna fördjupade konsekvensanalys baseras på uppskattad arbetstid för privata vårdgivare att möjliggöra inrapporteringen till registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård. Uppskattad arbetstid är inhämtad från både intervjuer och enkätundersökning. Kostnadsberäkningarna har utgått från de genomsnittliga löner för anställda inom den privata sektorn som presenteras i tabell 6.

Tabell 6. Löner inom privat sektor

Yrkeskategori	Månadslön, kr	Månadslön, kr inkl. sociala avgifter och tillägg*	Timlön, kr
Arbetsterapeut	36 100	66 424	415
Fysioterapeut	36 500	67 160	420
Grundutbildad sjuksköterska	47 400	87 216	545
Verksamhetsutvecklare	44 600	82 064	513
Systemförvaltare	49 700	91 448	572
Verksamhetschef inom hälso- och sjukvård	59 100	108 744	680

Källa: SCB:s lönestatistik 2022. \*Den genomsnittliga lönekostnaden multipliceras med schablonvärdet 1,84. Schablonen inkluderar semesterersättning på 12 %, arbetsgivaravgifter på 31,42 % samt en overheadkostnad på 25 %. Ekonomiska effekter av nya regleringar, Tillväxtverket, 2017 s. 16.

En uppgiftsskyldighet för privata vårdgivare kan även medföra positiva samhällsekonomiska effekter eftersom insamlingen av dessa uppgifter kan möjliggöra en bättre uppföljning av den kommunala hälso- och sjukvården, vilket i sin tur kan leda till en mer jämlik och god vård. Uppgifterna i registret kan användas inom forskning och samköras<sup>44</sup> med Socialstyrelsens register och andra nationella register. Uppgifterna kan även användas lokalt för uppföljning av den egna verksamheten och inom ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Detta kan vara positivt för enskilda verksamheter om de väljer att använda KVÅ för att strukturerat dokumentera utförda vårdåtgärder. Detta kan bidra till enhetliga och entydiga begrepp i enlighet med Vision e-hälsa 2025<sup>45</sup>. Om de privata vårdgivarna väljer att använda KVÅ i strukturerad dokumentation skulle även vårdpersonalen inte behöva skriva lika mycket fritext om vårdåtgärderna, vilket kan minska den administrativa bördan. Det kan även skapa en sorts gemensam standard för vårdgivare inom den kommunala hälso- och sjukvården, vilket skulle underlätta i arbetet för den vårdpersonal som rör sig mycket mellan olika verksamheter. Det

<sup>44</sup> Samkörning innebär att koppla samman uppgifterna i två eller flera olika register som innehåller olika typer av uppgifter. Exempelvis kan uppgifter om en individs uthämtade läkemedel i läkemedelsregistret kopplas samman med samma individs eventuella diagnoser i patientregistret. En nyckelvariabel som finns i båda registren används för att koppla samman rätt uppgifter med varandra. När det handlar om register med individuppgifter, såsom hälsodataregister, är denna nyckelvariabel oftast personnummer.

<sup>45</sup> E-Hälsa 2025 "Om vision e-hälsa 2025" <https://ehalsa2025.se/visionen/>



kan bidra även till att underlätta informationsdelning och överföring av information mellan olika vårdgivare.

## Kostnader för att möjliggöra användning av KVÅ

Vilka konsekvenser som en eventuell förordningsändring kan medföra för en privat vårdgivare beror till stor del på om vårdåtgärder dokumenteras med KVÅ vid journalföring, eftersom vårdåtgärderna ska rapporteras in till registret utifrån KVÅ. I enkäten som skickades till privata vårdgivare frågade därför Socialstyrelsen om verksamheterna använder KVÅ i dagsläget, se fråga 4a i bilaga 1. Av svaren framkom det att KVÅ används av 20 procent av de privata vårdgivare som bedriver kommunal hälso- och sjukvård. Detta innebär att de resterande 80 procenten kommer behöva uppdatera eller byta ut sina verksamhetssystem för att möjliggöra användning av KVÅ.

Vilken sorts förändring som behövs och vad kostnaderna av detta blir beror på vilket verksamhetssystem som används av den privata vårdgivaren. För vissa vårdgivare kan det vara så att deras verksamhetssystem redan har en version av systemet med möjlighet att använda KVÅ, men som vårdgivaren får använda. Dessa vårdgivare kommer behöva köpa till denna version och uppdatera sitt patientjournalssystem.

För vissa andra privata vårdgivare kommer systemleverantören behöva utveckla en version som möjliggör användning av KVÅ i journalföringen. Vem som betalar för utvecklingen av denna möjlighet beror på hur det ser ut i avtalet mellan vårdgivaren och systemleverantören. Vissa av de privata vårdgivare som Socialstyrelsen har haft kontakt med har avtal som anger att systemleverantören måste se till att verksamhetssystemet uppfyller de krav som ställs i föreskrifter. För de vårdgivare som har denna form av avtal kommer således kostnaderna för att uppdatera systemet läggas på systemleverantören. För de som inte har detta avtal kommer vårdgivaren att stå för kostnaden. Socialstyrelsen har inte möjlighet att ta del av privata vårdgivaravtal och dess olika tilläggs klausuler, eftersom de omfattas av sekretess. Socialstyrelsen uppskattar dock, genom uppgifter som kommit fram i Socialstyrelsens kontakt med vissa aktörer, att kostnaden för att uppdatera systemen kan uppgå till 500 000 kronor för en systemleverantör eller privat vårdgivare.

Det finns även privata vårdgivare som eventuellt skulle behöva byta verksamhetssystem om uppgiftsskyldigheten infördes, eftersom deras systemleverantör exempelvis inte har möjlighet att införa användningen av KVÅ i journalföringen eller för att ett elektroniskt verksamhetssystem inte används.

Dessa vårdgivare måste byta till ett elektroniskt verksamhetssystem för att kunna rapportera vårdåtgärder till Socialstyrelsen. Vilka kostnader som kan uppstå på grund av journalsystemsbyte kan variera mycket beroende på verksamhetens storlek och vilket verksamhetssystem som vårdgivaren använder innan bytet. En privat vårdgivare av mindre storlek har oftast svårare att avtala om exempelvis lägre licenskostnad per användare än vad en större vårdgivare har. En installationskostnad kan vara nästan lika stor oavsett vårdgivarens storlek. Dessa kostnader kan därför, enligt de uppgifter Socialstyrelsen fått från privata vårdgivare, vara proportionellt större för de mindre vårdgivarna. Att byta verksamhetssystem är dock ett omfattande arbete. Utöver uppstartskostnaderna för att köpa ett nytt verksamhetssystem ingår även kostnader för planering, framtagande av rutiner, utbildning av personal och överföring av patienters gamla journaler till det nya systemet. Socialstyrelsen uppskattar att kostnaderna för detta kan uppgå till ungefär 750 000 kronor per verksamhet baserat på uppgifter från de aktörer som Socialstyrelsen varit i kontakt med.

## Kostnader för att utbilda personal i användning av KVÅ

De privata vårdgivare som inte använder KVÅ kommer behöva utbilda sin legitimerade personal i detta när det blir aktuellt med en uppgiftsskyldighet till registret. Hur mycket tid som behövs för att utbilda personalen kan variera beroende på personalens förkunskaper och verksamhetens storlek. Eventuellt kan även privata vårdgivare välja att hyra in konsulter för att utbilda personalen. I enkäten frågade Socialstyrelsen hur många dagar vårdgivaren uppskattar skulle behövas för administrativt engångsarbete, som att exempelvis utbilda personal eller ta fram nya rutiner, se fråga 7a i bilaga 1. Av respondenterna var det 42 procent som svarade *Vet inte*. Det var 19 procent som svarade *0 – 5 dagar*, vilket utgjorde det näst vanligaste svaret. Som beskrivet ovan uppskattade kommunerna som Socialstyrelsen intervjuade att personalen behövde utbildas i 4 – 16 timmar för att kunna använda KVÅ. Socialstyrelsen bedömer att det är troligt att arbetsinsatsen för privata vårdgivare att utbilda vårdpersonal kommer vara av liknande omfattning som för kommunerna. Beräkningarna som Socialstyrelsen presenterar nedan utgår således från en utbildning på 4 – 16 timmar. Kostnaderna för att utbilda personal beror på hur mycket personal som skulle behöva utbildas samt samsättningen av dessa. Kostnader kan även uppstå om vårdgivarna behöver anlita vikarier för att ersätta personalen som är på utbildning. Socialstyrelsen har dock inte tillräckligt med underlag för att uppskatta dessa kostnader.

I tabell 7 presenteras en uppskattning av kostnaderna för privata vårdgivare att utbilda sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter i KVÅ-kodning. Kostnaderna för att utbilda personalen kan variera mellan 1 660 kronor till mer än 830 000 kronor beroende på antalet legitimerad personal som är anställd hos den privata vårdgivaren och vilken yrkesgrupp dessa tillhör. Intervallen i tabellen är stora, eftersom kostnaderna också beror på utbildningens omfattning och personalsammansättning. Eftersom flera av de större vårdgivarna redan använder KVÅ idag bedömer Socialstyrelsen att det är få verksamheter som kommer upp i de högre kostnaderna.

Tabell 7. Kostnader per verksamhet för att utbilda legitimerad personal i KVÅ under 4 – 16 timmar

<b>Antal legitimerad personal i verksamheten</b>	<b>Kostnader, kr</b>
<b>1 – 9 anställda med legitimation</b>	1 660 – 78 480
<b>10 – 49 anställda med legitimation</b>	16 600 – 427 280
<b>50 – 249 anställda med legitimation</b>	83 000 – 2 171 280
<b>250 – 499 anställda med legitimation</b>	415 000 – 4 351 280
<b>Minst 500 anställda med legitimation</b>	Minst 830 000

Källa: SCB:s lönestatistik 2022. Intervallet baserar sig på antal timmar, från Socialstyrelsens intervjuer om eventuella konsekvenser vid en uppgiftsskyldighet för privata vårdgivare inom kommunal hälso- och sjukvård, 2023.

Vissa privata vårdgivare som Socialstyrelsen haft kontakt med, som redan använde KVÅ, ansåg att även de vid en uppgiftsskyldighet skulle behöva förbättra personalens kunskaper om KVÅ. Den legitimerade personalen skulle då behöva utbildas i KVÅ, men förmodligen inte i samma omfattning som de vårdgivare som inte använder KVÅ idag. Socialstyrelsen har tagit fram en kostnadsfri webbutbildning i användning av KVÅ som tar ungefär en timme att genomföra. Kostnaderna för personalen att gå denna utbildning presenteras i tabell 8. Kostnaderna för de vårdgivare som väljer att utbilda sin personal kan således uppgå till 415 kronor till mer än 271 955 beroende på hur många anställda verksamheten har och sammansättningen av dessa anställda. Socialstyrelsen har också tagit fram annat stödmaterial till vårdpersonal som vill utbilda sig inom KVÅ.

Tabell 8. Kostnader per verksamhet för legitimerad personalen att gå Socialstyrelsens utbildning i KVÅ-kodning i 1 timme

Antal legitimerad personal i verksamheten	Kostnader, kr
<b>1 – 9 anställda med legitimation</b>	415 – 4 905
<b>10 – 49 anställda med legitimation</b>	4 150 – 26 705
<b>50 – 249 anställda med legitimation</b>	20 750 – 135 705
<b>250 – 499 anställda med legitimation</b>	103 750 – 271 955
<b>Minst 500 anställda med legitimation</b>	Minst 207 500

Källa: SCB:s lönestatistik 2022. Intervallet baserar sig på tiden för att gå Socialstyrelsens utbildning i KVÅ som är en timme och lönestatistik från SCB, 2023.

## Kostnader för att ta fram rutiner och manualer

För att personalen ska kunna använda KVÅ på ett enhetligt sätt och rapportera till registret kan verksamheter behöva ta fram rutiner och manualer som stöd. Omfattningen av dessa rutiner och arbetsinsatsen som dess framtagande kommer kräva varierar beroende på personalens kunskaper i dagsläget och vilka rutiner som redan finns i verksamheten. Även de vårdgivare som redan använder KVÅ kan behöva ta fram nya rutiner och manualer för inrapporteringen till registret. Socialstyrelsen tillhandahåller urval ur KVÅ som är framtaget av verksamhetsföreträdare för kommunal hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen rekommenderar att verksamheterna använder detta urval, som publicerades första gången år 2013 och uppdateras årligen. Det har funnits tillgängligt även för privata aktörer. Utifrån de intervjuer som Socialstyrelsen haft med olika privata vårdgivare kan myndigheten konstatera att vem som utför vilka arbetsuppgifter kan variera mycket. Eftersom många vårdgivare exempelvis inte har en it-administration kan det exempelvis vara verksamhetschefer eller vårdpersonal som sköter dessa arbetsuppgifter. Beräkningarna som presenteras framöver kommer därför utgå från flera olika yrkesgrupps genomsnittslöner.

Utifrån enkätsvaren uppskattar Socialstyrelsen att framtagandet av rutiner innebär en arbetsinsats om 1 – 5 dagar för en systemförvaltare, verksamhetschef, verksamhetsutvecklare eller legitimerad vårdpersonal, se fråga 7a i bilaga 1. Detta innebär kostnader om 3 320 – 27 200 kronor per verksamhet.

## Kostnader för att möjliggöra inrapportering till registret

För att inrapportering till registret ska bli möjligt måste vårdgivaren i verksamhetssystemet enkelt kunna sammanställa uppgifter om vårdåtgärder i en textfil och sedan ladda upp detta till Socialstyrelsens inrapporteringsportal Filip. För att möjliggöra detta behöver ett tekniskt arbete genomföras, antingen av vårdgivaren själv eller genom samarbete med systemleverantören. Socialstyrelsen har inte kunnat erhålla kostnader eller tidsomfattning för denna arbetsinsats, men har i tidigare arbeten uppskattat de till en tidsomfattning om 100 timmar. Socialstyrelsen uppskattar att detta kan medföra kostnader om 41 500 – 68 000 kronor givet en tidsomfattning om upp till 100 timmar för en arbetsterapeut, fysioterapeut, sjuksköterska, verksamhetsutvecklare, systemförvaltare och verksamhetschef. Kostnadsintervallet beror på dessa yrkesgruppers varierande timlön, enligt tabell 6.

## Kostnader för att rapportera till registret årligen

Uppgifter om vilka vårdåtgärder som har utförts av privata vårdgivare ska rapporteras till Socialstyrelsen varje månad. En vårdgivare kan antingen välja att manuellt ladda upp inrapporteringsfilen till Filip eller att skapa en automatiserad överföring genom en sftp-tjänst<sup>46</sup>. I enkäten frågade Socialstyrelsen vårdgivarna hur mycket tid de uppskattade att uppgiftsskyldigheten skulle kräva årligen, bland annat för inrapportering till registret, se fråga 7b i bilaga 1. På frågan svarade 47 procent *Vet inte*. Tio procent av respondenterna svarade alternativet *0 – 5 dagar*, vilket utgjorde det näst vanligaste svarsalternativet. Eftersom de privata vårdgivarna har svårt att uppskatta tidsåtgång att rapportera till registret bedömer Socialstyrelsen att arbetsinsatsen för rapportering till registret bör vara av samma omfattning för privata vårdgivare som för kommunerna. Tiden för att rapportera till Socialstyrelsens uppskattas därför till 10 minuter – 2 timmar i månaden för en systemförvaltare, verksamhetschef, verksamhetsutvecklare eller legitimerad vårdpersonal. Detta innebär kostnader om 69 – 1 360 kronor månatligen, vilket blir 828 – 16 320 kronor årligen per vårdgivare.

## Kostnader för vårdpersonalen som journalför

Eftersom uppgifterna om vårdåtgärder kommer hämtas från patienternas journaler varje månad är det vårdpersonalen som utfört vårdåtgärderna som kommer behöva använda KVÅ. Om det är infört i journalsystem väljer de

---

<sup>46</sup> Secure file transfer protocol är ett filöverföringsprotokoll.

lämplig vårdåtgärd (KVÅ-kod). För att underlätta sökandet av rätt KVÅ-kod kan de använda Socialstyrelsens urval för koder som kan användas inom den kommunala hälso- och sjukvården. Vissa vårdgivare har även möjlighet att i sina verksamhetssystem ta fram förval på koder som kan anses vara mest användbara utifrån patientens tillstånd och behov alternativt göra det möjligt för vårdpersonalen att söka på koder.

Flera privata vårdgivare som Socialstyrelsen har pratat med har uttryckt farhågor om att dokumentationen av vårdåtgärder och användningen av KVÅ ska ta tid i anspråk från andra patientnära arbetsuppgifter. Samtliga intervjuade kommuner uppgav att användningen av KVÅ inte hade medfört någon stor manuell arbetsbörda för vårdpersonalen som journalför och att de inte heller fått kännedom om att det tagit tid i anspråk ifrån andra patientnära arbetsuppgifter. Socialstyrelsen bedömer därför att registreringen av KVÅ-koder i journalföringen inte kommer att medföra några betydande kostnader för privata vårdgivare.

## Kostnader för vårdgivare som använder flera verksamhetssystem

Vissa större vårdgivare har enligt uppgift till Socialstyrelsen flera olika verksamhetssystem inom olika typer av vård. Om en vårdgivare både bedriver ett LSS-boende och hemtjänst är det alltså möjligt att de använder olika system i de olika verksamheterna. Detta kan komplicera inrapporteringen till registret eftersom det blir svårare att samla alla uppgifter i en textfil. För att detta ska göras behöver antingen en integration skapas så att verksamheten kan hämta uppgifter från båda systemen, alternativt att verksamheten behöver rapportera in två olika filer till Socialstyrelsen. Detta kan medföra administrativa engångskostnader i form av att en integration behöver skapas eller att verksamheten måste spendera mer tid på att rapportera varje månad. Socialstyrelsen har inte fått uppgifter om hur stor arbetsinsats som skulle krävas av privata vårdgivare för att bygga denna integration, men har i ett tidigare arbete uppskattat tiden för att skapa en sådan integration till 200 timmar. Enligt denna tidsuppskattning och med en timlön på mellan 415 – 680 kronor skulle skapandet av en integration kunna uppgå till kostnader om 83 000 – 136 000 kronor för en systemförvaltare, verksamhetsutvecklare, legitimerad vårdpersonal eller verksamhetschef.

## Kostnader för vårdgivare som hyr in legitimerad personal från kommunen

Det förekommer att privata vårdgivare som bedriver kommunal hälso- och sjukvård hyr in legitimerad personal som är anställd av kommuner eller

andra företag. Hos de vårdgivare som hyr in personal från kommunen journalför den kommunala vårdpersonalen i kommunens system, inte i den privata vårdgivarens system. Detta innebär att de vårdåtgärder som utförs av kommunal vårdpersonal inom den privata kommunala hälso- och sjukvården rapporteras in till registret av kommunerna. För de privata vårdgivare vars legitimerade personal endast består av personal från kommunen kommer således den kommunen rapportera uppgifter till registret. För dessa vårdgivare medför förslaget inga kostnader.

## Sammanfattning av kostnader för privata vårdgivare

I tabell 9 redovisas en sammanfattning av de kostnadsberäkningar som Socialstyrelsen tagit fram för privata vårdgivare. Särskilt kostnaderna för de vårdgivare som inte använder KVÅ har varit svåra för Socialstyrelsen att uppskatta, eftersom kostnaderna att utbilda personal i KVÅ kan skilja sig mycket åt beroende på vårdgivarens storlek och personalsammansättning.

Tabell 9. Sammanfattning av kostnadsberäkningar för privata vårdgivare

<b>Insats</b>	<b>Kostnader för vårdgivare som har KVÅ, kr</b>	<b>Kostnader för vårdgivare som <i>inte</i> har KVÅ, kr</b>
<b>Möjliggöra användningen av KVÅ</b>	0	0 – 750 000
<b>Utbilda personal i KVÅ</b>	0 – 271 955	1 660 – 4 351 280
<b>Ta fram rutiner och manualer</b>	3 320 – 27 200	3 320 – 27 200
<b>Möjliggöra rapportering till registret</b>	41 500 – 68 000	41 500 – 68 000
<b>Årligen rapportera till registret</b>	828 – 16 320	828 – 16 320
<b>Konfiguera olika verksamhetssystem</b>	0 – 136 000	0 – 136 000
<b>Totalkostnad per verksamhet</b>	<b>45 648 – 519 475</b>	<b>47 308 – 5 348 800</b>

Källa: SCB:s lönestatistik 2022. Beräkningarna baseras på Socialstyrelsens intervjuer och enkät om eventuella konsekvenser vid en uppgiftsskyldighet för privata vårdgivare inom kommunal hälso- och sjukvård, 2023.

Som högst uppskattar Socialstyrelsen att uppgiftsskyldigheten skulle kunna medföra kostnader om 5 348 800 kronor för vårdgivare med över 500 anställda inom legitimationsyrken. Som beskrivits ovan använder redan de flesta större vårdgivarna KVÅ. I Socialstyrelsen enkät var det endast en respondent som uppgav att den hade fler än 250 anställda inom legitimationsyrken, se fråga 9b i bilaga 1. Socialstyrelsen bedömer därför det som osannolikt att de privata vårdgivarna skulle nå kostnaden om 5 348 800 kronor. På grund av dessa osäkerheter presenterar Socialstyrelsen en exempelberäkning i följande avsnitt som bedöms ge en mer aktuell bild av kostnadernas omfattning för majoriteten av de privata vårdgivarna.

## Exempelberäkning av totalkostnaderna för mikroföretag

Som tidigare nämnts kommer Socialstyrelsen inte kunna ta fram några totalkostnader, eftersom det finns för stora osäkerheter kring de olika vårdgivarnas förutsättningar. I tabell 10 presenteras en exempelberäkning av totalkostnaderna för mikroföretag baserat på kostnaderna som har presenterats i detta avsnitt. Dessa privata vårdgivare är de som har färre än tio anställda. Som beskrivits tidigare i rapporten uppskattas de utgöra cirka 90 procent av de privata vårdgivare som bedriver kommunal hälso- och sjukvård.

Tabell 10. Exempelberäkning för kostnader för en privat vårdgivare med färre än tio anställda, ett mikroföretag

Insats	Kostnader för vårdgivare som har KVÅ, kr	Kostnader för vårdgivare som <i>inte</i> har KVÅ, kr
Möjliggöra användningen av KVÅ	0	0 – 750 000
Utbilda personal i KVÅ	0 – 4 905	1 660 – 78 480
Ta fram rutiner och manualer	3 320 – 27 200	3 320 – 27 200
Möjliggöra rapportering till registret	41 500 – 68 000	41 500 – 68 000
Årligen rapportera till registret	828 – 16 320	828 – 16 320
<b>Totalkostnader</b>	<b>45 648 – 116 425</b>	<b>47 308 – 940 000</b>



Källa: SCB:s lönestatistik 2022. Intervallet baserar sig på antal timmar från Socialstyrelsens intervjuer och enkät om eventuella konsekvenser vid en uppgiftsskyldighet för privata vårdgivare inom kommunal hälso- och sjukvård, 2023.

Två exempelberäkningar som visas i tabellen avser de uppskattade kostnaderna dels för vårdgivare som redan använder KVÅ i journalföringen idag och dels för vårdgivare som inte gör det. Av de uppskattade totalkostnaderna som redovisas i tabellen blir det tydligt att kostnaderna för de vårdgivare som inte använder KVÅ riskerar att bli mycket större än för de som redan använder kodverket i journalföringen. Det är främst kostnaderna som tillkommer för att verksamheterna ska kunna möjliggöra användningen av KVÅ som orsakar denna skillnad eftersom dessa vårdgivare kommer behöva ändra i eller byta ut sitt verksamhetssystem.

Endast nio procent av de mikroföretagare som svarade på enkäten använder KVÅ idag, vilket innebär att de flesta mikroföretagares kostnader beräknas uppgå till mellan 47 308 – 940 000 kronor. Det är dock viktigt att påpeka att kostnaderna för att möjliggöra inrapportering till registret, som innebär att vårdgivaren behöver byta eller uppdatera sitt verksamhetssystem, är en grov uppskattning. Socialstyrelsen har inte tillräckligt med uppgifter för att bedöma hur stora kostnader för exempelvis ett nytt verksamhetssystem kan vara för en liten vårdgivare, men bedömer det som osannolikt att någon liten vårdgivare kommer nå maxkostnaden på 940 000 kronor.

## Konsekvenser för kommuner

Socialstyrelsen frågade de kommuner som myndigheten varit i kontakt med om de kunde se att en eventuell förordningsändring skulle kunna leda till några kostnader för kommunen. Ingen av kommunerna Socialstyrelsen intervjuade kunde se några direkta kostnader på grund av en uppgiftsskyldighet till registret.

De kommuner som Socialstyrelsen intervjuade lyfte främst fram positiva effekter som en uppgiftsskyldighet skulle kunna ha för kommunen. Genom en uppgiftsskyldighet även för den privata vårdgivaren skulle kommuner på ett mer strukturerat sätt kunna följa den vård som utförs inom kommunen. De skulle även kunna använda uppgifterna om utförda vårdåtgärder för att jämföra mellan privata respektive kommunala vårdgivare. De ansåg även att det var positivt att det, genom användningen av KVÅ, skulle finnas ett mer enhetligt sätt att dokumentera vårdåtgärder på.

## Effekter för aktörers arbetsförutsättningar och konkurrensförmåga

Hur privata vårdgivare kommer att påverkas av en uppgiftsskyldighet varierar beroende på vilka system och rutiner som finns på plats i nuläget. Av de privata vårdgivare som svarade på Socialstyrelsens enkät var det 20 procent som använde KVÅ, resterande 80 procent skulle behöva uppdatera eller byta verksamhetssystem som konsekvens av en uppgiftsskyldighet, se fråga 4a, i bilaga 1. Hur omfattande detta arbete blir beror på vilket verksamhetssystem som används, de tekniska kunskaperna inom verksamheten samt privata vårdgivarens storlek. Om privata vårdgivaren enkelt kan uppdatera sitt system som möjliggör användning av KVÅ kommer uppgiftsskyldigheten inte ha någon större påverkan på vårdgivarens arbetsförutsättningar eller konkurrensförmåga på längre sikt. Om vårdgivaren måste upphandla ett nytt verksamhetssystem är det dock ett omfattande och kostsamt arbete. Av de uppgifter som Socialstyrelsen har fått genom intervjuerna har det framkommit att ett verksamhetssystembyte ofta kan bli så pass omfattande att all annan verksamhetsutveckling kan pausas i flera månader. För privata vårdgivare som journalför på papper kan en sådan förändring ha en stor påverkan på resten av verksamheten. När denna uppstartsfas är genomförd anser Socialstyrelsen att en uppgiftsskyldighet inte kommer ha en omfattande påverkan på privata vårdgivares verksamhet.

För vissa mindre privata vårdgivare kan det bli sjuksköterskor eller annan legitimerad personal som kommer behöva sköta inrapporteringen till registret, vilket kan göra att de måste prioritera bort andra arbetsuppgifter under en uppstartsfas.

En uppgiftsskyldighet kan även innebära att det blir en högre inträdesbarriär för att bedriva kommunal hälso- och sjukvård. De som vill bedriva en sådan verksamhet måste då se till att användning av KVÅ är möjligt i deras verksamhetssystem.

Ibland är det inte vårdgivaren utan systemleverantören som bekostar de insatser som krävs för att verksamhetssystemet ska uppfylla de krav som ställs i en föreskrift. Detta innebär att en uppgiftsskyldighet även skulle kunna medföra konsekvenser för systemleverantörer. Om systemleverantören inte kan möjliggöra KVÅ-kodning i tid till ikraftträdandedatum finns det risk att dess kunder väljer ett annat verksamhetssystem som ägs av en annan systemleverantör.

## Diskussion och slutsats

Socialstyrelsen har i denna rapport presenterat den fördjupade konsekvensanalys som myndigheten har genomfört på uppdrag av regeringen. Det fanns flera olika faktorer som försvårade framtagandet av denna fördjupade konsekvensanalys, som exempelvis bristande information om vilka privata vårdgivare det är som berörs. Socialstyrelsen valde därför att använda sig både av en enkätundersökning och en semistrukturerad intervjuetod för att samla in uppgifter från olika aktörer om de konsekvenser som skulle kunna uppstå på grund av en uppgiftsskyldighet för privata vårdgivare till Socialstyrelsens register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården.

De privata vårdgivare som Socialstyrelsen intervjuade hade varierande åsikter om uppgiftsskyldighet till registret. Flera, främst de mindre vårdgivarna, uttryckte en oro för att uppgiftsskyldigheten skulle innebära höga implementeringskostnader samt en tung administrativ börda för verksamheten som skulle ta tid i anspråk från patientnära arbetsuppgifter. Eftersom dessa vårdgivare inte har någon uppgiftsskyldighet i dagsläget var det ofta svårt för dem att på förhand kunna uppskatta konsekvenserna av en uppgiftsskyldighet till registret.

För att få fördjupad förståelse kring hur en uppgiftsskyldighet skulle kunna påverka privata vårdgivare tog Socialstyrelsen kontakt med flera kommuner, eftersom de redan är uppgiftsskyldiga till registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård. Kommunerna som intervjuades var enstämmiga i att uppgiftsskyldigheten främst hade medfört arbetsbörda initialt vid uppstartsfasen. Själva inrapporteringen till registret hade inte skapat någon återkommande tung arbetsinsats varken för uppgiftslämnare eller vårdpersonal inom kommunen. Genom att jämföra dessa intervjuer med de svar som gavs i den enkät<sup>47</sup> som skickades ut till kommunerna 2017 inför ikraftträdandet av föreskrifterna 2019 är det tydligt att effekterna av uppgiftsskyldigheten blev mindre än vad kommunerna då befarade.

Utifrån den information som samlades in genom intervjuer med både privata vårdgivare och kommuner samt enkäten som skickades ut bedömer Socialstyrelsen att en uppgiftsskyldighet främst kommer medföra initiala kostnader för samtliga privata vårdgivare som bedriver kommunal hälso- och sjukvård och har legitimerad personal. Dessa kostnader kommer vara av varierande omfattning beroende på den privata vårdgivarens förutsättningar. För vissa privata vårdgivare kan kostnaderna bli förhållandevis stora mot

---

<sup>47</sup> Konsekvensutredning - Förslag till föreskrifter om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Dnr 15509/2017 hos Socialstyrelsen.

bakgrund av att flera av dem kommer behöva göra ändringar eller byta ut sina verksamhetssystem. För mikroföretagare, som utgör cirka 90 procent av de verksamheter som berörs, kan dessa kostnader bli proportionerligt större i relation till deras verksamhet eftersom dessa ofta har sämre förutsättningar att implementera en uppgiftsskyldighet till registret. Ingen respondent har uppgivit att uppgiftsskyldigheten skulle riskera ett försämrat ekonomiskt läge eller att de skulle behöva anställa fler personal. Några uppgav att de tror att de kommer behöva ta in konsulter för att kunna fullgöra sin uppgiftsskyldighet.

Utöver konsekvenser för privata vårdgivare kan kostnadsmissiga konsekvenser uppstå för vissa systemleverantörer.

Efter en uppstartsfas bedömer Socialstyrelsen att inrapporteringen till registret kommer medföra kostnader i mindre omfattning. Socialstyrelsen bedömer inte heller att uppgiftsskyldigheten kommer påverka vårdgivarnas konkurrensförmåga eller arbetsförhållanden avsevärt efter det att de tekniska lösningarna för att möjliggöra efterlevnaden av uppgiftsskyldigheten är etablerad.

Eftersom de större privata vårdgivarna, på grund av sin storlek, utför en större andel av de vårdåtgärder som utförs i privat regi samt i större utsträckning har förutsättningar att kunna börja rapportera in uppgifter till Socialstyrelsen direkt vid ikraftträdande av en föreskriftsändring, anses registrets kvalitet kunna höjas relativt snabbt efter det att eventuella nya föreskrifter med anledning av förordningsändringen tagits fram.

En uppgiftsskyldighet kan medföra positiva samhällsekonomiska effekter, eftersom ökad kvalitet på registret möjliggör en förbättrad uppföljning av den kommunala hälso- och sjukvården, vilket i sin tur kan främja god och jämlik vård. Journalföring i enlighet med KVÅ kan även vara positivt för privata vårdgivare. Eftersom det möjliggör en mer strukturerad journalföring och verksamhetsuppföljning. Detta bidrar till enhetliga och entydiga begrepp, termer och klassifikationer i enlighet med Socialstyrelsens andra uppdrag om Vision e-hälsa 2025.

Som en följd av att vårdpersonalen använder KVÅ i strukturerad dokumentation kommer de inte heller behöva skriva lika mycket fritext i sin journalföring, vilket kan minska den administrativa bördan för personalen. Eftersom en uppgiftsskyldighet skulle innebära att alla vårdgivare som bedriver kommunal hälso- och sjukvård skulle behöva åtgärdskoda enligt KVÅ för att kunna rapportera in uppgifter skulle det leda till att en gemensam strukturerad standard för dokumentation av vårdåtgärder etableras, vilket skulle kunna underlätta i arbetet för den vårdpersonal som rör sig mycket

mellan olika verksamheter. Socialstyrelsen vill påpeka att förbättrade patientjournalssystem med användning av enhetliga begrepp, termer och klassifikationer kan minska risken för brister i dokumentationen och missförstånd mellan personal, vilket i sin tur kan leda till minskade kostnader för vårdgivaren och förbättra patientsäkerheten. Det kan även underlätta informationsöverföring mellan verksamheter och stödja sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Vårdgivarnas egen användning av vårddata för ledning, styrning och kvalitetsarbete kan därmed underlättas och förbättras. Uppgifterna kan då användas lokalt för uppföljning av den egna verksamheten och inom ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Registret används inom forskning och kan samköras med Socialstyrelsens register och andra nationella register. Myndigheten använder bland annat registret för kunskapsutveckling, indikatorer, officiell statistik och Socialstyrelsens årliga lägesrapporter. Dessutom kan uppgifterna användas lokalt för uppföljning av den egna verksamheten och inom ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Socialstyrelsen uppskattar att ungefär 20 procent av patienterna i kommunal hälso- och sjukvård får vård av privata vårdgivare. I vilken regi vården bedrivs varierar stort mellan kommunerna. Vissa kommuner har inga avtal om att någon kommunal hälso- och sjukvård ska bedrivas i privat regi, medan andra kommuner har avtalat om att all kommunal hälso- och sjukvård ska bedrivas i privat regi eller att den ska bedrivas i både kommunal och privat regi. Det är viktigt att registret kompletteras med uppgifter från privata vårdgivare så att det blir möjligt att beskriva och följa upp den kommunala hälso- och sjukvården på ett likvärdigt sätt.

All vård och omsorg ska vara kunskapsbaserad, individanpassad, säker, tillgänglig och jämlik. För en kunskapsbaserad vård och omsorg behövs bästa tillgängliga kunskap. Uppgifter om utförda vårdåtgärder som också inkluderar den vård som utförs av privata vårdgivare ger bättre underlag för kunskapsstyrning på lokal, regional och nationell nivå. Kunskap om den vård som utförs inom kommunal hälso- och sjukvård kan användas som underlag och stöd för beslutsfattare på alla olika nivåer – från politiker till yrkesutövare inom vård och omsorg. En kunskapsbaserad styrning bidrar till en god vård och omsorg för alla medborgare.

Sammanfattningsvis visar den fördjupade konsekvensanalysen på flera positiva effekter av en uppgiftsskyldighet för privata vårdgivare som bedriver kommunal hälso- och sjukvård. Myndigheten bedömer även de möjliga konsekvenserna som proportionerliga till nyttan av en uppgiftsskyldighet.

## Referenser

*Användarhandledning om definitionen av SMF-företag* (2015) Luxemburg: Europeiska unionen [[länk](#)]

*Beskriva äldres behov och följa resultat inom kommunal hälso- och sjukvård: urval ur ICF och KVÅ* (2013) Stockholm: Socialstyrelsen [[länk](#)]

*Bättre förutsättningar för uppföljning av hälso- och sjukvården* (Dir. 2023:48) Stockholm: Socialdepartementet [[länk](#)]

*Ekonomiska beräkningar av nya regler* (2017) Stockholm: Tillväxtverket [[länk](#)]

*Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård* (2023) Stockholm: Socialstyrelsen [[länk](#)]

*Framställan om ändring av förordningen (2006:94) om register hos Socialstyrelsen över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården* (2021: Dnr 3.5–29224/2021). Stockholm: Socialstyrelsen

*Hitta boende, service och omsorg för seniorer* Stockholm: Seniorval [[länk](#)]

*Hitta & jämför äldreomsorg* Stockholm: Äldreguiden, en tjänst av Socialstyrelsen [[länk](#)]

*Lönestatistik – Hur mycket tjänar...?* (2022) Stockholm: SCB [[länk](#)]

*Privat vårdfakta 2018: Fakta och statistik om den privat drivna vård- och omsorgsbranschen* (2018) Stockholm: Vårdföretagarna [[länk](#)]

*Privat vårdfakta 2022: Fakta och statistik om den privat drivna vård- och omsorgsbranschen* (2022) Stockholm: Vårdföretagarna [[länk](#)]

*Uppdrag (S2023/02118) att ta fram en nationell katalog över vårdgivare och utförare av socialtjänst* Stockholm: Socialdepartementet [[länk](#)]

*Utvecklad nationell uppföljning av hälso- och sjukvården* (2019) Socialstyrelsen [[länk](#)]

## Bilaga 1. Enkät till privata vårdgivare och enkätsvar

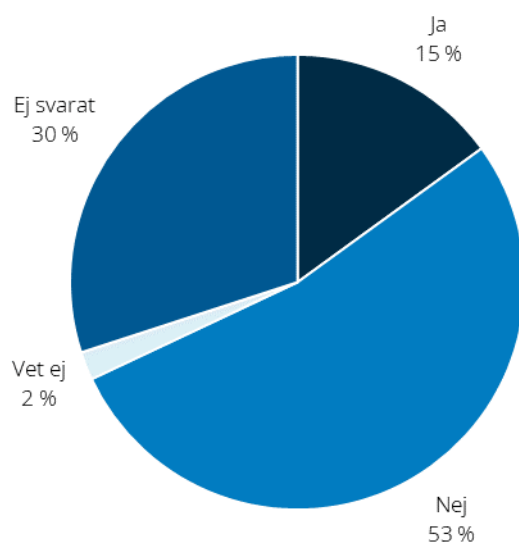
Enkäten mejlades till 979 vårdgivare och 196 studsade tillbaks från mejladresser som inte längre existerade. Detta innebär att 693 möjliga mottagare fanns. De fick möjligheten att svara på 25 delfrågor totalt. Respondenten kunde också ge kommentar till varje fråga.

**Fråga 1. Bedriver ni kommunalt finansierad hälso- och sjukvård där kommunen är huvudman enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL)? Enligt 15.kap 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).**

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nej
<input type="checkbox"/>	Vet inte

**Enkätsvaren till fråga 1:** Den första enkätfrågan placerades i själva mailutskicket till de privata vårdgivarna. Om de svarade *Ja* på frågan togs de till resten av enkäten. Svarade de *Nej* eller *Vet inte* avslutades enkäten. Det var 55 % som svarade *Nej* eller *Vet inte* och ungefär 30 % av mottagarna svarade inte alls (se diagram nedan). Det var 15 % av vårdgivarna som svarade *Ja* på frågan. Svarsfrekvensen var 70%.

Enkätsvar på fråga nr 1. Andel vårdgivare som bedriver kommunal hälso- och sjukvård.



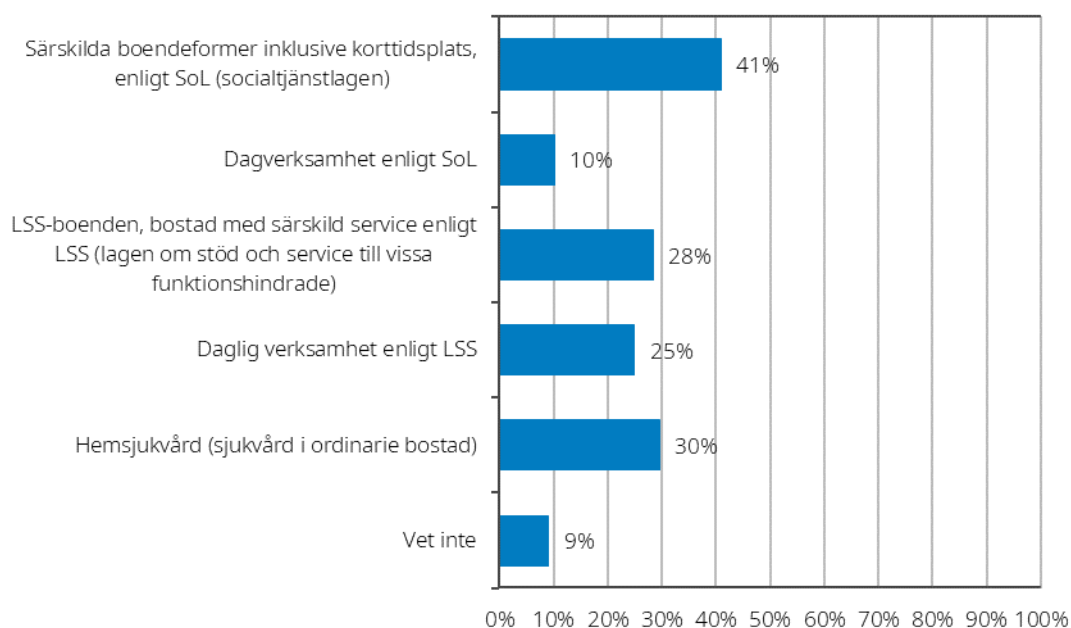


**Fråga 2a. Inom vilka verksamhetsformer listade nedan, bedriver ni hälso- och sjukvård där kommunen är huvudman och ansvarar för insatser enligt HSL? Avser 12 kap. 1 och 2 §§ och 14 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen.**

<input type="checkbox"/>	Särskilda boendeformer inklusive korttidsplats, enligt SoL
<input type="checkbox"/>	Dagverksamhet enligt SoL
<input type="checkbox"/>	LSS-boenden, bostad med särskild service enligt LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade)
<input type="checkbox"/>	Daglig verksamhet enligt LSS
<input type="checkbox"/>	Hemsjukvård (sjukvård i ordinarie bostad)
<input type="checkbox"/>	Vet inte

**Enkätsvaren till fråga 2a:** Hälften bedriver hälso- och sjukvård enligt SoL (socialtjänstlagen), 53 % bedriver enligt LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade), 30 % bedriver hemsjukvård (sjukvård i ordinarie bostad) och 9 % svarade att de inte vet.

2a. Inom vilka verksamhetsformer listade nedan, bedriver ni hälso- och sjukvård där kommunen är huvudman och ansvarar för insatser enligt HSL?



**Fråga 2b. På hur många verksamheter bedriver ni hälso- och sjukvård där kommunen är huvudman och ansvarar för insatser enligt HSL?**

*Avser 12 kap. 1 och 2 §§ och 14 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen.*

<input type="checkbox"/>	Särskilda boendeformer inklusive korttidsplats, enligt SoL
<input type="checkbox"/>	Dagverksamhet enligt SoL
<input type="checkbox"/>	LSS-boenden, bostad med särskild service enligt LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade)
<input type="checkbox"/>	Daglig verksamhet enligt LSS
<input type="checkbox"/>	Hemsjukvård (sjukvård i ordinarie bostad)

**Enkätsvaren till fråga 2b:** Det var 122 verksamheter totalt som de bedriver hälso- och sjukvård där kommunen är huvudman och ansvarar för insatser enligt HSL? En av respondenterna svarade att de inte visste.

**Fråga 2c. Hur många av era verksamheter använder huvudsakligen ett elektroniskt system, dvs. inte pappersbaserat, för dokumentation av patientjournal avseende vårdåtgärder som vidtagits av legitimerad personal (ej läkare)?**

<input type="checkbox"/>	Särskilda boendeformer inklusive korttidsplats, enligt SoL
<input type="checkbox"/>	Dagverksamhet enligt SoL
<input type="checkbox"/>	LSS-boenden, bostad med särskild service enligt LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade)
<input type="checkbox"/>	Daglig verksamhet enligt LSS
<input type="checkbox"/>	Hemsjukvård (sjukvård i ordinarie bostad)

**Enkätsvaren till fråga 2c:** Majoriteten svarade att de inte vet eller har huvudsakligen elektroniskt verksamhetssystem vilket innebär att 2,5 % har huvudsakligen pappersbaserat system för dokumentation av patientjournal avseende vårdåtgärder som vidtagits av legitimerad personal.

**Fråga 3. Har ni tillgång till strukturerad elektronisk information om de vårdåtgärder som vidtagits av legitimerad personal (ej läkare) enligt HSL?**

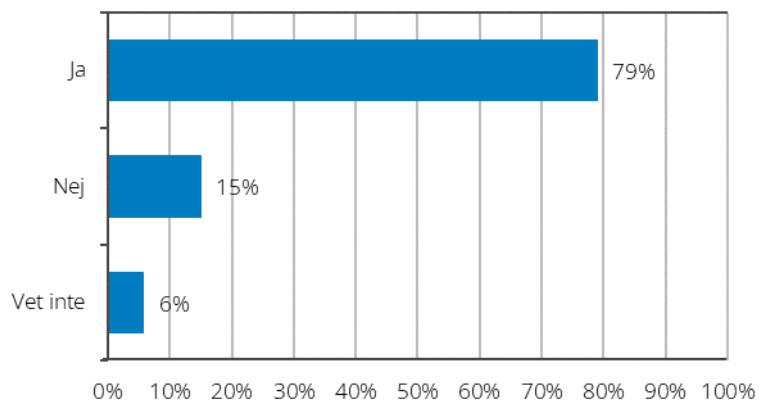
*Avser 12 kap. 1 och 2 §§ och 14 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen.*

Ja	Nej	Vet inte	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	För uppgifter om vilka vårdåtgärder som vidtagits
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	För datum då en vårdåtgärd vidtagits
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	För den legitimerade yrkesgrupp som utfört vårdåtgärden

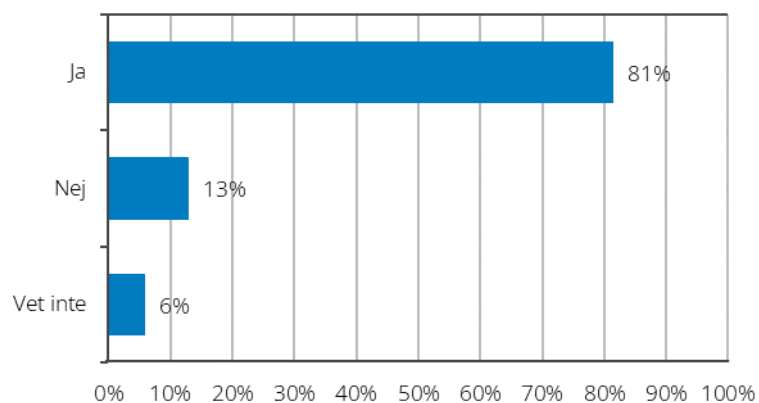
**Enkätsvaren till fråga 3:** Svarsenkäten visar att runt 80 % har en strukturerad elektronisk information på samtliga delfrågor. Medan 15 % har inte strukturerad elektronisk information. En uppgiftsskyldighet skulle medföra att även dessa som inte har en strukturerad information behöver införskaffa detta. De som inte har strukturerad dokumentation kommer att

påverkas med sin verksamhetssystem ändring. Nedan är tre bilder på de tre delfrågorna. Bilderna är sammanfattade i början av detta stycke.

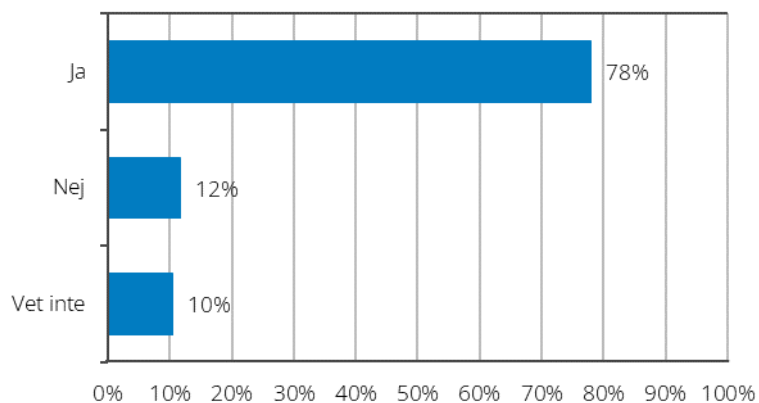
För uppgifter om vilka vårdåtgärder som vidtagits



För datum då en vårdåtgärd vidtagits



För den legitimerade yrkesgrupp som utfört vårdåtgärden



**4. På vilket sätt dokumenteras oftast följande uppgifter i patientjournalen i dag om patienter som mottagit hälso- och sjukvård av legitimerad personal (ej läkare) enligt HSL? Avser 12 kap. 1 och 2 §§ och 14 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen.**

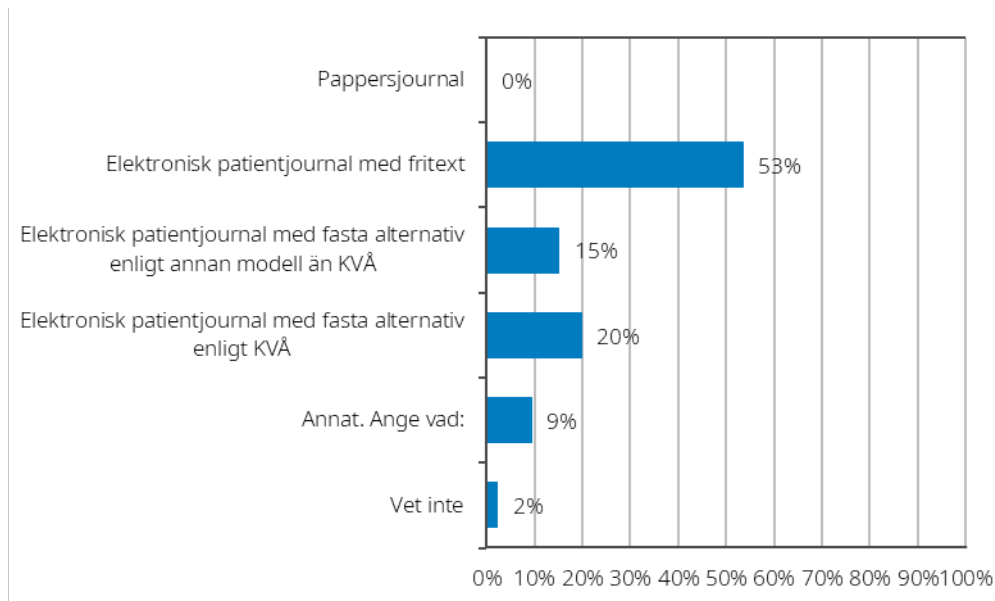
*Om sättet att dokumentera åtgärder skiljer sig mellan olika verksamheter, t.ex. mellan särskilda boenden och hemsjukvård i ordinärt boende, ange det alternativ som används för totalt flest antal vårdåtgärder utförda av legitimerad personal (ej läkare) under en månad.*

**Fråga 4a. Uppgiften om det vidtagits vårdåtgärd dokumenteras oftast i:**

<input type="checkbox"/>	Pappersjournal
<input type="checkbox"/>	Elektronisk patientjournal med fritext
<input type="checkbox"/>	Elektronisk patientjournal med fasta alternativ enligt annan modell än KVÅ
<input type="checkbox"/>	Elektronisk patientjournal med fasta alternativ enligt KVÅ
<input type="checkbox"/>	Annat. Ange vad:
<input type="checkbox"/>	Vet inte

**Enkätsvaren till fråga 4a:** Enkätsvaren visar att ingen av respondenterna har pappersjournaler. 20 % av respondenterna har elektronisk patientjournal med fasta alternativ enligt KVÅ. Det innebär att uppgiftsskyldigheten skulle ha en liten påverkan på de som redan använder KVÅ. Dessa vårdgivare behöver inte introducera KVÅ från början och därför har lite mindre kostnader för KVÅ utbildning. Majoriteten har elektronisk patientjournal med fritext.

**4a. Uppgiften om det vidtagits vårdåtgärd dokumenteras oftast i:**

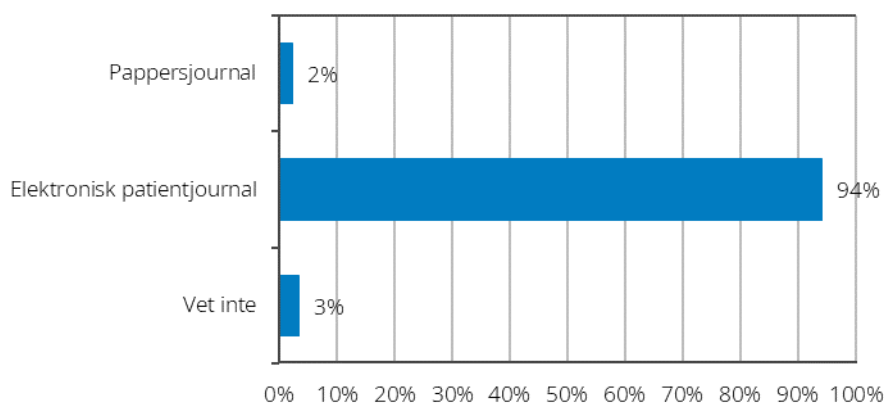


**Fråga 4b. Legitimerad yrkesgrupp som vidtagit vårdåtgärden dokumenteras oftast i:**

<input type="checkbox"/>	Pappersjournal
<input type="checkbox"/>	Elektronisk patientjournal
<input type="checkbox"/>	Vet inte

**Enkätsvaren till fråga 4b:** Legitimerad yrkesgrupp som vidtagit vårdåtgärd dokumenteras i pappersjournalföring av cirka 2 % av respondenterna. Majoriteten använder elektronisk patientjournal och 3 % svarade att det inte vet.

4b. Legitimerad yrkesgrupp som vidtagit vårdåtgärden dokumenteras oftast i:

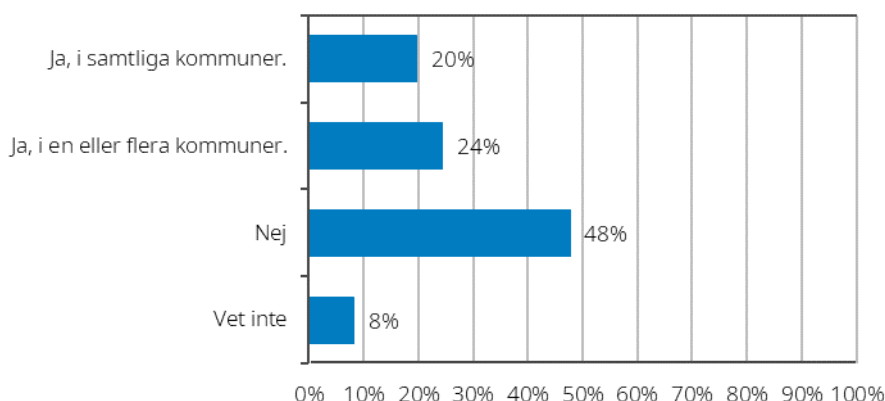


**Fråga 5. Tillhandahålls möjligheten att, i en eller flera kommuner ni har avtal med, använda sammaverksamhetssystem som kommunen har?**

<input type="checkbox"/>	Ja, i samtliga kommuner.
<input type="checkbox"/>	Ja, i en eller flera kommuner.
<input type="checkbox"/>	Nej
<input type="checkbox"/>	Vet inte

**Enkätsvaren till fråga 5:** 56 % har svarat att det inte vet eller att de inte har möjligheten använda samma verksamhetssystem som kommunen har. 44 % svarade att de har den möjligheten. Det är troligt att vid uppgiftsskyldighet att kommuner skulle informera tydligare om möjligheten att använda kommunens verksamhetssystem finns eller inte.

5. Tillhandahålls möjligheten att, i en eller flera kommuner ni har avtal med, använda samma verksamhetssystem som kommunen har?



Här nedan kommer frågor om vilka kostnader och arbetsbelastning som vårdgivarna tror att de kommer bli för dem vid införandet av en uppgiftsskyldighet.

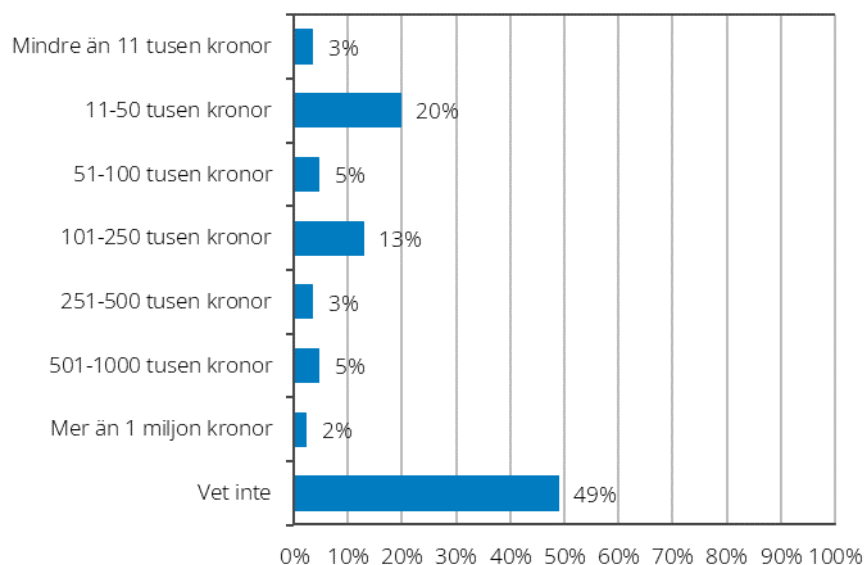
**6. Vid införandet av uppgiftsskyldighet, på samma sätt som kommunerna har idag, vilka direkta kostnader och arbetsinsatser uppskattar ni skulle kunna uppstå vid en eventuell förändring av verksamhetssystem? Kostnaden anges exklusive eventuella skatter. Inkludera IT kostnader som är kopplade till tekniska lösningar, IT-stöd, investeringar/förändringar i nya verksamhetssystem, drift och underhåll av verksamhetssystem, konsulttjänster och liknande.**

**Fråga 6a. Vilken engångskostnad uppskattar ni att en uppgiftsskyldighet skulle medföra för er verksamhet vid en eventuell förändring av verksamhetssystem? Exkludera anställdas arbetskostnad. Avser endast uppskattade kostnader för verksamhetssystem, IT-stöd och liknande.**

<input type="checkbox"/>	<11 tusen kronor
<input type="checkbox"/>	11–50 tusen kronor
<input type="checkbox"/>	51–100 tusen kronor
<input type="checkbox"/>	101–250 tusen kronor
<input type="checkbox"/>	251–500 tusen kronor
<input type="checkbox"/>	501–1000 tusen kronor
<input type="checkbox"/>	> 1 miljon kronor
<input type="checkbox"/>	Vet inte

**Enkätsvaren till fråga 6a:** 49 % svarar att de inte vet, 7 % att det kan kosta över en halvmiljon och 3 % svarar det lägsta alternativet som är mindre än 11 tusen kronor.

6a. Vilken engångskostnad uppskattar ni att en uppgiftsskyldighet skulle medföra för er verksamhet vid en eventuell förändring av verksamhetssystem? Exkludera anställdas arbetskostnad.

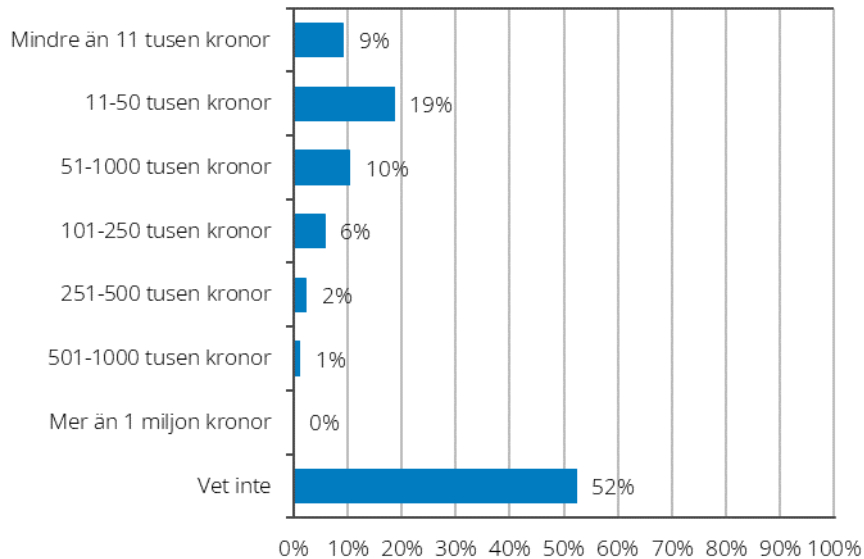


**Fråga 6b. Vilka årliga återkommande kostnader för drift och underhåll av verksamhetssystem uppskattar ni att en uppgiftsskyldighet skulle medföra? Exkludera anställdas arbetskostnad. Avser endast uppskattade kostnader för verksamhetssystem, IT-stöd och liknande.**

<input type="checkbox"/>	< 11 tusen kronor
<input type="checkbox"/>	11–50 tusen kronor
<input type="checkbox"/>	51–100 tusen kronor
<input type="checkbox"/>	101–250 tusen kronor
<input type="checkbox"/>	251–500 tusen kronor
<input type="checkbox"/>	501–1000 tusen kronor
<input type="checkbox"/>	> 1 miljon kronor
<input type="checkbox"/>	Vet inte

**Enkätsvaren till fråga 6b:** 52 % svarar att de inte vet, 1 % att det kan kosta över en halvmiljon och 9 % svarar det lägsta alternativet som är mindre än 11 000 kronor.

6b. Vilka årliga återkommande kostnader för drift och underhåll av verksamhetssystem uppskattar ni att en uppgiftsskyldighet skulle medföra? Exkludera anställdas arbetskostnad.



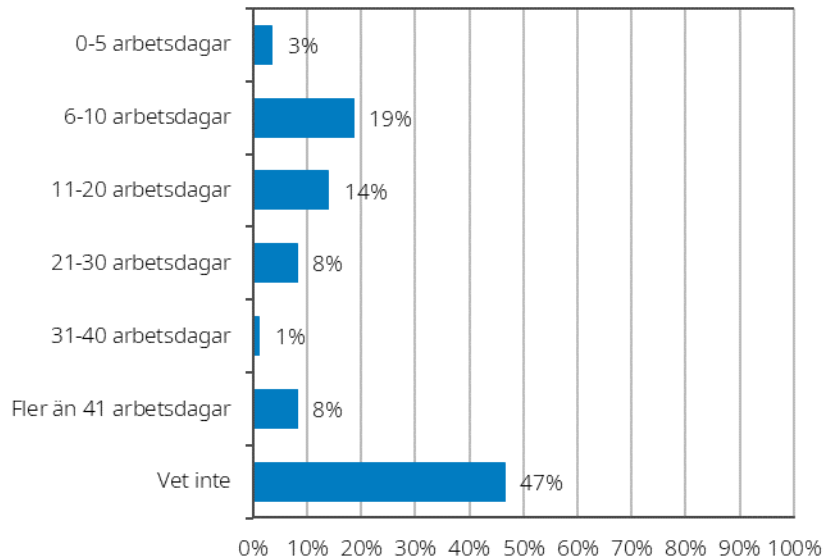
**Fråga 6c. Vilken tidsåtgång av anställdas effektiva arbetstid uppskattar ni att en förändring av verksamhetssystem skulle kräva vid en uppgiftsskyldighet i en uppstartsfas? Avser endast uppskattade arbetsinsatser för verksamhetssystem, IT-stöd och liknande.**

<input type="checkbox"/>	0–5 arbetsdagar
<input type="checkbox"/>	6–10 arbetsdagar
<input type="checkbox"/>	11–20 arbetsdagar
<input type="checkbox"/>	21–30 arbetsdagar
<input type="checkbox"/>	31–40 arbetsdagar
<input type="checkbox"/>	Fler än 41 arbetsdagar
<input type="checkbox"/>	Vet inte

**Enkätsvaren till fråga 6c:** 47 % svarar att de inte vet, 9 % att det kan ta mer än 31 arbetsdagar, 3 % svarar det lägsta alternativet som är mindre än 5 arbetsdagar.



6c. Vilken tidsåtgång av anställdas effektiva arbetstid uppskattar ni att en förändring av verksamhetssystem skulle kräva vid en uppgiftsskyldighet i en uppstartsfas?

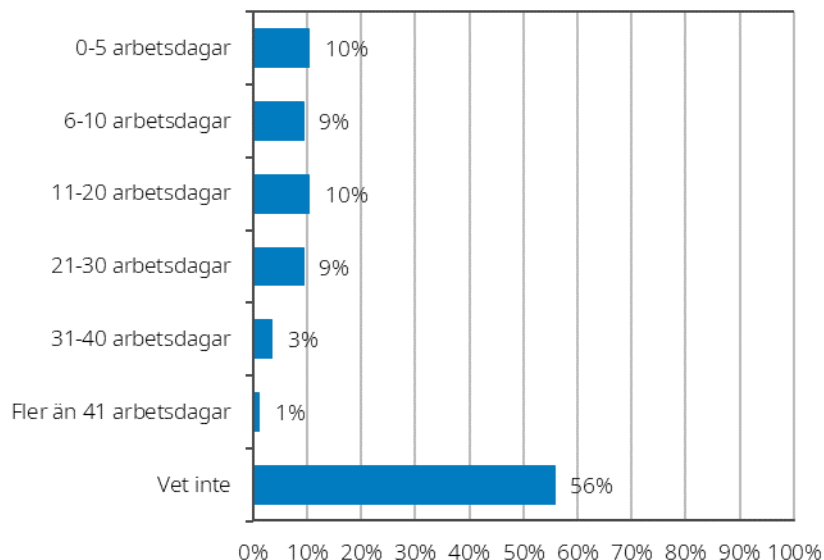


**Fråga 6d. Vilken årlig tidsåtgång av anställdas effektiva arbetstid uppskattar ni skulle kunna krävas vid återkommande insatser för drift och underhåll av verksamhetssystem vid en uppgiftsskyldighet? Avser endast uppskattade arbetsinsatser för verksamhetssystem, IT-stöd och liknande.**

<input type="checkbox"/>	0–5 arbetsdagar
<input type="checkbox"/>	6–10 arbetsdagar
<input type="checkbox"/>	11–20 arbetsdagar
<input type="checkbox"/>	21–30 arbetsdagar
<input type="checkbox"/>	31–40 arbetsdagar
<input type="checkbox"/>	Fler än 41 arbetsdagar
<input type="checkbox"/>	Vet inte

**Enkätsvaren till fråga 6d:** 56 % svarar att de inte vet, 4 % att det kan ta mer än 31 arbetsdagar, 10 % svarar det lägsta alternativet som är mindre än 5 arbetsdagar.

6d. Vilken årlig tidsåtgång av anställdas effektiva arbetstid uppskattar ni skulle kunna krävas vid återkommande insatser för drift och underhåll av verksamhetssystem vid en uppgiftsskyldighet?



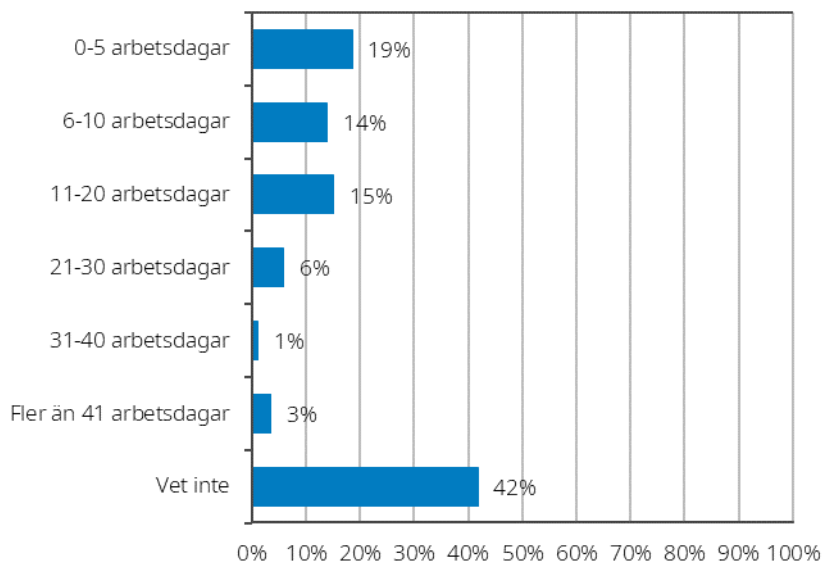
**7. Vid införandet av uppgiftsskyldighet, på samma sätt som kommunerna har idag, vilken tidsåtgång uppskattar ni att det skulle innebära för er vad gäller administrativa åtgärder och utbildning av personal eller liknande? Avser uppskattat direkta administrativt arbete som framtagande av rutiner, inrapportering av data, information till anställda, utbildning av personal, möten eller liknande. Exkludera tidsåtgång för externa konsulter.**

**Fråga 7a. Vilken tidsåtgång uppskattar ni att administrativa engångsinsatser vid en uppgiftsskyldighet skulle innebära för er verksamhet? Med engångsinsatser menar vi exempelvis initiala kostnader för framtagning av utbildning och rutiner.**

<input type="checkbox"/>	0–5 arbetsdagar
<input type="checkbox"/>	6–10 arbetsdagar
<input type="checkbox"/>	11–20 arbetsdagar
<input type="checkbox"/>	21–30 arbetsdagar
<input type="checkbox"/>	31–40 arbetsdagar
<input type="checkbox"/>	Fler än 41 arbetsdagar
<input type="checkbox"/>	Vet inte

**Enkätsvaren till fråga 7a:** 42 % svarar att de inte vet, 4 % att det kan ta mer än 31 arbetsdagar, 19 % svarar det lägsta alternativet som är mindre än 5 arbetsdagar.

7a. Vilken tidsåtgång uppskattar ni att administrativa engångsinsatser vid en uppgiftsskyldighet skulle innebära för er verksamhet?

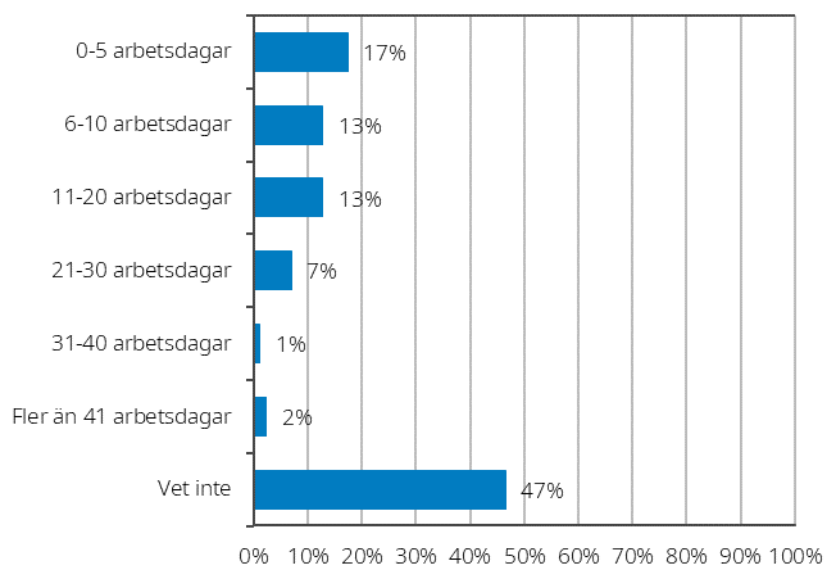


**Fråga 7b. Vilken årlig tidsåtgång uppskattar ni att återkommande administrativa insatser vid en uppgiftsskyldighet skulle innebära för er verksamhet? Med engångsinsatser menar vi exempelvis initial framtagningsav utbildning och rutiner.**

<input type="checkbox"/>	0–5 arbetsdagar
<input type="checkbox"/>	6–10 arbetsdagar
<input type="checkbox"/>	11–20 arbetsdagar
<input type="checkbox"/>	21–30 arbetsdagar
<input type="checkbox"/>	31–40 arbetsdagar
<input type="checkbox"/>	Fler än 41 arbetsdagar
<input type="checkbox"/>	Vet inte

**Enkätsvaren till fråga 7b:** 47 % svarar att de inte vet, 2 % att det kan ta mer än 31 arbetsdagar, 17 % svarar det lägsta alternativet som är mindre än 5 arbetsdagar.

7b. Vilken årlig tidsåtgång uppskattar ni att återkommande administrativa insatser vid en uppgiftsskyldighet skulle innebära för er verksamhet?

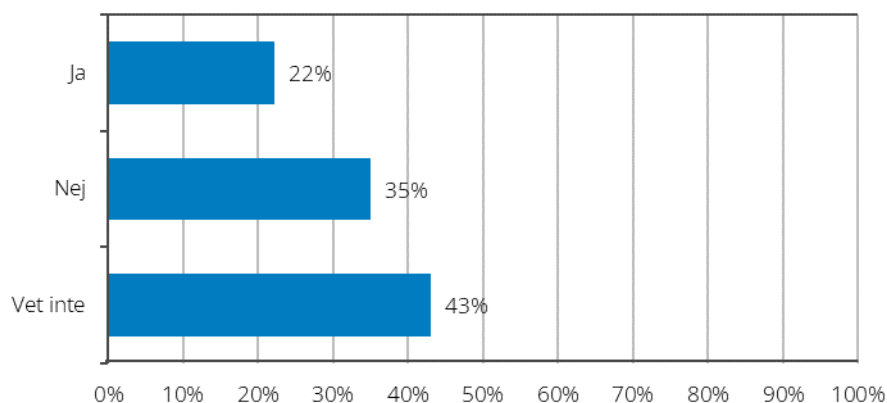


**Fråga 8. Kommer ni eventuellt anlita konsulter för att utföra en eller flera av de administrativa insatserna?**

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nej
<input type="checkbox"/>	Vet inte

**Enkätsvaren till fråga 8:** 43 % svarar att de inte vet, 35 % att de eventuellt inte kommer att anlita en konsult och 22 % svarar ja.

8. Kommer ni eventuellt anlita konsulter för att utföra en eller flera av de administrativa insatserna?

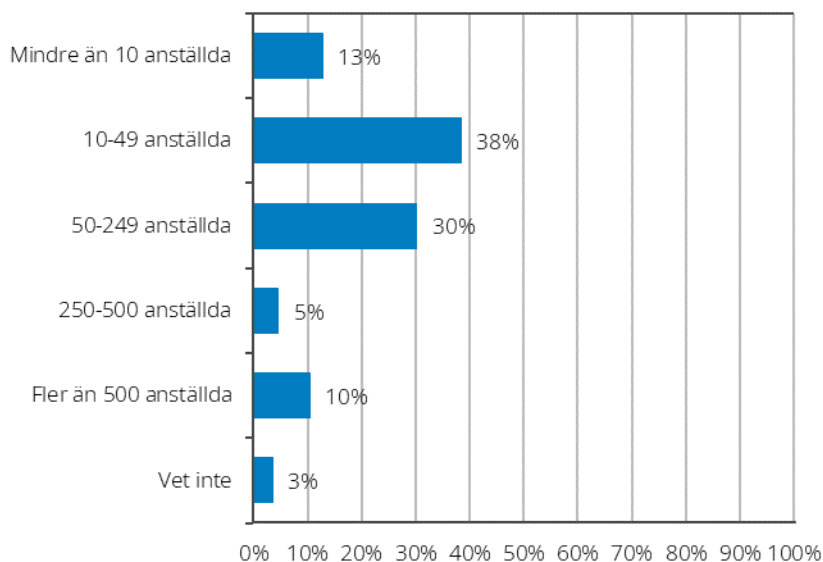


**Fråga 9a. Hur många anställda har ni i Sverige? Inkludera konsulter, inhyrd personal och vikarier.**

<input type="checkbox"/>	<10 anställda
<input type="checkbox"/>	10–49 anställda
<input type="checkbox"/>	50–249 anställda
<input type="checkbox"/>	250–500 anställda
<input type="checkbox"/>	Fler än 500 anställda
<input type="checkbox"/>	Vet inte

**Enkätsvaren till fråga 9a:** 51 % har svarat att det har färre än 49 anställda vilket betyder att de är mikro- eller småföretag. 15 % har svarat att de har mer än 250 anställda vilket innebär att de är stora företag. 3 % har svarat att de inte vet.

9a. Hur många anställda har ni i Sverige?

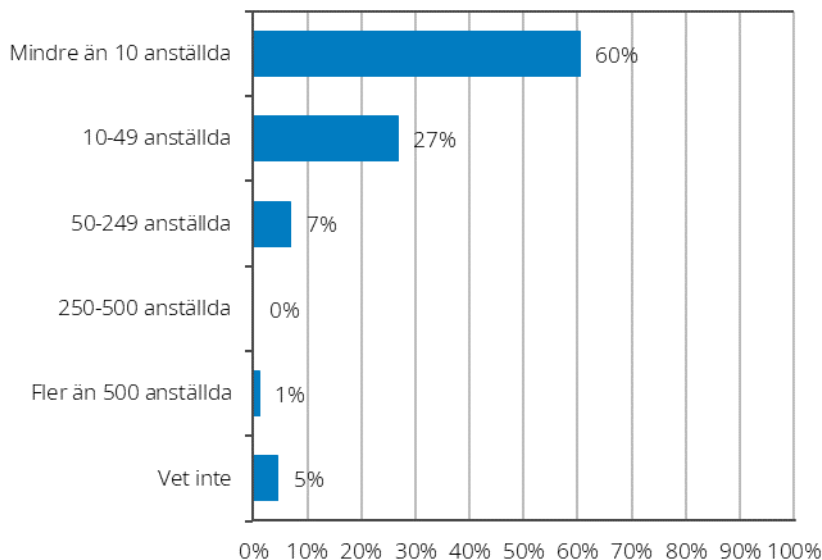


**Fråga 9b. Hur många anställda har ni i Sverige med legitimationsyrken (ej läkare) som utför vårdinsatser inom er verksamhet? Inkludera konsulter, inhyrd personal och vikarier.**

<input type="checkbox"/>	<10 anställda
<input type="checkbox"/>	10–49 anställda
<input type="checkbox"/>	50–249 anställda
<input type="checkbox"/>	250–500 anställda
<input type="checkbox"/>	Fler än 500 anställda
<input type="checkbox"/>	Vet inte

**Enkätsvaren till fråga 9b:** 87 % har svarat att det har färre än 49 anställda med legitimationsyrken. 1 % har svarat att de har mer än 250 anställda med legitimationsyrken. 5 % har svarat att de inte vet.

9b. Hur många anställda har ni i Sverige med legitimationsyrken (ej läkare) som utför vårdinsatser inom er verksamhet?



**Fråga 10. Är det något ni vill tillägga om vilka andra kostnader och konsekvenser som skulle kunna uppstå för er?**

**Enkätsvaren till fråga 10:** Svaren på denna fråga och kommentarsmöjligheter som har funnits till de flesta frågor har sammanfattats in i huvudrapporten.

**Fråga 11. Enkätens sista fråga. Ungefär hur lång tid tog det att besvara enkäten? Räkna även med tiden det tog att samla information för att kunna svara på alla frågor. Ange tiden i antalminuter. Antal minuter:**

**Enkätsvaren till fråga 11:** Enkätsvaren har tagit i medeltal 17 min.

## Bilaga 2. Metod för framtagande av antal privata vårdgivare

Befintliga förteckningar över privata vårdgivare är, som nämnts i rapporten, ofullständiga och saknar uppgift om vårdgivare är verksamma inom kommunalt finansierad hälso- och sjukvård.

För att uppskatta antalet privata vårdgivare som är verksamma inom kommunal hälso- och sjukvård har Socialstyrelsen använt uppgifterna i den s.k. LOVA-förteckningen<sup>48</sup>. Denna förteckning innehåller uppgifter om sysselsatt legitimerad personal (i form av anonymiserade löpnummer) inom olika delar av hälso- och sjukvården. Förteckningen innehåller förutom uppgift om legitimation också uppgifter om vilken privat vårdgivare (organisationsnummer) och vilket arbetsställe (s.k. cfar-nummer) respektive löpnummer är knutet till. Vidare finns uppgift om respektive arbetsställes SNI-kod(er), dvs. inom vilken eller vilka branscher som respektive arbetsställe är verksamt.<sup>49</sup> Då SNI-koder sätts av företagen själva kan det förekomma felklassificering, vilket kan påverka uppskattningen av antal privata vårdgivare både uppåt och nedåt.

Myndigheten har med utgångspunkt i HSL:s skrivningar om vilka verksamheter och målgrupper som kommunal finansierad hälso- och sjukvård omfattar, valt ut de SNI-koder som bedömts som relevanta i sammanhanget. De aktuella SNI-koderna är

- 87100: Boende med sjuksköterskevård
- 87201: Boende med särskild service för personer med utvecklingsstörning eller psykiska funktionshinder
- 87301: Vård och omsorg i särskilda boendeformer för äldre personer
- 87302: Vård och omsorg i särskilda boendeformer för personer med funktionshinder
- 88101: Öppna sociala insatser för äldre personer
- 88102: Öppna sociala insatser för personer med funktionshinder.

---

<sup>48</sup> Legitimerade Omsorgs- och Vårdrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

<sup>49</sup> SNI står för Standard för svensk näringsgrensindelning. Se vidare SCB:s hemsida: <https://www.scb.se/dokumentation/klassifikationer-och-standarder/standard-for-svensk-naringsgrensindelning-sni/>