Hälso- och sjukvårdsnämnden
*Hälso- och sjukvårdsförvaltningen*
*Enhet Medicin utanför akutsjukhus*
Malin Bonin

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2026-06-03

HSN 2026-0416

Avtalsutskottet

# Revidering av förfrågningsunderlaget för vårdval specialiserad neurologisk rehabilitering efter vård på akutsjukhus

## Ärendebeskrivning

I ärendet redovisas förslag till reviderat förfrågningsunderlag för specialiserad neurologisk rehabilitering efter vård på akutsjukhus enligt lag (2008:962) om valfrihetssystem (LOV).

## Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Förfrågningsunderlag med tillhörande bilagor

## Förslag till beslut

Avtalsutskottet beslutar följande:

1. Vårdval specialiserad neurologisk rehabilitering efter vård på akutsjukhus byter namn till vårdval specialiserad neurologisk rehabilitering i slutenvård.

2. Förslag till förfrågningsunderlag för vårdval specialiserad neurologisk rehabilitering i slutenvård enligt lag (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) godkänns.

3. Förfrågningsunderlaget gäller från och med den 1 oktober 2026.

## Förvaltningens motivering till förslaget

*Bakgrund*

Avtalsutskottet beslutade i september 2025, med anledning av en skrivelse från Tove Sander (S), Viktor Morawski (MP), Karin Fälldin (C) och Jonas Lindberg (V), att uppdra åt hälso- och sjukvårdsdirektören att successivt inleda en översyn av vårdvalen specialiserad palliativ slutenvård, specialiserad neurologisk rehabilitering efter vård på akutsjukhus samt specialiserad rehabilitering efter vård på akutsjukhus (HSN 2025–0422).

Uppdraget för vårdval specialiserad neurologisk rehabilitering efter vård på akutsjukhus infördes 2016 och uppdraget har inte reviderats sedan dess. Däremot fattade avtalsutskottet den 11 mars 2026 beslut om att höja ersättningen med tio procent (HSN 2021–0845). Detta inom ramen för de 100 miljoner kronor som avsatts i hälso- och sjukvårdsnämndens budget för 2026 för att höja ersättningsnivåerna i olika vårdval. Den nya ersättningen började gälla den 1 april 2026.

*Beskrivning av vårdvalet*
Uppdraget omfattar patienter som är 18 år eller äldre och som, efter inneliggande vård på akutsjukhus, är i behov av specialiserad neurologisk rehabilitering i slutenvård. Målgruppen är vuxna som har drabbats av en neurologisk sjukdom eller skada som medfört nytillkomna och påtagliga neurologiska symtom och funktionsnedsättningar.

Verksamheten bedrivs i multiprofessionella team och syftar till att skapa förutsättningar för så hög hälsorelaterad livskvalitet som möjligt. Det innebär att patienten, utifrån sina individuella förutsättningar och mål, ska uppnå bästa möjliga rehabiliteringsresultat och en så hög grad av självständighet som möjligt. Inom vårdvalet finns fyra vårdgivare med sammanlagt 92 vårdplatser.

| **Vårdgivare** | **Geografisk placering** | **Vårdplatser** |
|---|---|---|
| Furuhöjden Rehabilitering | Täby | 13 |
| Aleris Rehab Station Stockholm | Solna | 27 |
| Stiftelsen Stockholms sjukhem | Kungsholmen | 24 |
| Stiftelsen Stora Sköndal | Sköndal | 28 |
| **Totalt** | | **92** |

Förvaltningen bedömer att den geografiska spridningen och tillgängligheten inom vårdvalet är god. Under 2025 genomfördes 1 774 vårdtillfällen inom vårdvalet, vilket motsvarar en ökning med cirka 30 procent sedan 2019. Kostnadsutfallet för 2025 uppgick till drygt 164

miljoner kronor. Efter ersättningshöjningen den 1 april 2026 beräknas vårdvalets kostnadsutfall uppgå till 180 miljoner kronor per år.

Vårdvalet omfattar fyra målgrupper med differentierad ersättning baserad på beräknad tids- och resursåtgång. Ersättningsmodellen bygger på vårdtidens längd utifrån dessa fyra målgrupper. Vid kortare vårdtillfällen utgår en vårddagsersättning, så kallad innerfallsersättning, om 3 476 kronor. När vårdtiden överstiger angivna gränser i respektive grupp ersätts vårdtillfället istället med en fast ersättning. För mycket långa vårdtider i grupp 3 och 4 tillkommer dessutom en ytterfallsersättning i form av extra ersättning per vårddag från en viss dag och framåt.

| Grupp | Patientkategori | Ersättning vid kortare vårdtillfälle | Ersättning vid längre vårdtillfälle | Ytterfalls-ersättning |
|---|---|---|---|---|
| **Grupp 1** | • Benign tumör i hjärnan/CNS<br>• Traumatisk skada i hjärnan/CNS | 3 476 kr per vårddag (≤ 5 dagar) | 61 017 kr totalt (> 5 dagar) | – |
| **Grupp 2** | • Malign tumör i hjärnan/CNS<br>• Funktionell neurologisk störning (Z73.6) | 3 476 kr per vårddag (≤ 5 dagar) | 78 353 kr totalt (> 5 dagar) | – |
| **Grupp 3** | • Kärlsjukdomar i hjärnan<br>• Infektion i hjärnan/CNS<br>• Övriga sjukdomar i nervsystemet | 3 476 kr per vårddag (≤ 5 dagar) | 105 743 kr totalt (> 5 dagar) | +4 675 kr/dag från dag 30 (max 30 dagar) |
| **Grupp 4** | • Svår traumatisk hjärnskada<br>• Traumatisk hjärnskada med flerorganskomplikationer och omfattande rehabbehov | 3 476 kr per vårddag (≤ 11 dagar) | 156 178 kr totalt (> 11 dagar) | +4 675 kr/dag från dag 40 (max 30 dagar) |

*Överväganden*
Nedan följer en beskrivning av de förändringar i förfrågningsunderlaget som förvaltningen föreslår.

*Möjliga remittenter utökas*
Nuvarande förfrågningsunderlag innebär att mottagande av patienter begränsas till dem som vårdas på akutsjukhus. Förvaltningen bedömer att denna begränsning är alltför restriktiv och inte ändamålsenlig utifrån patienternas faktiska behov.

Eftersom vårdbehov kan förändras under vårdtiden kan patienter som initialt bedöms vara i behov av exempelvis geriatrisk slutenvård visa sig ha ett mer komplext rehabiliteringsbehov som bättre tillgodoses inom specialiserad neurologisk rehabilitering. På motsvarande sätt identifieras rehabiliteringskapacitet i vissa fall först efter att det akuta medicinska behovet är omhändertaget. I dessa situationer kan en snäv begränsning av remitterande enheter vara mindre ändamålsenlig och svår att förena med en behovsstyrd och patientsäker vård.

Förvaltningen föreslår därför att kretsen av möjliga remittenter utökas. Patienter ska även fortsättningsvis i första hand tas emot från slutenvård på akutsjukhus. För att säkerställa nödvändig flexibilitet bör det dock vara möjligt att patienter, i enstaka och välmotiverade fall, även kan tas emot från geriatrisk slutenvård, korttidsboende enligt socialtjänstlagen, specialiserad palliativ slutenvård samt intensivvårdsrehabilitering.
Att inte möjliggöra detta riskerar att leda till fördröjd eller utebliven adekvat rehabilitering, vilket i förlängningen innebär såväl försämrade patientutfall som ett ineffektivt resursutnyttjande.

Med anledning av att möjliga remittenter utökas föreslår förvaltningen att vårdvalet byter namn till specialiserad neurologisk rehabilitering i slutenvård.

*Förtydligande av målgruppsbeskrivningen*
Förvaltningen bedömer att målgruppsbeskrivningen för patientkategori 4 behöver förtydligas, då nuvarande formulering kan ge upphov till viss oklarhet kring vilka patienter som omfattas. Det framgår inte helt tydligt att patienter som i grunden tillhör patientkategori 3, men som har kärlsjukdomar eller infektioner i hjärnan samt andra sjukdomar i nervsystemet med särskilt omfattande behov, ska kunna inkluderas i patientkategori 4.

Denna otydlighet riskerar att leda till felaktiga avgränsningar och att patienter med stora och komplexa behov inte får tillgång till rätt vårdnivå. Mot denna bakgrund föreslår förvaltningen att beskrivningen av patientkategori 4 förtydligas.

*Bemanningskrav*
Nuvarande förfrågningsunderlag ställer endast krav på läkare i jourtjänstgöring under kvällar, nätter och helger, vilket förvaltningen bedömer är en otillräcklig reglering med risk för negativa konsekvenser för såväl patientflöden som vårdtider. Avsaknaden av tydliga krav på

läkarbemanning även under helger begränsar möjligheten till in- och utskrivning av patienter, vilket kan leda till förlängda vårdtider och sämre flöden från akutsjukhusen. Detta är inte förenligt med en effektiv och sammanhållen vårdkedja. Förvaltningen bedömer därför att det är nödvändigt att ställa högre och tydligare krav på läkarbemanning i denna typ av slutenvård, där verksamheten har ett dygnet-runt-ansvar för patienterna.

Mot denna bakgrund föreslås ett förtydligande av kraven avseende jourbemanning, innebärande att läkare, med eller utan specialistkompetens inom relevant område, vid behov ska genomföra fysiska ronder samt ansvara för in- och utskrivning av patienter dagtid under årets alla dagar. Vidare ska jourläkare alltid finnas tillgänglig per telefon utanför kontorstid och kunna inställa sig inom maximalt 60 minuter, oavsett dag på året. Jourläkaren ska ha specialistkompetens samt erforderlig klinisk erfarenhet av målgruppen.

*Krav på antal vårdplatser och vårdtillfällen*
Nuvarande förfrågningsunderlag innehåller ett krav på att vårdgivaren ska ha kapacitet för att kunna rehabilitera minst 250 patienter per år. Förvaltningen bedömer att detta är en nödvändig miniminivå för att upprätthålla kompetens samt säkerställa verksamhetens förmåga att utveckla uppdraget över tid och föreslår därför en skärpning av kraven till att vårdgivaren i praktiken ska rehabilitera minst 250 patienter per år.

Avsaknaden av ett tydligt krav på vårdplatskapacitet kan innebära att verksamheter inte fullt ut ges förutsättningar att bedriva en stabil och långsiktigt hållbar slutenvård. En alltför begränsad dimensionering kan påverka både kvalitet och tillgänglighet, och på sikt även verksamhetens robusthet.

Mot denna bakgrund bedömer förvaltningen att nuvarande volymkrav behöver kompletteras med ett tydligare riktmärke för antal vårdplatser. För att främja en ändamålsenlig och bärkraftig verksamhet föreslås att vårdenheten bör ha minst 13 vårdplatser.

*Ersättningsmodellen*
Nuvarande ersättningsmodell bedöms i huvudsak vara ändamålsenlig utifrån uppdragets karaktär, men förvaltningen ser vissa delar som behöver utvecklas för att säkerställa en mer träffsäker och robust modell.

I nuvarande modell utgår innerfallsersättning när en patient återförs till akutsjukhus inom dag 0–5 i grupp 1–3 och inom dag 0–11 i grupp 4. Däremot utgår ingen ersättning om patienten själv avbryter rehabiliteringen inom samma tidsram. Förvaltningen bedömer att denna skillnad skapar oönskade incitament, där vårdgivare av ekonomiska skäl riskerar att bli mer restriktiva i mottagandet av patienter som bedöms ha lägre motivation till rehabilitering eller osäker rehabiliteringsförmåga. Detta kan leda till hämmade flöden från akutsjukhusen och motverkar en behovsstyrd vård. Förvaltningen föreslår därför att innerfallsersättning även ska utgå när patienter själva avbryter sin rehabilitering inom dag 0–5 respektive 0–11.

Vidare utgår idag ytterfallsersättning vid längre vårdtider, från dag 30 i grupp 3 och dag 40 i grupp 4. Förvaltningen bedömer att ersättningen för patienter med omfattande neurologiska tillstånd och behov av långa vårdtider inte är tillräckligt anpassad för att skapa rimliga incitament att ta emot dessa patienter. Detta riskerar att missgynna patienter med stora behov. Mot denna bakgrund föreslås att ersättningen för ytterfallsdagar höjs samt att gränsen för när ytterfallsersättning inträder i grupp 4 sänks från dag 40 till dag 30.

Sammantaget innebär dessa förändringar en förväntad kostnadsökning på 0,46 procent eller 855 000 kronor per år. Förvaltningen föreslår att denna ökning finansieras genom att motsvarande tillskott av medel tillförs från de 100 miljoner kronor som avsatts i budget 2026 för uppräkning av olika vårdval. Förvaltningen bedömer att detta ger en mer balanserad och ändamålsenlig ersättningsmodell enligt nedan.

| Grupp | Innerfallsersättning för samtliga patienter | Vårdtillfällesersättning | Ytterfallsersättning |
|---|---|---|---|
| **1** | 3 476 kr/dag (dag 0-5) | 61 017 kr | |
| **2** | 3 476 kr/dag (dag 0-5) | 78 353 kr | |
| **3** | 3 476 kr/dag (dag 0-5) | 105 743 kr | 5 500 kr/dag (+825 kr) från dag 30 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **4** | 3 476 kr/dag (dag 0-11) | 156 178 kr | 5 500 kr/dag (+825 kr) från dag 30 |

*Sammanfattande förslag*
Sammanfattningsvis föreslår förvaltningen nedan förändringar i förfrågningsunderlaget för vårdvalet:

- Kretsen av möjliga remittenter föreslås utökas till att omfatta geriatrisk slutenvård, specialiserad palliativ slutenvård, korttidsboende enligt Socialtjänstlagen samt intensivvårdsrehabilitering.
- Vårdvalet föreslås få ett nytt namn: Specialiserad neurologisk rehabilitering i slutenvård.
- Målgruppsindelningen i grupp 4 förtydligas.
- Kraven på läkarbemanning under helger skärps.
- Krav på att rehabilitera minst 250 patienter per år införs.
- Krav införs på minst 13 vårdplatser.
- Innerfallsdagar då patienten skrivs hem ersätts på samma sätt som vid återgång till akutsjukhus.
- Gränsen för ytterfallsersättning i grupp 4 sänks från 40 till 30 dagar.
- Ytterfallsersättningen höjs från 4 675 kronor per dag till 5 500 kronor per dag.
- Förändringarna i ersättningsmodellen finansieras genom ett tillskott av medel motsvarande 0,46 procent.

*Ekonomiska konsekvenser*
Förändringarna i ersättningsmodellen förväntas leda till en kostnadsökning på 0,46 %. Förvaltningen föreslår att denna ökning finansieras genom att

motsvarande tillskott av medel tillförs från de 100 miljoner kronor som avsatts i budget 2026 för uppräkning av olika vårdval.

*Konsekvenser för patientsäkerhet*
Förslaget bedöms få positiva konsekvenser på patientsäkerheten då möjligheten för ytterligare remittenter till vårdvalet bör kunna minska transporter till och från akutsjukhus samt ge fler patienter möjlighet att få sitt behov av specialiserad neurologisk rehabilitering i slutenvård tillgodosett.

*Konsekvenser för jämlik och jämställd vård*
Förslaget bedöms inte få några konsekvenser för jämlik och jämställd vård.

*Miljökonsekvenser*
Förslaget bedöms inte få några konsekvenser för miljön.

*Administrativa konsekvenser*
Förslaget bedöms inte få några administrativa konsekvenser.

Anders Ahlsson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Eva Bring
Avdelningschef

**Beslutet ska skickas till**
Klicka här för att fylla i vilka beslutet ska skickas till

Godkänd av Anders Ahlsson, 2026-06-03