Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Vårdanalys och statistik
Katriina Pernaa Bäckman

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2026-08-12

HSN 2026-0529

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

Yttrande över förslag till ändrade föreskrifter om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister

Ärendebeskrivning

Hälso- och sjukvårdsnämndens yttrande över remissförslaget gällande uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister. Nämnden yttrar sig på Region Stockholms vägnar.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Remiss- förslag till ändrade föreskrifterna (HSLF-FS 2023:33) om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar följande:

Tjänsteutlåtande över Socialstyrelsens förslag till ändrade föreskrifter om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister överlämnas till Socialstyrelsen som nämndens yttrande.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund
Socialstyrelsen fick under 2025 i uppdrag av regeringen att fortsätta arbetet med att förbereda för en utökad insamling av uppgifter från hälso- och sjukvården. Den utökade insamlingen kommer bland annat att omfatta uppgifter från den offentligt finansierade primärvården till Socialstyrelsens patientregister.

I uppdraget har ingått att dels ta fram förslag till föreskrifter som preciserar vilka uppgifter en vårdgivare ska lämna och hur det ska ske, dels genomföra en fördjupad konsekvensanalys av hur rapporteringen av uppgifterna ska genomföras på ett ändamålsenligt, kostnadseffektivt och säkert sätt. Även att göra en kostnadsberäkning för den utökade insamlingen har ingått samt

lämna förslag på finansiering samt att ta fram en tidplan för när uppgiftsinsamlingen kan påbörjas.

Överväganden
Region Stockholm ställer sig överlag positiv till förslaget om ändringar i föreskrifterna om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister (HSLF-FS 2023:33). Regionen ser nyttan i ökad möjlighet att följa patientens väg genom hela vårdkedjan och anser att fördelarna överväger nackdelarna med ökad administrativ börda. Region Stockholm tycker dock inte att det är rimligt att föreskriften ska träda i kraft redan den 1 januari 2028 med tanke på den stora utbildningsinsatsen som behövs. Det vore önskvärt att vänta med föreskriftsändringen tills den elfte versionen av International Classification of Diseases (ICD-11) är på plats, för att inte behöva utbilda personal i två olika versioner av ICD. Diagnosregistrering är inte obligatorisk i dagsläget för alla personalkategorier i alla vårduppdrag, varför förändringen innebär ett stort utbildningsbehov gällande val av huvuddiagnos och klassificering av diagnoser hos andra yrkeskategorier än läkare, för att garantera god kvalitet i inrapporterade data.

De flesta informationsmängder som efterfrågas samlas dock redan in i regionens databas sedan lång tid. För några informationsmängder kommer teknisk och informatisk utveckling att behövas.

Det finns också delade uppfattningar gällande gränsdragningen mellan administrativa kontakter och vårdkontakter, varför det är önskvärt att förtydliga definitionen av vårdkontakt och vad som ska rapporteras.

Generellt anser Region Stockholm att rapporteringen bör så långt som möjligt baseras på information som reda registreras vårdprocessen, för att minimera den administrativa belastningen.

Nedan följer synpunkter på enskilda uppgifter som enligt förslaget kommer att rapporteras in.

1 Vårdkontakts-id
Det är positivt att vårdkontakts-id används för att knyta samman uppgifter som hör till samma vårdkontakt. Det är dock oklart vilka krav som ställs på vårdkontakts-id och om dessa identifierare hanteras på ett enhetligt sätt mellan olika vårdinformationssystem och vårdgivare. För att säkerställa jämförbarhet och datakvalitet bör det tydliggöras vilka egenskaper ett vårdkontakts-id ska ha.

5-7 Vårdgivare, vårdenhet, vårdutförande enhet
Definitionerna för vårdenhet, vårdutförande enhet och vårdande enhet behöver vara tillräckligt tydliga för att säkerställa en enhetlig nationell tillämpning. Det bör framgå vilken organisatorisk nivå som avses samt hur identifiering av enheter ska ske när olika typer av organisatoriska strukturer och identifierare används i regioner och hos privata vårdgivare. Det är positivt om HSA-id kan användas som identifierare men det bör tydliggöras att användningen av HSA-strukturer kan variera mellan huvudmän och att samma verksamhet kan representeras på olika organisatoriska nivåer. Det bör därför säkerställas att definitionerna är knutna till verksamhetens funktion och ansvar snarare än enbart till en specifik teknisk identifierare.

8 MVO
Det framgår att Socialstyrelsen avser att vidareutveckla MVO-kodverket för att bättre beskriva primärvårdens verksamhet. Samtidigt finns nationella klassifikationer och verksamhetsbeskrivningar inom bland annat HSA och andra nationella register. För att undvika parallella och överlappande klassificeringsstrukturer vore det värdefullt att tydliggöra hur MVO-kodverket förhåller sig till andra nationella kodverk och klassifikationer som beskriver verksamhetstyp eller verksamhetsinriktning. Det vore också värdefullt att veta om harmonisering eller mappning mellan dessa kodverk planeras.

11 Planerad vårdkontakt
Hur planerad/oplanerad vårdkontakt tolkas varierar, varför det skulle vara svårt att dra slutsatser av inskickade data. Det enda som idag registreras som oplanerat inom husläkarverksamheten är om patienten inte har en fast tid utan sitter och väntar på omhändertagande utan att veta när det blir. Det normala är att patienten hör av sig och får en bokad tid, även om hen kan tas emot omedelbart. Vårdgivarna behöver ändra dagens praxis på vårdcentralerna då man använder oplanerade besök för ”akuttider”.

14 Diagnoskod
Region Stockholm har lång erfarenhet av diagnoskodning i primärvården (började 2003 med ICD-10P). Sedan 2013 används ICD-10. Några större utbildningsinsatser är inte gjorda och det är endast läkarna som haft krav på sig att rapportera diagnos. Det finns risk att endast allmänna symtomkoder rapporteras in, och att annan personal än läkare kopierar koder från läkaranteckningar.

Enligt Bilaga 4 ska det av World Health Organisation (WHO) utgivna regelverket för ICD-11 följas om denna version av ICD används, men det behöver framgå av föreskriften att de svenska reglerna måste följas när dessa skiljer sig från internationella regler.

Möjligheten att välja antingen ICD-10-SE eller ICD-11 för inrapportering av diagnoskoder skapar svårigheter för uppföljning och statistik.

- ATC-kod
Enligt Bilaga 4 ska kod för Anatomical Therapeutic Chemical classification system (ATC) användas för läkemedel om man väljer att rapportera diagnos enligt ICD-10-SE, men att den som rapporterar diagnos enligt ICD-11 ska komplettera med ICD-11-kod för läkemedlet i fråga. Region Stockholm anser att skulle vara bättre att använda ATC oavsett val av ICD-version. Detta också då läkemedel enligt förslag på föreskrift om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens register över administrerade läkemedel (dnr. 4.1-22311/2026) ska rapporteras in med ATC-kod om kod för Nationellt produktregister för läkemedel (NPL-id) inte kan anges.

15 Typ av diagnos
Inom primärvården upplevs val av huvuddiagnos av många som en svår uppgift då patienterna kan ta upp flera problem som alla är lika primära. Det vore önskvärt om den först angivna diagnoskoden eller det första kodklustret kunde betraktas som huvuddiagnos per automatik.

19 Åtgärdskod
Trots att flera yrkeskategorier inom primärvården är vana vid att klassificera vårdåtgärder enligt Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ), är det stora kvalitetsskillnader i vad som rapporteras in. Rapporteringen påverkas exempelvis av i vilken utsträckning kodningen upplevs som värdeskapande utifrån verksamhetens behov samt av ersättningssystem. Vad som rapporteras in gällande åtgärder är således långt ifrån heltäckande och kan ge en skev bild av vilka åtgärder som faktiskt utförs.

Regionen undrar om det pågående arbetet med att öka användningen av strukturerad och semantiskt interoperabel vårdinformation är något som har beaktats för att höja kvaliteten på inrapporterade vårdåtgärder.

Ekonomiska konsekvenser
Förslaget innebär att Region Stockholm kommer att få utökade kostnader för IT-uppdateringar och utbildningsinsatser samt löpande kostnader för tekniskt arbete och kvalitetssäkring av rapporterade data.

Konsekvenser för patientsäkerhet
De förslagna ändringarna förväntas ha positiva effekter då analyser av insamlad information kan leda till bättre förståelse för vad som behöver göras för att förbättra primärvården. Dock kan ökad tidsåtgång vid rapportering av nya informationsmängder leda till minskad produktion och längre vårdköer.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
De förslagna förändringarna förväntas ha positiva effekter då analyser av insamlad information kan leda till bättre förståelse för vad som behöver göras för mer jämlik och jämställd vård.

Miljökonsekvenser
De förslagna förändringarna förväntas ha oförändrade konsekvenser för miljön.

Administrativa konsekvenser
Förslaget innebär att stora utbildningsinsatser behövs initialt samt att den tid som måste läggas på dokumentation och administration ökar stadigvarande på grund av kodning av informationsmängd som tidigare inte varit obligatorisk.

Anders Ahlsson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anna Göjeryd Ulander
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Socialstyrelsen

Godkänd av Anders Ahlsson, 2026-08-12