



Granskning av Region Dalarnas användning av nationella riktlinjer

Granskning utförd av Sirona på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna
November 2025



Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	1
2	Bakgrund, syfte och metod för genomförande	4
2.1	Revisorerna i Region Dalarnas bakgrund till granskningen	4
2.2	Syfte	4
2.3	Revisionsfrågor	4
2.4	Revisionskriterier	5
2.5	Metod och genomförande	6
3	Inledande iakttagelser	7
3.1	Beskrivning av systemet för kunskapsstyrning	7
3.2	Regional nulägesbild	9
4	Iakttagelser, analyser och bedömningar per revisionsfråga	11
4.1	Revisionsfråga 1: Riktlinjernas betydelse i nämndernas styrning och prioritering	11
4.2	Revisionsfråga 2: Rutiner och processer för införande av riktlinjer	14
4.3	Revisionsfråga 3: Tydlighet i ansvarsfördelning för implementering	17
4.4	Revisionsfråga 4: Riktlinjeindikatorer i nämndernas uppföljning	19
4.5	Revisionsfråga 5: Nämndledd, strukturerad kontroll av implementering	21
5	Samlad bedömning	24
6	Rekommendationer	26
7	Bilagor	28
	Bilaga 1: Granskade dokument	28
	Bilaga 2: Intervjuförteckning	30
	Bilaga 3: Intervjuguide	30
	Bilaga 4: Statistik från <i>Lägesbilder från hälso- och sjukvården</i> . Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård. (2025).	32



1 Sammanfattning

Sirona har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Dalarna genomfört en granskning av regionens användning av Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Syftet har varit att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden respektive tandvårdsnämnden säkerställt en ändamålsenlig styrning, ledning, implementering och uppföljning av riktlinjerna i regionens hälso- och sjukvård och tandvård. Granskningen har framför allt omfattat dokumentstudier och intervjuer med företrädare för nämnder och tjänstemän inom olika divisioner samt inom kunskapsstyrningen. Den har belyst hur riktlinjerna används som underlag för styrning och prioritering, hur de tas om hand i kunskapsstyrningens processer, hur ansvar och roller är fördelade samt hur uppföljning och kontroll sker.

Den samlade bedömningen är att Socialstyrelsens nationella riktlinjer i hög grad utgör ett reellt underlag för Region Dalarnas styrning och utveckling av hälso- och sjukvården, men att den praktiska tillämpningen till största del sker inom tjänstemannaorganisationen och kunskapsstyrningsorganisationen. Nämndernas hantering är i huvudsak övergripande och ramstyrande. Det vill säga att nämnderna anger inriktning, prioriteringar och ekonomiska ramar, medan det operativa ansvaret för införande och uppföljning ligger i tjänstemannaorganisationen. Nämnderna involveras framför allt när beslut kräver större resursfördelningar eller organisatoriska förändringar. Arbetet är i grunden väl strukturerat och följer etablerade processer, men genomförandet begränsas i vissa fall av otillräcklig kapacitet och varierande tillgång till data och uppföljningssystem som stödjer implementeringen fullt ut.

I granskningen identifieras ett antal utvecklingsområden. Bland annat har följande *iakttagelser och bedömningar* gjorts:

- **Riktlinjernas roll i styrning och prioritering:** Nationella riktlinjer har hög legitimitet och är väl integrerade i regionens styrning. Implementeringen sker huvudsakligen genom den etablerade kunskapsstyrningskedjan – från nationella och sjukvårdsregionala programområden, via regionens berednings- och ledningsgrupper, till lokala program- och arbetsgrupper och vidare ut i linjeorganisationen. Nämndernas roll aktiveras främst när riktlinjer har tydliga resurs- eller organisationskonsekvenser. I primärvården stödjer vårdvalsavtalen efterlevnaden genom krav på kvalitetsarbete och registerrapportering, medan sjukhusvården integrerar riktlinjer via interna ledningssystem. Inom tandvården används ett längre revisionsintervall än i riktlinjerna. Efter den nationella ändringen av åldersgränsen för fri tandvård saknas dock en uppdaterad bedömning, vilket bör följas upp.
- **Processer för implementering:** Det finns etablerade rutiner för omhändertagande och införande av nationella riktlinjer genom kedjan Kunskapsstyrningsgruppen (KSG) → LPO → LAG → linjeorganisationen, kompletterat av vårdvalens krav inom primärvården och tandvårdens ledningssystem. Dock finns utmaningar i den praktiska genomförandefasen, särskilt vid parallella införanden av nationella riktlinjer, begränsad kapacitet och otydliga samverkansgränssnitt gentemot kommuner.



- **Ansvar och roller:** Ansvarsfördelningen bedöms som tydlig och välkänd. Ansvar ligger i linjeorganisationen – från nämnd och förvaltningschef till divisions- och verksamhetsnivå – och stöds av kunskapsstyrningens struktur. Samtidigt finns behov av att förtydliga rollfördelningen i vissa vårdprocesser som spänner över flera vårdnivåer och huvudmän, exempelvis hjärtsviktsrehabilitering, obesitasvård och komplexa psykiatriska flöden, där uppföljningsansvaret kan uppfattas som delat. Ansvarsfördelningen påverkas även i praktiken av kapacitet, resursprioriteringar och en mer indirekt koppling till kunskapsstyrningssystemet för bland annat enheter i privat regi inom primärvården, vilket bör beaktas i den fortsatta styrningen.
- **Uppföljning och indikatorer:** Regionen har en välfungerande indikatorinfrastruktur, främst genom en rad kvalitetsregister, Primärvårdskvalitet och tandvårdens SKaPa, men riktlinjeindikatorer följs sällan upp separat på nämndnivå. Tandvårdsnämnden använder indikatorer mer aktivt i dialog och prioritering än hälso- och sjukvårdsnämnden. För att stärka länken mellan nationella riktlinjer, uppföljning och politisk styrning bedöms fortsatt utveckling av datatillgång (efter journalsystembytet), tydligare beställning från nämnderna samt prioriterade uppföljningsområden per riktlinjeområde kunna bidra till en mer systematisk användning i styrningen.
- **Kontroll och uppföljning:** Strukturerad uppföljning sker inom kunskapsstyrningen, linjeorganisationen och vårdavtalen, men någon särskild nämndledd kontroll av implementeringsgraden finns inte. System för styrning och återrapportering fungerar väl, men uppföljningen av nationella riktlinjer sker i huvudsak indirekt via kvalitetsregister, dialoger och ordinarie mål- och resultatstyrning. En tydligare nämndnivåuppföljning skulle kunna stärka överblicken över efterlevnaden.

Baserat på granskningens samlade iakttagelser och resultat lämnar Sirona följande *rekommendationer* till hälso- och sjukvårdsnämnden respektive tandvårdsnämnden i Region Dalarna:

- **Vidareutveckla stöd för genomförande och prioritering i verksamheterna.** Säkerställ tillräcklig kapacitet, resursättning och samordning vid införande av nya riktlinjer. Utveckla de gemensamma arbetssätten för hur verksamheter prioriterar när resurser inte räcker för full implementering och stärk kunskapsstyrningsorganisationens stöd i det praktiska införandet, exempelvis genom förändringsledning och samordning mellan divisioner. I det fortsatta utvecklingsarbetet bör hälso- och sjukvårdens prioriteringsråds mandat och arbetssätt integreras för att säkerställa enhetliga och transparenta prioriteringar, inklusive horisontella avvägningar.
- **Knyt kunskapsstyrningens rapporter närmare nämndernas beslutsprocess.** Säkerställ att lokalt programområde (LPO) och lokala arbetsgrupper (LAG) regelbundet redovisar sina årsrapporter och gapanalyser till nämnderna som en del av den strategiska uppföljningen. Det skulle ge politiken en tydligare insyn i hur nationella riktlinjer omsätts i praktiken och skapa en starkare koppling mellan kunskapsstyrningen och nämndernas ansvar.
- **Förtydliga kopplingen mellan nämndernas kvalitetsuppföljning och nationella riktlinjer.** Nämnderna följer redan flera centrala kvalitetsmått, men sambandet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer framgår inte alltid tydligt. Tydliggör vilka av de befintliga indikatorerna som



samtidigt speglar följsamhet till nationella riktlinjer. En sådan märkning skulle öka transparensen och stärka nämndernas möjlighet att bedöma hur väl riktlinjerna tillämpas i praktiken, utan att utöka antalet uppföljningsmått.

- **Stärk den nämndledda uppföljningen av implementering.** Säkerställ att förvaltningen återkommande redovisar hur nationella riktlinjer och rekommendationer från kunskapsstyrningsorganisationen tillämpas i verksamheterna. Detta kan göras genom att införa en återkommande kontrollpunkt i internkontrollplanen eller motsvarande uppföljningsstruktur. Syftet är att ge nämnderna en tydlig och systematisk återkoppling på genomförandeläget och eventuella patientsäkerhetsrisker.
- **Överväg att öka nämndernas synlighet i verksamheterna.** Genom återkommande besök, dialogmöten och gemensamma uppföljningar kan nämnderna tydligare visa sitt engagemang i hur nationella riktlinjer omsätts i praktiken. En mer synlig närvaro i vårdens vardag skapar förtroende, stärker förståelsen för verksamheternas förutsättningar och signalerar att politiska prioriteringar följs upp nära verksamheten.
- **Förstärk de privata vårdgivarnas delaktighet i kunskapsstyrningen.** Genom att inkludera privat drivna enheter mer systematiskt i LPO/LAG-arbetet och i spridningen av nya riktlinjer kan Region Dalarna säkerställa ett mer enhetligt införande och likvärdig kvalitet i hela vården, oavsett utförare.



2 Bakgrund, syfte och metod för genomförande

2.1 Revisorerna i Region Dalarnas bakgrund till granskningen

Kunskapsstöd är en central del i det nationella systemet för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården. Kunskapsstöd är samtidigt ett samlingsbegrepp för olika typer av stödmaterial anpassade för olika målgrupper som till exempel politiker och andra beslutsfattare, verksamhetschefer eller hälso- och sjukvårdspersonal. Ett exempel på kunskapsstöd är nationella riktlinjer som utarbetas av Socialstyrelsen och främst vänder sig till politiker och andra beslutsfattare inom hälso- och sjukvården och tandvården. Avsikten med de nationella riktlinjerna är att de ska fungera som ett stöd för beslutsfattare att prioritera i enlighet med den etiska plattformen för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvården. I ett "riktlinjepaket" ingår rekommendationer, indikatorer, målnivåer och utvärdering. Som stöd för beslutsfattare är de rekommendationer som lämnas också prioriterade från 1 - 10. Riktlinjerna är inte bindande för hälso- och sjukvården och i förekommande fall tandvården utan det är alltid personalens ansvar att bedöma vad en enskild patient behöver. Socialstyrelsen har publicerat ett tjugotal nationella riktlinjer inom ett urval olika områden som till exempel demens, allergi, epilepsi, psoriasis och tandvård. Vår bedömning är att de nationella riktlinjerna utgör ett viktigt underlag för hälso- och sjukvårdsnämnden och i förekommande fall tandvårdsnämnden i arbetet med att styra och leda respektive organisationen samt prioritera i verksamheten, inte minst därför att riktlinjerna primärt vänder sig till beslutsfattare. Vi ser därför behov av att ur ett övergripande lednings- och styrningsperspektiv granska hur Socialstyrelsens riktlinjer omhändertas i regionen och hur de används av hälso- och sjukvårdsnämnden och tandvårdsnämnden i sin styrning av regionens hälso- och sjukvård.

2.2 Syfte

Syftet med granskningen är att ge underlag att bedöma om hälso- och sjukvårdsnämnden och tandvårdsnämnden använder sig av Socialstyrelsens nationella riktlinjer på ett ändamålsenligt och effektivt sätt i sin styrning och ledning av regionens hälso- och sjukvård.

2.3 Revisionsfrågor

Följande frågor har besvarats inom ramen för granskningen:

- Utgör Socialstyrelsens nationella riktlinjer underlag för hälso- och sjukvårdsnämndens respektive tandvårdsnämndens styrning, ledning och prioriteringar av regionens hälso- och sjukvård och tandvård?
 - Är riktlinjerna föremål för dialog/beslut etcetera - eller på annat sätt behandlade - i respektive nämnd?
 - Tar respektive nämnd aktiv ställning till lokala prioriteringar av åtgärder utifrån Socialstyrelsens prioritering av rekommendationer? Om inte, var i organisationen görs sådan prioritering?
 - Har enskilda riktlinjer legat till grund för beslut om organisatoriska eller andra genomgripande förändringar inom hälso- och sjukvården eller tandvården?



- Har hälso- och sjukvårdsnämnden respektive tandvårdsnämnden säkerställt att det finns rutiner, processer etcetera som organisationen kan använda för att omhänderta/implementera nationella riktlinjerna i organisationen?
- Är det tydligt vem/vilka i organisationen som ansvarar för att omhänderta/implementera de nationella riktlinjerna?
- Använder hälso- och sjukvårdsnämnden respektive tandvårdsnämnden de indikatorer som ingår i de nationella riktlinjerna i sin egen uppföljning och utvärdering av verksamheten?
 - Ligger utvärderingar/uppföljning etcetera till grund för justeringar etcetera i nämndernas styrning av verksamheten?
- Har nämnderna någon strukturerad uppföljning/kontroll av i vilken utsträckning och omfattning de nationella riktlinjerna faktiskt är implementerade eller tillämpas i organisationen?

Revisionens frågor har i förekommande fall kompletterats med ytterligare några fördjupade frågeställningar och resultaten från dessa redovisas i rapporten under respektive revisionsfråga.

2.4 Revisionskriterier

Underlag för bedömningsgrunder som svarar mot revisionsfrågorna har inhämtats från bland annat Region Dalarnas interna dokument avseende uppsatta mål, budget och riktlinjer samt relevanta lagar, föreskrifter och överenskommelser. Huruvida hälso- och sjukvårdsnämnden och tandvårdsnämnden använder sig av Socialstyrelsens nationella riktlinjer på ett ändamålsenligt och effektivt sätt i sin styrning och ledning av regionens hälso- och sjukvård och tandvård har i huvudsak bedömts med utgångspunkt i följande:

- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30): om att målen med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet.
- Tandvårdslag (1985:125): om att målen med tandvården är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Tandvården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder.
- Kommunallag (2017:725) - 6:6: om styrelsens och nämndernas ansvar att se till att verksamheten bedrivs i enlighet med regionfullmäktiges mål och riktlinjer samt lagar och förordningar som gäller för verksamheten.
- Patientlag (2014:821): om att patienten ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överenskommelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.
- Patientsäkerhetslag (2010:659): om vikten av att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård och jämförlig verksamhet.
- Regionplan, budget och finansplan 2024–2026: om styrelsers och nämnders ansvar och uppdrag avseende de nationella riktlinjerna.
- Beslut och yttranden från regionfullmäktige, hälso- och sjukvårdsnämnden eller tandvårdsnämnden, mål, direktiv, reglemente m.m. inom aktuellt område
- Socialstyrelsens nationella riktlinjer: om stöd till beslutsfattare om resurser i hälso- och sjukvården och tandvården.



2.5 Metod och genomförande

Granskningen genomfördes av Sirona under perioden augusti 2025 till november 2025. Granskningsteamet bestod av:

- Shadi Abbas - Uppdragsansvarig och granskningsledare
- Bo Lindblom (leg. läkare och professor) - Granskare, senior expert och medicinskt sakkunnig
- Lars-Torsten Larsson (leg. läkare, docent) - Granskare, senior expert och medicinsk sakkunnig
- Kari Aartojärvi (av Skyrev certifierad revisor) - Metodexpert och kvalitetssäkrare
- Julia Blomberg – Granskningskoordinator

Kontaktperson och projektledare från regionrevisionen i Region Dalarna har varit revisionschef Kjell Johansson. Rapporten är faktagranskad av de som har intervjuats eller lämnat skriftliga underlag. Granskningens frågeställningar har besvarats genom dokumentstudier, intervjuer och stickprov. Jämförande analys mellan dokumentation och intervjuer tillämpades för att bedöma och sammanställa överensstämmelse/diskrepans.

2.5.1 Dokumentstudier

Granskningen omfattade en systematisk genomgång och analys av styrande dokument inom det aktuella området från Region Dalarna. I detta har ingått att studera beslut från regionfullmäktige, hälso- och sjukvårdsnämnden och tandvårdsnämnden. Dokumentstudierna innefattade även genomgång av policydokument samt övriga styrdokument som ansågs relevanta för granskningen.

En förteckning över granskade dokument återfinns i **Bilaga 1: Granskade dokument**.

2.5.2 Intervjuer

För att få ett fördjupat och tillräckligt underlag från det granskade området intervjuades ett urval av nyckelpersoner från Region Dalarna som bedömdes relevanta utifrån granskningens syfte. Totalt genomfördes semistrukturerade djupintervjuer med 22 personer. Nyckelpersoner som har intervjuats har bland annat varit presidiet för hälso- och sjukvårdsnämnden respektive tandvårdsnämnden, förvaltningschef för hälso- och sjukvården, regiondirektör, divisionschefer för regionens olika vårdområden, och chef för avdelningen för kunskapsstyrning.

Intervjuförteckning kan ses i **Bilaga 2: Intervjuförteckning** och intervjuguide kan ses i **Bilaga 3: Intervjuguide**.

2.5.3 Stickprov

För att verifiera vad som framkommit vid granskning och analys av dokument samt genom djupintervjuer har verifiering skett genom stickprov på olika nivåer i Region Dalarnas organisation i syfte att säkerställa ett rättvisande och objektivt granskningsresultat. Stickproven har avsett både dokument, beslut och analys av nyckeltal.



3 Inledande iakttagelser

3.1 Beskrivning av systemet för kunskapsstyrning

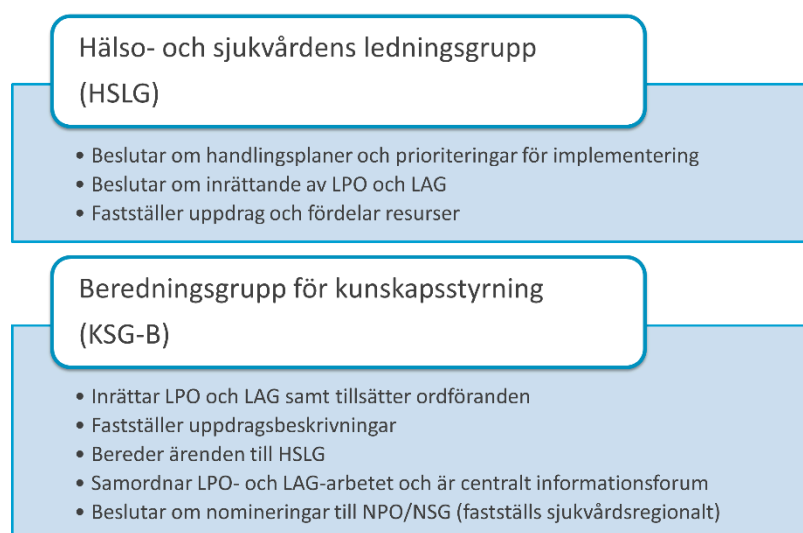
Kunskapsstyrning innebär ett systematiskt arbete för att ta fram, sprida och använda bästa tillgängliga kunskap inom hälso- och sjukvården – med syftet att förbättra vården, öka likvärdigheten och stärka patientsäkerheten. Sedan 2018 har Sveriges regioner ett gemensamt system för kunskapsstyrning där nationella programområden (NPO) utgör en central struktur. Dessa programområden består av ledamöter från regionerna och ansvarar för att leda kunskapsstyrningen inom olika sjukdomsområden, patientgrupper och centrala organisatoriska aspekter¹.

Region Dalarna har en organisation för kunskapsstyrning som bygger på linjeorganisationen och de nationella strukturerna för kunskapsstyrning. Syftet är att säkerställa att bästa tillgängliga kunskap tas om hand, sprids och används i det kliniska arbetet. Arbetet bedrivs på flera nivåer med utpekade roller och ansvar². Ledningen sker genom två huvudorgan. Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp (HSLG) är styrgrupp för kunskapsstyrningen och beslutar om övergripande mål, prioriterade aktiviteter samt handlingsplaner för implementering av nya kunskapsstöd. HSLG beslutar också om inrättande av lokala programområden (LPO) och lokala arbetsgrupper (LAG) samt fördelar resurser. Beredningsgruppen för kunskapsstyrning (KSG-B) samordnar kunskapsstyrningsarbetet, inrättar LPO och LAG, beslutar om ordförande och uppdragsbeskrivningar samt bereder ärenden till HSLG. Gruppen är också ett centralt informationsforum och beslutar om regionens nomineringar till nationella programområden och samverkansgrupper (beslut fastställs sjukvårdsregionalt). I KSG-B ingår divisionschefer, hälsovalschef, representanter från analysfunktion, chef för hälsa och välfärd, chefsläkare, Folk tandvårdens ansvariga för kunskapsstyrning samt regionens samordnare för kunskapsstyrning³. Därtill deltar bland annat representanter från Region Dalarnas vetenskapliga råd vid rapportering av utredningar i KSG-B. I **Figur 1** redovisas en översikt över Region Dalarnas ledningsstruktur för kunskapsstyrning.

¹ Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård (2025) Lägesbilder från hälso- och sjukvården.

² Region Dalarna (2019). Region Dalarnas system för kunskapsstyrning.

³ Ibid



Figur 1: Översikt över Region Dalarnas ledningsstruktur för kunskapsstyrning

Divisionschefer ansvarar för att beslut och aktiviteter omsätts på divisionsnivå, medan verksamhetschefer ansvarar för genomförandet i den dagliga driften. På så sätt är kunskapsstyrningen integrerad i linjeorganisationen och följer dess beslutsvägar⁴. LPO och lokala samverkansgrupperna (LSG) speglar den nationella strukturen och består av representanter från sjukvårdsregionala programområden, verksamhetschefer och ämnesspecialister. Vid behov inkluderas kommunala representanter och patient- och närstående⁵.

Det operativa arbetet bedrivs i lokala arbetsgrupper (LAG). Dessa grupper ansvarar för att genomföra implementeringen av nationella vårdprogram och kunskapsstöd. LAG inrättas inom ramen för ett LPO eller LSG och arbetar processinriktat med tydliga, tidsatta uppdrag. Implementeringen sker alltid inom linjeorganisationen, där divisions- och verksamhetschefer bär huvudansvaret för genomförandet. Arbetet kan innefatta metodutveckling, nya arbetssätt eller anpassning av rutiner i verksamheterna, och bidrar därigenom till att omsätta kunskap i klinisk praktik. I det lokala arbetet samverkar verksamheternas egna resurser med regionens centrala utvecklingsfunktioner, vilket skapar förutsättningar för en systematisk hantering av nya riktlinjer och arbetssätt⁶. Uppföljning är en integrerad del av systemet. Underlag hämtas bland annat från nationella kvalitetsregister, och regionens analysenhet stödjer verksamheterna i tolkning och uppföljning av resultat. Kunskapsstyrningen är även ekonomiskt integrerad i ordinarie verksamhet. Medarbetare som deltar i arbetet, exempelvis i råd eller arbetsgrupper, gör det som en del av sin befattning. Kostnaden bärs av respektive enhet, och verksamhetschefer ansvarar i samråd med divisionschefer för resurssättning och anpassning av arbetsscheman för de som medverkar i detta arbete⁷. De privata vårdgivarna omfattas formellt av kunskapsstyrningen, bland annat genom vårdvalsavtalen, där

⁴ ibid

⁵ Region Dalarna (2021). Uppdragsbeskrivning LPO.

⁶ Ibid

⁷ Region Dalarna (2019). Region Dalarnas system för kunskapsstyrning.



krav på kvalitetsarbete, deltagande i nationella kvalitetsregister och följsamhet till regionala vårdprogram ingår⁸. Implementeringen av nationella riktlinjer sker i praktiken genom dessa regionala vårdprogram, som är tillgängliga via regionens intranät och används som gemensam grund för kliniskt arbete i både offentliga och privata verksamheter⁹.

Sammanfattningsvis är Region Dalarnas system för kunskapsstyrning uppbyggt med en styrgrupp och en beredningsgrupp på ledningsnivå, fördelning i programområden och samverkansgrupper på intermediär nivå samt arbetsgrupper som driver det lokala, operativa genomförandet. Ansvar för beslut, införande och uppföljning är tydligt kopplat till linjeorganisationen, vilket ger ett system som kan ta emot nationella kunskapsunderlag, anpassa dem till lokala förutsättningar och följa upp resultaten på ett strukturerat och långsiktigt sätt.

3.2 Regional nulägesbild

Region Dalarna följer och rapporterar en rad nationella indikatorer, ofta via nationella och regionala kvalitetsregister och Primärvårdskvalitet*, vilket är relevant för denna granskning då flera mått sammanfaller med indikatorer som förordas i de nationella riktlinjerna. Det övergripande styrmålet i Region Dalarna är att ligga "bättre än riket" i kvalitetsvariabler (ett mål som, av kostnadsskäl, ersatt en tidigare "topp-5"-ambition). Totalt sett ligger Region Dalarnas resultat ofta nära rikssnittet, med tydliga styrkor inom vissa områden, exempelvis osteoporosvård där återfrakturen inom tre år är lägre än riket. Vidare visar lägesbilden att regionen ligger under rikssnittet inom vissa indikatorer för kroniska sjukdomar, exempelvis uppföljning av hjärtsviktspatienter¹⁰.

Exempel (se **Bilaga 4: Statistik från Lägesbilder från hälso- och sjukvården**):

- Barnhälsovård: Andel första hembesök inom 30 dagar och genomförda screeningar över riksnivå (Bilaga 4, Figur A-B).
- Diabetes (LDL-mål): Utfallet ligger kring rikssnittet. Förbättringspotential för att stabilt nå "bättre än riket" (Bilaga 4, Figur C).
- Stroke (uppföljning i primärvård): Ligger under riksnivå, prioriterat förbättringsområde (Bilaga 4, Figur D).
- Sällsynta diagnoser och medelsvår-svår utvecklingsstörning: Lägre andel individuell vårdplan än riket. Resultat för multidisciplinär konferens är i topp bland regionerna. (Bilaga 4, Figur E).
- Osteoporos (sekundärprevention): Lägre återfrakturen inom tre år är ett positivt exempel på "bättre än riket" (Bilaga 4, Figur F).
- Ortopedi (höftprotes): Hög operationsnivå per 100 000 invånare visar kapacitet/produktion men behöver kompletteras med kvalitetsmått (Bilaga 4, Figur G).

⁸ Region Dalarna (2025). Vårdval Primärvård Dalarna 2025.

⁹ Region Dalarna (2019). Region Dalarnas system för kunskapsstyrning.

* Primärvårdskvalitet är ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården med syfte att stödja förbättringsarbete och uppföljning genom analys, reflektion och lärande.

¹⁰ Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård (2025). Lägesbilder från hälso- och sjukvården.



- Barnobesitas (BORIS): Lägre andel som påbörjar behandling jämfört med toppliggande regioner indikerar möjlig underförsörjning relativt behov (Bilaga 4, Figur H).

Sammantaget visar beskrivningen av systemet för kunskapsstyrning att Region Dalarna har etablerade strukturer för kunskapsstyrning och en systematik för att följa upp resultat genom nationella indikatorer och kvalitetsregister. Den övergripande inriktningen – att ligga bättre än riket i kvalitetsutfall – illustrerar hur nationella mått används som grund för regionala mål och prioriteringar. De varierande resultaten mellan olika områden understryker samtidigt behovet av en fortsatt utvecklad styrning och uppföljning, där kopplingen mellan nationella riktlinjer, indikatorer och nämndernas beslut kan stärkas. Nästa kapitel redovisar granskningens samlade iakttagelser, analyser och bedömningar per revisionsfråga. Därefter följer den samlade bedömningen och Sironas rekommendationer för fortsatt styrning och prioritering.



4 Iakttagelser, analyser och bedömningar per revisionsfråga

Resultaten som presenteras nedan är en sammanställning av resultaten från dokumentgranskningen och intervjuerna som har genomförts. Respektive revisionsfråga inleds med iakttagelser och analyser och avslutas med Sironas bedömningar, som är en sammanvägning av vad de olika underlagen har indikerat.

4.1 Revisionsfråga 1: Riktlinjernas betydelse i nämndernas styrning och prioritering

Utgör Socialstyrelsens nationella riktlinjer underlag för hälso- och sjukvårdsnämndens respektive tandvårdsnämndens styrning, ledning och prioriteringar av regionens hälso- och sjukvård och tandvård?

4.1.1 Iakttagelser och analyser

Intervjuerna ger en samstämmig bild av att Socialstyrelsens nationella riktlinjer har hög legitimitet i Region Dalarna och i praktiken utgör en viktig utgångspunkt för styrning av verksamheterna och deras arbetssätt. Riktlinjerna tas främst om hand inom kunskapsstyrningens strukturer och i linjeorganisationen, där underlag bereds och befintliga regionala riktlinjer uppdateras och operationaliseras. De politiska nämnderna, hälso- och sjukvårdsnämnden samt tandvårdsnämnden, involveras framför allt när riktlinjer innebär politiska avvägningar eller tydlig resurs- och organisationspåverkan. I nämndprotokollen framgår att ärenden kopplade till nationella riktlinjer sällan behandlas som separata beslutsärenden om att tillämpa riktlinjer. Den politiska hanteringen sker snarare indirekt, till exempel genom remissyttranden, uppdrag till förvaltningarna eller beslut om större satsningar¹¹. Operativa prioriteringar görs huvudsakligen inom kunskapsstyrningens lokala programområden (LPO) och lokala arbetsgrupper (LAG), samt i respektive förvaltning. Begreppen horisontell och vertikal prioritering används idag inte konsekvent i styrning och uppföljning på nämndnivå eller i förvaltningen. Sedan 2024 finns dock ett prioriteringsråd inom hälso- och sjukvården, vars införande beslutades i november 2023¹². Prioriteringsrådet har i uppdrag att utveckla och stödja arbetssätt för prioriteringar på samtliga nivåer i linjeorganisationen, i enlighet med den nationella modellen för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård. Rådet ska bidra till att strukturera både vertikala och horisontella prioriteringar och stärka förmågan att fatta transparenta och välgrundade prioriteringsbeslut. Syftet med införandet av prioriteringsrådet var att möta aktuella och framtida behov av hälso- och sjukvård. Arbetet utgör en viktig utveckling för systematiska prioriteringar i Region Dalarna.

Primärvården styrs genom vårdvalsavtalet, där Socialstyrelsens nationella riktlinjer och andra kunskapsstöd uttryckligen anges som grund för verksamhetens uppdrag. Avtalets syfte är "att säkerställa jämlik vård, minska kostnader för medicinskt omotiverad vård samt öka förutsättningar för forskning, utveckling och utbildning samt långsiktig kompetensförsörjning i hela hälso- och sjukvårdssystemet"¹³. Inom sjukhusvården beskrivs de nationella riktlinjerna framför allt omsättas genom de lokala programområdena och lokala arbetsgruppernas arbete, där riktlinjer och vårdprogram integreras i utvecklingsplaner och beslutsunderlag för processförbättringar. Arbetet sker nära den kliniska linjen och används främst som stöd i det medicinska förbättringsarbetet snarare än som direkt styrning från nämndnivå.

¹¹ Protokoll Hälso- och sjukvårdsnämnden (2024–2025); Protokoll Tandvårdsnämnden (2024–2025).

¹² Region Dalarna (2023). Inrättande av ett Prioriteringsråd.

¹³ Region Dalarna (2024). Avtal Vårdval Primärvård 2025.



"Nationella riktlinjer har hög legitimitet och är en tydlig utgångspunkt i styrning och ledning men den politiska hanteringen aktiveras främst när frågorna innebär resurs- eller organisationskonsekvenser"

- Representant, regionledningen

Inom tandvården används Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tandvård som kunskapsstöd i förvaltningens planering och uppföljning. De nationella riktlinjerna beskrivs påverka inriktning och prioritering, till exempel genom riskbaserade revisionsintervall och fokus på förebyggande insatser, men är sällan föremål för egna nämndbeslut. Ett konkret exempel på politiskt ställningstagande finns dock i beslutet från tandvårdsnämnden om att tillåta upp till 30 månader som längsta revisionsintervall från 17 års ålder, medan Socialstyrelsens nationella riktlinjer rekommenderar 18–24 månader för barn och unga upp till 19 år¹⁴. Detta beskrivs som en lokal regel som ställer högre krav på riskbedömning för att undvika glapp i tandvården för individer i känsliga åldrar, snarare än ett generellt avsteg. I samband med att åldern för kostnadsfri tandvård sänktes från 23 till 19 år 2025 har inte ett nytt beslut eller en uppdaterad konsekvensanalys redovisats. Motsvarande detaljbeslut uppges vara ovanliga inom hälso- och sjukvården, där professionen normalt hanterar tillämpningen inom givna budgetramar. I hälso- och sjukvårdsnämnden är riktlinjeärenden vanligtvis informationspunkter, medan tandvårdsnämnden har mer återkommande dialoger om tillämpning och uppföljning. Detaljerad prioritering sker dock främst i förvaltningen.

"I nämnden blir det oftast informationsärenden. Prioriteringar formas i kunskapsstyrningens forum och i linjen, och nämnden fattar beslut när det krävs."

- Företrädare, hälso- och sjukvårdsnämnden

"I tandvårdsnämnden går vi igenom och drar upp strategier för hur riktlinjerna ska fungera. Hanteringen är en blandning av information och beslut, och vi följer upp hur det genomförs."

- Företrädare, tandvårdsnämnden

Lokala prioriteringar görs i praktiken i kunskapsstyrningens berednings- och styrstrukturer, främst inom LPO och LAG samt i linjeorganisationen. När frågor kräver politiska avvägningar eller större resursförflyttningar lyfts de till hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp. I årsrapporten från de lokala programområdena (LPO) framgår att grupperna tar emot nationella kunskapsunderlag, genomför gapanalyser och utarbetar handlingsplaner utifrån Socialstyrelsens riktlinjer¹⁵. Som komplement till detta finns ett prioriteringsråd inom hälso- och sjukvården med uppdrag att utveckla metodik och stödja mer samordnade och transparenta prioriteringar¹⁶.

"Det är inte så ofta riktlinjer tas upp som en särskild avstämning i nämnden. Lokala prioriteringar formas i divisioner och medicinska råd, och lyfts vid behov när resurser eller uppdrag behöver beslutas."

- Representant, regionledning

¹⁴ Socialstyrelsen (2022). *Nationella riktlinjer för tandvård*.

¹⁵ Region Dalarna (2025). Årsrapport LPO 2024.

¹⁶ Region Dalarna (2023). Inrättande av ett Prioriteringsråd.



”Vi följer riktlinjerna, men i primärvården är flera vårdprogram ambitiösa och allt kan inte göras samtidigt. Vi efterfrågar tydligare stöd för hur man ska göra den prioriteringen.”

- Chefläkare

Enskilda riktlinjer har sällan ensamt drivit större organisatoriska förändringar. Förändringar sker vanligtvis successivt inom ramen för kunskapsstyrningen. Exempel som nämns under intervjuer är utvecklingen av strokevårdens struktur, satsningar inom cancervården, hälsosamtal inom äldreomsorgen samt reviderade revisionsintervall och uppdaterad syn på fluoridanvändning inom tandvården. Protokoll från både hälso- och sjukvårdsnämnden och tandvårdsnämnden bekräftar att riktlinjerna påverkar inriktning och praktisk tillämpning, men sällan ligger till grund för enskilda formella beslut¹⁷.

”Det är sällan en enskild riktlinje som i sig driver en större omorganisation utan anpassningen sker successivt. Där det hänt mest har det ofta funnits ett tydligt politiskt eller kapacitetsdrivet initiativ.”

- Representant från regionledning

Sammantaget visar granskningen att de nationella riktlinjerna i hög grad utgör faktisk grund för styrning och prioritering i Region Dalarna. Den praktiska implementeringen och vertikala prioriteringshanteringen sker dock främst inom kunskapsstyrningens strukturer och linjeorganisationen, medan nämndernas roll framför allt aktiveras vid större resurs- eller organisationsfrågor, det vill säga vid horisontella prioriteringsbeslut.

4.1.2 Bedömning

Sammantaget bedömer Sirona att Socialstyrelsens *nationella riktlinjer utgör ett faktiskt underlag för styrning, ledning och prioriteringar* i Region Dalarna, både i hälso- och sjukvårdsnämnden och i tandvårdsnämnden. Omsättningen sker främst via kunskapsstyrningssystemet från NPO och RPO via KSG-B och HSLG till LPO och LAG (alternativt direkt från RPO till LPO) och vidare ut i linjen där underlag bereds, gapanalyser görs och regionala riktlinjer och arbetssätt uppdateras och genomförs. Nämndernas hantering är i huvudsak informations- och ramstyrd och aktiveras främst när frågor har tydlig resurs eller organisationspåverkan.

I primärvården omfattas utförarna formellt av vårdvalsavtalens krav på systematiskt kvalitetsarbete och deltagande i nationella kvalitetsregister, vilket skapar förutsättningar för att nationella riktlinjer ska kunna omsättas i praktiken. För övriga verksamheter, såsom sjukhusvården, integreras riktlinjerna i stället genom kunskapsstyrningens ordinarie berednings- och införandeprocesser samt i verksamheternas interna ledningssystem. Inom tandvården tillämpas ett 30-månaders revisionsintervall från 17 års ålder, vilket avviker från Socialstyrelsens riktlinjer (24 månader upp till 19 år). I samband med att åldern för kostnadsfri tandvård sänktes från 23 till 19 år 2025 har inte ett nytt beslut eller en uppdaterad konsekvensanalys redovisats, vilket gör det svårt att bedöma den nuvarande avvägningen och effekten på unga vuxnas tillgång till tandvård. Sammantaget görs lokala prioriteringar främst i LPO och LAG samt i berednings- och ledningsgrupper. Sedan 2024 finns även ett prioriteringsråd inom hälso- och sjukvården som utvecklar och

¹⁷ Protokoll Hälso- och sjukvårdsnämnden (2024–2025); Protokoll Tandvårdsnämnden (2024–2025).



stödjer strukturerade prioriteringsprocesser, vilket stärker den horisontella prioriteringsförmågan över tid. Arbetssätt anpassas successivt, och nationella riktlinjer styr inriktning och operativ tillämpning, men utgör sällan ensamma beslutsunderlag för större förändringar.

4.2 Revisionsfråga 2: Rutiner och processer för införande av riktlinjer

Har hälso- och sjukvårdsnämnden respektive tandvårdsnämnden säkerställt att det finns rutiner, processer e.t.c. som organisationen kan använda för att omhänderta/implementera nationella riktlinjerna i organisationen?

4.2.1 Iakttagelser och analyser

Intervjuerna ger en samlad bild av att Region Dalarna har etablerade strukturer för att ta emot, bearbeta och implementera Socialstyrelsens nationella riktlinjer i verksamheterna. Huvudflödet går via kunskapsstyrningen, från nationella och regionala programområden (NPO/RPO) till lokala programområden (LPO) och lokala arbetsgrupper (LAG), där beredning, gapanalys och införandeplaner tas fram och genomförs i linjeorganisationen¹⁸. Ledningen betonar vikten av att delta aktivt i det nationella systemet för kunskapsstyrning, vilket underlättar tidig tolkning, prioritering och lokal anpassning av nya kunskapsstöd¹⁹. Denna struktur framgår tydligt i regionens dokumentation, där kunskapsstyrningsgruppen (KSG-B) bereder frågor och fördelar uppdrag till LPO, som i sin tur tillsätter arbetsgrupper med tydliga uppdrag, tidsplan och återsrapporteringskyldighet²⁰. Processen följs upp genom protokollförda möten och årsrapporter²¹.

I primärvården kopplas följsamheten till riktlinjer även till vårdvalsavtalet, som kräver att vårdgivarna bedriver systematiskt kvalitetsarbete och deltar i nationella kvalitetsregister – strukturer som stödjer implementeringen av de nationella riktlinjerna²². Årsuppföljningen för 2024 visar att regionen följer upp följsamheten till nationella riktlinjer inom flera områden, bland annat diabetesvård, artros, psykisk ohälsa och levnadsvanor, samt att samtliga vårdcentraler rapporterar till Nationella Diabetesregistret och majoriteten till Svenska Artrosregistret. Uppföljningen visar även att nästan alla vårdcentraler (28 av 29) har utsett en verksamhetsutvecklare med uppdrag att öka följsamheten till nationella kunskapsunderlag²³. Därutöver sker uppföljning genom verksamhetsdialoger och fördjupade granskningar. I sjukhusvården sker implementering av nationella riktlinjer huvudsakligen genom divisionsnivåns ledningsstruktur, där processledare och vårdutvecklare ansvarar för att integrera nya rekommendationer i kliniska rutiner. Implementeringsstödet sker i nära samverkan med kvalitetsenheten och respektive programområdes medicinska råd, vilket säkerställer enhetliga arbetssätt inom och mellan kliniker. I tandvården finns ett fast ledningssystem med utsedda kvalitetstandläkare och vårdutvecklare som ansvarar för att rekommendationer integreras i klinikernas behandlingsrutiner²⁴.

¹⁸ Region Dalarna (2025). System för kunskapsstyrning.

¹⁹ Region Dalarna (2024). Info om process KS RD 250910.

²⁰ Region Dalarna (2025). Kallelse och mötesanteckningar – KSG Beredningsgrupp.

²¹ Region Dalarna (2025). Årsrapport LPO 2024.

²² Region Dalarna (2024). Avtal Vårdval Primärvård 2025.

²³ Region Dalarna (2025). Årsuppföljning av Avtal Vårdval Primärvård Dalarna 2024.

²⁴ Region Dalarna (2025). Årsuppföljning avtal vårdval allmäntandvård Dalarna.



”Införandet av riktlinjer är en gedigen process och det finns etablerade arbetssätt via LPO/LAG”

- Divisionschef

”Vi har ett strikt omhändertagande från kunskapsstyrningen till kunskapsstyrningsgruppen som pekar ut berörda verksamheter. Systemet har gett mer ordning och reda.”

- Verksamhetsutvecklare, tandvården

”Rutiner och processer i verksamheten fungerar. Kvalitetstandläkare går igenom fall och utbildar, vi har tät avstämning mellan nämnd och förvaltning och arbetar med intern kontroll och styrning.”

- Företrädare, tandvårdsnämnden

På systemnivå finns även generella styr- och kontrollprocesser beslutade av nämnderna, särskilt inom hälso- och sjukvårdsnämnden, såsom internkontrollplaner, återrapporter och tertiärluppföljningar. Dessa fungerar som övergripande verktyg för att följa upp verkställighet och skapa drivkraft i implementeringen, men protokollen visar få exempel där implementering av enskilda nationella riktlinjer behandlas som specifika nämndärenden²⁵. Inom tandvården är uppföljningskedjan tydligare formaliserad genom årsuppföljningar av tandvårdsstödet, handlingsplaner och kontrollpunkter kopplade till riktlinjer²⁶.

Intervjuerna nyanserar bilden och talar för att flera faktorer kan försvåra införandet i praktiken. Implementeringen fungerar som regel väl när det finns gemensamma införandeplaner, tydligt ledningsstöd och tillgång till stödresurser. Samtidigt framkommer utmaningar i det praktiska genomförandet, exempelvis för stort personberoende i vissa vårdprocesser, varierande användning av Socialstyrelsens implementeringsstöd och brist på vissa professioner, exempelvis dietister, vilket begränsar möjligheten att följa riktlinjerna fullt ut. Primärvården pekar särskilt på svårigheten att omsätta flera riktlinjer samtidigt, eftersom de ofta gör anspråk på samma resurser eller kompetenser, varför man efterfrågar tydligare stöd från politiskt håll vid prioritering. I psykiatrien beskrivs att nya kunskapsstöd ofta fångas upp av engagerade verksamheter snarare än via ett styrt införande från divisionsnivå.

”Det finns ett arbetssätt och en rutin i kunskapsstyrningsorganisationen, men för den slutliga implementeringen saknas ofta plan och resurssättning, där tar det stopp.”

- Verksamhetschef, offentlig vårdgivare

I intervjuerna framkommer att vissa privata vårdgivare upplever att deras delaktighet i det gemensamma kunskapsstyrningsarbetet är begränsad, vilket försvårar en enhetlig implementering över vårdens gränser. För de privata vårdgivarna sker kommunikationen främst via den avtalsmässiga styrningen och regionens gemensamma system, snarare än genom regelbundet deltagande i LPO- eller LAG-arbete. Samverkan sker återkommande i lokala systemledningsmöten, men privata enheter beskriver att de inte alltid är lika involverade i det formella utvecklings- och uppföljningsarbetet som regiondrivna vårdcentraler.

²⁵ Protokoll Hälso- och sjukvårdsnämnden 2024–2025.

²⁶ Region Dalarna (2025). Årsuppföljning av Region Dalarnas tandvårdsstöd 2024.



Kunskapsstyrningsavdelningen beskriver att processen för införande nu utvecklas för att samla alla typer av kunskapsunderlag – remisser, kunskapsstöd och riktlinjer – i ett gemensamt flöde. Uppdateringen inkluderar även lokala tillägg på 1177 Vårdpersonal och metodverktyg som Plan-Do-Study-Act (PDSA) för kontinuerlig förbättring. Centrala resurser uppges dock vara begränsade, vilket påverkar stödet ut till verksamheterna. Detta sammanfaller med vårdvalsenhetens utveckling av ett mer integrerat uppföljningssystem, där kvalitetsindikatorer och ersättningsmodeller i högre grad speglar de nationella riktlinjernas prioriteringar²⁷. Granskningen bekräftar att de övergripande processramarna finns på plats, men att vissa införanden kräver förtydliganden och förstärkningar för att fungera som avsett i vardagen. I intervjuer och i regionens remissyttranden till Socialstyrelsen, exempelvis avseende riktlinjer för graviditet, förlossning och tiden efter, framförs behov av tydligare ansvarsfördelning, sammanhållen kompetensutveckling, definierade arbetssätt (till exempel för kombinerad levnadsvanebehandling) och bättre samspel med kommunerna²⁸. Dessa utmaningar handlar inte om att strukturer saknas, utan snarare om praktiska förutsättningar, resursnivåer och gränssnitt som påverkar genomslaget när nya riktlinjer ska omsättas i praktiken.

Sammantaget visar granskningen att nämnderna genom styrmodeller, intern kontroll, krav i vårdvalssystemet samt kunskapsstyrningens arbetsordning har säkerställt en tydlig struktur för omhändertagande och implementering av nationella riktlinjer. Den operativa tyngdpunkten ligger dock i linjeorganisationen, där gjorda prioriteringar, resurssättning och förändringsledning avgör i vilken grad införanden får fäste i det kliniska arbetet. Variation mellan verksamheter, personberoende och kapacitetsfrågor bidrar till skillnader i genomslag över tid.

4.2.2 Bedömning

Sironas sammantagna bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden respektive tandvårdsnämnden *i allt väsentligt har säkerställt att det finns rutiner och processer* för att omhänderta och implementera nationella riktlinjer. Det finns en beslutad och praktiserad arbetsordning i kunskapsstyrningen (KSG-B → LPO → LAG → linjen) samt kravställning i Vårdval Primärvård som kopplar vårdgivare till ledningssystem och kända/följda rutiner. Det finns även ett tydligt process- och ledningssystem i Folktandvården med operativt införandestöd från kvalitetstandläkare/vårdutvecklare. Nämndernas generiska styr- och kontrollmekanismer (internkontroll, återrapporter, verksamhetsdialoger) utgör rimliga verktyg för att stödja införanden över tid. Samtidigt finns ett fortsatt behov av att stärka förmågan att omsätta beslut och planer i praktiskt genomförande ute i verksamheterna. Detta kan ske genom att tydliggöra resurssättning och prioritering när många införanden konkurrerar, minska personberoende i vissa processer och säkerställa divisionernas samspel vid gränssnitt mot primärvård och kommuner. Sammantaget är strukturen ändamålsenlig, men kräver konsekvent användning och tillräcklig kapacitet för att fullt ut omsätta nationella riktlinjer i varaktig förändring.

²⁷ Region Dalarna (2025). Årsuppföljning av Avtal Vårdval Primärvård Dalarna 2024.

²⁸ Region Dalarna (2024). Remissvar – Avseende Socialstyrelsens nationella riktlinjer för graviditet, förlossning och tiden efter.



4.3 Revisionsfråga 3: Tydlighet i ansvarsfördelning för implementering

Är det tydligt vem/vilka i organisationen som ansvarar för att omhänderta/implementera de nationella riktlinjerna?

4.3.1 Iakttagelser och analyser

Intervjuerna ger en samstämmig bild av att ansvarslinjerna för omhändertagande och implementering av nationella riktlinjer i huvudsak är tydliga och ligger i linjen, med chefer på respektive nivå som bär genomförandeansvar. Kunskapsstyrningens struktur beskrivs som den ordinarie vägen in – genom beredning i kunskapsstyrningsgrupp och lokala programområden, samt uppdrag via ledningsgrupper – medan verksamhets- och divisionschefer ansvarar för att omsätta beslut och underlag i praktiken. Flera respondenter betonar att detta är väl etablerat och att ansvar pekas ut snabbt om något saknas. Samtidigt lyfts att den praktiska implementeringen i vissa fall påverkas av tillgängliga resurser och att ansvarsfördelningen tydliggörs på olika sätt beroende på verksamhet: i primärvården genom vårdvalsavtalens uppdrag och ersättningsmodeller, och i sjukhusvården genom interna uppdrag och ledningssystem inom respektive division.

De samlade granskningsunderlagen bekräftar bilden av en formell ansvarskedja från beslut till genomförande. På hälso- och sjukvårdssidan framgår av protokollpraxis att nämndbeslut adresseras till förvaltningschef hälso- och sjukvård och berörda divisionschefer för verkställighet, vilket konkretiserar ansvarsfördelningen i linjen. I tandvården skickas motsvarande beslut till förvaltningschefen och vidare till divisions- och verksamhetschefer. Intern styrning och kontroll (ISK) samt återkommande uppföljningspunkter i nämnd bidrar till att ansvarsfördelningen hålls operativ över tid²⁹. Ansvarsfördelningen inom kunskapsstyrningen är även definierad i regionens arbetsordning. KSG-B planerar och leder beredningen, hälso- och sjukvårdens respektive tandvårdens ledningsgrupper fungerar som styrgrupper, LPO-ordföranden leder lokalt, LAG bemannas för genomförande och linjechefer svarar för spridning och implementering i vardagen³⁰. För primärvårdens utförare anges dessutom namngivna roller i vårdvalsavtalet – såsom verksamhetschef, medicinskt ledningsansvarig specialist i allmänmedicin, läkemedelsansvarig samt ansvarig för arbetet mot antibiotikaresistens – vilket ytterligare tydliggör ansvar för att följa nationella riktlinjer och regionens styrdokument³¹.

Inom tandvården framträder en särskilt konkret ansvarskedja. Implementeringsarbetet leds av utsedd vårdutvecklare eller kvalitetstandläkare, som stödjer verksamhets- och klinikchefer i att integrera rekommendationer i behandlingsrutiner, till exempel inom kariesprevention och tandreglering. Tandvårdsstödsenheten har dessutom ett uttalat ansvar för uppföljning av tandvårdsstödet och för samverkan med kommunerna i frågor som rör munhälsobedömningar och utbildningsinsatser³². Detta motsvarar Socialstyrelsens riktlinjer för strukturerad samverkan mellan region och kommuner. Sammantaget framstår ansvarsfördelningen inom tandvården som särskilt tydlig och systematiskt uppföljd.

²⁹ Protokoll Hälso- och sjukvårdsnämnden 2024–2025.

³⁰ Region Dalarna (2025). Årsrapport LPO 2024.

³¹ Region Dalarna (2024). Avtal Vårdval Primärvård 2025.

³² Region Dalarna (2025). Årsuppföljning av Region Dalarnas tandvårdsstöd 2024.



Samtidigt visar både intervjuer och dokument att det finns vårdprocesser där ansvarsfördelningen behöver preciseras för att säkerställa kontinuitet och uppföljningsbarhet. Framför allt gäller detta övergången mellan specialistvård och primärvård vid kroniska tillstånd, där uppföljningsansvaret ibland uppfattas som delat. Stroke- och hjärtsviktsvården lyfts ofta som exempel på områden där gemensamma rutiner, ansvarsfördelning och uppföljningsflöden kan stärkas. Även inom obesitasvården uppstår osäkerhet kring ansvar mellan primärvård, dietistresurser och sjukhusvård, särskilt vid kirurgiska ingrepp och långsiktig uppföljning. I den specialiserade psykiatrien nämns behov av tydligare rollbeskrivningar för specialistteam och gränssnitt mot kommunal socialpsykiatri. Dessa exempel handlar dock främst om otydligheter i gränssnitt och ansvar per moment, snarare än brister i den övergripande ansvarslinjen. Den formella kedjan för ansvar finns på plats, men vissa processer behöver förtydligas för att ansvar ska kunna följas upp och utkrävas i praktiken.

Intervjuunderlaget nyanserar också bilden av hur det strategiska arbetet omsätts i praktiken. Verksamhetschefer beskriver att ansvarslinjen i grunden är tydlig, men att genomförandet ibland bromsas av begränsade resurser, hög arbetsbelastning och beroende av nyckelpersoner i kunskapsstyrningsorganisationen. Flera pekar också på skillnader mellan offentligt och privat drivna vårdcentraler, där de senare upplever svagare koppling till regionens kunskapsstyrningsstruktur när uppdraget inte uttryckligen reglerar deltagande. På övergripande nivå framhålls dock att kunskapsstyrningen har stärkt ordningen och tydliggjort ansvar, även om tillgänglig kapacitet och prioritering fortsatt avgör hur långt implementeringen når.

4.3.2 Bedömning

Sammantaget bedömer Sirona att det i Region Dalarna *finns en tydlig och ändamålsenlig ansvarsfördelning för omhändertagande och implementering av nationella riktlinjer*. Ansvarslinjen är systematiskt uppbyggd och väl känd i organisationen. Nämnderna fattar beslut och pekar ut verkställighetsansvar i linjen, förvaltningscheferna för hälso- och sjukvård respektive tandvård och berörda divisions- och verksamhetschefer bär genomförandansvaret, och kunskapsstyrningens struktur (KSG-B, LPO, LAG) organiserar beredning och införande. Tandvården har en särskilt konkret och systematiskt uppföljd ansvarskedja med tydliga roller för vårdutvecklare, kvalitetstandläkare och tandvårdsstödsenheten.

Samtidigt visar granskningen att vissa vårdprocesser, där flera aktörer eller vårdnivåer delar ansvaret, behöver en mer konkret rollfördelning för att säkerställa enhetlighet och uppföljningsbarhet. Det gäller exempelvis övergången mellan specialistvård och primärvård vid stroke- och hjärtsviktsrehabilitering, ansvarsfördelningen kring uppföljning av patienter med fetma (obesitas) samt samverkan i komplexa psykiatriska vårdflöden. I dessa områden uppfattas ansvarslinjen som generiskt definierad, men det praktiska ansvaret för uppföljning och vårdplanering behöver förtydligas. Slutligen konstateras att ansvarsfördelningen i sig fungerar väl, men att genomförandet i praktiken påverkas av tillgänglig kapacitet, prioriteringar och i viss mån personberoende - särskilt i primärvården där privata utförare omfattas av samma ansvar men upplever mer indirekt koppling till regionens kunskapsstyrningsstruktur. Detta förändrar inte ansvarsfördelningen formellt, men påverkar i vilken grad riktlinjerna kan omsättas fullt ut i vardagen, och bör därför beaktas i den fortsatta styrningen.



4.4 Revisionsfråga 4: Riktlinjeindikatorer i nämndernas uppföljning

Använder hälso- och sjukvårdsnämnden respektive tandvårdsnämnden de indikatorer som ingår i de nationella riktlinjerna i sin egen uppföljning och utvärdering av verksamheten?

4.4.1 Iakttagelser och analyser

Intervjuerna visar att indikatorer används brett i den operativa uppföljningen, framför allt via kvalitetsregister (till exempel Nationella diabetesregistret, SveDem och Artrosregistret), Primärvårdskvalitet (PVQ) och förvaltningens egna nyckeltal. Många av dessa indikatorer överlappar med Socialstyrelsens riktlinjeindikatorer, även om de i regionens uppföljning sällan benämns som sådana³³. Det innebär att följsamheten till nationella riktlinjer i praktiken ofta följs upp indirekt – genom data från kvalitetsregister och PVQ – snarare än genom särskilda rapporter om just riktlinjeindikatorer. Regionens styrning vilar på nationella källor och kvalitetsregister³⁴, men nämndprotokollen 2024–2025 visar få exempel där riktlinjeindikatorer uttryckligen efterfrågas, redovisas eller diskuteras som grund för beslut³⁵. Ett tydligt undantag finns i tandvården: beslutet 2024 om ett nytt urvalsindex inom ortodonti, som anpassats till nationella riktlinjer och därmed påverkar styrningen av väntelistor och prioritering.

Samtidigt beskrivs att nämnderna arbetar med en återkommande kärna av nyckeltal. På hälso- och sjukvårdssidan följs regelbundet mått kopplade till vårdgaranti och tillgänglighet (exempelvis första besök och operation/åtgärd inom givna tidsgränser), belägningsgrad, andel utlokaliserade patienter, återinskrivningar, vistelsetider på akutmottagning samt ”bedömning inom en timme”. Regionledningen beskriver också ett övergripande målvärde att ligga ”bättre än riket” i kvalitetsvariabler, vilket ersatt tidigare mer ambitiösa ”topp-5-mål”. Dessa mått redovisas återkommande i delårs- och kvartalsuppföljningar till respektive nämnd.

”Våra indikatorer och nyckeltal talar ekonomins språk ... riktlinjernas indikatorer finns med i helheten, men styrningen riktas mer mot ekonomin än ’nu har vi nya riktlinjer, hur ska vi göra med dem?’.”

- Representant för regionledning

”Indikatoruppföljningen är ett pågående arbete. Tidigare följde vårdvalet vissa kvalitetsmått, men i år saknas de i avtalet, vilket gör att verksamheterna behöver ta mer eget ägarskap”

- Divisionschef

På tandvårdssidan återkommer uppföljning av ekonomi, patientsäkerhetsberättelse och odontologiskt bokslut, samt epidemiologiska indikatorer såsom andel kariesfria i nyckelåldrar och resultat i det nationella kvalitetsregistret SKaPa (karies och parodontit)³⁶. Uppföljningsresultaten används av förvaltningen för förbättringsarbete, exempelvis genom åtgärdsplaner eller justering av ersättningsmodeller, medan nämnden får samlade dragningar ett par gånger per år. I primärvården framgår i regionplanen att

³³ Region Dalarna (2025). Årsredovisning 2024 Region Dalarna.

³⁴ Region Dalarna (2025). Regional årsrapport 2024 – God och Nära vård.

³⁵ Protokoll Hälso- och sjukvårdsnämnden 2025-03-25; Protokoll Tandvårdsnämnden 2025-02-19.

³⁶ Region Dalarna (2025). Årsuppföljning av Region Dalarnas tandvårdsstöd 2024.



vårdvalens utförare ska använda regionens nyckeltal och att Primärvårdskvalitet (PVQ) successivt införs³⁷. Deltagande i nationella kvalitetsregister är obligatoriskt³⁸. PVQ, vars indikatorer bygger på evidens och nationella riktlinjer, används i stor utsträckning för verksamhetsnära analys och förbättringsarbete, ofta med stöd av Medrave. Även inom sjukhusvården sker uppföljning genom kvalitetsregister, såsom Riksstroke, Swedeheart och Rikssår, vilka innehåller indikatorer som direkt speglar Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Resultaten används för förbättringsarbete i divisionerna och lyfts till ledningsnivå i samband med verksamhetsdialoger och patientsäkerhetsrapporter.

”Indikatorerna används på verksamhetsnivå absolut ... men i nämnden ... pratar vi väl inte så mycket om det.”

- Företrädare, tandvårdsnämnden

”Indikatorer i riktlinjerna används främst på verksamhetsnivå ... nämnden får ett par ... rapporter varje år ...”

- Företrädare, tandvårdsnämnden

Intervjuerna pekar också på vissa praktiska hinder: journalsystembyte och datatillgänglighet minskar möjligheten till aktuella kvalitetsdata, vilket försvårar en mer systematisk nämnduppföljning med riktlinjeindikatorer. I primärvården används indikatorer aktivt i verksamhetsstyrningen (exempelvis strukturerad diabetesuppföljning i nationella diabetesregistret och jämförelser mot rikssnitt), men respondenterna beskriver att nämnden inte explicit följer Socialstyrelsens riktlinjeindikatorer eller tar återkommande styrbeslut kopplade just till dem. Slutligen illustrerar tandvårdens beslut om nytt urvalsindex i ortodonti att kopplingen mellan nationella riktlinjer, indikatorer och politiska beslut kan göras tydlig och styrande när nämnden väljer att inkludera indikatorlogiken i prioriteringsmodellen³⁹. Inom hälso- och sjukvården nämns liknande exempel mer sällan i protokoll - här dominerar ekonomi- och tillgänglighetsuppföljning och indikatorerna från kvalitetsregister syns främst i linjens löpande förbättringsarbete.

4.4.2 Bedömningar

Sironas sammantagna bedömning är att indikatorer som ingår i de nationella riktlinjerna *används brett och i praktiken påverkar styrning och beslut, men att de sällan följs upp eller redovisas på nämndnivå som en egen kategori av riktlinjeindikatorer*. Region Dalarna har en fungerande indikatorinfrastruktur (kvalitetsregister, Primärvårdskvalitet/Medrave, epidemiologiska nyckeltal samt utvalda mått i enskilda avtal) som stödjer uppföljning och förbättring i verksamheterna. Däremot finns begränsade belägg för att hälso- och sjukvårdsnämnden systematiskt använder Socialstyrelsens riktlinjeindikatorer som uttryckliga kvalitetsmått i sin egen uppföljning och därmed som återkommande grund för styrjusteringar. Undantag (exempelvis ortodontins urvalsindex) visar att sådan koppling är möjlig och kan ge tydlig styrbarhet. För tandvårdsnämnden finns en bredare tillämpning av indikatorer i arbetet med de nationella riktlinjerna. Här

³⁷ Region Dalarna (2025). Regionplan, budget och finansplan 2025–2027.

³⁸ Region Dalarna (2025). Avtal Vårdval Primärvård 2025.

³⁹ Protokoll Tandvårdsnämnden 2024-09-26



används riktlinjer och indikatorer mer aktivt i uppföljning och dialog med verksamheterna, vilket ger bättre förutsättningar för styrning och prioritering utifrån Socialstyrelsens underlag.

För att stärka länken mellan nationella riktlinjer, uppföljning och politisk styrning bedöms fortsatt utveckling av datatillgång (efter journalsystembytet), tydligare beställning från nämnderna samt prioriterade uppföljningsområden per riktlinjeområde kunna bidra till en mer systematisk användning i styrningen.

4.5 Revisionsfråga 5: Nämndledd, strukturerad kontroll av implementering

Har nämnderna någon strukturerad uppföljning/kontroll av i vilken utsträckning och omfattning de nationella riktlinjerna faktiskt är implementerade eller tillämpas i organisationen?

4.5.1 Iakttagelser och analyser

Intervjuerna ger en samlad bild av att strukturerad uppföljning sker i regionen men inte som en återkommande, nämndledd kontroll av i vilken utsträckning de nationella riktlinjerna faktiskt är implementerade eller tillämpas. Uppföljningen är i stället inbyggd i kunskapsstyrningens flöden (LPO/LAG med gapanalys, aktivitetsplaner och årsrapporter) och i linjens ordinarie styrning (verksamhetsdialoger, kvalitetsregister, Primärvårdskvalitet/Medrive, patientsäkerhet och avvikelshantering), medan nämnderna främst följer ekonomi, produktion, tillgänglighet och övergripande mål. Dokumentstudien bekräftar frånvaron av en särskild, återkommande nämndpunkt som explicit mäter implementeringsgrad per nationell riktlinje⁴⁰. Däremot finns generiska kontrollmekanismer (internkontrollplan/ISK, månads-/delårsrapporter, verksamhetsplaner) och krav på att införanden ska följas upp via indikatorer i kunskapsstyrningen.

”Strukturerad uppföljning av implementering sker främst via kunskapsstyrningsgruppen... annars via den vanliga vägen i linje. Inga särskilda nyckeltal plockas ut specifikt för nationella riktlinjer.”

- Representant, regionledningen

”På nämndnivå är uppföljningen inbyggt i andra saker som verksamhetsplan, budget och verksamhetsberättelse ... minst en gång per år får vi en samlad uppdatering om kunskapsstyrningen.”

- Företrädare, hälso- och sjukvårdsnämnden

”Jag vet faktiskt inte om det finns en särskild, nämndledd kontroll av i vilken grad riktlinjerna implementeras ... man kan hoppas att det ligger som en rad i internkontrollen.”

- Verksamhetschef

”Jag kan inte säga hur nämnden gör ... i vården sker uppföljningen via vårdvalet och kvalitetsregister.”

- Chefläkare

⁴⁰ Region Dalarna. Protokoll Hälso- och sjukvårdsnämnden (2024–2025); Protokoll Tandvårdsnämnden (2024–2025).



I primärvården beskriver chefer att uppföljning och kontroll av efterlevnad främst sker genom vårdvalets avtalskrav – bland annat krav på systematiskt kvalitetsarbete, rapportering till nationella kvalitetsregister, verksamhetsdialoger och möjlighet till fördjupad granskning. Dessa strukturer stödjer indirekt följsamheten till nationella riktlinjer genom att skapa återkoppling och kvalitetskontroll i det löpande arbetet. Ett antal respondenter pekar på datatillgänglighet/journalsystembyte och val av indikatorer som praktiska hinder för att leverera snabba lägesbilder om införandestatus. Dokumentstudien stödjer denna tolkning och visar på löpande uppföljning av mål/produktion/tillgänglighet/ekonomi, men ingen dedikerad nämndkontroll av implementeringsgrad av nationella riktlinjer.

I tandvården är uppföljnings- och kontrollkedjan tydlig i linjen: tandvårdsstödet årsuppföljningar, patientsäkerhetsberättelse/odontologiskt bokslut samt epidemiologi och SKaPa används för styrning, och avvikelser/åtgärdsplaner hanteras systematiskt⁴¹. Nämndprotokoll visar dock inte en återkommande, explicit kontroll av följsamheten till Socialstyrelsens tandvårdsriktlinjer som helhet - i stället följs utfall inom avtalet och verksamhetens kvalitet⁴². Samtidigt uppmärksammas uppföljning av insatser som harmonierar med riktlinjerna (exempelvis omfattning av munvårdsutbildningar i kommunerna), vilket visar saklig bevakning men inte en separat implementeringsmätning. Intervjuerna bekräftar bilden av en fungerande avvikelse- och kontrollkultur som tas upp i varje nämndsmöte.

”Vi anmäler avvikelser och följer upp och förändrar arbetssätt ... jag tycker vi är jätteduktiga i vår nämnd att göra uppföljningar och kontroller och kvalitetssäkra.”

- Företrädare, tandvårdsnämnden

På övergripande nivå framkommer i intervjuer att nämnderna tillämpar en omfattande uppföljning (mål och nyckeltal i verksamhetsplaner, delårsrapporter, uttalanden från prioriteringsråd, internkontroll med mera), men har inte tematiskt avsatt resurser för att mäta implementeringsgrad avseende samtliga nationella riktlinjer. Regionledningen ser kunskapsstyrningen (LPO/LAG → KSG-B → HSLG) som den huvudsakliga kontrollkedjan där införande följs, analyseras och återförs med *Plan-Do-Study-Act*-loopar, årsrapporter och vid behov ny gapanalys efter 1–2 år. Samtidigt efterfrågar det politiska ledarskapet att internkontrollen i högre grad ska belysa frågan om verksamheterna följer Socialstyrelsens riktlinjer fullt ut.

4.5.2 Bedömningar

Sironas samlade bedömning är att *nämnderna delvis har en strukturerad uppföljning och kontroll av i vilken utsträckning och omfattning de nationella riktlinjerna faktiskt är implementerade* eller tillämpas i organisationen. Region Dalarna har ett strukturerat system för styrning och uppföljning som indirekt omfattar nationella riktlinjer, men någon tydlig och återkommande nämndnivåuppföljning av implementeringsgraden som helhet finns ännu inte fullt ut etablerad.

Sirona bedömer att Region Dalarna har etablerade och strukturerade processer för uppföljning av hur nationella riktlinjer tas om hand i verksamheterna. Arbetet följs upp inom kunskapsstyrningen, i

⁴¹ Region Dalarna (2025). Årsuppföljning av region Dalarnas tandvårdsstöd 2024; Årsuppföljning avtal vårdval allmäntandvård Dalarna.

⁴² Region Dalarna (2025). Årsuppföljning avtal vårdval allmäntandvård Dalarna; Protokoll Tandvårdsnämnden (2024–2025).



linjeorganisationen samt översiktligt genom regionens ordinarie styr- och kontrollsystem – såsom verksamhetsplaner, delårs- och årsrapporter och vårdavtal. Dessa system ger en reell kontroll över att införanden sker och att resultat följs upp på ett systematiskt sätt. Samtidigt bedömer vi att nämndernas samlade och återkommande uppföljning av implementeringsgraden av Socialstyrelsens riktlinjer endast delvis är välutvecklad. Frågan hanteras i dag huvudsakligen indirekt, exempelvis genom uppföljning av indikatorer i kvalitetsregister, verksamhetsdialoger och ekonomiska eller produktionsrelaterade uppföljningar. Det finns alltså en välfungerande kontrollkedja, men den är inte uttryckligen inriktad på att mäta hur väl riktlinjerna faktiskt är implementerade.



5 Samlad bedömning

Den övergripande revisionsfrågan i denna granskning är huruvida hälso- och sjukvårdsnämnden respektive tandvårdsnämnden säkerställer ett ändamålsenligt omhändertagande och en implementering av Socialstyrelsens nationella riktlinjer i Region Dalarna. Sironas samlade bedömning, som därmed utgör svaret på den övergripande revisionsfrågan, är att riktlinjerna har hög legitimitet och är väl integrerade i regionens styrning och kunskapsstyrningsstruktur, men att nämndernas aktiva hantering i stor utsträckning är indirekt och selektiv. Riktlinjerna tas i praktiken om hand i linjen och i kunskapsstyrningens berednings- och ledningsgrupper, medan nämnderna främst involveras vid frågor med resurs- eller organisationspåverkan. Det finns exempel på tydliga strukturer och processer för implementering, men också variation i genomslag mellan verksamheter och vårdkedjor. Sammantaget görs bedömningen att det finns en fungerande grund för att omsätta nationella riktlinjer i regionen, men att begränsad systematik i nämndernas uppföljning innebär att styrningen inte fullt ut säkerställer en enhetlig och hållbar implementering. Dessutom finns behov av att tydliggöra det politiska ansvaret för att så kallade horisontella prioriteringar görs på ett strukturerat sätt. Den nuvarande organisationen av kunskapsstyrningen och dess arbetsformer förefaller främst ge förutsättningar för vertikala prioriteringar.

Nedan följer Sironas samlade bedömning per revisionsfråga.

Revisionsfråga	Sironas bedömning
Utgör Socialstyrelsens nationella riktlinjer underlag för hälso- och sjukvårdsnämndens respektive tandvårdsnämndens styrning, ledning och prioriteringar av regionens hälso- och sjukvård och tandvård?	Sirona bedömer att de nationella riktlinjerna utgör ett reellt underlag för styrning och prioritering i Region Dalarna. Implementeringen sker huvudsakligen via kunskapsstyrningens struktur (NPO/RPO → KSG-B/HSLG → LPO/LAG → linjen), medan nämndernas roll främst aktiveras vid frågor med resurs- eller organisationspåverkan. I primärvården stödjer vårdvalsavtalen efterlevnad genom krav på kvalitetsarbete och registerrapportering, medan sjukhusvården arbetar genom interna ledningssystem. Inom tandvården tillämpas ett längre revisionsintervall än i riktlinjerna. Efter ändrad åldersgräns för fri tandvård saknas dock en uppdaterad bedömning, vilket bör följas upp.
Har hälso- och sjukvårdsnämnden respektive tandvårdsnämnden säkerställt att det finns rutiner, processer e.t.c. som organisationen kan använda för att omhänderta/implementera nationella riktlinjerna i organisationen?	Bedömningen är att det finns väl etablerade rutiner och processer för att ta emot och implementera nationella riktlinjer. Kunskapsstyrningens arbetsordning (KSG-B → LPO/LAG → linjen), vårdvalet inom primärvårdens krav på ledningssystem och tandvårdens kvalitets- och ledningsstruktur ger ett systematiskt omhändertagande. Dock finns utmaningar i den praktiska genomförandefasen, särskilt vid parallella införanden av nationella riktlinjer, begränsad kapacitet och otydliga samverkansgränssnitt gentemot kommuner.



Är det tydligt vem/vilka i organisationen som ansvarar för att omhänderta/implementera de nationella riktlinjerna?	Ansvarsfördelningen bedöms som tydlig och välkänd . Ansvar ligger i linjeorganisationen – från nämnd och förvaltningschef till divisions- och verksamhetsnivå – och stöds av kunskapsstyrningens struktur. Samtidigt finns behov av att förtydliga rollfördelningen i vissa vårdprocesser som spänner över flera vårdnivåer och huvudmän – exempelvis stroke- och hjärtsviktsrehabilitering, obesitasvård och komplexa psykiatriska flöden – där uppföljningsansvaret kan uppfattas som delat. Ansvarsfördelningen påverkas även i praktiken av kapacitet, resursprioriteringar och en mer indirekt koppling för privata vårdvalsenheter till kunskapsstyrningssystemet, vilket bör beaktas i den fortsatta styrningen.
Använder hälso- och sjukvårdsnämnden respektive tandvårdsnämnden de indikatorer som ingår i de nationella riktlinjerna i sin egen uppföljning och utvärdering av verksamheten?	Regionen har en väl fungerande indikatorinfrastruktur , främst genom en rad kvalitetsregister, Primärvårdskvalitet och tandvårdens SKaPa, men riktlinjeindikatorer följs sällan upp separat på nämndnivå . Tandvårdsnämnden använder indikatorer mer aktivt i dialog och prioritering än hälso- och sjukvårdsnämnden. För att stärka länken mellan nationella riktlinjer, uppföljning och politisk styrning bedöms fortsatt utveckling av datatillgång (efter journalsystembytet), tydligare beställning från nämnderna samt prioriterade uppföljningsområden per riktlinjeområde kunna bidra till en mer systematisk användning i styrningen.
Har nämnderna någon strukturerad uppföljning/kontroll av i vilken utsträckning och omfattning de nationella riktlinjerna faktiskt är implementerade eller tillämpas i organisationen?	Strukturerad uppföljning sker inom kunskapsstyrningen , linjeorganisationen och vårdavtalen, men ingen särskild nämndledd kontroll av implementeringsgraden finns inte . System för styrning och återrapportering fungerar väl, men uppföljningen av nationella riktlinjer sker i huvudsak indirekt via kvalitetsregister, dialoger och ordinarie mål- och resultatstyrning. En tydligare nämndnivåuppföljning skulle kunna stärka överblicken över efterlevnaden.



6 Rekommendationer

Sironas svar på den övergripande revisionsfrågan är att Socialstyrelsens nationella riktlinjer har hög legitimitet och i huvudsak är väl integrerade i Region Dalarnas styrning och kunskapsstyrningsstruktur. Samtidigt sker mycket av omsättningen i linjeorganisationen och i kunskapsstyrningens forum, medan nämndernas aktiva hantering i stor utsträckning är indirekt och selektiv. Det finns väletablerade processer, men variation i genomslag mellan vårdområden och en begränsad systematik i nämndernas uppföljning.

Baserat på granskningens samlade iakttagelser och resultat lämnar Sirona följande *rekommendationer* till hälso- och sjukvårdsnämnden respektive tandvårdsnämnden i Region Dalarna:

- **Vidareutveckla stöd för genomförande och prioritering i verksamheterna.** Säkerställ tillräcklig kapacitet, resurssättning och samordning vid införande av nya riktlinjer. Utveckla de gemensamma arbetssätten för hur verksamheter prioriterar när resurser inte räcker för full implementering och stärk kunskapsstyrningsorganisationens stöd i det praktiska införandet, exempelvis genom förändringsledning och samordning mellan divisioner. I det fortsatta utvecklingsarbetet bör hälso- och sjukvårdens prioriteringsråds mandat och arbetssätt integreras för att säkerställa enhetliga och transparenta prioriteringar, inklusive horisontella avvägningar.
- **Knyt kunskapsstyrningens rapporter närmare nämndernas beslutsprocess.** Säkerställ att lokalt programområde (LPO) och lokala arbetsgrupper (LAG) regelbundet redovisar sina årsrapporter och gapanalyser till nämnderna som en del av den strategiska uppföljningen. Det skulle ge politiken en tydligare insyn i hur nationella riktlinjer omsätts i praktiken och skapa en starkare koppling mellan kunskapsstyrningen och nämndernas ansvar.
- **Förtydliga kopplingen mellan nämndernas kvalitetsuppföljning och nationella riktlinjer.** Nämnderna följer redan flera centrala kvalitetsmått, men sambandet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer framgår inte alltid tydligt. Tydliggör vilka av de befintliga indikatorerna som samtidigt speglar följsamhet till nationella riktlinjer. En sådan märkning skulle öka transparensen och stärka nämndernas möjlighet att bedöma hur väl riktlinjerna tillämpas i praktiken, utan att utöka antalet uppföljningsmått.
- **Stärk den nämndledda uppföljningen av implementering.** Säkerställ att förvaltningen återkommande redovisar hur nationella riktlinjer och rekommendationer från kunskapsstyrningsorganisationen tillämpas i verksamheterna. Detta kan göras genom att införa en återkommande kontrollpunkt i internkontrollplanen eller motsvarande uppföljningsstruktur. Syftet är att ge nämnderna en tydlig och systematisk återkoppling på genomförandeläget och eventuella patientsäkerhetsrisker.
- **Överväg att öka nämndernas synlighet i verksamheterna.** Genom återkommande besök, dialogmöten och gemensamma uppföljningar kan nämnderna tydligare visa sitt engagemang i hur nationella riktlinjer omsätts i praktiken. En mer synlig närvaro i vårdens vardag skapar förtroende, stärker förståelsen för verksamheternas förutsättningar och signalerar att politiska prioriteringar följs upp nära verksamheten.



- **Förstärk de privata vårdgivarnas delaktighet i kunskapsstyrningen.** Genom att inkludera privat drivna enheter mer systematiskt i LPO/LAG-arbetet och i spridningen av nya riktlinjer kan Region Dalarna säkerställa ett mer enhetligt införande och likvärdig kvalitet i hela vården, oavsett utförare.



7 Bilagor

Bilaga 1: Granskade dokument

Övergripande strategier, beslut och styrdokument

- Region Dalarna (2019). Region Dalarnas system för kunskapsstyrning.
- Region Dalarna (2023). Framtidens hälso- och sjukvård i Region Dalarna – Slutrapport januari 2023.
- Region Dalarna (2024). Regionplan, budget och finansplan 2025–2027.
- Region Dalarna (2025). Verksamhetsberättelse 2024.
- Region Dalarna (2025). Delårsrapport 2025 (augusti).
- Region Dalarna (2023). Inrättande av ett Prioriteringsråd.

Kunskapsstyrning och programområden

- Region Dalarna (2021). Uppdragsbeskrivning LPO.
- Region Dalarna (2025). Årsrapport LPO 2024.
- Region Dalarna (2025). Regional årsrapport 2024 – God och Nära vård i Dalarna.
- Region Dalarna (2024). Info kunskapsstyrning (presentation).
- Region Dalarna (2024). System för kunskapsstyrning (sammanfattande PM).
- Region Dalarna (2025). Mötesanteckningar – Beredningsgrupp för kunskapsstyrning (KSG-B).

Nationella remisser och samverkan

- Sjukvårdsregion Mellansverige (2022). Yttrande över Socialstyrelsens remissversion av Nationella riktlinjer för vård vid obesitas 2022.
- Region Dalarna (2023). Dalarnas yttrande avseende Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för graviditet, förlossning och tiden efter.
- Region Dalarna (2022). Remissvar (HSN 2022/970) – Från delar till helhet: En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet.

Primärvård och vårdval

- Region Dalarna (2025). Årsuppföljning Avtal Vårdval Primärvård Dalarna 2024.
- Region Dalarna (2024). Avtal Vårdval Primärvård 2025.

Tandvård

- Region Dalarna (2024). Årsuppföljning av avtal Vårdval Allmäntandvård Dalarna 2023.
- Region Dalarna (2023). Årsuppföljning av Region Dalarnas tandvårdsstöd 2023.
- Region Dalarna, Folk tandvården (2022). Administrativ rutin – tandvård till barn och unga vuxna 0–23 år.

Uppföljning, ekonomi och kontroll



- Nationellt system för kunskapsstyrning Hälsö- och sjukvård (2025). Lägesbilder från hälso- och sjukvården.
- Region Dalarna (2025). Årsredovisning 2024.
- Region Dalarna (2025). Delårsrapport 2025.
- Region Dalarna (2024). Årsredovisning 2024 – Bilagor med nationella indikatorer.

Protokoll och beslutsunderlag

- Protokoll – Hälso- och sjukvårdsnämnden 2024–2025 (2024-08-27, 2024-10-08, 2024-12-10, 2025-02-18, 2025-03-25, 2025-05-13)
- Protokoll – Tandvårdsnämnden 2024–2025 (2024-01-29, 2024-02-15, 2024-04-11, 2024-05-30, 2024-09-26, 2024-10-21, 2024-12-12, 2025-02-19, 2025-04-15, 2025-06-12)



Bilaga 2: Intervjuförteckning

Region Dalarna:

- Avdelningschef, Kunskapsstyrning
- Chefläkare, Primärvård
- Diabetessamordnare
- Divisionschef, Medicin
- Divisionschef, Medicinsk service
- Divisionschef, Primärvården
- Divisionschef, Psykiatri och habilitering
- Forsknings-, utbildnings- och innovationsdirektör
- Förvaltningsrepresentant, Regionstyrelsen
- Hälso- och sjukvårdsdirektör
- Läkare, Mora
- Ordförande, hälso- och sjukvårdsnämnden
- 1:a vice ordförande, hälso- och sjukvårdsnämnden
- 2:a vice ordförande, hälso- och sjukvårdsnämnden
- Ordförande, tandvårdsnämnden
- 1:a vice ordförande, tandvårdsnämnden
- 2:a vice ordförande, tandvårdsnämnden
- Verksamhetschef, Primärvården Mora och Orsa
- Verksamhetschef, vårdcentral i Falun
- Verksamhetschef, Öppenvårdspsykiatri
- Vård/verksamhetsutvecklare, Folk tandvården Dalarna
- Vårdvalschef

Bilaga 3: Intervjuguide

Nedan presenteras de frågor som intervjuerna utgick ifrån. Intervjuerna var semistrukturerade och vissa frågor anpassades under respektive intervjus gång.

Intervjufrågor:

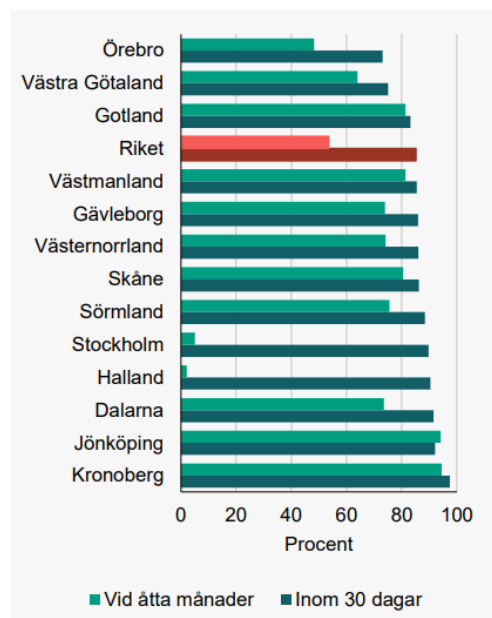
- Berätta om dig och din nuvarande roll och uppgift
- Utifrån ditt perspektiv, i vilken grad utgör Socialstyrelsens nationella riktlinjer underlag för regionens styrning, ledning och prioriteringar av regionens hälso- och sjukvård och tandvård?
- Hur behandlas riktlinjerna inom hälso- och sjukvårdsnämnden och tandvårdsnämnden?
- Tar nämnderna aktiv ställning till lokala prioriteringar av åtgärder utifrån Socialstyrelsens prioritering av rekommendationer?
- Om inte; var i organisationen görs sådana prioriteringar?
- Finns det någon övergripande strategi eller policy i regionen för att integrera nationella riktlinjer i styrning och ledning?



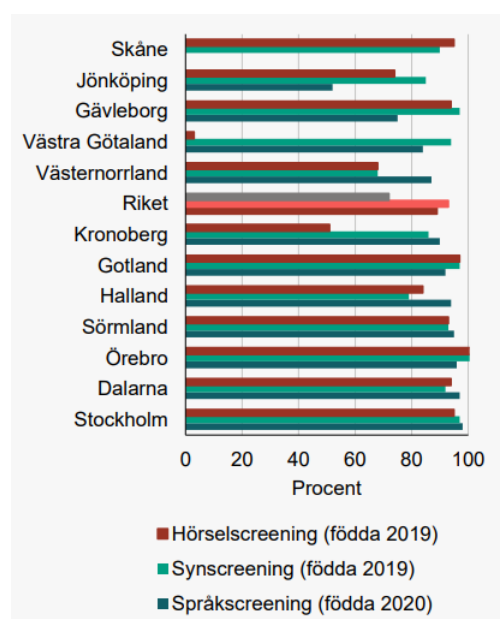
- Har du någon kännedom om några enskilda riktlinjer legat till grund för beslut om organisatoriska eller andra genomgripande förändringar inom hälso- och sjukvården eller tandvården?
- Finns det rutiner och processer som organisationen kan använda för att omhänderta och implementera de nationella riktlinjerna i organisationen?
- Om ja; vilken instans har säkerställt att dessa rutiner och processer finns på plats? Har några sådana beslut fattats i hälso- och sjukvårdsnämnden eller tandvårdsnämnden?
- Används Socialstyrelsens implementeringsstöd eller motsvarande verktyg som hjälpmedel vid införande av riktlinjer?
- I så fall; i vilken grad och på vilket sätt?
- Uppfattar du att det är tydligt vilka i organisationen som ansvarar för omhändertagandet och implementeringen av de nationella riktlinjerna?
- På vilket sätt kommuniceras nya eller uppdaterade nationella riktlinjer till relevanta delar av organisationen?
- Hur samordnas arbetet med nationella riktlinjer med andra regionala utvecklingsinitiativ och styrdokument?
- Används de indikatorer som ingår i de nationella riktlinjerna i uppföljningsarbete och utvärdering av verksamheten?
- Om ja; på vilka nivåer sker detta? (exempelvis inom hälso- och sjukvårdsnämnden eller tandvårdsnämnden, koncernledning etc.)
- Ligger utvärderingar och uppföljningsarbete till grund för justeringar i nämndernas styrning av verksamheten?
- Finns det någon strukturerad uppföljning och kontroll från nämndernas sida av i vilken utsträckning och omfattning de nationella riktlinjerna faktiskt är implementerade eller tillämpas i organisation?
- Sker det någon systematisk utvärdering om tillämpningen av riktlinjerna leder till förbättrade patientresultat eller effektivare resursanvändning?
- Samverkar Region Dalarna med andra regioner kring tolkning och implementering av nationella riktlinjer?
- Görs det någon benchmarking mot andra regioner vad gäller de indikatorer som ingår i de nationella riktlinjerna?
- Hur ser du på det nationella kunskapsstyrningssystemet?
- Hur ser regionens deltagande ut i nationella- och regionala programområden (NPO, RPO) och samverkansgrupper (SAG)?
- Finns det något annat som du vill tillägga inom ramen för granskningen?



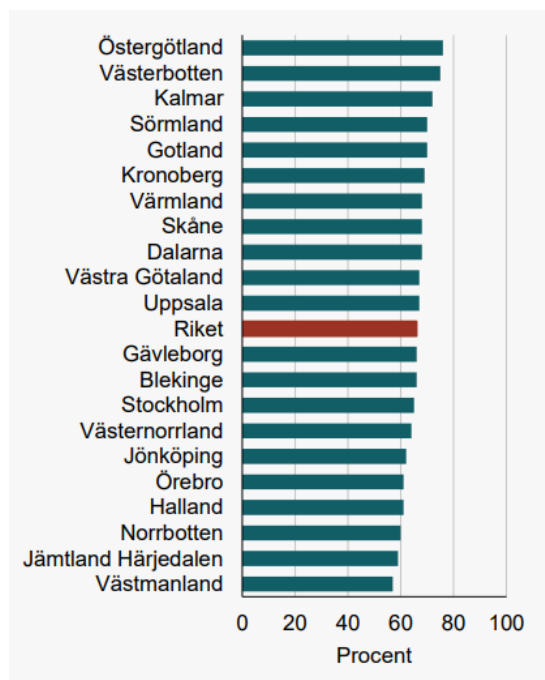
Bilaga 4: Statistik från *Lägesbilder från hälso- och sjukvården*. Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård. (2025).



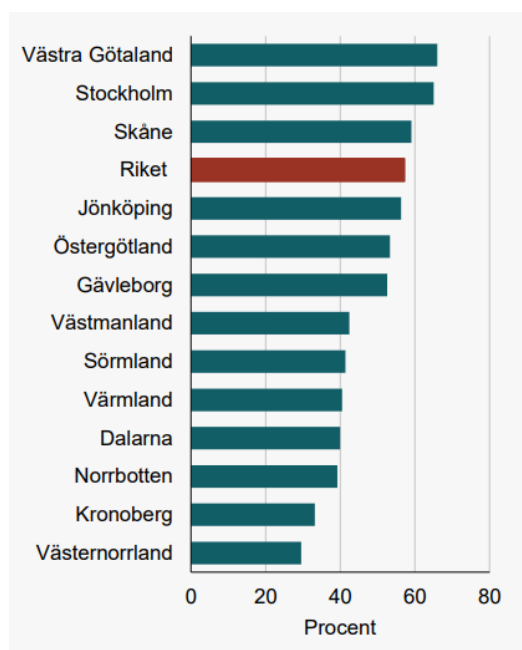
Figur A: Andel barn som fått ett första hembesök inom 30 dagar respektive hembesök vid åtta månader av barn födda 2024.



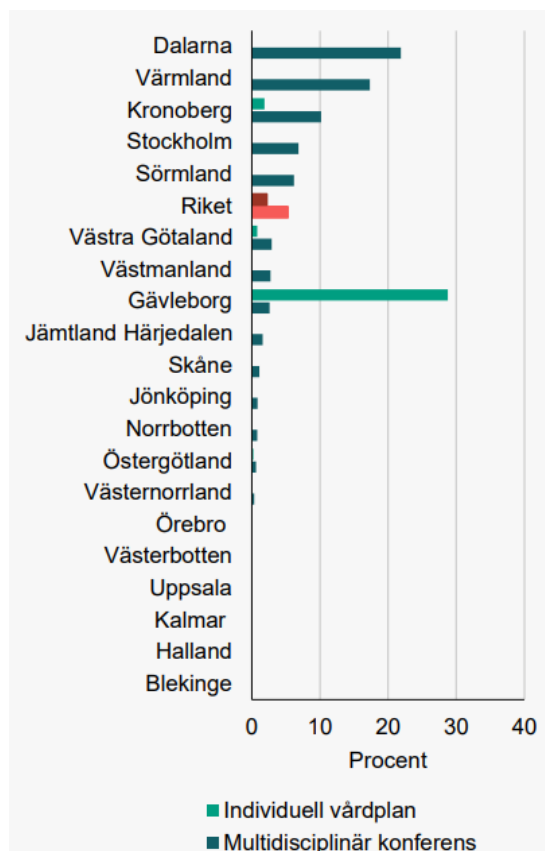
Figur B: Andel barn som screenats inom barnhälsovårdsprogrammet.



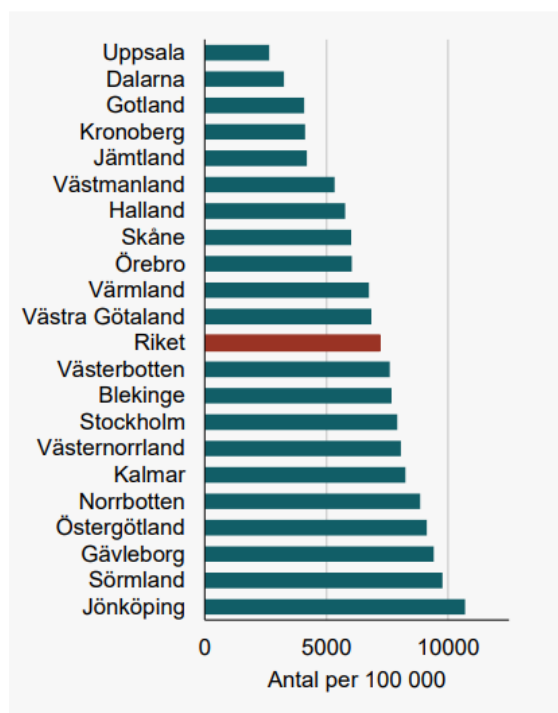
Figur C: Andel patienter med diabetes typ 2 som når mål för LDL-kolesterol, 2024.



Figur D: Andel patienter med TIA, ischemisk stroke eller intracerebral blödning som haft återbesök i primärvård de senaste 18 månaderna, 2024.

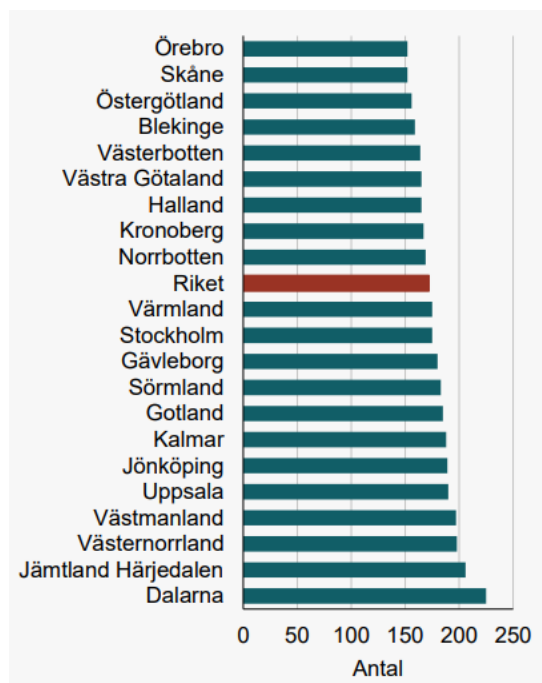


Figur E: Andel patienter med sällsynt sjukdom och medelsvår-svår utvecklingsstörning som har individuell vårdplan respektive multidisciplinär konferens per region registrerad 2023.

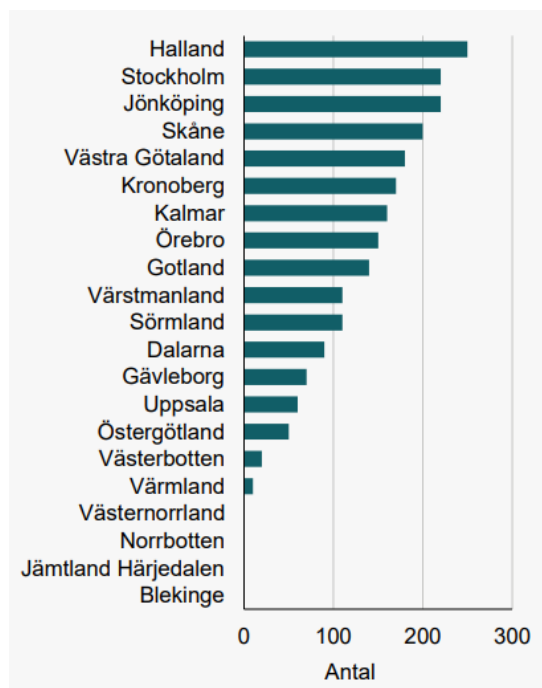




Figur F: Antal nya benskörhetsfrakturer per 100 000 personer inom 3 år efter benskörhetsfraktur, genomsnitt 2021–2023 per region.



Figur G: Antal höftprotesoperationer per 100 000 invånare, genomsnitt 2021–2023. Ålderstandardiserade värden.



Figur H: Antal barn som påbörjade obesitasbehandling per 100 000 barn i åldern 3 – 20 år i respektive region, 2023.