Socialstyrelsen

Överenskommelsen om ökad tillgänglighet till BUP

Delredovisning av Socialstyrelsens uppdrag att följa upp och utvärdera överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om ökad tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatrin 2025–2026

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2026-10-10502

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, oktober 2026

Förord

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att följa upp överenskommelsen mellan staten och Sveriges Regioner och Kommuner (SKR) om ökad tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatrin (bup) 2025–2026.

Socialstyrelsen ska följa upp och utvärdera regionernas strategiska insatser för att utveckla omhändertagandet av barn och ungdomar inom såväl bup som första linjen/primärvården. Socialstyrelsen ska även bedöma och redovisa om överenskommelsens prestationskrav på regionerna för att korta väntetider till bup är uppfyllda och beräkna prestationsmedel för varje region. För 2026 ska Socialstyrelsen även utbetala beräknade prestationsmedel till regionerna i augusti respektive december. Om regionernas rapportering av väntetider är ofullständig ska Socialstyrelsen erbjuda dem möjlighet till komplettering. Socialstyrelsen ska också vidta och lämna förslag på ytterligare åtgärder som staten kan genomföra för att stödja regionerna i deras rapportering.

Det här är en delredovisning av Socialstyrelsens uppdrag. Rapporten är en uppföljning av regionernas utvecklingsarbete inom ramen för överenskommelsen under 2025. Rapporten följer också upp hur regionerna har nått upp till de prestationsmål som inkluderas i överenskommelsen under mars–juni 2025 respektive januari–juni 2026. Rapporten redovisar preliminära iakttagelser om genomförandet av överenskommelsen och vilka frågor som behöver analyseras vidare. En samlad utvärdering och analys av överenskommelsens effekter, effektivitet och ändamålsenlighet för 2025–2026 kommer att redovisas i slutrapporten i november 2027.

Ansvariga projektledare har varit Katarina Sandberg och Eva Pohjanen på Analysavdelningen. Projektdeltagare i övrigt har varit statistikerna Karin Sköldin och Thang Tran och medicinskt sakkunnig Susanne Buchmayer. Ansvarig enhetschef har varit Jakob Hellman.

Björn Eriksson
Generaldirektör

Innehåll

Förord **3**

Sammanfattning **5**

Överenskommelsen om ökad tillgänglighet till BUP 2025–2026 ..... **7**

Bakgrund till överenskommelsen 7

Medel fördelas till regionerna på två olika sätt 7

Socialstyrelsens uppdrag **10**

Metod och genomförande **11**

Datainsamling 12

Bakgrund **16**

Faktorer bakom ökad efterfrågan på vård inom bup 16

Resultat av uppföljningen **18**

Regionernas utfall enligt prestationsmåtten 18

Regionernas strategiska insatser för att öka effektiviteten, produktiviteten och kapaciteten inom bup 26

Regionernas strategiska insatser för att utveckla omhändertagandet av barn och ungdomar i första linjen/primärvården 31

Förutsättningar och utmaningar i genomförandet av överenskommelsen 37

Patient-, anhörig- och professionsperspektiv 38

Preliminära slutsatser och fortsatt arbete **42**

Referenser **45**

Bilaga 1. Prestationskrav **46**

Bilaga 2. Fördelning av statsbidrag till regionerna, Ökad tillgänglighet till bup 2025–2026 ..... **48**

Bilaga 3. Metod för insamling och bearbetning av väntetidsdata **51**

Sammanfattning

Delredovisningen visar att tillgängligheten till bup har förbättrats på nationell nivå, framför allt vad gäller tiden till ett första besök. Samtidigt kvarstår stora regionala skillnader och utmaningar med väntetider till fördjupad utredning och påbörjad behandling.

Under första halvåret 2026 fick 73 procent av barn och unga ett första besök inom bup inom 30 dagar. Motsvarande andel var 69 procent för fördjupad utredning och 68 procent för påbörjad behandling. Jämfört med första halvåret 2025 har andelen som fått ett första besök inom 30 dagar ökat i 17 av 21 regioner. För fördjupad utredning och påbörjad behandling har utvecklingen varit positiv i 13 respektive 12 regioner.

Regionerna har sammantaget fått ta del av 49 procent av det högsta möjliga prestationsbaserade beloppet för januari–juni 2026. Utfallet skiljer sig dock betydligt åt mellan regionerna. Skillnaderna kan spegla variationer i kapacitet, arbetssätt och organisation, men också brister i jämförbarheten i väntetidsdata. Flera regioner uppger att journalsystemsbyten, olika registreringsrutiner och små patientvolymer kan riskera att påverka uppgifternas tillförlitlighet.

Samtliga regioner har genomfört eller påbörjat utvecklingsinsatser i linje med överenskommelsen. Arbetet har främst inriktats på att:

- Stärka produktions- och kapacitetsstyrningen inom bup.
- Skapa samlade ingångar och förbättra triagering till rätt vårdnivå.
- Införa stegvis vård och standardiserade vårdprocesser.
- Effektivisera utredningar vid neuropsykiatriska frågeställningar.
- Använda digitala arbetssätt och fördela arbetsuppgifter mellan yrkesgrupper.
- Stärka första linjen och primärvården för barn och unga med psykisk ohälsa.

Många regioner arbetar för att barn och unga ska få insatser på lägsta effektiva vårdnivå. De uppger att ett tydligare gränssnitt mellan bup, första linjen och primärvården är centralt för detta. Regionerna har dock kommit olika långt, och förutsättningarna varierar vad gäller uppdrag, bemanning, kompetens och tillgång till insatser. Regionerna utvecklar arbetssätt för att hantera det ökade inflödet av barn och unga med neuropsykiatriska frågeställningar, exempelvis genom stegvisa utredningar, särskilda utredningsteam och externa utförare. Insatserna kan öka utredningskapaciteten, men riskerar också att flytta belastningen till behandling och uppföljning. Detta eftersom de barn som får en utredning

sedan ofta hamnar i kön till påbörjad behandling och uppföljning och det är samma personalstyrka som ska hantera även den delen av vården.

Digitala arbetssätt används såväl inom bup som första linjen/primärvården för att öka tillgängligheten och frigöra resurser, bland annat genom videobesök, digital behandling och läkemedelsuppföljning. Digitala vårdformer lyfts som särskilt viktiga i regioner med stora geografiska avstånd där det kan vara svårt för patienten att ta sig till mottagningen, men regionerna uppger samtidigt att de inte kan ersätta fysiska besök när sådana behövs.

Uppföljningen visar att överenskommelsen har ökat fokus på tillgänglighet och verksamhetsutveckling. Samtidigt visar uppföljningen att det finns en risk att styrningen mot prestationsmått leder till att det som mäts prioriteras framför barns och ungas samlade vårdbehov. Barn och unga med komplex problematik, samsjuklighet eller behov av långvariga insatser riskerar särskilt att trängas undan. En sammanhållen vårdkedja, med stöd under väntetiden och tydliga ansvarsförhållanden mellan bup, primärvård, elevhälsa, skola och socialtjänst, är avgörande.

I Socialstyrelsens uppföljning av väntetider framkommer att inrapportering och datakvalitet vad gäller väntetidsdata har påverkats av att flera regioner har bytt system för vårdinformation. De arbetar med att åtgärda de problemen [1]. Regionerna beskriver även utmaningar med skilda tolkningar av definitioner. SKR har ett pågående arbete med registreringsanvisningar för regionerna, men arbetet är ännu inte slutfört. Socialstyrelsen behöver därefter bedöma hur vägledningen kan integreras i myndighetens stöddokument för enhetlig rapportering till Väntetidsdatabasen.

I slutredovisningen 2027 kommer Socialstyrelsen att bedöma överenskommelsens effektivitet och ändamålsenlighet. Analysen kommer bland annat att omfatta:

- Regionernas arbete för att uppfylla prestationsmålen.
- Vård- och utredningsflöden för barn och unga med neuropsykiatriska frågeställningar.
- Vårdövergångar och ansvarsfördelning mellan första linjen/primärvården, bup och vuxenpsykiatrin.
- En hälsoekonomisk analys av överenskommelsen.

Överenskommelsen om ökad tillgänglighet till BUP 2025–2026

Staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) slöt den 27 februari 2025 en överenskommelse om ökad tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatrin (bup) som ska gälla under 2025 och 2026 (S2025/00394*)*. Genom överenskommelsen ska staten och SKR stödja strategiska insatser hos regionerna för att öka effektiviteten, produktiviteten och kapaciteten inom bup för att korta väntetiderna och vårdköerna till ett första besök inom bup, samt köerna till fördjupad utredning och påbörjad behandling. Överenskommelsen syftar även till att stödja strategiska insatser för att utveckla omhändertagandet av barn och ungdomar i primärvården och första linjen.[1]

Bakgrund till överenskommelsen

I överenskommelsen beskrivs hur den förstärkta vårdgarantin för insatser för barn och unga med psykisk ohälsa från 2011 innebär en målsättning om en bedömning inom 30 dagar och inom ytterligare 30 dagar även en fördjupad utredning eller behandling. Trots det har efterfrågan på vård ökat snabbare än bup:s kapacitet, vilket har lett till långa väntetider, med regionala skillnader. Långa köer kan innebära risker för patientsäkerheten och för att minska väntetiderna behöver bup arbeta med styrning, effektivare arbetssätt och kompetensförsörjning. Överenskommelsen konstaterar även att det finns faktorer som ligger utanför bup:s kontroll, exempelvis orsaker bakom den ökade efterfrågan på vård och bristande resurser inom primärvården. Därför är det viktigt att regionerna arbetar med att korta vårdköerna men också förbättrar kvaliteten i vården så att barn och unga får en effektiv, jämlik, säker och samordnad vård [2].

Medel fördelas till regionerna på två olika sätt

Överenskommelsen omfattade under 2025 totalt 1 miljard kronor. Medlen fördelades till regionerna på två olika sätt:

[1] I överenskommelsen används termen första linjen. Första linjen är verksamheter som tar emot barn och unga med tidiga tecken på psykiska besvär och psykiatriska tillstånd av lindrig till måttlig grad. I vissa regioner är första linjen en del av primärvården och i andra drivs första linjen av bup. Det finns också modeller där primärvård, bup, elevhälsa och andra aktörer samverkar kring första linjen.

- För genomförande av utvecklingsarbete med syfte att förbättra tillgängligheten till bup fördelades 150 miljoner kronor.[2]
- För uppfyllande av prestationskrav för ökad tillgänglighet fördelades 840 miljoner kronor. Medlen skulle fördelas med 210 miljoner kronor per pott för kortade väntetider till första besök, fördjupade utredningar respektive påbörjade behandlingar samt till genomförda första besök i förhållande till förändringar på den totala väntelistan för ett första besök.

Utbetalning av samtliga medel gjordes under 2025 av Kammarkollegiet.[3] Fördelningen mellan regionerna följer samma upplägg under 2026 som under 2025.

Utvecklingsarbete

Regionerna har kunnat ta del av medel från överenskommelsen genom att genomföra ett utvecklingsarbete för att de verksamheter som arbetar med barn och unga med psykisk ohälsa snabbare ska kunna erbjuda vård. I överenskommelsen står att regionerna kan kvalificera sig för medel genom att öka effektiviteten och produktiviteten samt att förbättra produktionsplaneringen för att öka tillgängligheten till bup genom att korta väntetiderna och vårdköerna. Syftet är att effektivisera och optimera verksamheterna inom bup och första linjen/primärvården. Enligt ett krav kopplat till utvecklingsmedlen ska regionerna under 2025 och 2026:

- Analysera befintliga personalresurser, rutiner och processer inom bup för att identifiera effektiviseringar samt hur första linjen/primärvården kan organiseras, stärkas och utvecklas. Syftet med analyserna är att säkerställa vård på rätt nivå, korta väntetiderna och skapa ett ändamålsenligt, stegvis omhändertagande av barn och unga med psykisk ohälsa.
- Genomföra insatser för att nå det, enligt analyserna, önskade läget. Arbetet ska även omfatta aktiv produktionsplanering och kapacitetsstyrning som en integrerad del av verksamheternas kvalitetsarbete samt deltagande i nationella utvecklingsinsatser, inklusive SKR:s arbete, för att förbättra vårdens kvalitet, effektivitet och tillgänglighet samt minska köerna inom bup [2].

Samtliga 21 regioner fick medel utbetalda för utvecklingsarbeten 2025 [3]. Regionerna ska redovisa insatser som har vidtagits inom ramen för utvecklingsarbetet. Insatserna för 2025 redovisas i den här delrapporten.

[2] Medlen fördelades som ett fast belopp om 5 miljoner kronor per region samt ett rörligt belopp som baserades på befolkningsmängden 0–18 år i varje region. En ekonomisk redovisning för kalenderåret 2025 som visar hur de medel som har tilldelats regionerna skulle lämnas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2026.
[3] Resterande 10 miljoner fördelas till SKR 2025 respektive 2026 för deras insatser inom ramen för överenskommelsen.

Prestationer

Regionerna kan också få ta del av medel genom att utföra olika insatser för att öka tillgängligheten till bup och på så vis nå upp till de olika definierade prestationsmålen. Regionerna ska rapportera in väntetidsdata för bup varje månad [2, 4]. Den här delrapporten redovisar regionernas uppnådda prestationer under första halvåret 2026, i jämförelse med första halvåret 2025. Läs mer om prestationskraven i bilaga 1. Prestationskrav.

I Bilaga 2. Fördelning av statsbidrag till regionerna januari–juni 2026, Ökad tillgänglighet till bup 2025–2026 återges fördelningen av utbetalda prestationsmedel till regionerna för perioden januari–juni 2026.

Socialstyrelsens uppdrag

I uppdraget ingår att:

- Följa upp och utvärdera regionernas strategiska insatser för att öka effektiviteten, produktiviteten och kapaciteten inom bup samt strategiska insatser för att utveckla omhändertagandet av barn och ungdomar i första linjen/primärvården.
- Analysera och bedöma överenskommelsens effektivitet och ändamålsenlighet.
- Bedöma och redovisa om prestationskraven för utbetalning av medel till regionerna är uppfyllda samt beräkna de prestationsmedel som varje region ska ta emot.
- Meddela regionerna och följa upp deras rapportering om den inte är fullständig samt ge möjlighet till kompletteringar.
- Vidta åtgärder och, vid behov, lämna förslag på ytterligare åtgärder som staten kan vidta för att stödja regionerna i den rapportering som omfattas av överenskommelsen.

Socialstyrelsen ska föra nära dialog med SKR, regioner och andra berörda aktörer samt löpande hålla Socialdepartementet informerat om sitt arbete med uppdraget [2].

Ändrat uppdrag till Socialstyrelsen

I februari 2026 ändrades Socialstyrelsens uppdrag till att även omfatta hantering av utbetalningar av medel utifrån de ovan nämnda prestationskraven. Medlen ska utbetalas i augusti respektive december 2026. Socialstyrelsen ska samarbeta med SKR för att säkerställa att den information och data som ligger till grund för SKR:s analys- och utvecklingsstöd till regionerna i enlighet med överenskommelsen så långt som möjligt överensstämmer med myndighetens väntetidsdata avseende bup [4].

Enligt det ändrade uppdraget ska Socialstyrelsen även ta emot regionernas inskickade redovisningar av sina insatser inom ramen för utvecklingsarbetet senast 31 mars 2026 respektive 31 mars 2027.[4]

[4] Enligt en ändringsöverenskommelse från februari 2026 (S2026/00198) ska regionerna skicka sina redovisningar till Socialstyrelsen istället för till Socialdepartementet, vilket stod i den ursprungliga överenskommelsen från februari 2025.

Metod och genomförande

Socialstyrelsen har använt kvantitativa datakällor i form av en enkät, kvalitativa intervjuer och en skriftlig förfrågan till verksamhetschefer inom bup för att besvara regeringsuppdraget. Den främsta kvantitativa datakällan har varit Socialstyrelsens väntetidsdatabas[5], som har använts för datainsamling och uträkning av prestationsbaserade medel till regionerna. Uppdraget har även använt sig av resultat från tidigare regeringsuppdrag och interna rapporter samt underlag från externa aktörer, såsom andra myndigheter och organisationer. Projektgruppen har samarbetat med flera andra uppdrag på myndigheten, haft dialog med SKR samt löpande uppdaterat Regeringskansliet om arbetet med uppdraget.

Rapportens avgränsning och inriktning

Socialstyrelsen ska inom ramen för uppdraget att följa upp och utvärdera överenskommelsen om ökad tillgänglighet till bup besvara följande frågeställningar:

1. Vilka strategiska insatser genomför regionerna för att öka effektiviteten, produktiviteten och kapaciteten inom bup?
2. Vilka strategiska insatser genomför regionerna för att utveckla omhändertagandet av barn och unga i första linjens vård och primärvården?
3. Hur effektiv och ändamålsenlig är överenskommelsen?
4. Hur har regionerna uppfyllt kraven för att kvalificera sig för utbetalning av prestationsmedel?
5. Är regionernas rapportering fullständig eller behöver den kompletteras?
6. Finns det behov av ytterligare åtgärder från statens sida för att stödja regionerna i deras rapportering inom ramen för överenskommelsen?

Denna rapport utgör en delredovisning av Socialstyrelsens uppdrag. Rapporten är en uppföljning som fokuserar på regionernas arbete med överenskommelsen under perioderna mars–juni 2025 respektive januari–juni 2026. Den beskriver genomförda och pågående insatser, regionernas rapportering och uppfyllelse av villkoren för prestationsmedel samt utvecklingen och inriktningen i arbetet med att öka tillgängligheten till bup.

[5] I december 2024 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att förbereda övertagande av ansvar för den nationella Väntetidsdatabasen från SKR. Det innebär att regionernas uppgiftsskyldighet ändrades och att Socialstyrelsen samlar in uppgifter för juli 2025 och framåt.

Därutöver belyser rapporten arbetet inom ramen för överenskommelsen ur såväl ett patient- och anhörigperspektiv som ett professionsperspektiv.

Delredovisningen omfattar inte en samlad bedömning av överenskommelsens effektivitet och ändamålsenlighet, vilket kommer att ingå i den slutrapport som redovisas i november 2027. Rapporten redovisar dock preliminära iakttagelser och frågor som kommer att analyseras vidare i slututvärderingen 2027.

Följande analysfrågor är i fokus för denna delredovisning:

1. I vilken utsträckning uppfyller regionerna prestationskraven under januari–juni 2026 i jämförelse med motsvarande period under 2024 och 2025?
2. Vilka strategiska insatser redovisar regionerna för att öka kapacitet, produktivitet och tillgänglighet inom bup?
3. Vilka strategiska insatser redovisar regionerna för att utveckla första linjen och primärvårdens omhändertagande av barn och unga med psykisk ohälsa?
4. Vilka förutsättningar och utmaningar framkommer i regionernas arbete, rapportering och tillgänglighetsarbete?

Datainsamling

Väntetidsdatabasen

Socialstyrelsens utökade regeringsuppdrag sedan februari 2026 innebär att myndigheten ska samla in, beräkna och betala ut prestationsmedel till regionerna i augusti respektive december 2026. Sedan den 1 juli 2025 ansvarar Socialstyrelsen för insamling av väntetidsdata från regionerna, efter ett regeringsbeslut i april 2025 [5, 6]. Arbetet med övertagandet av Väntetidsdatabasen har därför fått en avgörande roll för uppdraget att följa överenskommelsen om ökad tillgänglighet till bup.

I enlighet med det ändrade uppdraget till Socialstyrelsen att också hantera utbetalningarna av prestationsmålen angav Socialstyrelsen villkor för regionernas rapportering för att kunna beräkna prestationerna. Villkoren innebar att källan för beräkningarna avseende 2026 skulle vara Socialstyrelsens väntetidsdatabas. För villkor och beskrivning av beräkningar se bilaga 2.

För att stötta regionerna i deras rapportering till Väntetidsdatabasen och för att säkerställa att regionernas uppgifter är så korrekta och fullständiga som möjligt gör Socialstyrelsen följande:

- validering vid dataleverans,
- teknisk support till uppgiftslämnare,
- påminnelsehantering,
- återkoppling vid avvikande eller saknade värden,
- jämförelser med motsvarande uppgifter hos SKR,
- utskick av prestationsresultat för påseende,
- möjlighet att skicka kompletteringar
- stöddokument för att främja enhetlig rapportering.

Se bilaga 3 för mer information om arbetet med datainsamling och kvalitetssäkring av uppgifter som rör bup i Socialstyrelsens väntetidsdatabas.

Enkät till regionerna

Enligt punkt 5.1 i överenskommelsen om ökad tillgänglighet till bup ska regionerna senast den 31 mars 2026 respektive 31 mars 2027 rapportera hur de har använt medel från överenskommelsen för att uppfylla prestationskraven, vilka åtgärder som de har genomfört för att minska väntetider och köer inom bup, samt vilka resultat de har uppnått. De ska även redovisa hur de har effektiviserat vården för barn och unga med psykisk ohälsa, inklusive utveckling av bup och första linjen/primärvården, samt redovisa en plan för fortsatt genomförande. Regionerna ska beskriva hur de har arbetat för att gå från nuläge till önskat läge, enligt sin analys och vilka effekter insatserna har gett. Slutligen ska regionerna redogöra för hur de har använt produktions- och kapacitetsstyrning inom bup och integrerat detta i det systematiska kvalitetsarbetet.

Socialstyrelsen skickade i januari 2026 en enkät till alla 21 regioner med frågor som formulerats efter frågeställningarna i punkt 5.1 i överenskommelsen. Samtliga 21 regioner besvarade enkäten.[6]

Intervjuer med yrkesverksamma samt patient- och anhörigorganisationer

Under våren 2026 genomförde Socialstyrelsen intervjuer med representanter för professionsorganisationer respektive patient- och anhörigorganisationer. Syftet var att komplettera och fördjupa bilden av vissa utmaningar inom vården för barn och unga med psykisk ohälsa. Målet var att få olika yrkesgruppers respektive patienters och anhörigas perspektiv på bland annat tillgänglighet, kontinuitet och vårdflöden samt gränsdragningar mellan

[6] De som har besvarat enkäten består av sju verksamhetschefer (inklusive tillförordnad verksamhetschef) samt representanter för bland annat strategisk ledning, verksamhetsutveckling, samordning, administration och klinisk verksamhet.

vårdnivåer och andra aktörer. Avsikten var även att få en inblick i hur överenskommelsen fungerar i praktiken och vilka möjligheter och utmaningar den har medfört.

Inom ramen för Socialstyrelsens uppdrag genomfördes 13 intervjuer med yrkesgrupper inom både primärvård och specialiserad öppen och sluten psykiatrisk vård. Intervjuerna inkluderade en psykoterapeut med egen mottagning, läkare inom primärvården, barnavårdscentral (bvc), bup och skolan samt Statens Institutionsstyrelse (SiS) och sjuksköterskor inom skolan och bvc. Övriga intervjuade var kuratorer och logopeder inom bup, arbetsterapeut inom rehabiliteringen, barnmorska vid en ungdomsmottagning samt representant för psykologer inom bup. Intervjupersonerna var verksamma i nio olika regioner.[7]

De fem patient- och anhörigorganisationer[8] som intervjuades representerar patienter inom olika diagnosgrupper, bland annat ätstörningar, självskadebeteende och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Företrädarna är verksamma i olika delar av landet, vilket innebär att intervjuerna speglar erfarenheter från flera geografiska områden.

Socialstyrelsen har även inhämtat skriftliga svar från Sveriges kommunala anhörigstödsnätverk (SKA)[9], som är ett nätverk under Nationellt kompetenscentrum anhöriga (NKA). Syftet med frågeställningarna till SKA har varit att fördjupa och komplettera det övriga insamlade underlaget med ett anhörigperspektiv på frågor som rör barn och ungas psykiska ohälsa.

Svar från verksamhetschefer inom bup

Socialstyrelsen skickade även skriftliga frågor till verksamhetschefer inom bup i samtliga 21 regioner. Frågorna avsåg erfarenheter av överenskommelsen som styrmedel, påverkan på verksamhetens organisering, stödet från SKR, inrapportering av data samt synpunkter på fortsatt statligt stöd. Svar inkom från 15 regioner. Underlaget är inte representativt för samtliga regioner, men används för att belysa verksamhetschefernas erfarenheter och för att identifiera frågor för fortsatt analys i slututvärderingen.

[7] Region Stockholm, Region Halland, Region Jönköpings län, Region Västmanland, Region Jämtland Härjedalen, Region Uppsala, Region Västerbotten, Region Skåne och Västra Götalandsregionen.
[8] SHEDO, Frisk och Fri, Attention, RSMH (Riksförbundet för Social och Mental Hälsa) och Tilia.
[9] Sveriges kommunala anhörigstödsnätverk (SKA) ska arbeta för en nationell, regional och lokal utveckling av kommunernas stöd till personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk, äldre eller har en funktionsnedsättning. Nätverkets medlemmar består främst av personer som arbetar inom kommunalt anhörigstöd.

Närliggande uppdrag på Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har flera pågående regeringsuppdrag som relaterar till utvecklingen inom bup.[10] Myndigheten behandlar samtliga uppdrag med ett helhetsperspektiv och dialog och nära samverkan har skett löpande med personer på myndigheten som arbetar med följande uppdrag:

- Nationella utvecklingsteam inom barn- och ungdomspsykiatrin.
- Regeringsuppdrag att stärka och förbättra den psykiatriska tvångsvården och rättspsykiatriska vården.

[10] I juni 2026 uppgår det totala antalet regeringsuppdrag på Socialstyrelsen inom området psykiatri till ca 70 stycken.

Bakgrund

I detta kapitel redovisas en övergripande sammanställning av tidigare analyser av orsaker till långa väntetider inom bup. Kapitlet belyser även utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga samt faktorer som över tid kan ha bidragit till denna utveckling.

Faktorer bakom ökad efterfrågan på vård inom bup

Sammantaget belyser tidigare rapporter faktorer både i samhället i stort och i systemet för vård, stöd och insatser till barn och unga med psykisk ohälsa, som kan bidra till att förklara de långa väntetiderna inom bup. Den ökade efterfrågan på vård för psykisk ohälsa bland barn och unga har sammanfallit med generella utmaningar i kompetensförsörjningen och begränsningar i vårdens kapacitet. Tidigare rapporter pekar också på att tillgängligheten påverkas av hur vården organiseras, hur väl första linjens verksamheter och andra stödinsatser fungerar samt av möjligheterna att erbjuda tidiga insatser innan behov av specialistpsykiatrisk vård uppstår.

Långa väntetider till bup har under flera år varit en återkommande utmaning i stora delar av landet. Socialstyrelsen har tidigare beskrivit att efterfrågan på vård för psykisk ohälsa bland barn och unga har ökat snabbare än vårdens kapacitet att möta behoven. Särskilt har efterfrågan på vård relaterad till neuropsykiatriska diagnoser, framför allt adhd, ökat kraftigt under senare år. Samtidigt har bup under lång tid haft utmaningar när det gäller kompetensförsörjning, bland annat svårigheter att rekrytera och behålla specialistutbildad personal [7].

Under perioden 2017–2024 ökade antalet besök till bup med 44 procent. Under samma period ökade antalet årsarbetande personal med knappt 30 procent. Uppdelat på olika yrkeskategorier ökade antalet läkare med 30 procent medan sjuksköterskor ökade i samma takt som antalet patientbesök (44 procent). Antalet årsarbetande psykologer ökade med 17 procent under samma period [8].

Socialstyrelsen har också lyft att de långa väntetiderna inte enbart kan förklaras av brist på personal. Myndigheten har bland annat beskrivit att organiseringen av vården för barn och unga med psykisk ohälsa skiljer sig mellan regionerna, och det finns variationer i hur primärvården och första linjens vård är utbyggd och fungerar. Enligt Socialstyrelsens tidigare rapporter kan otydligheter i vårdkedjan bidra till att specialistpsykiatrin belastas av fler patienter än vad verksamheterna är dimensionerade för. Eftersom neuropsykiatriska tillstånd i princip uteslutande utreds och behandlas inom bup har den stora andelen barn och unga som söker vård för

neuropsykiatriska funktionsnedsättningar lett till ett markant ökat söktryck på bup under senare år. Socialstyrelsen har även pekat på att den ökade efterfrågan på vård relaterad till adhd kan påverka tillgängligheten för andra patientgrupper inom bup när begränsade resurser fördelas mellan olika vårdbehov [7].

Även SKR har framhållit att specialistpsykiatrin inte ensam kan möta den ökade efterfrågan på vård för psykisk ohälsa bland barn och unga, utan att tillgängligheten påverkas av hur väl första linjen, elevhälsan, socialtjänsten och andra stödinsatser fungerar samt av samverkan mellan dessa aktörer. SKR har vidare beskrivit att förutsättningarna för första linjens/primärvårdens arbete varierar mellan regionerna och att möjligheten att erbjuda tidiga insatser påverkar belastningen på specialistpsykiatrin [9].

Folkhälsomyndigheten och Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor har i en kartläggning av ungas psykiska hälsa beskrivit att unga själva lyfter bland annat krav, oro för framtiden, sociala medier och begränsande normer som faktorer som påverkar deras psykiska hälsa. Psykisk hälsa påverkas även av en rad individuella, sociala och samhälleliga faktorer, såsom familjeförhållanden, sociala relationer, skolmiljö, ekonomiska förutsättningar och tillgång till stöd och vård [10]. Folkhälsomyndigheten har också visat att psykiska besvär bland barn har ökat under 2000-talet och att alltfler barn, och vuxna, har fått vård för psykiatriska tillstånd under samma period [11].

Resultat av uppföljningen

Resultaten presenteras i fyra delar. Först redovisas regionernas utfall enligt prestationsmåtten. Därefter beskrivs regionernas strategiska insatser inom bup respektive inom första linjen och primärvården. Avslutningsvis redovisas erfarenheter och utmaningar i genomförandet utifrån regionernas rapportering samt ur ett verksamhets-, patient-, anhörig- och professionsperspektiv.

Regionernas utfall enligt prestationsmåtten

Byten av journalsystem och små patientvolymer påverkar kvaliteten på väntetidsdata

Under 2024 och 2025 bytte nio av Sveriges 21 regioner journalsystem.[11] Systembytena har gjort det svårt för de berörda regionerna att ta fram tillförlitliga uppgifter från sina vårdinformationssystem.[12] Regionerna arbetar kontinuerligt med att lösa de initiala problem som uppstått och har korrigerat rapporterade uppgifter till SKR och Socialstyrelsen vid flera tillfällen. Det finns dock fortfarande osäkerheter i uppgifterna, särskilt för perioden efter systembytena. Sammantaget är det osäkert att jämföra uppgifter över tid för dessa nio regioner.

Särskilt i de mindre regionerna är antalet patienter inom bup få. Prestationskraven utgår från andelar och procentenheter. När antalet patienter är få kan enstaka patienter därför få stor betydelse för resultatet.

Fördelning av prestationsmedel

Tabell 1 visar att Region Uppsala och Region Gotland har uppfyllt nästan alla krav under perioden januari–juni 2026. 14 regioner uppnådde prestationskraven i högre grad första halvåret 2026 än under första perioden 2025. Resterande sju regioner uppnådde istället kraven i lägre utsträckning 2026 än 2025. I Bilaga 2. Fördelning av statsbidrag till regionerna, Ökad tillgänglighet till bup 2025–2026 återges fördelningen av Socialstyrelsen utbetalda prestationsmedel till regionerna för perioden januari–juni 2026.

[11] Dessa består av Region Blekinge, Region Dalarna, Region Gävleborg, Region Halland, Region Norrbotten, Region Sörmland, Region Västerbotten, Region Västernorrland och Region Örebro län.
[12] Journalsystemet används för att dokumentera patientens vård och behandling, medan vårdinformationssystemet även omfattar andra digitala stöd och kopplingar som behövs för att information ska kunna hanteras och delas på ett säkert och effektivt sätt i vården.

Bilagan presenterar även hur Kammarkollegiet fördelade prestationsbaserade medel för mars–december 2025.

Tabell 1. Andel av möjligt maxbelopp som regionen har fått utbetalat under period 1 2025 och 2026*

Region	2025	2026
Region Uppsala	63 %	98 %
Region Gotland	94 %	96 %
Region Kronoberg	39 %	86 %
Region Blekinge	75 %	85 %
Region Gävleborg	33 %	81 %
Region Västernorrland	31 %	76 %
Region Västerbotten	69 %	73 %
Region Västmanland	69 %	71 %
Region Skåne	81 %	63 %
Region Kalmar län	67 %	61 %
Region Östergötland	53 %	61 %
Region Jämtland Härjedalen	69 %	52 %
Region Sörmland	44 %	51 %
Region Dalarna	67 %	51 %
Region Norrbotten	37 %	50 %
Region Jönköpings län	30 %	46 %
Region Värmland	58 %	45 %
Region Örebro län	42 %	44 %
Region Stockholm	34 %	38 %
Region Halland	52 %	34 %
Västra Götalandsregionen	52 %	17 %

Källa: Data fram till juni 2025: SKR. Data från och med juli 2025 och framåt: Väntetidsdatabasen hos Socialstyrelsen
*Period 1 innebär mars-juni 2025 och januari-juni 2026.

Fördelning av medel per prestationskrav

Prestationskraven består i att antingen uppnå en förbättring i andelen patienter som fått vård inom 30 dagar jämfört med samma månad året innan, eller att andelen ligger på en redan hög nivå (över 75 procent). De fyra olika prestationskraven är:

- Väntetid till ett första besök: sex regioner uppnådde det högsta prestationskravet under första halvåret 2026.
- Väntetid till en fördjupad utredning: tre regioner uppnådde det högsta prestationskravet under första halvåret 2026.
- Väntetid till en påbörjad behandling: två regioner uppnådde det högsta prestationskravet under första halvåret 2026.
- En ökad produktion av första besök – antalet genomförda första besök ska vara fler än antalet nya patienter som påbörjat väntan till ett första besök: sju regioner har helt uppnått detta prestationskrav under första halvåret 2026.

För de första tre punkterna innebär det högsta prestationskravet att regionerna antingen har förbättrat sig med mer än tio procentenheter eller att de har legat på en nivå över 75 procent i andel som genomförts inom 30 dagar.[13]

Regionernas prestationer hittills har resulterat i att de för år 2026 har fått utbetalt 49 procent av det möjliga maxbelopp som ingick i överenskommelsen för perioden januari–juni 2026. Resterande del läggs till bonuspotten som fördelas och betalas ut i december 2026. Av de fyra potterna har regionerna fått utbetalt 56 procent av maxbeloppet för väntetid till första besök, 42 procent av maxbeloppet för väntetid till fördjupad utredning, 47 procent av maxbeloppet för väntetid till påbörjade behandlingar och 51 procent av maxbeloppet för ökad produktivitet av första besök. Se bilaga 2 för skillnader mellan regionerna.

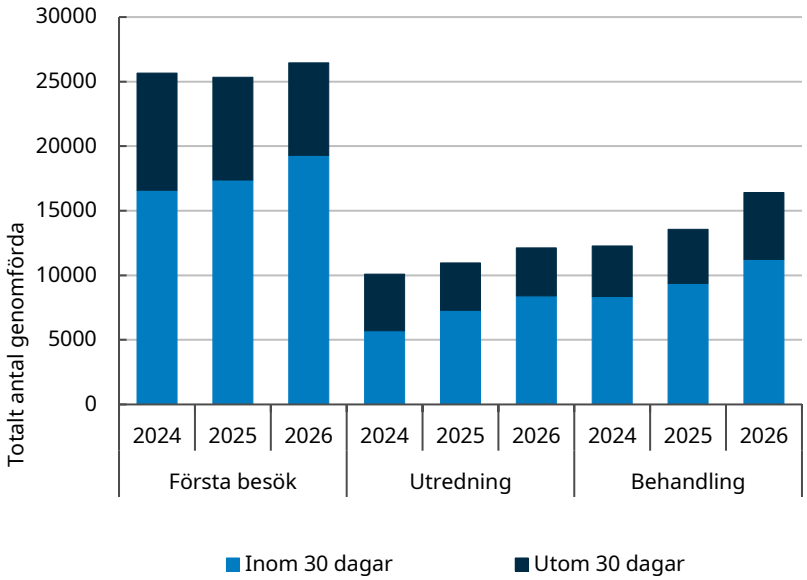
Väntetider inom bup

De inrapporterade uppgifterna till Socialstyrelsens och SKR:s väntetidsdatabaser visar att andelen patienter som har fått vård inom 30 dagar har ökat något mellan 2024 och 2025 och sedan ytterligare under 2026 vid jämförelse av första halvåret för respektive år, se diagram 1.[14] Totalt antal rapporterade genomförda vårdkontakter har samtidigt också ökat under perioden 2024–2026. Andelen barn och unga som har fått vård inom 30 dagar var första halvåret 2026 73 procent för första besök, 69 procent för fördjupade utredningar och 68 procent för påbörjade behandlingar. Antalet inrapporterade första besök ökade med knappt 800 (3 procent) första halvåret 2026 jämfört med första halvåret 2024. Fördjupade utredningar ökade med drygt 2 000 (20 procent) och påbörjade behandlingar med mer än 4 000 (34 procent) första halvåret 2026 jämfört med samma period 2024.

[13] Från och med mars 2026 gäller att regionerna ska uppnå minst 80 procent av genomförda första besök inom 30 dagar för att erhålla reserverad månadspott i enlighet med ändringsöverenskommelsen.
[14] Flera regioner har under 2024 och 2025 också bytt system för vårdinformation, vilket har påverkat både inrapportering och datakvalitet. såväl till SKR:s som till Socialstyrelsens insamlingar.

Diagram 1. Totalt antal genomförda vårdkontakter januari–juni, 2024–2026

Genomförda första besök, fördjupade utredningar och påbörjade behandlingar inom bup



Källa: Data fram till juni 2025: SKR.
Data från och med juli 2025 och framåt: Väntetidsdatabasen hos Socialstyrelsen

Stora regionala skillnader i tillgänglighet till bup

Tabellerna 2a–2c visar att andelen som får ett första besök inom 30 dagar har ökat för 17 av 21 regioner mellan 2025 och 2026. Andelen som fått en fördjupad utredning inom 30 dagar ökade i 13 regioner mellan 2025 och 2026. Slutligen ökade andelen som fått en påbörjad behandling i 12 regioner mellan 2025 och 2026. Tabellerna visar också att andelen som får ett första besök inom 30 dagar var över 75 procent i 13 regioner 2026. Andelen som påbörjat en utredning eller behandling inom 30 dagar var över 75 procent i åtta respektive sju regioner 2026. Motsvarande siffror för 2025 var tio, fyra respektive sex regioner. Flera regioner uppvisade resultat långt under 75 procent under första halvåret 2026. En anledning till det skulle kunna vara att efterfrågan på vård inom bup har ökat i de regionerna.

Tabell 2a. Andel inrapporterade första besök inom bup som genomförts inom 30 dagar

Region	Jan-jun 2024	Jan-jun 2025	Jan-jun 2026
Region Blekinge	70 %	85 %	97 %
Region Dalarna	86 %	77 %	82 %
Region Gotland	90 %	88 %	97 %
Region Gävleborg	81 %	51 %	79 %
Region Halland	61 %	77 %	76 %
Region Jämtland Härjedalen	54 %	77 %	84 %
Region Jönköpings län	86 %	73 %	74 %
Region Kalmar län	76 %	85 %	86 %
Region Kronoberg	57 %	56 %	77 %
Region Norrbotten	52 %	42 %	64 %
Region Skåne	56 %	67 %	82 %
Region Stockholm	68 %	67 %	67 %
Region Sörmland	21 %	16 %	14 %
Region Uppsala	88 %	95 %	98 %
Region Värmland	42 %	87 %	89 %
Region Västerbotten	29 %	13 %	17 %
Region Västernorrland	46 %	37 %	62 %
Region Västmanland	30 %	77 %	92 %
Region Örebro län	74 %	63 %	89 %
Region Östergötland	70 %	56 %	75 %
Västra Götalandsregionen	69 %	78 %	65 %
Riket	**65 %**	**69 %**	**73 %**

Källa: Data fram till juni 2025: SKR. Data från och med juli 2025 och framåt: Väntetidsdatabasen hos Socialstyrelsen

Tabell 2b. Andel inrapporterade fördjupade utredningar inom bup som genomförts inom 30 dagar

Region	Jan-jun 2024	Jan-jun 2025	Jan-jun 2026
Region Blekinge	57 %	73 %	98 %
Region Dalarna	43 %	52 %	40 %
Region Gotland	96 %	93 %	96 %
Region Gävleborg	83 %	96 %	93 %
Region Halland	78 %	73 %	76 %
Region Jämtland Härjedalen	64 %	57 %	63 %
Region Jönköpings län	6 %	3 %	12 %
Region Kalmar län	6 %	2 %	7 %
Region Kronoberg	10 %	8 %	46 %
Region Norrbotten	38 %	27 %	18 %
Region Skåne	96 %	100 %	100 %
Region Stockholm	55 %	61 %	39 %
Region Sörmland	70 %	71 %	10 %
Region Uppsala	17 %	64 %	91 %
Region Värmland	46 %	72 %	74 %
Region Västerbotten	67 %	95 %	92 %
Region Västernorrland	22 %	16 %	19 %
Region Västmanland	16 %	40 %	93 %
Region Örebro län	-*	12 %	2 %
Region Östergötland	13 %	13 %	22 %
Västra Götalandsregionen	53 %	57 %	59 %
Riket	**56 %**	**67 %**	**69 %**

Källa: Data fram till juni 2025: SKR. Data från och med juli 2025 och framåt: Väntetidsdatabasen hos Socialstyrelsen
*Inrapporterade data saknas.

Tabell 2c. Andel inrapporterade påbörjade behandlingar inom bup som genomförts inom 30 dagar

Region	Jan-jun 2024	Jan-jun 2025	Jan-jun 2026
Region Blekinge	77 %	88 %	91 %
Region Dalarna	57 %	55 %	62 %
Region Gotland	98 %	96 %	96 %
Region Gävleborg	90 %	91 %	85 %
Region Halland	90 %	82 %	59 %
Region Jämtland Härjedalen	70 %	68 %	86 %
Region Jönköpings län	25 %	21 %	16 %
Region Kalmar län	28 %	27 %	38 %
Region Kronoberg	29 %	48 %	71 %
Region Norrbotten	65 %	19 %	35 %
Region Skåne	98 %	100 %	100 %
Region Stockholm	69 %	72 %	65 %
Region Sörmland	62 %	58 %	72 %
Region Uppsala	76 %	49 %	66 %
Region Värmland	90 %	87 %	87 %
Region Västerbotten	41 %	71 %	81 %
Region Västernorrland	30 %	34 %	54 %
Region Västmanland	37 %	48 %	66 %
Region Örebro län	14 %	19 %	26 %
Region Östergötland	46 %	54 %	46 %
Västra Götalandsregionen	62 %	70 %	67 %
Riket	**68 %**	**69 %**	**68 %**

Källa: Data fram till juni 2025: SKR. Data från och med juli 2025 och framåt: Väntetidsdatabasen hos Socialstyrelsen

Utveckling av väntetidsdata

De stora differenserna mellan regionerna kan bland annat tyda på stora skillnader i arbetssätt, organisation, och registreringsrutiner. Regionerna har framfört till Socialstyrelsen att uppgifterna om väntetider inom bup är osäkra. De bedömer att registreringen och rapporteringen behöver förbättras för att uppgifterna ska bli ännu mer tillförlitliga. Socialstyrelsen tar fram stödmaterial som ska hjälpa regionerna att rapportera uppgifter på ett enhetligt sätt till Väntetidsdatabasen. Materialet ska ge regionerna och

vårdenheterna gemensamma definitioner och arbetssätt, så att uppgifterna blir mer jämförbara.

SKR har inom ramen för överenskommelsen ett pågående arbete med att stötta regionerna i att ta fram registreringsanvisningar för att säkerställa att regionerna rapporterar in data på ett enhetligt sätt som möjliggör jämförbarhet mellan regioner. SKR har ännu inte slutfört detta arbete. Socialstyrelsen behöver sedan utvärdera hur vägledningen kan integreras i de stöddokument som behövs för att stötta regionerna i enhetlig rapportering till Väntetidsdatabasen hos Socialstyrelsen.

När ansvaret för insamlingen av väntetidsdata från regionerna fördes över till Socialstyrelsen gjordes inga förändringar i modell eller definitioner. Syftet var att uppgifterna skulle kunna jämföras över tid. Beräkningsmodellen för prestationsmåtten är därför densamma som tidigare, till exempel för andelen patienter som har fått vård inom 30 dagar. Det gör det möjligt att jämföra resultaten mellan olika år.

Väntetidsdatabasen innehåller inga personnummer. Därför går det inte att följa en patients väg genom vården, till exempel från väntan till första besök, utredning och behandling.

Regeringen har i propositionen *Nytt regelverk för hälsodataregister (prop. 2025/26:03)* föreslagit en ny hälsodataregisterlag. Lagen föreslås träda i kraft den 1 juli 2027. Det kan skapa bättre förutsättningar att följa patientgrupper genom vården och att kvalitetssäkra uppgifterna, till exempel genom att minska risken för dubbelrapportering. Socialstyrelsen har i uppdrag att förbereda för insamlingar enligt den föreslagna lagen.

Regionernas strategiska insatser för att öka effektiviteten, produktiviteten och kapaciteten inom bup

De vanligaste strategiska insatserna som regionerna redovisar gällande bup kan grupperas i sju områden: Produktions- och kapacitetsstyrning (PKS), en samlad ingång och triagering av inflödet, stegvis vård/standardiserade vårdprocesser (SVP), effektivare utredningsflöden vid neuropsykiatriska frågeställningar, kapacitetsförstärkning genom externa utförare och vårdval, digitala arbetssätt samt insatser för kompetensförsörjning och rätt använd kompetens.

De största skillnaderna handlar om hur långt regionerna har kommit med insatserna och hur de har organiserat dessa; i egen regi, genom upphandlade utförare eller genom vårdval. Förutsättningarna att följa upp arbetet skiljer sig också mellan regionerna. Några av de mindre regionerna uppger exempelvis att de har anlitat externa konsulter och flera regioner beskriver att byte av journalsystem har försämrat tillgången till verksamhetsdata.

PKS och datadriven uppföljning

PKS är den insats som flest regioner redovisar. Insatsen innebär att kapacitet, inflöde och vårdbehov planeras och följs upp systematiskt, bland annat genom produktionsplanering, uppföljning av väntelistor och identifiering av flaskhalsar. Syftet är att öka produktiviteten och tillgängligheten med befintliga resurser.

Totalt 19 regioner uppger i enkäten att de har påbörjat PKS riktat till bup, varav 17 har integrerat arbetssättet i sina styrnings- och ledningssystem. Mognadsgraden varierar dock; vissa regioner har etablerade arbetssätt medan andra befinner sig i kartläggnings- eller uppstartsfas.

I Region Skåne följs tillgänglighetsdata upp i regional ledningsgrupp varannan vecka, och utsedda ansvariga kvalitetssäkrar väntelistorna. Regionen har också infört ett nytt systemstöd för produktionsstyrning, där bup Skåne deltar i en pilot sedan januari 2026. I Region Örebro län har produktionsplanering bedrivits sedan 2022 och intensifierats under 2025, vilket enligt regionen bidrog till att 88 procent av nybesöken genomfördes inom vårdgarantin under sista kvartalet 2025.

Arbetet försvåras i vissa fall av bristande datakvalitet. Fem regioner[15] uppger att journalsystemsbyten under 2025 har medfört otillförlitliga verksamhetsdata och ökat behovet av manuell registrering.

En samlad ingång och triagering av inflödet

Många regioner beskriver att triagering eller en samlad ingång, ofta benämnd En väg in, innebär att remisser och egenanmälningar samlas i en gemensam funktion som gör en strukturerad första bedömning och hänvisar barnet till rätt vårdnivå. För bup uppges det innebära ett mer träffsäkert inflöde, att bedömningarna blir mer likvärdiga och att specialistresurserna kan användas för de barn som behöver dem. I enkäten uppger 15 regioner[16] att de har en etablerad eller nyligen inrättad samlad ingång men organiseringen skiljer sig åt. Funktionen kan ligga inom bup, inom primärvården eller drivas gemensamt. Vissa regioner förstärker triageringen med standardiserade instrument, exempelvis använder Region Blekinge den strukturerade telefonintervjun BCFPI.[17]

Flera regioner betonar att bedömningarna har blivit mer enhetliga över länet men en förutsättning för insatsen är att det är tydliga gränssnitt mellan vårdnivåerna. Region Västmanland och Region Östergötland ser över den gränsdragningen. Den förra regionen uppger att effekten av en samlad ingång begränsas av att bup saknar möjlighet att remittera ut patienter till primärvårdsnivå.

Region Jämtland Härjedalen beskriver att ett särskilt mottagningsteam fungerar som en väg in till både första linjen och specialistnivån och att andelen patienter som får ett första besök inom 30 dagar ökade från 65 procent 2024 till 81 procent 2025. I Region Gävleborg bedömer och triagerar En väg in alla ärenden som rör barn upp till 17 år, oavsett vårdnivå och kan boka in patienten direkt på rätt enhet. Region Värmland bedömer att Entrémottagningen, som startades hösten 2024 med uppdrag att genomföra första besök, akutbesök och telefonrådgivning, har stabiliserat vårdflödet till en första bedömning under 2025.

Stegvis vård och standardiserade vårdprocesser

I enkäten beskriver 15 regioner att de arbetar med stegvis vård och SVP. Genom stegvis vård ordnas insatserna i steg där lågintensiva insatser som

[15] Region Västerbotten, Region Västernorrland, Region Norrbotten, Region Gävleborg och Region Örebro län.
[16] Det är fler än 15 regioner som har verksamheter såsom En väg in eller motsvarande, men alla har inte uppgett det i enkätsvaren.
[17] Brief Child and Family Phone Interview.

egenvård, psykoedukation[18] och gruppbehandling erbjuds i större skala medan resurskrävande individuella insatser reserveras för patienter där tidigare steg har varit otillräckliga. Genom SVP utformas utredning, behandling och uppföljning för olika tillstånd på ett enhetligt sätt utifrån nationella riktlinjer och vård- och insatsprogram. Syftet är att få en mer jämlik vård och en effektivare användning av resurserna. Till exempel uppger ungefär hälften av regionerna att de breddar utbudet av gruppbehandling. Därtill framhåller flera av regionerna att införandet av stegvis vård och standardiserade vårdprocesser är en flerårig omställning. Insatsernas effekter kan därför, enligt regionerna, vara svåra att bedöma på kort sikt.

I Region Skåne utgör SVP grunden i patientarbetet. Vården ges i en personcentrerad stegvis modell där utredning och behandling kan starta redan vid den digitala mottagarfunktionen En väg in och löpa parallellt. Enligt regionen har förbättringsarbetena bidragit till en produktionsökning på över 40 procent de senaste fem åren med bibehållen eller förbättrad vårdkvalitet. Därtill har Region Norrbotten under 2025 infört SVP för nio tillstånd tillsammans med första linjen, vilket även har kompletterats med länsgemensamma riktlinjer för bland annat medicinsk prioritering och vårdplaner. Region Västerbotten har infört stegvis vård och SVP på båda vårdnivåerna under 2025. Regionen har en särskild samordningsfunktion för barn som har vård på två vårdnivåer samtidigt. Samarbetet beskrivs ha ökat produktiviteten för både nybesök och behandlingsstarter.

Effektivare utredningsflöden vid neuropsykiatriska frågeställningar

Inflödet av barn med frågeställningar om neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF), såsom adhd och autism, lyfts som den största kapacitetsutmaningen i regionernas enkätsvar. Tolv regioner beskriver riktade insatser för att effektivisera utredningsflödena. Insatserna innebär att enklare ärenden hanteras i snabbare och mindre resurskrävande spår, medan komplexa ärenden hålls samman med behandling och samverkan. Flera regioner arbetar också med stegvis utredning, där omfattningen begränsas till vad som behövs för att bedöma funktion, behov och lämpliga insatser. Enligt enkätsvaren är syftet att använda utredningsresurserna mer effektivt och att minska risken för att den ökande efterfrågan på NPF-utredningar tränger undan barn med allvarligare psykiatriska tillstånd.

Region Stockholm har sedan 2022 byggt upp en subspecialiserad verksamhet för adhd och autism utan annan samsjuklighet, med sex enheter och en modell som kombinerar funktionsbedömning, stegvis utredning och

[18] Innebär att patienten ges information om sjukdomstillståndet, olika behandlingsmetoder och vad individen kan göra själv för att hantera sitt tillstånd.

kapacitetsökning med syftet att korta vårdköerna. I Region Jämtland Härjedalen hanteras okomplicerade ärenden av ett särskilt utredningsteam eller externa utförare, medan komplexa ärenden utreds och behandlas parallellt i öppenvårdsteam. Regionen uppger att utredningskapaciteten därigenom har ökat med 20 procent utan personalförstärkning.

Kapacitetsförstärkning genom externa utförare och vårdval

Kapacitetsförstärkning genom externa utförare och vårdval redovisas av 10 regioner. Åtta regioner upphandlar neuropsykiatriska utredningar av privata utförare, medan två regioner – Kronoberg och Dalarna – har vårdval för bup. Av enkätsvaren framgår att externa utförare främst används för att tillfälligt öka kapaciteten och minska utredningsköer. Vårdval uppges vara ett mer långsiktigt sätt att skapa flexibel kapacitet genom att offentliga och privata vårdgivare arbetar utifrån samma uppdrag och ersättningsmodell. Regionerna uppger dock att insatserna kan vara beroende av tillfälliga statsbidrag och innebära att belastningen flyttas från utredning till behandling.

Till exempel anger Region Jämtland Härjedalen att de rörliga medlen har möjliggjort fler externa utredningar än vad den egna budgeten medger. Region Kalmar län genomförde under 2025 en stor upphandling av externa neuropsykiatriska utredningar, vilket tillsammans med riktade insatser uppges ha halverat utredningsköerna. Regionen menar dock att trycket på vården istället riskerar att förskjutas till behandlingsledet och beskriver att kapacitetsbristen nu är störst i omhändertagandet efter genomförd utredning, när behandlingen ska initieras.

I Region Stockholm genomfördes 2024 en ramupphandling för att avlasta bup under en övergångsperiod medan en egen kapacitet byggs upp. Under 2025 avropades 1 235 NPF-utredningar i Region Stockholm, samtidigt som helhetsansvaret för patientens vård ligger kvar hos bup. Region Kronoberg har kompletterat vårdvalet med en riktad satsning där ersättningen för NPF-utredningar och adhd-behandling har höjts. Enligt regionen har produktionen ökat och antalet patienter som väntat längre än 90 dagar minskat.

Digitala arbetssätt

I enkäten uppger 14 regioner att de använder digitala arbetssätt inom bup. Syftet uppges vara att frigöra behandlartid, minska antalet uteblivna besök och göra vården mer jämlik geografiskt. Det är en insats som är särskilt viktig i regioner med stora avstånd, där digitala former gör vården tillgänglig utan resor.

Digitala jourbedömningar och hybridlösningar för att hantera geografiska utmaningar lyfts exempelvis av Region Gävleborg, där bup:s läkardagjour i Hälsingland genomför hälften av bedömningarna digitalt och beredskapslinjen arbetar i stor utsträckning på distans. Gruppsessioner och anhörigföreläsningar erbjuds även i hybridformat och sänds live till länsdelar utan lokal mottagning.

Vidare beskriver regionerna digitala vårdformer i patientmötet, som videobesök och internetförmedlad behandling. Läkemedelsuppföljning uppges vara ett område där digitaliseringen kan ge stora effekter genom att frigöra läkarresurser och flera regioner kombinerar därför digital uppföljning med att arbetsuppgifter förs över till sjuksköterska.

Regionerna beskriver även att de digitaliserar kringliggande arbetsmoment och administration såsom tidbokning eller inhämtning av skattningar och anamnes före besök. Andra exempel inkluderar digital egenanmälan dygnet runt och fördefinierade journalmallar. Region Skåne och Region Västerbotten uppger att principen är digitalt när det är möjligt, fysiskt när det behövs är vägledande.

I Region Uppsala startade i september 2025 mottagningen adhd på nätet. Den följer upp all pågående adhd-läkemedelsbehandling via digitala vårdbesök, parallellt med läkemedelsinformation i grupp, vilket uppges ha haft goda effekter på tillgängligheten. I Region Örebro län förbereds en digital mottagning för läkemedelsuppföljning med egenmonitorering från 2026. Regionen har även tagit fram kriterier för internetförmedlad psykologisk behandling och patienter ska själva kunna boka om och avboka besök via 1177.

Kompetensförsörjning och rätt använd kompetens

Kompetensförsörjning och rätt använd kompetens är en insats som 12 regioner redovisar i enkätsvaren. Insatsen omfattar rekrytering och kompetensutveckling, men också omfördelning av arbetsuppgifter mellan yrkesgrupper. Syftet är att specialistläkare och psykologer, som är de kompetenser flest regioner pekar ut som den främsta kapacitetsbegränsningen, ska kunna fokusera på arbetsuppgifter som kräver deras särskilda kompetens. Andra yrkesgrupper kan exempelvis ansvara för vissa delar av utredningar, läkemedelsuppföljning eller administrativa uppgifter.

I Region Gävleborg genomför sjuksköterskor och kuratorer vissa delmoment i barnpsykiatriska utredningar, och psykiatrisjuksköterskor har utökat mandat vid läkemedelsuppföljning, vilket frigör läkartid. Region Örebro län har låtit medicinska vårdadministratörer ta över bokningsarbetet för att öka behandlarnas tid för patientarbete. Flera regioner betonar samtidigt att

omfördelning av arbetsuppgifter inte fullt ut kan kompensera för bristen på specialistläkare.

Regionernas strategiska insatser för att utveckla omhändertagandet av barn och ungdomar i första linjen/primärvården

I enkätsvaren framgår att regionernas strategiska insatser för barn och unga med psykisk ohälsa främst rör organisering och uppdrag för första linjen/primärvården. Majoriteten av regionerna beskriver arbete med att tydliggöra gränssnittet mot bup och stärka förmågan att ge insatser vid lindrig till måttlig psykisk ohälsa. Stegvis vård är en genomgående princip, med målet att insatser ska ges på lägsta ändamålsenliga vårdnivå. Gemensamma ingångsfunktioner för triagering och hänvisning till rätt vårdnivå är även ett vanligt strukturellt arbetssätt, vilket beskrivs mer ingående i det tidigare avsnittet om bup:s strategiska arbete.

Därtill rör återkommande insatser även kompetensförstärkning i primärvården och samverkan med skola, elevhälsa och socialtjänst, särskilt för barn och unga med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Omkring hälften av regionerna utvecklar eller använder konsultations- och samarbetsmodeller mellan bup och första linjen eller primärvården, både i enskilda patientärenden och i frågor om processer, ansvarsfördelning och gränssnitt.

Regionerna skiljer sig åt i hur första linjen/primärvården är organiserad och hur långt arbetet har kommit. Medan vissa har etablerade strukturer för ledning, ansvar och uppföljning befinner sig andra i kartläggnings- eller analysfas. Det varierar också i vilken utsträckning första linjen/primärvården kan behandla barn med neuropsykiatriska frågeställningar utan fullständig specialistutredning samt hur långt regionerna har kommit i utvecklingen av digitala vårdformer.

Stegvis vård och tydligare ansvarsfördelning mellan första linjen/primärvården och bup

Majoriteten av regionerna uppger att de arbetar med att införa eller utveckla stegvis vård samt förtydliga ansvarsfördelningen för barn och unga med psykisk ohälsa mellan första linjen/primärvården och bup. Syftet är att säkerställa att patienter styrs till rätt vårdnivå genom att insatser ges på lägsta effektiva nivå. Målet är att ärenden med lättare svårighetsgrad hanteras inom första linjen/primärvården och att bup tar emot de patienter

som är i behov av specialistvård. Arbetet med stegvis vård och tydligare ansvarsfördelning mellan vårdnivåer har bland annat tagit sig uttryck i:

- Tydliggörande av gränssnitt och ansvarsfördelning mellan bup och första linjen/primärvården, bland annat genom arbete med rutiner, framtagande av överenskommelser och andra typer av dokument som rör ansvarsfördelning.
- Flödesändringar, så att patienter med exempelvis neuropsykiatrisk frågeställning och en hög funktionsnivå får insatser inom första linjen/primärvården som ett första steg.
- Arbete med standardiserade vårdprocesser som strukturerar vård stegvis från egenvård och psykoedukation till gruppinsatser till individuella insatser samt vidare till specialistvård.

Tabell 3 nedan visar antal regioner som uppger att de arbetar med ett eller flera av de ovan beskrivna arbetssätten. Det kan dock finnas ytterligare regioner som arbetar med dessa arbetssätt, men som inte har redovisat detta i enkätsvaren.

Tabell 3. Fördelning av regionernas arbete med gränssnitt och ansvarsfördelning mellan primärvård och bup

Arbetsmoment	Antal regioner
Arbete med- och implementering av standardiserade stegvisa vårdprocesser	16
Tydliggörande av gränssnitt och ansvarsfördelning mellan bup och första linjen/primärvården (ex. genom rutiner, överenskommelser och andra styrdokument)	14
Flödesändringar	9

Flest regioner uppger att de arbetat med att ta fram, implementera och tillämpa standardiserade vårdprocesser. Därefter följer insatser för att tydliggöra gränssnitt och ansvarsfördelning mellan bup och första linjen/primärvården, exempelvis genom revidering av överenskommelser, triageringsrutiner och andra styrdokument som reglerar ansvarsfördelningen mellan vårdnivåerna. I enkätsvaren förekommer arbete med flödesändringar, främst kopplade till neuropsykiatriska frågeställningar, i lägst utsträckning.

Region Skåne och Region Sörmland utgör dock två exempel där arbete med flödesändringar inom primärvården pågår. I Region Skåne har första linjen sedan 2023 i uppdrag att omhänderta patienter med neuropsykiatriska frågeställningar, främst adhd, i enlighet med Nationella vård- och insatsprogrammet (VIP) för adhd.[19] Region Sörmland uppger att de har

[19] Vård- och insatsprogrammen (VIP) är ett gemensamt kunskapsstöd som vänder sig till verksamma inom primärvård, specialiserad vård, socialtjänst och skola. Kunskapsstödet omfattar allt från insatser

genomfört en motsvarande flödesändring, där barn som söker vård med neuropsykiatriska frågeställningar och som har en hög funktionsnivå bedöms inom första linjen.

I Region Uppsala pågår ett liknande utvecklingsarbete. Under 2025 har regionen genomfört en kartläggning av barn med symtom på adhd som bedöms riskera att ”falla mellan stolarna”. Ett av utvecklingsförslagen i kartläggningen är att första linjen, benämnd Barn- och ungdomshälsan, ska ges ett samlat ansvar för denna målgrupp. En sådan förändring bedöms på sikt kunna bidra till att minska efterfrågan på specifikt adhd-utredningar inom bup i regionen.

Som framgår av tabell 3 ovan arbetar flest regioner med standardiserade vårdprocesser för barn och unga med psykisk ohälsa inom såväl första linjen/primärvården som bup. Exempelvis arbetar Region Västerbotten och Region Skåne med standardiserade vårdprocesser inom båda vårdnivåerna. Även Region Norrbotten, Region Blekinge och Region Stockholm beskriver pågående arbete med standardiserade vårdprocesser, bland annat kopplat till neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

Kompetensutveckling och resursstärkning av första linjen/primärvården

En återkommande utmaning i enkätsvaren är svårigheter att rekrytera och behålla personal inom både första linjen/primärvården och bup. Regionerna framhåller att en stegvis och nära vård för barn och unga med psykisk ohälsa förutsätter att första linjen/primärvården har tillräcklig bemanning och kompetens för bedömning, behandling och viss läkemedelshantering.

Majoriteten av regionerna har därför breddat bemanningen i första linjen/primärvården, exempelvis genom att rekrytera psykologer, kuratorer, läkare, arbetsterapeuter och logopeder. Region Västerbotten har exempelvis anställt arbetsterapeuter inom primärvården för barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och genomför riktad kompetensutveckling. Region Örebro län beskriver en tvärprofessionell förstalinjemottagning, men bedömer att första linjen behöver ytterligare resursförstärkning.

Vidare finns också exempel där personal inom primärvården stöttar bup. Ett sådant exempel är en pilotverksamhet i Region Gotland, där arbetsterapeuter från primärvården bistår bup i arbetet med barn och unga som uppvisar subkliniska neuropsykiatriska symtom.

Sju regioner redovisar även att de genomfört riktade kompetenshöjande insatser inom första linjen/primärvården, bland annat avseende

för att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa till högspecialiserad vård för barn och unga, vuxna och äldre.

neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, depression, ångest, suicidprevention och beteendestörning. I Region Västerbotten och Region Norrbotten sker utbildningsinsatser om neuropsykiatriska funktionsnedsättningar inte bara inom primärvård och första linjen, utan även riktat mot skola och socialtjänst eftersom inflödet till bup i hög grad styrs av hur tidigt och hur väl problem uppmärksammas i barnens vardagsmiljö. I Region Gävleborg planeras också ett nytt vårdprogram för beteendestörning där första linjens roll är tydlig, och kopplar detta till utbildningsinsatser och modellen Tidiga samordnade insatser (TSI).[20]

Vissa regioner har samorganiserat första linjen och bup för att bättre använda tillgänglig kompetens. I Region Jämtland Härjedalen ligger första linjeuppdraget inom bup:s organisation och omfattar en gemensam mottagningsfunktion. Region Gävleborg har första linjens psykiatri och bup inom samma verksamhetsområde, med gemensam ledning, vårdprogram och kvalitetssamordning. Enligt regionen ger det bättre möjligheter att fördela bemanning, styra kompetensutveckling och säkerställa stegvis vård.

Konsultationer mellan första linjen/primärvård och bup

Ungefär hälften av regionerna (12) beskriver att de arbetar med och vidareutvecklar olika konsultations- och samarbetsmodeller mellan bup och första linjen/primärvården. Konsultationerna och samarbetet sker både på klinisk nivå – där personal från bup konsulterar och stöttar personal inom första linjen/primärvården i konkreta patientärenden – och på en mer strategisk nivå, där man gemensamt ser över ansvarsfördelning, gränssnitt och processer mellan vårdnivåerna.

I Region Jönköpings län arbetar exempelvis bup och första linjen (Barn- och ungdomshälsan) med veckovisa konsultationstillfällen kring patientärenden. I andra regioner arbetar man på liknande sätt, som i Region Kalmar län där chefer inom bup, verksamheten En väg in samt första linjen (Barn- och ungdomshälsan) har veckovisa träffar för att löpande justera processer kopplade till ansvarsfördelning och gränssnitt mellan vårdnivåerna.

I Region Stockholm ingår det i vårdcentralernas uppdrag inom vårdval att utveckla samverkansrutiner med bland annat bup, och i Region Kronoberg finns rutiner för när vårdgivare, vid mer komplexa fall, kan skicka konsultationsremisser till ett särskilt resursteam inom bup.

[20] Tidiga och samordnade insatser (TSI) är ett paraplybegrepp för strukturerad samverkan i förebyggande arbete med barn och unga. Samverkansmodellen involverar socialtjänst, skola och hälso- och sjukvård och är framtagen för att fånga upp barn och unga som riskerar att utveckla psykisk ohälsa eller sociala problem.

Digitalisering och digitala vårdinsatser inom primärvården

Åtta regioner uppger i enkäten att de arbetar aktivt med digitalisering inom första linjen och primärvården som en del av arbetet med att öka tillgängligheten och effektivisera omhändertagandet av barn och unga med psykisk ohälsa.

Den vanligaste formen av digitalisering är digitala grupprogram och föräldrainsatser. Region Jönköpings län beskriver hur digitala stöd- och behandlingsprogram blivit en naturlig del av primärvårdens utbud sedan utbyggnaden av förstalinjeverksamheten Barn- och ungdomshälsan, varpå verksamhetsuppföljningar visar på upplevd förbättring hos de familjer som deltagit.

I Region Västerbotten har primärvården och bup i samverkan startat digitala föräldragrupper för vårdnadshavare till de yngsta barnen inom ESSENCE-området. [21] Syftet är att erbjuda tidiga insatser utan krav på diagnos.

Internetförmedlad behandling och digitala program är ett annat växande inslag. Region Uppsala erbjuder sedan 2025 internetförmedlad KBT-behandling på förstalinjenivå och i Region Örebro län pågår ett arbete inom första linjen med att ta fram gruppinsatser och internetbaserade behandlingsmetoder för att kunna erbjuda tidiga och tillgängliga insatser. Enligt Region Örebro län behövs dock fortsatt samverkan med bup och barn- och ungdomshabiliteringen samt med kommunerna för att insatserna ska bli kostnadseffektiva, jämlika samt ges på rätt vårdnivå.

Region Blekinge planerar att införa digitala behandlingsprogram och psykoedukativa insatser i samverkan med primärvården, med Region Skånes digitala psykoedukationsmodell som förebild.

Digitala patientinformationssatsningar förekommer i flera regioner. Region Jönköpings län har till exempel publicerat materialet *Råd till dig som är ung om psykisk hälsa* på 1177.se. Materialet riktar sig till barn från tio års ålder.

Samverkan med skola, socialtjänst och andra verksamheter

Flera av regionerna uppger att första linjen/primärvården samverkar med skola, socialtjänst och andra kommunala verksamheter rörande barn och unga med psykisk ohälsa. Samverkan tar sig uttryck i både formella

[21] ESSENCE står för early symptomatic syndromes eliciting neurodevelopmental clinical examinations och är ett samlingsbegrepp för tidigt debuterande utvecklingsneurologiska problem som ofta överlappar varandra.

överenskommelser och i praktiska arbetssätt i den gemensamma vardagen kring barn och unga.

Till exempel lyfter flera regioner att de etablerat gemensamma strukturer för samverkan mellan region och kommun kring barn och unga med psykisk ohälsa. Samverkan organiseras bland annat genom gemensamma forum, överenskommelser och arbets- och ledningsgrupper där berörda verksamheter deltar. Syftet är att skapa en gemensam struktur för att samordna insatser och utveckla kompletterande stöd mellan huvudmännen.

Region Västernorrland har under 2025 etablerat nya samverkansstrukturer (HälSam) mellan regionen och länets kommuner, där bland annat tjänstepersoner från regionen, socialtjänst och skola ingår. För området barn och unga har en överenskommelse om samordnade insatser tagits fram som ska omsättas av de lokala samverkansgrupperna (LSG) i varje kommun.

I Region Värmland pågår ett liknande arbete där region och kommuner har etablerat en gemensam "Mission" för barn och unga. Regionen och kommunerna samverkar genom gemensamma arbets- och ledningsgrupper som samlar socialtjänst, elevhälsa, skolledning, folkhälsa, bup samt första linjen. Analysarbetet används sedan av en strategisk utvecklingsgrupp för barn och unga, som är kopplad till politiskt styrda arenor, för att bygga upp kompletterande insatser mellan huvudmännen.

I Region Stockholm ingår inom ramen för vårdval vårdcentral utökade insatser för barn och ungas psykiska ohälsa. Vårdgivare med uppdraget ska enligt avtalet utveckla samverkansrutiner med bup, skola, elevhälsa och socialtjänst. Samverkansansvaret utgör därmed en avtalsreglerad del av vårdcentralernas uppdrag och är kopplat till regionens ersättnings- och uppföljningssystem.

Region Jönköpings län beskriver en utvecklad samverkansstruktur med återkommande gemensamma mötesforum för regionens och kommunernas verksamheter. Till exempel har regionen, i samarbete med länets kommuner, arbetat med utvecklingen av stegvis vård genom att justera remissrutinerna till verksamheten En väg in, utifrån syftet att tydliggöra att insatser ska bygga på barnens behov snarare än att sätta diagnos.

Region Jönköpings län uppger även att regionen, sedan flera år, arbetat med att stärka samverkan mellan region och kommun, varpå flera initiativ prövas i länet. Ett exempel är första linjeverksamheten Barn- och ungdomshälsan (BUH), som är aktiv inom TSI, med fastställda rutiner för att slussa familjer vidare till föräldrastöd inom kommunal verksamhet. Ett ytterligare initiativ är plattformen ”Bästa platsen för barn att växa upp på” – en samverkansstruktur mellan länets kommuner och regionen med målsättningen att hälso- och sjukvårdens och kommunernas barnverksamheter i högre grad ska samverka för goda uppväxtvillkor för barn och unga i länet.

Förutsättningar och utmaningar i genomförandet av överenskommelsen

Verksamhetschefernas erfarenheter

De skriftliga svaren från verksamhetschefer inom bup i 15 regioner visar en varierad bild av överenskommelsen. Flera verksamhetschefer beskriver att den har bidragit till ett ökat fokus på tillgänglighet, verksamhetsuppföljning och utveckling av arbetssätt, exempelvis PKS, samlade ingångar, stegvis vård och effektivare patientflöden. Några beskriver också att överenskommelsen har stärkt verksamhetens legitimitet för förändringsarbete och resursprioriteringar internt.

Samtidigt lyfter 12 av 15 verksamhetschefer målkonflikter mellan prestationskraven och medicinsk prioritering. Det gäller särskilt när en generell tidsgräns ska tillämpas för patientgrupper med olika vårdbehov och vårdtyngd. Flera beskriver en risk för att fokus på första besök, utredningsstart eller behandlingsstart kan påverka prioriteringen mellan nya patienter och patienter med pågående, komplexa eller långvariga vårdbehov. Fyra verksamhetschefer framhåller också att åtgärder för att öka kapaciteten i ett led, exempelvis genom externa neuropsykiatriska utredningar, kan medföra att belastningen i stället ökar i efterföljande behandlings- och uppföljningsled.

Verksamhetscheferna beskriver vidare att inrapportering och kvalitetssäkring av data i flera fall är resurskrävande. Återkommande utmaningar gäller brister i dataöverföring mellan system, journalsystemsbyten, manuella kontroller och skilda tolkningar av definitioner. Samtidigt uppger vissa verksamhetschefer att rapporteringen har fungerat väl, bland annat genom etablerade administrativa rutiner och god tillgång till regionalt analysstöd. Flera verksamhetschefer efterfrågar dock enklare och mer automatiserad rapportering, nationellt enhetliga definitioner och bättre möjligheter för verksamheterna att kontrollera rapporterade uppgifter.

I svaren återkommer också behovet av att utveckla hela vårdkedjan för barn och unga med psykisk ohälsa. Verksamhetscheferna lyfter särskilt behovet av en stärkt första linje och primärvård, tydligare ansvarsfördelning mellan vårdnivåerna samt utvecklad samverkan med elevhälsa, skola och socialtjänst. Flera efterfrågar långsiktiga och förutsägbara förutsättningar för verksamhetsutveckling och kompetensförsörjning, snarare än tidsbegränsade satsningar.

Datakvalitet, journalsystem och rapportering av väntetidsdata inom bup

I de skriftliga svaren från verksamhetscheferna i bup framgår att erfarenheterna av inrapportering av väntetidsdata varierar kraftigt. Några verksamheter uppger att inrapporteringen i huvudsak har fungerat väl eller utan större problem. Förutsättningarna har varit bättre i regioner med etablerade administrativa rutiner, god lokal kontroll över data och fungerande stöd från regionala analysfunktioner. Vissa beskriver också att stödet från SKR har varit värdefullt i dialog med Regeringskansliet om undantag och förlängda rapporteringstider vid problem med journalsystem. Dock uppger åtta av 15 svarande verksamhetschefer att stödet från SKR har varit svårt att använda eller inte fullt ut motsvarat verksamheternas behov. Till exempel lyfter verksamhetscheferna att SKR:s stöd och mätmodeller upplevs som alltför komplexa, otillräckligt anpassade till verksamheternas skilda förutsättningar och vårdprocesser samt att vägledning, kontaktvägar och definitioner inte alltid upplevs som tillräckligt tydliga och enhetliga.

Därtill beskriver många verksamheter betydande utmaningar, vilket även förstärks av Socialstyrelsens dialoger med regionerna:

- Dataöverföring mellan lokala system, regionala system och nationell rapportering fungerar inte alltid tillförlitligt.
- Verksamheternas egna uppgifter överensstämmer inte alltid med de data som tas ut och rapporteras centralt.
- Journalsystem och uttagsfunktioner, särskilt i samband med systembyten eller införande av Cosmic, har orsakat problem.
- Registrering kräver omfattande manuell handpåläggning av kliniker, chefer, administratörer, tillgänglighetssamordnare och analysfunktioner.
- Inrapportering och kontroll har i vissa fall inneburit dubbelarbete, eftersom uppgifter har rapporterats till flera mottagare.
- Regionerna tolkar definitioner olika och därför registreras exempelvis patientbesök olika, vilket i sin tur leder till sämre jämförbarhet.

Några verksamhetschefer pekar särskilt på att nuvarande mått och registreringsmöjligheter kan vara svåra att förena med stegvisa vårdmodeller, där utredning och behandling kan påbörjas parallellt eller växelvis.

Patient-, anhörig- och professionsperspektiv

Intervjuerna med patient- och anhörigorganisationer samt professionsföreningar visar att tillgängligheten till bup upplevs ha förbättrats

för första besök, medan utmaningar kvarstår i fråga om utredning, behandling och uppföljning. De intervjuade företrädarna pekar på risker med en ensidig styrning mot första besök, särskilt för barn och unga med stora vårdbehov. De lyfter också variationer mellan regionerna i första linjens insatser och kompetens. Sammantaget framträder, i linje med vad verksamhetscheferna inom bup lyfter i sina beskrivningar, ett behov av en sammanhållen och samordnad vårdkedja för barn och unga med psykisk ohälsa, från tidiga och förebyggande insatser till specialiserad vård.

Kortare väntan till första besök men fortsatt långa väntetider till utredning och behandling inom bup

Företrädarna för professionsföreningarna beskriver att söktrycket till bup har ökat markant under de senaste åren, särskilt avseende frågeställningar som rör neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Däremot uppfattar företrädarna för professionsföreningarna att överenskommelsen har bidragit till kortare väntetider till ett första besök inom bup. Samtidigt lyfter flera professionsföreningar att styrningen i hög grad har fokuserat på nybesök, medan tillgängligheten till utredning och behandling inte har utvecklats på motsvarande sätt. Denna bild delas av de intervjuade patient- och anhörigorganisationerna, som betonar att tillgänglighet inte enbart handlar om väntetider till ett första besök eller en utredning. För barn och unga är det också viktigt att det finns en tydlig väg till fortsatt behandling och stöd. En snabb första kontakt utan möjlighet till behandling och uppföljning riskerar enligt de intervjuade organisationerna att ha ett begränsat värde för barnen och de unga.

Vidare lyfter företrädarna för professionsföreningarna att en stark prioritering av första besök riskerar att styra verksamheterna mot det som mäts och följs upp, snarare än mot barnens och de ungas samlade vårdbehov. Det kan enligt företrädarna medföra undanträngningseffekter, exempelvis för barn och unga med komplex problematik, samsjuklighet eller behov av längre och samordnade behandlingsinsatser. Flera av de intervjuade professionsföreningarna beskriver också att prioriteringen av nybesök kan påverka kontinuiteten för patienter som redan har kontakt med bup. Samtidigt uppger företrädarna för patient- och anhörigorganisationerna att de långa väntetiderna till bup utgör ett betydande problem för barn och unga samt deras anhöriga. En risk som patient- och anhörigorganisationerna särskilt lyfter är att många barn och unga riskerar att försämras i sitt mående under tiden de väntar på specialistpsykiatrisk vård. Företrädarna för patient- och anhörigorganisationerna efterfrågar därför mer strukturerade insatser till barn och unga samt deras anhöriga under tiden de väntar på vård.

Primärvårdens och första linjens förutsättningar varierar

Tillgängligheten och utbudet av primärvård och första linjens vård för barn och unga med psykisk ohälsa uppges variera mellan regioner, enligt de intervjuade organisationerna. Såväl företrädarna för professionsföreningarna som patient- och anhörigorganisationerna beskriver att det finns skillnader både i tillgången till kompetens om psykisk ohälsa hos barn och unga, vad som ingår i första linjens/primärvårdens uppdrag samt hur uppdraget är organiserat i olika regioner.

Vidare framhåller företrädarna att primärvården behöver stärkta förutsättningar att möta barn och unga med lindrig till måttlig psykisk ohälsa. Bup beskrivs tidigare ha hanterat en bredare grupp av tillstånd, medan förväntningarna på primärvården och första linjen att omhänderta barn och unga med viss psykisk ohälsa har ökat under de senaste åren. Denna omställning beskrivs som positiv och nödvändig för att säkra att barn och unga får vård på rätt vårdnivå och i enlighet med en god och nära vård. Dock framhåller företrädarna att det kräver att första linjen/primärvården har resurser nog för att utföra uppdraget, att det finns tillräcklig och relevant kompetens samt att ansvarsförhållanden och arbetssätt behöver förtydligas mellan första linjen/primärvården och bup. I dagsläget ser det mycket olika ut hur pass långt utbyggnaden av första linjens/primärvårdens uppdrag att omhänderta barn och unga med psykisk ohälsa har kommit, samt vilka insatser som erbjuds till barn och unga med mild till måttlig psykisk ohälsa, enligt de intervjuade patient- och anhörigorganisationerna och professionsföreningarna.

Risk för att barn och unga med stora behov trängs undan

Av intervjuerna framgår att ökad tillgänglighet behöver utformas så att barn och unga får vård på rätt nivå och utifrån sina individuella behov. Ett starkt fokus på tillgänglighet till första besök och diagnostik kan, enligt företrädarna för professionsföreningarna, innebära en risk för att barn och unga med komplex problematik, samsjuklighet eller behov av samordnade och långvariga insatser inte får sina behov tillgodosedda i tillräcklig utsträckning.

Både patient- och anhörigorganisationerna och professionsföreningarna framhåller även att föräldrars förutsättningar att söka vård kan påverka barns och ungas tillgång till insatser. Samtidigt bedöms en tydlig väg in till bup och möjlighet till ett första besök kunna bidra till en mer jämlik tillgång till vård, oavsett familjens resurser.

Vidare beskriver både patient- och anhörigorganisationerna och professionsföreningarna att grupper som är särskilt utsatta riskerar att inte få tillgång till vård och insatser utifrån sina behov. Det gäller bland annat barn och unga i samhällsvård, barn och unga med socialt utsatta eller sjukdomsdrabbade föräldrar, barn i familjer med språkliga hinder eller där psykisk ohälsa är stigmatiserad samt barn och unga i socioekonomiskt utsatta områden. Även barn och unga som inte vill eller kan ta sig till vården, barn i familjer med vårdnadstvister samt barn och unga med svår psykisk ohälsa lyfts fram som särskilt sårbara grupper.

Behov av långsiktigt samordnade insatser och tydligare ansvarsfördelning

De intervjuade företrädarna för professionsföreningarna och patient- och anhörigorganisationerna beskriver ett behov av långsiktiga och sammanhållna åtgärder för att förbättra omhändertagandet av barn och unga med psykisk ohälsa. Enligt företrädarna behöver åtgärderna omfatta hela systemet kring barn och ungas psykiska hälsa och inkludera såväl hälso- och sjukvården som elevhälsan, skolan och socialtjänsten. Centrala utvecklingsområden är kompetensförsörjning, arbetsmiljö, tydligare ansvarsfördelning och utvecklad samverkan mellan bup, primärvård, elevhälsa, skola, socialtjänst, habilitering och ungdomsmottagningar.

Vidare betonar företrädarna betydelsen av att stärka tidiga och förebyggande insatser. Detta gäller bland annat insatser inom mödra- och barnhälsovården, förskolan och skolan, där behov av stöd kan uppmärksammas i ett tidigt skede.

Såväl patient- och anhörigorganisationerna som professionsföreningarna framhåller också behovet av ökad kunskap om psykisk ohälsa hos barn och unga. Det innefattar bland annat kunskap om skillnaden mellan naturliga reaktioner på belastande livsomständigheter och tillstånd som kräver insatser från hälso- och sjukvården. Första linjen/primärvården, elevhälsan och ungdomsmottagningarna lyfts fram som viktiga aktörer i detta arbete. Även skolan och andra arenor där barn och unga vistas bedöms ha en betydelsefull roll i att förmedla kunskap, uppmärksamma behov, erbjuda stöd samt vid behov vägleda vidare till rätt insats.

Preliminära slutsatser och fortsatt arbete

Samtliga regioner har under 2025–2026 genomfört eller påbörjat insatser i linje med överenskommelsen. Arbetet omfattar främst produktions- och kapacitetsstyrning, samlade ingångar och triagering, stegvis vård, standardiserade vårdprocesser samt utveckling av första linjen och primärvården. Regionernas förutsättningar och mognadsgrad skiljer sig åt.

Socialstyrelsen har kommit fram till följande preliminära slutsatser i arbetet med att följa överenskommelsen:

- **Ökat fokus och uppmärksamhet på tillgänglighetsfrågor, kapacitet och verksamhetsutveckling inom bup**
  Regionerna har genomfört eller påbörjat ett strukturerat arbete kopplat till omhändertagande av barn och unga med psykisk ohälsa, i linje med överenskommelsens inriktning. Att överenskommelsen omfattar 1 miljard kronor per år beskrivs som en ovanligt stor satsning specifikt på bup. Överenskommelsens inriktning uppges också ha bidragit till att belysa utmaningarna med tillgängligheten inom bup och bidra till att regionerna fokuserar på att förbättra den.
- **Tillgängligheten till ett första besök har ökat på nationell nivå, men utvecklingen har varit ojämn mellan regionerna**
  Andelen första besök som genomfördes inom 30 dagar ökade i 17 av 21 regioner mellan första halvåret 2025 respektive 2026. En utmaning med att fokusera på att korta väntetiderna till ett första besök är att det riskerar att skapa köer i nästa led; utredningar och behandlingar. Det beror bland annat på att det är samma personal som ansvarar för samtliga delar i vårdkedjan.
- **Utmaningar kring kvalitet i och inrapportering av data**
  Exempelvis är det ibland otydligt vad som räknas som ett första besök eftersom regionerna både kan tolka och sedan registrera det på olika sätt. Ett första besök kan i vissa fall räknas även som en påbörjad fördjupad utredning. Ett annat exempel är när flera olika professioner gör bedömningar av en och samma patient; hur ska det då rapporteras? Eftersom Socialstyrelsen och SKR har närliggande uppdrag inom arbetet med väntetidsdata finns en risk för att regionerna upplever oklarheter kring vilken information som ska rapporteras, till vem och på vilket sätt.
- **Risk för undanträngningseffekter**
  Samlad data från regioner, patient- och anhörigorganisationer, professionsföreningar och verksamhetschefer inom bup visar att det hos dessa anses finnas en risk för att styrning mot vissa mätbara prestationer påverkar prioriteringen mellan nya patienter och barn och unga med komplexa, långvariga eller sammansatta behov.

- **Stora regionala skillnader i uppfyllelse av prestationsmåtten**
  Spridningen mellan regionerna vad gäller uppfyllelsen av prestationsmåtten är stor såväl för första halvåret 2025 som för motsvarande period 2026. Därtill har 49 procent av det möjliga maxbelopp som ingick i överenskommelsen för perioden januari–juni 2026 betalats ut till regionerna. Resterande del läggs till bonuspotten som fördelas i december 2026. Att enbart ca hälften av de avsatta medlen för den första perioden 2026 utbetalas indikerar att regionerna har svårt att uppnå prestationskraven. Därtill finns även en risk att regionala skillnader förstärks, då regioner som inte når prestationskraven får en mindre andel av medlen och därmed kan tänkas få sämre förutsättningar att utveckla verksamheten och förbättra tillgängligheten.
- **Utvecklingen av första linjen/primärvården pågår men förutsättningarna varierar mellan regionerna**
  Regionerna arbetar i varierande grad med att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan bup och första linjen, stärka kompetensen samt utveckla former för konsultation mellan vårdnivåerna. Förutsättningarna för detta arbete skiljer sig dock mellan regionerna, bland annat gällande uppdrag, bemanning, kompetens och tillgång till insatser. En fortsatt utveckling av primärvården och första linjen är central för att överenskommelsens långsiktiga målsättning ska kunna uppnås. En välfungerande primärvård/första linje förutsätter tydliga gränssnitt mot bup och andra verksamheter som möter barn och unga.

I slutredovisningen kommer Socialstyrelsen att analysera överenskommelsens effektivitet och ändamålsenlighet utifrån ett mer fullständigt underlag för perioden 2025–2026. Analysen kommer bland annat att belysa om överenskommelsen har bidragit till varaktiga förbättringar av tillgänglighet, kapacitet och vårdflöden samt hur prestationskraven har påverkat regionernas prioriteringar och arbetssätt.

Utifrån resultaten i denna delredovisning bedömer Socialstyrelsen att följande områden är särskilt viktiga att fördjupa i slututvärderingen:

- Fallstudier av hur olika regioner arbetar med att nå upp till prestationsmålen i överenskommelsen.
- Fallstudie av förändrade utrednings- och vårdflöden för barn och unga med neuropsykiatriska frågeställningar med samtidig hög funktionsförmåga.
- Vårdövergångar och ansvarsfördelning mellan första linjen/primärvården och bup, samt mellan bup och vuxenpsykiatrin.
- En hälsoekonomisk analys av överenskommelsens effektivitet.

Socialstyrelsen kommer även fortsatt att följa regionernas rapportering och utvecklingsarbete, föra dialog med SKR, regionerna och berörda aktörer samt utveckla stödet för enhetlig rapportering till Väntetidsdatabasen. Detta

arbete utgör en viktig grund för slutredovisningen och för bedömningen av om överenskommelsen har bidragit till en mer tillgänglig, jämlik och sammanhållen vård för barn och unga med psykisk ohälsa.

Kriteriebaserad slututvärdering

Socialstyrelsen kommer inom ramen för slututvärderingen att använda ett urval av OECD:s kriterier för utvärdering av policys och program som stöd för att analysera och bedöma överenskommelsens effektivitet och ändamålsenlighet [12]. Kriterierna kan användas vid utvärdering av policys och program inom olika områden samt av insatser i såväl offentlig som privat sektor. Inom ramen för slututvärderingen av överenskommelsen kommer Socialstyrelsen särskilt utgå från två av OECD:s sex utvärderingskriterier:

Figur 1. Utvärderingskriterier med utgångspunkt i OECD:s utvärderingskriterier

Inre och yttre effektivitet

I vilken utsträckning uppnår överenskommelsen sina mål?

Är överenskommelsen kostnadseffektiv och ändamålsenlig?

Inverkan

Vilken betydelse har överenskommelsen haft för utvecklingen inom området?

Med utgångspunkt i ovan angivna kriterier kommer Socialstyrelsen att formulera ett antal nyckelfrågor för utvärderingen inom ramen för slutredovisningen. Nyckelfrågorna syftar till att konkretisera vad som ska följas upp och analyseras för att bedöma överenskommelsens effektivitet och ändamålsenlighet i sin helhet.

Referenser

1. Socialstyrelsens stöd till hälso- och sjukvårdens tillgänglighet och vårdkapacitet. Delredovisning oktober 2026. 2026.
2. Ökad tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatrin 2025–2026. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Stockholm: Regeringskansliet, Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Regioner; 2025.
3. Uppdrag att betala ut medel i enlighet med överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om ökad tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatrin 2025-2026. Stockholm Regeringskansliet; Socialdepartementet; 2026.
4. Ökad tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatrin 2026. Ändringsöverenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Stockholm: Regeringskansliet, Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Regioner; 2026.
5. Lämna uppgifter om väntetider 2025. Hämtad från:
6. Förordning om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) https://svenskforfattningssamling.se/sites/default/files/sfs/2025-04/SFS2025-312.pdf; 2025.
7. Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvården 2025. Nationella planeringsstödet. Delrapport 1. Barn- och ungdomspsykiatrin. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
8. Psykiatrin i siffror - Barn- och ungdomspsykiatrin, kartläggning 2024. https://extra.skr.se/download/18.15d8b5a6196f6d89a2f3d5c7/1748264145523/Psykiatrin_i_siffror_BUP_2024_tillganglighetsanpassad.pdf; 2025.
9. Pusselbitar och perspektiv. Första linjen och BUP:s erfarenheter av barn och ungas psykiska ohälsa. Stockholm Svergies Kommuner och Regioner; 2025.
10. Att inte bara överleva utan att faktiskt också leva. En kartläggning om ungas psykiska hälsa – Kortversion. Solna Folkhälsomyndigheten; 2023.
11. Psykisk hälsa och suicid i Sverige 2024. Statistik om nuläge och utveckling fram till 2024 med utgångspunkt i den nationella strategin ”Det handlar om livet.” Solna: Folkhälsomyndigheten; 2025.
12. Applying Evaluation Criteria Thoughtfully. OECD Publishing, Paris: OECD; 2021.

Bilaga 1. Prestationskrav

Prestationsmedel till regionerna utgår från målsättningen om en förstärkt vårdgaranti till bup. Det innebär att de som är i behov av vård inom bup inte ska behöva vänta längre än 30 dagar på en första bedömning, 30 dagar från det att beslut om att en utredning har fattats till påbörjad fördjupad utredning samt 30 dagar från det att beslut om att inleda en behandling har fattats till påbörjad behandling. Målsättningen om en förstärkt vårdgaranti har i överenskommelsen kompletterats med en målsättning om ökad produktivitet och ökad kapacitet att korta vårdköer till nybesök inom bup.

Det finns två olika typer av prestationskrav; dels kopplat till väntetider, dels kopplat till ökad produktivitet och kapacitet att korta vårdköer till ett första besök inom bup.

Prestationskrav kopplade till väntetider

Prestationskrav kopplade till väntetider kan uppnås varje månad på två sätt. Dessa bedöms separat för första besök, fördjupade utredningar och påbörjade behandlingar, månatligen under perioden mars–november 2025 samt januari–november 2026.[22] (enligt avsnitt 3.2.1 i överenskommelsen):

1. Genom att uppvisa en förbättring jämfört med samma månad föregående år, alltså en större andel av de genomförda första besöken, påbörjade fördjupade utredningarna respektive påbörjade behandlingarna inom bup ska ha skett inom 30 dagar 2025 jämfört med samma månad 2024 respektive 2026 jämfört med samma månad 2025.
   - Förbättring med 1,0–4,9 procentenheter ger regionen 50 procent av regionens reserverade månadspott
   - Förbättring med 5,0–9,9 procentenheter ger 75 procent av regionens reserverade månadspott
   - Förbättring med 10,0 procentenheter eller mer ger 100 procent av regionens reserverade månadspott

[22] I denna delrapport kommer resultat till och med juni 2026 att inkluderas.

2. Genom att uppnå att minst 75 procent av de genomförda första besöken[23], fördjupade utredningarna respektive påbörjade behandlingarna inom bup ska ha skett inom 30 dagar. För att kvalificera sig till 100 procent av medlen ska regionen även uppfylla kravet om att minst 75 procent av barn och unga som väntar på ett första besök[24], på att påbörja en utredning respektive behandling ska ha väntat maximalt 30 dagar.

Prestationskrav kopplade till ökad produktivitet och kapacitet att korta vårdköer till ett första besök inom bup

Prestationskravet kopplat till ökad produktivitet och kapacitet att korta vårdköer till ett första besök (avsnitt 3.2.2 i grundöverenskommelsen) uppnås genom att antalet genomförda första besök under en viss period ska vara minst lika många som antalet nytillkomna patienter som under samma period har lagts på väntelistan.

- Genomförd prestation motsvarande 100–102,5 procent av antalet nytillkomna väntande, ger regionen 50 procent av regionens reserverade pott för den aktuella perioden.
- Genomförd prestation 102,6–105 procent av antalet nytillkomna väntande, ger regionen 75 procent av regionens pott för den aktuella perioden.
- Genomförd prestation motsvarande mer än 105 procent av antalet nytillkomna väntande, ger 100 procent av regionens pott för den aktuella perioden.
- Villkor för att kunna ta del av statsbidraget första halvåret 2026

Regionen ska månadsvis rapportera in väntande och genomförda vårdkontakter från barn- och ungdomspsykiatrin till Socialstyrelsens väntetidsdatabas. För perioden januari–juni 2026, fördelas bidraget baserat på uppgifter avseende 2026 som har kommit in till Socialstyrelsen senast den 31 juli. Ordinarie rapporteringsfönster stänger 25 juli, så vi har lagt till sex dagar för eventuella korrigeringar. För jämförelseuppgifter avseende januari–juni 2025 används uppgifter som kommit in till SKR:s väntetidsdatabas senast i juli 2026.

[23] Från och med mars 2026 gäller att regionerna ska uppnå minst 80 procent av genomförda första besök inom 30 dagar för att erhålla reserverad månadspott i enlighet med ändringsöverenskommelsen.
[24] Från och med mars 2026 gäller att minst 80 procent av de väntande på ett första besök ska ha väntat i högst 30 dagar för att regionerna ska erhålla reserverad månadspott i enlighet med ändringsöverenskommelsen.

Bilaga 2. Fördelning av statsbidrag till regionerna, Ökad tillgänglighet till bup 2025–2026

Beslutat 2026-08-26

Fördelning av statsbidrag till regionerna januari–juni 2026

Mottagare	Beviljat belopp (kr)
Region Blekinge	5 470 686
Region Dalarna	6 088 958
Region Gotland	2 260 444
Region Gävleborg	9 376 650
Region Halland	5 332 267
Region Jämtland Härjedalen	2 899 802
Region Jönköpings län	7 665 130
Region Kalmar län	6 190 721
Region Kronoberg	7 811 654
Region Norrbotten	4 807 414
Region Skåne	39 666 611
Region Stockholm	41 214 830
Region Sörmland	6 811 568
Region Uppsala	17 324 686
Region Värmland	5 118 167
Region Västerbotten	8 401 077
Region Västernorrland	7 491 788
Region Västmanland	8 712 416
Region Örebro län	5 817 644
Region Östergötland	12 366 111
Västra Götalandsregionen	12 748 651
Summa	**223 577 275**

Fördelning av statsbidrag till regionerna mars–november 2025

Mottagare	Beviljat belopp (kr)
Region Blekinge	14 527 731
Region Dalarna	18 824 552
Region Gotland	7 999 444
Region Gävleborg	24 126 936
Region Halland	18 932 031
Region Jämtland Härjedalen	10 864 134
Region Jönköpings län	22 930 087
Region Kalmar län	27 034 213
Region Kronoberg	15 358 440
Region Norrbotten	12 848 468
Region Skåne	169 818 355
Region Stockholm	120 068 225
Region Sörmland	25 744 020
Region Uppsala	42 706 404
Region Värmland	28 624 271
Region Västerbotten	25 760 285
Region Västernorrland	15 236 456
Region Västmanland	32 600 012
Region Örebro län	21 962 804
Region Östergötland	36 163 269
Västra Götalandsregionen	147 869 863
Summa	**840 000 000**

Utfall utbetalning, januari–juni 2026. Andel som regionen fått utbetalat av möjligt maxbelopp, per pott

Region	Väntetid till första besök	Väntetid till fördjupad utredning	Väntetid till behandling	Ökad produktivitet av första besök
Region Blekinge	100 %	100 %	67 %	75 %
Region Dalarna	58 %	0 %	46 %	100 %
Region Gotland	100 %	83 %	100 %	100 %
Region Gävleborg	83 %	83 %	83 %	75 %
Region Halland	50 %	38 %	50 %	0 %
Region Jämtland Härjedalen	67 %	67 %	75 %	0 %
Region Jönköpings län	50 %	42 %	17 %	75 %
Region Kalmar län	75 %	33 %	63 %	75 %
Region Kronoberg	83 %	96 %	92 %	75 %
Region Norrbotten	83 %	46 %	71 %	0 %
Region Skåne	83 %	67 %	100 %	0 %
Region Stockholm	42 %	0 %	8 %	100 %
Region Sörmland	38 %	0 %	67 %	100 %
Region Uppsala	100 %	100 %	92 %	100 %
Region Värmland	100 %	50 %	29 %	0 %
Region Västerbotten	54 %	58 %	79 %	100 %
Region Västernorrland	83 %	46 %	75 %	100 %
Region Västmanland	100 %	100 %	83 %	0 %
Region Örebro län	100 %	13 %	63 %	0 %
Region Östergötland	88 %	67 %	17 %	75 %
Västra Götalandsregionen	0 %	46 %	21 %	0 %
Riket	**56 %**	**42 %**	**47 %**	**51 %**

Bilaga 3. Metod för insamling och bearbetning av väntetidsdata

Uppgifterna avseende bup är en delmängd av de uppgifter som rör Väntande kontakter för den specialiserade vården och Genomförda kontakter för den specialiserade vården som regionerna rapporterar till Socialstyrelsens väntetidsdatabas. Under tidsperioden 10-25:e i varje månad rapporterar regionerna in uppgifter som avser månaden innan. Vid inlämningstillfället genomgår leveranserna kontroller som validerar att uppgifterna överensstämmer med de specifikationer som Socialstyrelsen tagit fram. För de leveranser som inte passerar kontrollerna får regionerna återkoppling som anger att de måste rätta felen och sedan skicka in uppgifterna på nytt. Socialstyrelsen har löpande kontakt med regionernas kontaktpersoner och svarar på tekniska frågor om leveranser och kontroller. Regionerna har också fått stöd i att dela upp sina leveranser i de fall de har behövt använda sig av olika datakällor för sina datauttag. (exempelvis interna system, extern leverantör av system eller privata vårdgivare).

För att säkerställa att regionernas rapportering är så korrekt och fullständig som möjligt gör Socialstyrelsen kontroller på innehållet i de rapporterade uppgifterna avseende nivåer och fördelningar. Sedan Socialstyrelsen startade upp insamlingen har de regioner som inte kunnat skicka in uppgifter eller skickat mycket avvikande uppgifter kontaktats månatligen för kompletteringar. Utfallen för bup har följts upp särskilt i dessa kontroller. Socialstyrelsen har också jämfört rapporterade uppgifter med motsvarande uppgifter som regionen rapporterat till SKR för att kunna stödja regionerna i att leverera korrekta och överensstämmande uppgifter till båda datakällorna.

Resultaten för prestationerna för bup för 2026 har skickats ut månatligen till samtliga regioner fr.o.m. maj för avstämning. Statistiken finns också i en statistikdatabas speciellt inriktad på bup. Den uppdateras varje månad och är fritt tillgänglig. Regionrepresentanter har informerats om statistikdatabasen, hur de kan använda dem och dess innehåll. Ett riktat informationsmöte hölls med regionernas kontaktpersoner för uppgifter avseende för att informera om villkoren för rapporteringen kopplat statsbidraget, statistikdatabasen och den månadsvisa uppföljningen.

Fyra regioner gjorde kompletterande leveranser för första halvåret under juli, men fler kompletteringar gjordes också tidigare under året. Skälen till kompletteringarna bestod framför allt av tekniska problem och för att komma till bukt med oavsiktlig dubbelrapportering. Alla regioner har rapporterat för perioden januari–juni senast 31 juli 2026.

Prestationskraven mäts delvis baserat på regionens förbättring jämfört med samma månad året innan. Socialstyrelsens insamling från regionerna av väntetidsuppgifter sträcker sig från juli 2026 vilket innebär att jämförelseperioden för första halvåret 2026 endast finns insamlad till SKR:s väntetidsdatabas. För beräkning av prestationsutvecklingen har SKR tillhandahållit beräkningsunderlag till Socialstyrelsen. SKR har tillåtit regionerna att komplettera 2025 års data fram t.o.m. 25 juli 2026 och sedan levererat denna till Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen

Överenskommelsen om ökad tillgänglighet till BUP (artikelnr 2026-10-10502)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.