

Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2021

Utvecklingen i regioner och kommuner

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också
tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till
alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2022-8-8004
Publicerad www.socialstyrelsen.se, augusti 2022

Förord

Regeringen beslutade den 4 juli 2019 att ge Socialstyrelsen ett uppdrag om uppföljning och stöd till omställningen till en mer nära vård med fokus på primärvården. Myndigheten ska följa upp, analysera och rapportera hur omställningen till en mer nära vård i regioner och kommuner utvecklas. Utgångspunkten är insatserna från regioner och kommuner inom överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges kommuner och regioner (SKR) om *God och nära vård 2021 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav*.

Rapporten vänder sig till regeringen, huvudmän inom hälso- och sjukvården, företrädare för professionen och patienter samt andra aktörer som berörs av arbetet med omställningen till en mer nära vård.

Utredarna Johan Lantto och Charlotte Pihl har varit projektledare. Ansvarig enhetschef har varit Anders Bengtsson.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
1. Socialstyrelsens uppdrag	11
2. Genomförandet av årets uppföljning	12
Vad uppföljningen bygger på.....	12
Inriktningen på årets uppföljning av omställningen	13
Avgränsningar	14
Samverkan och dialog	15
3. Organisation och resurser i arbetet med omställningen	16
Regionernas och kommunernas organisation för omställning har utvecklats.....	16
Ekonomiska förutsättningar för primärvården	17
Inkludering av privata aktörer i omställningen	18
Socialstyrelsens slutsatser	18
4. Samverkan och samordning i arbetet med omställningen	19
Många insatser innebär samverkan eller samordning i någon form	19
Socialstyrelsens slutsatser	23
5. Hälsöfrämjande och förebyggande insatser.....	24
Det övergripande folkhälsoarbetet	24
Socialstyrelsens slutsatser	26
6. En vård som präglas av kontinuitet och delaktighet	27
Regionernas arbete med kontinuitet och fasta kontakter	27
Regionernas insatser i arbetet med patientkontrakt.....	30
Socialstyrelsens slutsatser	32
7. Goda förutsättningar för vårdens medarbetare	34
Generell brist på personal inom legitimationsyrken	34
Arbete för en mer ändamålsenlig kompetensförsörjning	34
Insatser för att utveckla förutsättningarna på arbetsplatsen	37
Utbildning av vårdens framtida medarbetare	39
Socialstyrelsens slutsatser	46
8. Digitalisering och e-hälsa.....	47
Kommuner och regioners insatser inom digitalisering	47
Socialstyrelsens slutsatser	51
9. En utvecklad ambulanssjukvård.....	53
Regionernas insatser för att utveckla ambulanssjukvården	53
Socialstyrelsens slutsatser	55

10. Insatser för att undvika slutenvård	56
Många insatser syftar till att minska slutenvård som kan undvikas	56
Indikationer på att slutenvård som kan undvikas har minskat	56
Socialstyrelsens slutsatser	58
Referenser	59
Bilaga 1. Redovisningsstruktur som skickats till RSS	61
Bilaga 2. Redovisningsstruktur som skickats till regionerna	63

Sammanfattning

Socialstyrelsen har för tredje året följt upp omställningen till en mer nära vård i regionerna och kommunerna. Uppföljningen utgår från överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) om god och nära vård 2021 och bygger främst på skriftliga redovisningar från regioner och kommuner under hösten 2021 och våren 2022.

Sammanställningen visar att arbetet med omställningen på vissa områden har tagit tydliga steg framåt jämfört med tidigare års redovisningar. På andra områden är det svårare att uttala sig om eventuella förändringar. Det beror bland annat på att regionerna och kommunerna i stor utsträckning har gett exempel snarare än en fullständig bild av arbetet med omställningen, i sina redovisningar.

Redovisningen i denna rapport kompletterar Socialstyrelsens rapport *Uppföljning nära vård. Deluppdrag II. Nationella indikatorer, slutrapport*, som bland annat innehåller förslag på resultatindikatorer för arbetet med omställningen.

Ökade resurser och mer samverkan på central nivå

Samverkan mellan regioner och kommuner på länsnivå har ökat i många län, med särskilda samordnings- och styrgrupper samt funktioner och tjänster som arbetar med omställningen. Fler kommuner och regioner har också tagit fram gemensamma målbilder för omställningen.

Det är även fler kommuner och regionala samverkansstrukturer (RSS) som har inrättat särskilda tjänster eller utsett kontaktpersoner som ska arbeta med omställningen.

Insatser för ökad samverkan mellan vårdgivare är centrala i arbetet med omställningen

En stor del av de redovisade insatserna syftar till att förbättra samverkan och samordningen mellan vårdgivare på verksamhetsnivå. Regioner och kommuner gör exempelvis insatser för bättre samverkan i arbetet med utskrivningar, mobila team, hemsjukvård och samordnad individuell plan (SIP). Socialstyrelsen kan inte bedöma om samverkan mellan vårdgivare på verksamhetsnivå ökat sedan tidigare uppföljningar. Samtidigt som flertalet regioner och kommuner bedömer att samverkan har stärkts under pandemin visar Socialstyrelsens enhetsundersökning om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård att andelen aktuella rutiner för samverkan för hälso- och sjukvårdsinsatser mellan olika personalgrupper minskat under senare år.

Primärvården har fått mer ekonomiska resurser men prioriteras inte mer än tidigare av regioner och kommuner

Socialstyrelsens analyser visar att kostnaderna för primärvård har ökat på senare år, mätt i fasta priser. Det gäller särskilt den primärvård som regionerna

ansvarar för. En del av denna kostnadsökning kan troligen förklaras av riktade bidrag från staten.

För den primärvård som kommuner och regioner finansierar, det vill säga exklusive statsbidrag, ses ingen större förändring av kostnaderna i förhållande till de totala kostnaderna för den hälso- och sjukvård som finansieras av kommuner och regioner. Det innebär att regioner och kommuner inte prioriterar primärvården mer ekonomiskt än vad de gjort tidigare.

Allt fler redovisade hälsofrämjande och förebyggande insatser

Flera regioner håller på att ta fram folkhälsostراتيجier och konkretisera insatser, aktiviteter och prioriteringar inom det hälsofrämjande arbetet.

Många kommuner arbetar hälsofrämjande och förebyggande i samverkan med regioner och statliga myndigheter. Det gäller även det förebyggande arbete med exempelvis barn och unga, äldre, suicidprevention, ofrivillig ensamhet och psykisk hälsa.

Regioner och kommuner redovisar fler insatser inom området hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande arbetsätt under 2021 än för 2020. Samtidigt framgår att mycket av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet ställdes in som en konsekvens av covid-19-pandemin.

Socialstyrelsen kan sammantaget inte bedöma om denna typ av insatser har ökat eller minskat i omfattning.

Regionerna har kommit olika långt i arbetet med fasta kontakter

Regionernas arbete med att skapa kontinuitet genom fast läkarkontakt och fast vårdkontakt handlar i stor utsträckning om rutiner för att dokumentera och registrera sådana kontakter. Det behövs både tekniska system som möjliggör detta och arbetsätt i verksamheten som gör att dokumentationen blir tillförlitlig. Vissa regioner arbetar med förberedelser och analyser medan andra har kommit längre. Några regioner anger exempelvis att andelen i befolkningen med en namngiven fast läkarkontakt överstiger målet i överenskommelsen – att minst 55 procent ska ha en sådan kontakt vid utgången av 2022. Det är dock svårt att tolka mätningarna eftersom det exempelvis inte framgår om de personer som är listade eller registrerade på en fast namngiven läkarkontakt har gjort ett aktivt val eller enbart blivit tilldelade en läkare.

Regionerna arbetar med patientkontrakt på olika sätt

Arbetet med patientkontrakt varierar mellan regionerna. Vissa beskriver ett mycket omfattande arbete med att införa patientkontrakt medan andra håller på med förberedelser och analyser. Vissa regioner redovisar ett aktivt arbete med de olika delarna av patientkontraktet, det vill säga sammanhållen planering, överenskommen tid och fast kontakt med vården, men har valt att inte använda begreppet patientkontrakt internt.

I de flesta regioner är samordnad individuell plan (SIP) det centrala verktyget för planering i patientkontraktet. Flertalet regioner arbetar även med

patientkontrakt inom en eller flera av de personcentrerade sammanhållna vårdförlopp som införs inom ramen för kunskapsstyrningen.

En stor del av arbetet med patientkontrakt handlar om hur informationen ska kunna integreras i vårdens informationssystem och vara tillgänglig för både vårdgivare och patienter.

Arbetet med goda förutsättningar för vårdens medarbetare går vidare

Under 2021 har arbetet med att skapa goda förutsättningarna för vårdens medarbetare varit ansträngt till följd av hög arbetsbelastning inom delar av vården på grund av covid-19-pandemin.

Flera regioner och kommuner redovisar dock satsningar på hälsofrämjande åtgärder och hållbar arbetsmiljö, exempelvis schemaläggning som ger en mer hälsosam och hållbar situation för medarbetarna.

Många kommuner och regioner redovisar satsningar inom ledarskap och förändringsledning. Flera har haft medarbetare som deltagit i SKR:s ledarskapsprogram *Ledarskap och Nära vård* som syftar till att stärka ledarskap och öka kompetensen i att leda förändring.

Kompetensförsörjningsinsatser pågår i regioner och kommuner

Kommuner och regioner redovisar en mängd olika utbildningsinsatser för att stärka kompetensen. Bland annat har sjuksköterskor och andra yrkesgrupper erbjudits finansierad vidareutbildning på både grund- och specialistnivå.

Nästan alla regioner och kommuner erbjuder vidareutbildning till specialistsjuksköterska, och för de flesta kommunerna gäller det inriktningarna vård av äldre, psykiatrisk vård och palliativ vård samt distriktssköterska. I många kommuner har medarbetare även fått möjlighet att studera till undersköterska genom äldreomsorgslyftet.

Socialstyrelsen kan sammantaget inte bedöma om denna typ av insatser har ökat eller minskat i omfattning.

Under 2021 arbetade regionerna för att ta emot fler läkare till AT-platser och ST-tjänster inom allmänmedicin. Några regioner har även fattat beslut om att korta AT-perioden.

Digitala tjänster användes mer under 2021

Användningen av 1177 Vårdguidens e-tjänster ökade mycket under 2021, inte minst tjänsten webbtidbok. Flertalet av regionerna anger att nya enheter anslöt sig till webbtidbok under året.

Möjligheten att erbjuda videobesök fortsatte att öka i den regiondrivna vården, både i primärvården och i specialistvården. Några regioner har satt upp mål om att en viss andel av det totala antalet ny- och återbesök ska vara digitala. Flera arbetar också för att öka eller underlätta distansmonitorering, så att viss vård kan ges utanför sjukhusen.

Regionerna arbetar även med exempelvis hälsoinformatik och strukturerad vårdinformation, vilka ingår i inriktningsmålen i strategin för vision e-hälsa 2025. Ofta samverkar de med andra regioner.

Av redovisningarna är det tydligt att covid-19-pandemin har påskyndat den digitala utvecklingen.

Utveckling av ambulanssjukvården i riktning mot en god och nära vård

Många regioner redovisar ett närmare samarbete mellan ambulanssjukvården, den kommunala vården och omsorgen och den regionala primärvården. Många har också satt in åtgärder för att förbättra prioriteringen och dirigeringen av ambulansresurser, exempelvis genom att ambulanspersonal hjälper larmoperatörerna att hitta rätt vårdnivå för patienterna. Socialstyrelsen bedömer att både ett närmare samarbete med primärvården och en bättre dirigering av patienter ligger i linje med strävan mot en god och nära vård.

Många regioner har även utbildat medarbetare inom ambulanssjukvården för att höja deras prehospitala kompetens.

Många insatser för att undvika slutenvård

Många av kommunernas och regionernas insatser syftar till att minska sådan slutenvård som går att undvika. Det gäller särskilt samarbetet mellan vårdgivare när patienter skrivs ut, den samordnade individuella planeringen och arbetet med mobila team och hemsjukvård. Det gäller även distansmonitorering och åtgärderna för att ambulanssjukvården ska kunna dirigera patienter till rätt vårdnivå.

Socialstyrelsen kan inte bedöma om de insatser som genomförts har påverkat slutenvården. Det beror, bland annat på, covid-19-pandemins stora påverkan på slutenvården.

1. Socialstyrelsens uppdrag

Socialstyrelsen har sedan juli 2019 regeringens uppdrag (S2019/03056/FS, S2020/03319/FS) att följa upp primärvården och omställningen till en mer nära vård. Uppdraget har initialt bestått av tre deluppdrag¹ där denna rapport redogör för deluppdrag III.

I deluppdrag III ska Socialstyrelsen varje år under 2020–2023 följa upp och rapportera hur omställningen till en mer nära vård i regionerna och kommunerna utvecklas. Arbetet utgår från överenskommelsen *God och nära vård 2021. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav* [1].

Överenskommelsen för 2021 består av fyra olika utvecklingsområden som syftar till att stödja utvecklingen av hälso- och sjukvården med särskild inriktning på den nära vården. Socialstyrelsen ska följa regioners och kommuners arbete inom följande utvecklingsområden:

- utvecklingen av den nära vården med primärvården som nav
- goda förutsättningar för vårdens medarbetare
- insatser inom ramen för Vision e-hälsa 2025
- förstärkning av ambulanssjukvården.

I Socialstyrelsens uppdrag ingår också att beskriva effekterna av omställningen i relation till medicinska resultat, kostnader och tillgänglighet inom akutsjukvården och övrig specialiserad vård. Vidare ingår även att analysera hur omfattningen av verksamhetens administrativa arbete påverkas av de överenskomna insatserna. Dessutom ingår att följa upp effekterna av de stödjande insatser som Socialstyrelsen genomför inom ramen för uppdraget om att analysera vilka insatser som myndigheten kan genomföra för att stödja regionerna och kommunerna i den långsiktiga omställningen till en mer nära vård med fokus på primärvården.

Arbetet med att följa upp och analysera hur omställningen till en mer nära vård i regionerna och kommunerna utvecklas knyter an till Agenda 2030 genom mål 3 *hälsa och välbefinnande*, mål 5 *jämställdhet* och mål 10 *minskad ojämlikhet*.

¹ Deluppdrag I omfattade en utredning av möjligheterna till nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. Uppdraget slutredovisades i februari 2021 med rapporten *Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård – Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården*.

Deluppdrag II handlar om att analysera möjligheterna att inhämta resultat på aggregerad nivå från regioner och kommuner i syfte att följa omställningen, samt ge förslag på indikatorer som är anpassade för att följa omställningen. Deluppdrag II slutredovisades i rapport *Uppföljning nära vård. Deluppdrag II. Nationella indikatorer, slutrapport*.

2. Genomförandet av årets uppföljning

I detta kapitel beskrivs metoder och tillvägagångssätt i arbetet med årets uppföljning. Avslutningsvis redovisas de avgränsningar som gjorts i förhållande till uppdraget från regeringen.

Vad uppföljningen bygger på

Årets rapport bygger huvudsakligen på skriftliga redovisningar från regioner och kommuner. Det skriftliga materialet har på några områden kompletterats med statistik och uppgifter som hämtats från andra källor.

Ett omfattande skriftligt underlag från regioner och kommuner

Regioner och kommuner har inkommit med del- och slutredovisningar.² Kommunernas redovisningar har genomförts samlat per län genom de så kallade regionala samverkans- och stödstrukturer (RSS) som finns i alla län.

Inför redovisningarna har Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och Regeringskansliet tagit fram en struktur för redovisningarna från regionerna och kommunerna (se bilaga 1 och 2).³

Flertalet regioner har även redovisat handlingsplaner för arbete med kontinuitet och patientkontrakt.⁴ Enligt överenskommelsen ska regionerna, i samråd med kommunerna, utarbeta handlingsplaner för hur de på kort sikt ska uppnå målen om ökad kontinuitet⁵ (2022) och för hur, på längre sikt, en allt större andel av befolkningen ska få en namngiven fast läkare och fast vårdkontakt (2025). Regionerna ska även upprätta handlingsplaner för hur patientkontrakt implementeras, följs upp och utvärderas samt beskriva samverkan med den kommunala hälso- och sjukvården.

Drygt hälften av regionerna har upprättat en handlingsplan som inkluderar arbetet med både kontinuitet och patientkontrakt.⁶ Övriga regioner, som lämnat in handlingsplaner, har redovisat separata planer för de båda delarna.

Uppföljningen bygger på ett omfattande material. De redovisningar, handlingsplaner och andra dokument som regioner och kommuner lämnat till Socialstyrelsen omfattar totalt flera tusen sidor text. I redovisningarna beskriver regionerna och kommunerna, genom RSS-strukturerna, hur de övergripande har arbetat med omställningen. I redovisningarna lämnas också många

² Delredovisningarna skulle ha inkommit senast den 30 september 2021 och slutredovisningen den 31 mars 2022.

³ Redovisningsstrukturen skickades ut av Socialstyrelsen till regioner och RSS i maj 2021.

⁴ Region Stockholm har inte redovisat någon separat handlingsplan utan anger att arbetet med kontinuitet och delaktighet beskrivs inom ramen för delårsredovisningen.

⁵ De mål som avses är sifferställda mål om andelen i befolkningen som har en namngiven fast läkarkontakt, kontinuitetsindex och fast läkarkontakt för äldre som bor på ett särskilt boende.

⁶ Ett skäl till att många regioner redovisat i en handlingsplan är att SKR i en vägledning ansett att regionerna med fördel kan kombinera handlingsplanerna eftersom alla delar är väsentliga för att nå en nära vård. Se Sveriges Kommuner och Regioner, Underlag för handlingsplan Nära vård 2021, Vägledning, 2021-05-11.

exempel på olika insatser och projekt som pågår, planeras eller har genomförts. Särskilt redovisningarna från kommunerna innehåller ett stort antal exempel.

Statistiska uppgifter kompletterar skriftlig redovisning

Redovisningen har kompletterats med statistiska uppgifter som tagits fram inom ramen för deluppdrag II i regeringens uppdrag till Socialstyrelsen om uppföljning av primärvård och uppföljning av omställningen till mer nära vård. I deluppdrag II ingår, bland annat, att ge förslag på resultatindikatorer, och dessa redovisas i rapporten *Uppföljning när vård. Deluppdrag II. Nationella indikatorer, slutrapport*

Inriktningen på årets uppföljning av omställningen

Nedan ges en kort beskrivning av de aspekter som Socialstyrelsen fokuserat på i årets uppföljning.

Socialstyrelsen beskriver inriktning och omfattning av regioner och kommuners insatser

Socialstyrelsen har främst beskrivit typiska och vanliga arbetssätt och redovisat exempel som är vanligt förekommande, för att beskriva vad regioner och kommuner gör inom ramen för arbetet med omställningen. I vissa fall beskrivs och exemplifieras mer ovanliga insatser och projekt för att påvisa variationen av förekommande arbetssätt.

Socialstyrelsen har försökt fånga omfattningen av olika insatser genom att beskriva om det exempelvis är ”ett fåtal”, ”flera” eller ”flertalet” regioner eller kommuner som skrivit om en viss företeelse. För kommunerna redovisas hur vanligt det är att en företeelse förekommer i RSS-strukturernas redovisningar.

Detta är dock endast en indikation på hur vanlig en viss företeelse är i verkligheten eftersom det endast anger hur vanligt det är att företeelsen nämns i redovisningarna. Tolkningen av hur vanligt förekommande något är försvåras även av att regioner och kommuner har valt att lyfta fram olika delar av omställningsarbetet. Det gör det svårt att bedöma i vilken utsträckning detta även speglar deras arbete med omställningens delar.

Socialstyrelsen beskriver utvecklingstendenser

Socialstyrelsen har, så långt det är möjligt, bedömt hur regioners och kommuners arbete med omställningen förändrats över tid. En jämförelse har kunnat göras med tidigare års redovisningar och Socialstyrelsens uppföljningar från 2021 och 2020 [2, 3].

Det är dock i allmänhet svårt att dra några säkra slutsatser om utvecklingen av omställningsarbetet utifrån redovisningarna. Det beror bland annat på att redovisningarna i stor utsträckning bygger på exempel och inte ger en fullständig bild av omställningsarbetet. Det beror även på att det inte alltid

framgår om insatser är avslutade, pågående, påbörjade eller planerade, eller om de är avgränsade projekt eller breddinförda i den reguljära verksamheten.

Socialstyrelsen beskriver resultat i form av prestationer och effekter

Socialstyrelsen har beskrivit resultat av arbetet, där uppgifter funnits att tillgå. Resultat kan gälla både prestationer och effekter, men Socialstyrelsen har främst redovisat prestationer. Prestationer är sådant som kommit ut av verksamheten, exempelvis i form av antalet personer med en fast läkarkontakt eller antalet sjuksköterskor som fått en specialistutbildning.

Effekter är sådant som prestationerna bidragit till, exempelvis ökad kontinuitet eller tillgänglighet i vården. Socialstyrelsen har i denna rapport i några enstaka fall beskrivit möjliga effekter av omställningsarbetet. Rent allmänt är det svårare att påvisa effekter av olika insatser eftersom det ofta kräver analyser av orsakssamband. Effekter av omställningsarbetet fångas i större utsträckning i Socialstyrelsens rapport inom deluppdrag II [4]. Även där är det dock svårt att alltid slå fast ett orsakssamband mellan specifikt omställningsarbete och effekterna.

Avgränsningar

Enligt uppdraget från regeringen ska Socialstyrelsen beskriva effekter av omställningen i relation till medicinska resultat, kostnader och tillgänglighet inom akutsjukvården samt övrig specialiserad vård. Dessa delar redovisas inom deluppdrag II. [4].

SKR:s arbete inom ramen för överenskommelsen God och nära vård 2021, ska enligt uppdraget följas upp. SKR lämnade en verksamhetsrapport till regeringen den 31 mars 2022 [5]⁷ Socialstyrelsen hänvisar till nämnda verksamhetsrapport vad gäller uppföljning av SKR:s insatser.

Socialstyrelsen har i uppdrag att genomföra insatser för att främja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård och ska även följa effekterna av dessa insatser. Socialstyrelsen avser att redogöra för detta i slutrapporten 2023, i den mån det är möjligt.

Slutrapporten kommer även att behandla den del av uppdraget som innefattar analys av hur omfattningen av verksamheternas administrativa arbete påverkas av de överenskomna insatserna.

Socialstyrelsen följer inte upp statsbidragen

Socialstyrelsens uppdrag handlar inte om att följa upp hur regioner och kommuner har använt de bidrag som staten, via Kammarkollegiet⁸, tilldelat inom ramen för överenskommelsen om god och nära vård. Det är inte heller möjligt att följa hur statsbidragen har använts utifrån de redovisningar som lämnats in till Socialstyrelsen.

⁷ Dnr 26594/2019–29

⁸ Regeringen (Socialdepartementet). Uppdrag om utbetalning av medel i enlighet med överenskommelsen om God och nära vård 2021 (S2021/01099).

Samverkan och dialog

Socialstyrelsen har i arbetet haft löpande avstämningar med SKR och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Internt inom Socialstyrelsen har avstämningar genomförts med projektgrupper som arbetar dels med regeringsuppdrag om prehospital vård och ambulanssjukvård⁹, dels med uppdrag att främja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård¹⁰. Kontinuerliga avstämningar har även genomförts med deluppdrag II som omfattar att analysera möjligheterna att inhämta resultat på aggregerad nivå från regioner och kommuner i syfte att följa omställningen, samt att ge förslag på indikatorer som är lämpliga för att följa omställningen.¹¹

⁹ Regeringen (Socialdepartementet), Uppdrag att kartlägga den prehospitala vården samt att följa upp och utvärdera regeringens satsningar på ambulanssjukvården 2021–2023 (dnr S2021/02144 (delvis)).

¹⁰ Regeringen (Socialdepartementet), Uppdrag att genomföra insatser för att främja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård (dnr. S2020/03319/FS (delvis)).

¹¹ 2020 års uppföljning av omställningen till en mer nära vård redovisades gemensamt för deluppdrag II och III.

3. Organisation och resurser i arbetet med omställningen

För att få del av statens medel ska regioner och kommuner, enligt överenskommelsen, genomföra insatser för att stödja omställningen till en god och nära vård. De ska även redogöra för hur de arbetade under 2021 för en ändamålsenlig och effektiv resurssättning av primärvården. En del av detta kan vara att tillföra primärvården ekonomiska resurser från andra vårdområden. I överenskommelsen betonas dock att resursöverföring inte bara handlar om finansiella medel. Regionerna ska även verka för en överföring av bland annat kompetens och utbildning, inom ramen för de insatser som görs.

I detta kapitel redogörs för hur kommuner och regioner på central nivå har organiserat arbetet med omställningen och vilka resurser som de har tilldelat primärvården.

Regionernas och kommunernas organisation för omställning har utvecklats

För att genomföra omställningen har många regioner och kommuner inrättat särskilda tjänster som arbetar med frågorna. I flera län har man även skapat sådana strukturer eller resurser på länsnivå som driver arbetet med omställningen gemensamt för kommunerna och regionen.

De flesta regioner har sedan tidigare någon sorts intern organisation för arbetet med god och nära vård, exempelvis styr- och projektgrupper som leder och samordnar arbetet med omställningen. Region Stockholm anger att de ligger i en mer inledande fas av arbetet än andra regioner, men att de under 2021 arbetade med att bygga upp en struktur för arbetet med omställningen.

Vid regionerna finns vanligen samordnare som har i uppgift att hålla ihop arbetet. Utöver detta finns i varierande utsträckning projektledare, koordinatörer och kommunikatörer som arbetar med omställningen.

Av kommunernas redovisningar framgår att många håller på att bygga upp en struktur eller organisation för arbetet, bland annat genom att utse särskilda samordnare eller kontaktpersoner för att arbeta med omställningen. Under 2021 anställde exempelvis alla kommuner i Uppsala län förändringsledare med uppgift att driva på utvecklingen genom att samordna, initiera och stödja kommunernas interna omställningsarbete. Ett annat exempel är Örebro län där kommunernas socialchefer sett ett behov av att införa kommunala lokala processledare för att internt hålla ihop, samordna och stödja den lokala omställningen.¹² I flera RSS-strukturer inrättades även samordnings- och projektledartjänster under 2021 för att stödja kommunernas arbete med omställningen.

¹² Av redovisningen framgår inte om dessa tjänster har inrättats eller enbart är planerade.

I några län har det även inrättats funktioner och tjänster som går ut på att kommuner och region arbetar gemensamt med omställningen. Ett exempel är Uppsala där kommunerna och regionen gemensamt finansierar strateger som har i uppgift att driva arbetet med närvårdssamverkan i länet.¹³

Ekonomiska förutsättningar för primärvården

I regioners och kommuners redovisningar finns få uppgifter om ifall regionerna och kommunerna arbetat med de ekonomiska resurserna till primärvården, och i så fall hur. Region Östergötland skriver dock att någon direkt resursöverföring från sjukhusvård till primärvård inte gjordes under 2021.

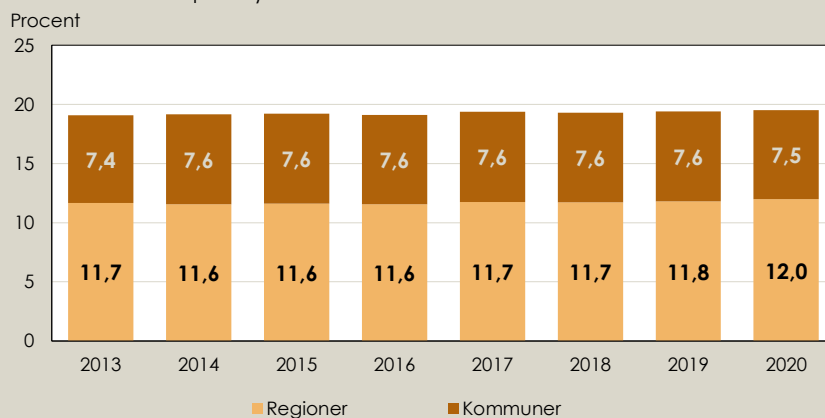
Socialstyrelsen har i rapporten *Uppföljning när vård. Deluppdrag II. Nationella indikatorer, slutrapport* närmare analyserat kommunernas och regionernas kostnader för primärvården. Analyserna visar att särskilt regionernas kostnader för primärvården har ökat under senare år, mätt i fasta priser. En del av denna ökning kan antas bero på ökning av riktade statsbidrag. Om man endast analyserar de kostnader som regioner och kommuner själva finansierar, det vill säga exklusive statsbidrag, har kostnaderna för primärvården varit relativt konstanta i kommunerna och ökat något i regionerna under senare år, mätt i fasta priser.

Ett annat sätt att beskriva utvecklingen är att studera de kostnader för primärvården som regioner och kommuner själva finansierar (alltså exklusive statsbidrag) i förhållande till deras totala kostnader för hälso- och sjukvård. En sådan analys visar att kostnaderna för primärvården inte förändrats i någon större utsträckning, se figur 1. Tyvärr har uppgifter för 2021 ännu inte hunnit analyseras.

¹³ Denna uppgift är hämtad från RSS-strukturens redovisning. Regionen uppger i sin redovisning att det har inrättats ett programkansli med chef, två strateger och en koordinator.

Figur 1. Kostnadsandel primärvård, kommuner och regioner

Andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna som utgörs av primärvård finansierad av kommuner och regioner¹ (2020 baserade på preliminära årsberäkningar av nationalräkenskaperna).



1. För regioner avses den verksamhet som redovisas som primärvård i regionernas räkenskapsammandrag. För kommunerna avses den verksamhet som lyder under hälso- och sjukvårdslagen - merparten inom omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning men även exempelvis delar av elevhälsans verksamhet. Gotlands kommun (som även kallas Region Gotland) redovisas här i kategorin kommuner, även för den del av primärvården som i andra regioner finansieras av regionerna.
Källa: Hälsoräkenskaper, Statistiska Centralbyrån.

Inkludering av privata aktörer i omställningen

Enligt överenskommelsen bör regionerna säkerställa att privata aktörer medverkar i omställningen. Flera regioner anger att de på olika sätt inkluderar privata aktörer. Socialstyrelsen kan dock inte utifrån redovisningarna bedöma i vilken utsträckning privata aktörer inkluderas. Många insatser handlar exempelvis om information och utbildning, och det är ofta svårt att avgöra om de riktats mot all verksamhet som finansieras av regionen eller kommunen eller endast mot den verksamhet som drivs i egen regi.

Socialstyrelsens slutsatser

Regioners och kommuners redovisningar för 2021 visar att det centrala arbetet med att organisera och stödja omställningen fortgår och har utvecklats i vissa avseenden. Den tydligaste förändringen är att kommunerna och RSS-strukturerna byggt upp funktioner för att arbeta med omställningen. De har inrättat särskilda tjänster eller utsett kontaktpersoner som har detta i uppgift. I några län har kommuner och regioner gemensamt inrättat exempelvis samordnar- och projektledartjänster.

Socialstyrelsen konstaterar att kostnaderna för primärvård har ökat, mätt i fasta priser, samtidigt som det inte är någon större förändring i primärvårdens andel av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård, som kommuner och regioner står för. Det innebär att regioner och kommuner inte prioriterar primärvården mer ekonomiskt än tidigare.

4. Samverkan och samordning i arbetet med omställningen

Ett syfte med omställningen mot en god och nära vård är att primärvården blir navet i vården och samspelar med annan hälso- och sjukvård och socialtjänst. En förbättrad samverkan och samordning mellan vårdgivare och mellan regioner och kommuner är därför viktigt för att omställningen ska kunna realiserars. I detta kapitel beskrivs olika former av samverkan och samordning som förekommer i regioner och kommuners redovisningar.

Många insatser innebär samverkan eller samordning i någon form

Regionerna och kommunerna redovisar ett stort antal insatser och projekt där samverkan eller samordning är en central del. Nedan redovisas några områden eller typer av insatser som nämns oftare än andra i redovisningen. I andra delar av rapporten redovisas också många insatser och utvecklingsarbeten där samverkans- och samordningsinsatser är centrala. Det gäller exempelvis i arbetet med patientkontrakt (kapitel 6), arbetet med kompetensförsörjning (kapitel 7) och utvecklingen av ambulanssjukvården (kapitel 9).

Samverkan mellan regioner och kommuner allt vanligare på länsnivå

I länen finns vanligen lednings- eller samordningsforum där regionen och kommunerna kan hantera gemensamma frågor om hälso- och sjukvården och socialtjänsten, och vanligen även gemensamma frågor om arbetet med omställningen. I flera län har man bildat särskilda styrgrupper för omställningen till en god och nära vård. I Västmanland finns sedan 2020 exempelvis en länsgemensam ledningsgrupp med beredande uppgifter i arbetet med nära vård. I Halland har man tillsatt en genomförandegrupp, bestående av både regionala och kommunala tjänstepersoner.

Länsgemensamma målbilder i de flesta län

I stort sett alla län har arbetat med att ta fram länsgemensamma målbilder för omställningen till en god och nära vård, antingen under 2021 eller tidigare. Det är ofta någon form av gemensamt samverkansorgan i länet som tagit fram förslag till målbilder. Alla regioner och kommuner har dock inte hunnit besluta om målbilden.¹⁴ Statusen i varje län framgår av tabell 1.

I drygt hälften av länen (11 av 21) finns en länsgemensam målbild som antingen beslutades eller trädde ikraft under 2021 eller tidigare, och i många län planeras det för 2022 (6 av 21). I övriga län ligger beslut eller ikraftträdande längre fram i tiden eller så framgår tidpunkten inte av redovisningen. Om

¹⁴ Beslutsprocessen varierar mellan länen. I vissa län har målbilden beslutats av ett länsgemensamt organ, medan den i andra län beslutats av varje enskild kommun samt regionen inom länet.

beslut fattas enligt planerna kommer det finnas en läns gemensam målbild i nästan alla län vid utgången av 2022. Detta kan jämföras med att 41 procent av kommunerna i en enkätundersökning 2020 uppgav att det fanns en överenskommen målbild för omställningen till en nära vård mellan kommun och region.¹⁵

De målbilder som beskrivs i redovisningarna har olika utformning. I vissa fall är det fråga om korta målformuleringar, men det kan även gälla längre dokument som beskriver hur arbetet med god och nära vård ska bedrivas i länet. Utformningen av målbilderna framgår dock endast i några redovisningar.

Utöver målbilderna finns ofta andra former av inriktnings- eller strategidokument för arbetet med nära vård i regioner och kommuner. En beskrivning av arbetet med denna typ av dokument lämnades i förra årets uppföljning.¹⁶

Tabell 1. Status på läns gemensamt målbildsarbete

Region/län	Läns gemensamt målbildsarbete
Blekinge	Arbete med att tydliggöra målbild pågår och förväntas träda i kraft 2022.
Dalarna	Förslag till målbild och färdplan för omställning till en god och nära vård är framtagen och ligger i beslutsprocess.
Götland	Målbild beslutades 2021.
Gävleborg	Målbild trädde i kraft 2021. Revidering planeras att genomföras 2022.
Halland	Arbete med att ta fram målbild pågår och ska läggas fram för beslut 2022.
Jämtland Härjedalen	Arbete med att ta fram målbild pågår. Ett förslag till läns gemensam målbild godkändes inte av alla kommuner 2021.
Jönköping	Målbild m.m. beslutades 2021 i ledningsgruppen för samverkan mellan regionen och länets kommuner.
Kalmar	Målbild träder i kraft hösten 2022.
Kronoberg	Målbild fastställdes 2021 av ledningsgruppen för samordning av länets hälso- och sjukvård och socialtjänst.
Norrbottnen	Målbild beslutades 2021 av regionen och alla kommuner.
Skåne	Målbild trädde ikraft 2021, beslutad av det centrala samverkansorganet. ¹⁷
Stockholm	Ett förslag till målbild är framtaget av region gemensamt organ och träder i kraft 2022, förutsatt att regionen och kommunerna antar det.
Sörmland	Ett förslag till målbild är framtaget av region gemensamt organ och träder i kraft 2022, förutsatt att regionen och kommunerna antar det.
Uppsala	Målbild beslutades i länets kommuner och regionen och trädde i kraft 2018–2020.
Värmland	Ett förslag till målbild är framtaget av region gemensamt organ. Förslaget väntar på beslut i kommuner och region.
Västerbotten	Länets kommuner och regionen beslutade 2021 om en gemensam målbild för det gemensamma åtagandet inom vård och omsorg.
Västernorrland	Målbild beslutades 2021 av regionen och alla kommuner.
Västmanland	Målbild trädde ikraft 2020. Den beslutades av regional ledningsgrupp där både region och kommuner ingår.

¹⁵ 219 kommuner svarade på frågan och 90 av dem svarade att en överenskommelse fanns, se Socialstyrelsen, Uppföljningen till en mer nära vård 2020, s. 53.

¹⁶ Socialstyrelsen, Uppföljningen till en mer nära vård 2020 s. 47–52.

¹⁷ Centrala Samverkansorganet är ett är ett politiskt sammansatt samverkansorgan med representanter för de skånska kommunerna och Region Skåne.

Region/län	Länsgemensamt målbildsarbete
Västra Götaland	Arbete med målbild har inletts, och enligt planen kommer den att beslutas 2022 och träda ikraft 2023.
Örebro	Målbild är framtagen och träder ikraft 2022 förutsatt att regionen och kommunerna beslutar att anta den.
Östergötland	Målbild trädde ikraft 2020.

Källa: Regioners redovisningar till Socialstyrelsen, mars 2022.

Samverkan i arbetet med särskilda grupper

I redovisningarna från regioner och kommuner beskrivs insatser och projekt som syftar till att förbättra samverkan för vården av olika grupper. De flesta är riktade till äldre och personer med kronisk sjukdom, personer med psykisk ohälsa, barn och unga samt personer med missbruksproblem.

I Halland har man exempelvis beslutat att ta fram en regional överenskommelse om samverkan mellan regionen och kommuner när det gäller ansvarsfördelning och samordnade insatser till barn, till individer med psykisk funktionsnedsättning, riskbruk, skadligt bruk eller beroende och till unga som vårdas utanför det egna hemmet. I Kalmar har det på länsövergripande nivå inrättats samordnande grupper för bland annat barn och unga och äldre samt för psykisk hälsa.

Samverkan för att förbättra utskrivningsprocessen

Flera kommuner och regioner redovisar samverkansinsatser eller projekt som syftar till att förbättra utskrivningsprocessen mellan den slutna vården, regionernas primärvård och den kommunala primärvården. Arbetet med utskrivningsprocessen är också kopplat till lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. I Halland har man inom ramen för arbetet med god och nära vård skapat en genomförandegrupp, för att i samverkan implementera reviderade rutiner och anvisningar utifrån lagen. Av redovisningarna framgår också att det i flera län finns överenskommelser mellan regionen och kommunerna om utskrivningsprocessen.

Särskilt inrättade tjänster för samordning av vård

Flera regioner och kommuner har infört särskilda tjänster som ska arbeta med samordningen av vård, exempelvis i form av så kallade samordningssjuksköterskor. I bland annat Dalarna finns kommunala samordningssköterskor som arbetar med att strukturera flödet och förbättra tillgänglighet. I Markaryds kommun har hemsjukvården skapat en samordnartjänst för sjuksköterskorna för att på så sätt skapa ”en väg in” med patienten i centrum. I Region Jämtland Härjedalen finns bland annat en kombinationstjänst mellan regionen och Härjedalens kommun, och en sjuksköterska har anställts gemensamt av regionen och Krokoms kommun. Umeå kommun har inrättat demenssamordnare som bland annat ska arbeta med implementering av samordnad individuell plan (SIP) och skapa ett multiprofessionellt gränsöverskridande demensteam i hela kommunen.

Mobila team och hemsjukvård

De flesta regioner redovisar att de arbetar med mobila team, hemsjukvårdsteam eller liknande, med olika inriktning och utformning. Teamens arbete riktas ofta mot äldre med komplexa behov, för att motverka sjukhusinläggningar. I Västmanland har man dock inlett en förstudie som syftar till att regionen och kommunerna ska kunna erbjuda avancerad hemsjukvård för svårt sjuka barn. Det finns även planer på en mobil verksamhet för äldre med psykisk ohälsa. I Halland har mobila team arbetat med vaccinationer under pandemin.

Teamen kan utgå både från specialistvården och från primärvården. Ett exempel på det förstnämnda är det så kallade Alma-teamet i Sörmland, ett mobilt akutgeriatriskt team för äldre multisjuka patienter med akut sjukdomstillstånd. Vården bedrivs i patientens hemmiljö och innebär enligt regionen mycket samverkan mellan specialistvården, kommunens aktörer och primärvården.

Det förekommer att team bemannas från både regioner och kommuner. Ett exempel är att Region Västerbotten och Skellefteå kommun under våren 2021 började samarbeta om ett mobilt primärvårdsteam för vård, omsorg och stöd hemma. Till teamet rekryteras sjuksköterskor och läkare från både kommunen och regionen.

Några regioner redovisar samarbete mellan mobila team, hemsjukvård och ambulansverksamheten. I Region Blekinge arbetar ambulanssjukvården med att utveckla mobila enheter som enligt regionen ska ge möjlighet till arbete nära och tillsammans med patient och anhöriga och möjlighet att tillgodose patientens behov i hemmet, när det är lämpligt. Utvecklingen av ambulansverksamheten beskrivs närmare i kapitel 9.

I föregående års uppföljning bedömde Socialstyrelsen att arbetet med mobila team utvecklades under 2020 och påskyndades under pandemin.¹⁸ Av regionernas och kommunernas redovisningar för 2021 framgår att många har fortsatt arbetet med att utveckla mobila team och hemsjukvård. Samtidigt anger några regioner att sådana projekt har pausats med anledning av pandemin. Region Västmanland skriver exempelvis att de 2020 påbörjade ett projekt för utökad mobilitet men att det blivit försenat på grund av pandemin.

Covid-19-pandemin har bidragit till ökad samverkan

Majoriteten av kommuner och regioner redovisar att samverkan har stärkts under pandemin, både mellan och inom verksamheter och över förvaltningsgränser. Pandemin har krävt samverkan över organisatoriska gränser för att hantera olika utmaningar. Nya former för samarbete har uppstått, liksom nya och förändrade arbetsätt genom att exempelvis växla uppgifter. Några kommuner och regioner har ökat läkarmedverkan på särskilda boenden som en följd av pandemin.

Region Värmland redogör för att pandemin synliggjort behovet av samverkan för omställningen, vilket de menar gynnat den kulturförändring som behövs för att klara omställningen.

¹⁸ Socialstyrelsen, Uppföljningen till en mer nära vård 2020 s. 82.

Minskad samverkan i äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård enligt Socialstyrelsens enhetsundersökning

Socialstyrelsen genomförde 2022 en enhetsundersökning om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård inom öppna jämförelser där hemtjänstverksamheter och särskilda boenden besvarar frågor om sin verksamhet inom vård och omsorg om äldre. Den senaste undersökningen visar att andelen särskilda boenden och hemtjänstverksamheter med aktuella rutiner för samverkan för hälso- och sjukvårdsinsatser för de äldre minskat mellan åren 2018 till 2022. Ett exempel är indikatorn som mäter aktuell rutin för hur planering av den enskildes hälso- och sjukvård ska genomföras i samverkan mellan ansvarig läkare, kommunal hälso- och sjukvårdspersonal samt omsorgspersonal. Indikatorn visar att andelen rutiner mellan åren 2018 till 2022 har minskat från 57 till 48 procent i särskilt boende och från 62 till 40 procent i hemtjänst. [6]

Socialstyrelsens slutsatser

Många invånare med stora behov av hälso- och sjukvård är beroende av en väl fungerande samverkan mellan vårdgivare i kommunen och regionen och med socialtjänsten. Samverkan och samordning mellan kommuner och regioner och mellan vårdgivare är en central del i många av insatserna inom ramen för omställningen. De flesta kommuner och regioner bedömer att samverkan har stärkts under pandemin, både mellan och inom verksamheter och förvaltningsgränser.

Man kan dock skilja mellan samverkan på en övergripande ledningsnivå i kommuner och regioner, och samverkan och samordning mellan vårdgivare på en mer verksamhetsnära nivå, även om det kan vara svårt att dra skarpa gränser mellan dessa. Socialstyrelsen bedömer att samverkan på en övergripande nivå har blivit bättre, bland annat i form av de tjänster som inrättats för arbetet med omställningen. Ett annat tecken på det är de gemensamma målbilderna på länsnivå. Det är svårare att bedöma hur verksamhetsnära samverkan och samordning mellan vårdgivare har förändrats. Regioner och kommuner redovisar ett stort antal insatser som förutsätter samverkan mellan vårdgivare. Sådana insatser har dock även redovisats tidigare år. Det finns även indikationer på att samverkan försämrats enligt Socialstyrelsens enhetsundersökning i äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård.

5. Hälsöfrämjande och förebyggande insatser

Ett hälsöfrämjande, preventivt och habiliterande eller rehabiliterande fokus i hälsö- och sjukvården är nödvändigt för att på sikt förbättra hälsan i befolkningen och samtidigt minska belastningen på hälsö- och sjukvårdsystemet.

Enligt överenskommelsen bör regioner och kommuner särskilt arbeta med att utveckla hälsöfrämjande, förebyggande och rehabiliterande arbetssätt – för vuxna, oavsett ålder, och för barn och unga.

Många regioner och kommuner redovisar att en del av det hälsöfrämjande och förebyggande arbetet fick stå tillbaka under 2021 till följd av covid-19-pandemin.

Det övergripande folkhälsoarbetet

Flera regioner arbetar med att ta fram folkhälsostrategier och konkretisera insatser, aktiviteter och prioriteringar inom det hälsöfrämjande arbetet. I exempelvis Västerbotten har kommunerna, länsstyrelsen och regionen undertecknat en avsiktsförklaring för en god, jämlik och jämställd hälsa.

Ett fåtal regioner redovisar att de i sina förfrågningsunderlag för vårdval inom primärvård förtydligat eller lyft fram att primärvården ska arbeta hälsöfrämjande och förebyggande. Region Gotland har infört bonus vid förskrivning av fysisk aktivitet på recept, inklusive uppföljning, för att stimulera det hälsöfrämjande arbetet.

I Region Jönköpings län har man startat ett treårigt uppdrag om hälsöfrämjande och sjukdomsförebyggande arbete i utsatta områden.

Hälsöfrämjande insatser i samverkan

I många redovisningar från RSS-strukturerna beskrivs hälsöfrämjande och förebyggande arbete i samverkan mellan kommuner, regioner, statliga myndigheter och organisationer. Samverkan sker exempelvis i det förebyggande arbete med barn och unga, äldre, suicidprevention, ofrivillig ensamhet och psykisk hälsa. En del kommuner lyfter det förebyggande och hälsöfrämjande arbete som bedrivs i civilsamhället och att det är viktigt att stärka och ta tillvara på de insatser som görs där. Det gäller särskilt hälsöfrämjande och förebyggande arbete i socioekonomisk utsatta områden.

Några kommuner lyfter att arbete pågår för att utveckla skolans och elevhälsans arbete med nära vård. Några ger också exempel på samverkan mellan skola, primärvård och socialförvaltningen i syfte att fånga upp familjer som behöver stöd. Det förekommer även gemensamma hembesök där barnhälsövården, familjecentraler och socialtjänsten deltar.

Ett flertal kommuner arbetar förebyggande med fallskador. Exempelvis genomför vissa kommuner hembesök till utvalda grupper i syfte att identifiera risker i hemmiljön. I samband med sådana besök ges också möjlighet att erbjuda proaktiva insatser utifrån individens behov.

Flera kommuner arbetar med att informera om livsstilsfaktorer som påverkar hälsan, exempelvis fysisk aktivitet och goda matvanor, bland annat för personer som bor på särskilt boende.

Kommunerna arbetar med rehabiliterande insatser

Flera kommuner redovisar utvecklingsinsatser inom rehabilitering i äldreomsorgen och den kommunala hälso- och sjukvården för att ge möjligheten för fler att bo kvar i hemmet, minska behovet av slutenvård och öka självständigheten hos den enskilda.

En del kommuner har anställt arbetsterapeuter, fysioterapeuter, medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAR) och rehabiliteringsassistenter. Flera kommuner lyfter också fram att de har byggt upp hemrehabiliteringsteam som bemannats med olika professioner, med syftet att förebygga ohälsa och erbjuda tidiga samordnade insatser.

Förstärkta insatser inom rehabilitering i primärvården

Några regioner har inrättat rehabiliteringskoordinatorer och bedömningsteam inom primärvården. Region Östergötland har exempelvis infört så kallade rehabiliteringsinterventioner i syfte att förebygga och behandla ohälsosamma levnadsvanor hos personer med psykisk ohälsa i primärvården. Ett syfte med rehabiliteringsfunktioner inom primärvården är också att erbjuda sjukskrivna patienter stöd i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Ett fåtal regioner anger att de arbetar med hemrehabilitering efter stroke, alltså att patienten rehabiliteras i hemmet i stället för att stanna på sjukhuset en längre period. Hemrehabilitering sker i flera fall i samverkan med kommunerna. I Region Norrbotten har arbetssättet även börjat användas för andra diagnosgrupper.

Riktade insatser till barn och unga

Flera regioner har riktade insatser till barn och unga för att främja deras uppväxtvillkor och levnadsvanor. Det kan även handla om regionövergripande satsningar på fysisk aktivitet eller andra aktiviteter för barn. Mycket av folkhälsoarbetet som är riktat mot barn och unga genomförs i samverkan mellan region och kommuner

Det finns även exempel på att folktandvården genomför aktiviteter i syfte att förebygga karies hos barn, i samverkan med primärvården, mödrahälsovården, barnhälsovården eller socialtjänsten. Exempelvis gör man hembesök och erbjuder fluorsköljning och tandborstning på förskolor och skolor i socioekonomiskt utsatta områden.

Regionerna erbjuder hälsosamtal och hälsoundersökningar

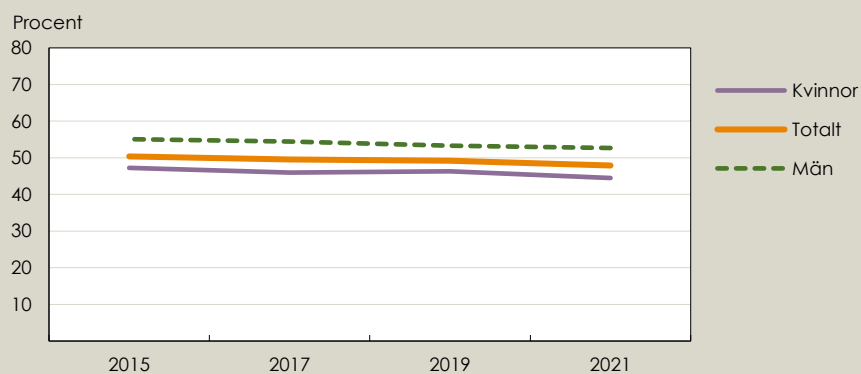
Några regioner arbetar med hälsosamtal, exempelvis till personer i en viss åldersgrupp. Ett fåtal regioner redovisar att de erbjuder riktade hälsosamtal för personer från 40 års ålder. Region Västerbotten har erbjudit hälsoundersökningar sedan början av 1980-talet, vilket utgör en del av deras förebyggande arbete. Regionen lyfter dock att det förebyggande arbetet minskat kraftigt under pandemin till följd av omprioriteringar.

Region Uppsala anger att det primära syftet med riktade hälsosamtal är att förebygga hjärt- och kärlsjukdom men också att minska risken att utveckla exempelvis cancer och diabetes typ 2.

Några regioner arbetar med levnadsvanemottagningar och integrering av levnadsvanearbete inom primärvården. Fokus är bland annat på att minska alkohol- och tobakskonsumtionen, förbättrade matvanor och ökad fysisk aktivitet. Enligt den nationella patientenkäten svarade nästan 48 procent av patienterna att de diskuterade levnadsvanor i mötet med läkare eller annan personalkategori i primärvården under 2021, se figur 2. Det är en liten nedgång jämfört med föregående år.

Figur 2. Diskuterat levnadsvanor i primärvården (region)

Andel patienter som uppger att läkaren eller någon annan ur personalen diskuterat någon eller flera av följande: alkohol-, motions-, tobaks- och matvanor.



Källa: Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Regioner.

Några regioner har tagit fram basutbildningar i att arbeta med hälsosamma levnadsvanor i patientmötet. Region Kronoberg beskriver att utbildningen är obligatorisk för all personal inom hälso- och sjukvården med patientnära arbete, och totalt 29 procent har genomfört utbildningen sedan den infördes i oktober 2020. Regionen följer kontinuerligt upp antalet som genomgått utbildningen.

Socialstyrelsens slutsatser

Regioner och kommuner redovisar fler insatser inom området hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande arbetsätt under 2021 än vad de gjorde i redovisningarna för 2020. Samtidigt har många behövt ställa in mycket av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet på grund av covid-19-pandemin. Socialstyrelsen kan inte bedöma om denna typ av insatser har ökat eller minskat i omfattning.

Socialstyrelsen noterar att flera regioner under 2021 arbetade på övergripande ledningsnivå för att stärka det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Flera regioner håller exempelvis på att utarbeta folkhälsostrategier, och det förekommer även regioner som arbetar med att tydliggöra det hälsofrämjande arbetet i förfrågningsunderlag inom vårdval för primärvården.

6. En vård som präglas av kontinuitet och delaktighet

I detta kapitel beskrivs arbete med kontinuitet och delaktighet som framkommer i de redovisningar och handlingsplaner som regionerna lämnat till Socialstyrelsen. Beskrivningen gäller främst regionernas arbete med fast läkarkontakt, fast vårdkontakt och patientkontrakt.

Regionernas arbete med kontinuitet och fasta kontakter

När det gäller kontinuitet beskriver regionerna främst sitt arbete med fast läkarkontakt och fast vårdkontakt. De redovisar i relativt stor utsträckning insatser som handlar om att utveckla tekniska och administrativa system för att kunna registrera, dokumentera och mäta fast läkarkontakt och fast vårdkontakt. Flera regioner beskriver även att de analyserat eller utvecklat nya definitioner av vad som är en fast läkarkontakt eller fast vårdkontakt.

De beskriver även mer övergripande insatser som kan påverka kontinuiteten i hälso- och sjukvården, exempelvis de samordningsinsatser som togs upp i kapitel 4. I kapitel 7 beskrivs insatser för att utveckla kompetensförsörjningen, och de kan också påverka förutsättningarna för att bedriva en vård som kännetecknas av kontinuitet. Flertalet regioner har dock inte specifikt beskrivit hur de tänker arbeta med att öka kontinuitetsindex, som är ett av målen i överenskommelsen.¹⁹

Regionernas arbete med fast läkarkontakt har kommit olika långt

Handlingsplanerna tyder på att regionerna kommit olika långt i arbetet med fast läkarkontakt och fast vårdkontakt. Vissa redovisar främst olika förberedande insatser såsom analyser och dialoger om hur arbetet ska genomföras. Region Halland anger exempelvis att de under 2021–2022 avser att genomföra dialogmöten och GAP-analyser²⁰ tillsammans med sakkunniga från när-sjukvården, för att kartlägga förutsättningarna för att införa fast läkarkontakt. Andra regioner antyder att de kommit längre och redovisar uppgifter om hur många i regionen som har en fast läkarkontakt, se vidare nedan.

Socialstyrelsen genomförde 2020 en kartläggning av regionernas arbete med fast läkarkontakt, och den visade att regionerna gör olika tolkningar av begreppet och arbetar med fast läkarkontakt på olika sätt. Flertalet av de undersökta regionerna definierade dock fast läkarkontakt som att en patient är

¹⁹ Enligt överenskommelsen är ett mål att regionen ska ha en 20-procentig ökning av kontinuitetsindex till läkare samt kontinuitetsindex för patientens totala kontakter. Kontinuitetsindex mäter i vilken utsträckning patienten fått träffa samma läkare eller annan vårdpersonal vid sina besök.

²⁰ En GAP-analys är ett sätt för organisationer att jämföra sin aktuella prestation med sin potentiella prestation. Syftet är att ge insikt om var det finns rum för förbättring.

listad hos en namngiven läkare i det centrala listningssystemet eller har blivit tilldelad en namngiven läkare enligt någon lokal fördelningsprincip på den aktuella vårdenheten. [7] Socialstyrelsen konstaterade i rapporten att tilldelningen inte behöver bygga på ett aktivt val eller patientens önskemål. Det innebär också att det är oklart hur uppgifterna förhåller sig till hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och patientlagen (2014:821) där det framgår att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård respektive patienten ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt.²¹

Socialstyrelsen bedömde att det i omkring en tredjedel av regionerna fanns möjlighet att inhämta förhållandevis tillförlitliga uppgifter om andelen av befolkningen som är listade på en namngiven läkare. Det går inte att bedöma om denna andel har ökat, utifrån regionernas redovisningar.

Andel med fast läkarkontakt anges vara hög i några regioner

Enligt överenskommelsen ska minst 55 procent av befolkningen ha en namngiven fast läkarkontakt i primärvården vid utgången av 2022.

Regionerna Kalmar, Skåne, Stockholm och Västmanland redovisar att 60–79 procent av befolkningen är listade eller på annat sätt registrerade med fast läkarkontakt.²² De har med andra ord redan uppnått målet i överenskommelsen. Region Östergötland och Blekinge anger 54 respektive 6 procent och ligger alltså under målet för 2022.²³ Region Värmland genomförde hösten 2021 en undersökning där 52 procent av patienterna svarade att de hade en fast läkarkontakt på vårdcentralen.

Flertalet regioner har dock inte lämnat uppgifter i sina redovisningar om andelen med fast läkarkontakt.²⁴ Några anger dock att de erbjuder alla eller många invånare en fast läkar- eller vårdkontakt. Det gäller exempelvis Västra Götalandsregionen som skriver att de allra flesta invånare i erbjuds en fast läkarkontakt. Regionen skriver dock att det saknas verktyg för en enkel uppföljning.

Det finns även andra mätningar av fast läkarkontakt. SKR genomförde 2021 en mätning av andelen av befolkningen som bor på ett särskilt boende för äldre och som har fast läkarkontakt. Målet enligt överenskommelsen är minst 80 procent vid utgången av 2022.²⁵ SKR:s mätning visade att 93 procent av personerna på ett sådant boende har en fast läkarkontakt och 97 procent har en fast vårdkontakt i form av en sjuksköterska i kommunen. [8]

²¹ Enligt 7 kap. 3 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska regionen organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Regionen får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom regionen. Av 6 kap. 3 § patientlagen (2014:821) framgår det att patienten ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården.

²² Region Kalmar anger att 75 procent i genomsnitt hade fast läkarkontakt. Region Skåne redovisar att 73 procent av skåningarna hade en fast namngiven läkarkontakt registrerad vid årsskiftet 2021/2022. Region Stockholm anger att 60 procent av de listade patienterna var listade på en namngiven läkare vid utgången av 2021. I Region Västmanland hade 78,5 procent av den listade befolkningen en fast läkarkontakt.

²³ Region Östergötland anger att 54 procent av vårdcentralernas listade patienter hade en fast läkarkontakt i december 2021. Region Blekinge anger att 6 procent av alla listade patienter inom regionens vårdcentraler är listade på en fast namngiven läkare och att 10,1 procent är listade på namngivna team.

²⁴ I det underlag för redovisningen som Socialstyrelsen skickade till regionerna inför redovisningen ombads de att inte ange andelen av befolkningen som har fast läkarkontakt i primärvården.

²⁵ Det avser dem som får sin huvudsakliga hälso- och sjukvård via det särskilda boendet.

I en befolkningsundersökning som Vård- och omsorgsanalys genomförde 2019 uppgav 32 procent av den vuxna befolkningen att de hade en fast läkarkontakt och/eller fast vårdkontakt vid sin vårdcentral; 26 procent hade en fast läkarkontakt och 15 procent en annan fast vårdkontakt. [9]

Behov att se över rutiner för fast vårdkontakt

Regionerna ska enligt överenskommelsen ha rutiner för att dokumentera och registrera uppgifter om patientens fasta läkarkontakt och fasta vårdkontakt. Många uppger att de saknar sådana rutiner, och mycket av utvecklingsarbetet runt fast läkarkontakt handlar just om dokumentation och registrering. Region Västerbotten skriver exempelvis att de saknar ett system för att dokumentera och följa upp fasta läkarkontakter och fasta vårdkontakter.

Av redovisningarna framgår att arbetet med dokumentation och registrering handlar om att utveckla de tekniska förutsättningarna, exempelvis stödet i journalsystemen, men även om att ta fram rutiner som gör att registreringar i systemen blir tillförlitliga, exempelvis att en registrering om fast läkarkontakt inte avser någon annan form av listning.

Enligt Socialstyrelsens uppföljning av arbetet med fast läkarkontakt från 2020 är det dock i de flesta regioner tekniskt möjligt att dokumentera uppgifter om namngiven läkare. Arbetet i många regioner handlar därför främst om att utforma rutiner för registreringen eller att informera medarbetare om hur det ska göras. Regionerna verkar ha kommit olika långt med detta. Vissa har sådana rutiner, exempelvis Region Jönköpings län som anger att det finns rutiner för att registrera en namngiven fast vårdkontakt och fast läkarkontakt i ett journalsystem som är gemensamt för regionen. Man ser dock ett behov av att informera om rutinerna eftersom de inte alltid efterföljs.

Flera regioner beskriver att arbetet med registrering och dokumentation påverkas av att nya informationssystem införs, bland annat för att de är i färd att byta journal- eller listningssystem. Region Halland har exempelvis initierat ett utvecklingsarbete för att kunna registrera och följa upp fast läkarkontakt via det befintliga journalsystemet. Parallellt arbetar man för att säkra möjligheten till uppföljning via det vårdinformationsstöd som planeras att införas i regionen. Västra Götalandsregionen skriver att det i stor utsträckning saknas verktyg för att enkelt följa upp fast läkarkontakt och fast vårdkontakt, men att detta ska bli bättre med det gemensamma journalsystem som man avser att införa 2023.

De flesta regioner kan inte visa uppgift om fasta kontakter via 1177 Vårdguiden

Enligt överenskommelsen ska regionerna säkerställa att patienter får information om vem som är deras fasta läkarkontakt och fasta vårdkontakt, i möjligaste mån via 1177 Vårdguiden. I Stockholm och Uppsala kan patienterna ta del av sådana uppgifter via 1177 Vårdguiden, men de flesta regioner anger att det ännu inte är möjligt. Flera regioner har dock för avsikt att införa den möjligheten.

Styrning mot fast läkarkontakt

Det vanligaste styrmedlet för att införa fast läkarkontakt i primärvården är att utveckla rutiner i arbetet och att ge information och utbildning till personalen. Som beskrivits ovan handlar det bland annat om att informera om hur fast läkarkontakt ska registreras och dokumenteras.

En del regioner kräver formellt att vårdgivarna ska öka andelen med fast läkarkontakt. Ett exempel är Region Skåne som i förfrågningsunderlag för vårdval ställer krav på antalet listade patienter vid bland annat regionens vårdcentraler som ska ha en namngiven fast läkarkontakt. Ett annat exempel är Västra Götalandsregionen som i uppdraget till vårdcentraler för 2022 planerade att förtydliga uppdraget om fast läkarkontakt.

Några regioner har även infört särskilda ersättningar för att stimulera arbetet. Region Stockholm har i förfrågningsunderlag för vårdval infört en bonusersättning för husläkarmottagningar om fler än 70 procent av de listade patienterna har en namngiven läkare. Västra Götalandsregionen har infört en särskild ersättning för de vårdcentraler som kan visa att de erbjuder minst 70 procent av sina listade patienter en fast läkarkontakt. Det finns också varianter: Region Värmland har infört en kontinuitetsersättning till vårdcentralerna som baseras på andelen patienter som haft fler än tre fysiska läkarbesök och som har fått träffa samma läkare i mer än hälften av fallen. Detta är alltså inte nödvändigtvis kopplat till en fast läkarkontakt.

Utmaningar i arbetet med fast läkarkontakt

Flera regioner anger att bristen på allmänläkare är ett problem för att öka andelen med fast läkarkontakt, något som också har framkommit i tidigare studier [7]. Enstaka regioner anger även att få är intresserade av att ha en fast läkarkontakt. Region Blekinge skriver att intresset varit lågt trots att vårdcentralerna börjat jobba mer aktivt med detta.

Regionernas insatser i arbetet med patientkontrakt

Patientkontraktet ska leda till en mer personcentrerad vård och avser en sammanhållen planering med en patients samtliga vård- och omsorgskontakter. Kontraktet består av tre olika delar: *sammanhållen planering*, *överenskommen tid* och *fast kontakt med vården*. Nedan redogörs för regionernas arbete med de två förstnämnda områdena. Arbetet med fast kontakt i vården har beskrivits tidigare i kapitlet.

Regionernas arbete med patientkontrakt varierar

De handlingsplaner för patientkontrakt som regionerna lämnat in varierar i både omfattning och innehåll. Några regioner beskriver ett omfattande arbete med patientkontrakt. Ett exempel är Jönköping där regionen och kommunerna i länet, inom ramen för patientkontraktet, bland annat arbetat med att utveckla SIP och andra planeringsverktyg samt tagit fram en riktlinje för samordnad vårdplanering när patienter skrivs ut från slutenvård.

Andra regioner har relativt nyligen börjat arbetet och beskriver huvudsakligen förberedande åtgärder i handlingsplanerna. Region Jämtland Härjedalen etablerade exempelvis ett samarbete med kommunerna om patientkontrakt. Enligt handlingsplanen ska man under 2021–2022 bland annat genomföra utbildningssatsningar och identifiera planer som kan vara en del av patientkontraktet.

Regionerna Stockholm, Västerbotten och Örebro anger att arbetet med patientkontrakt inte var prioriterat under 2021 eller har försenats med anledning av pandemin.

Region Norrbotten anger att begreppet patientkontrakt inte lanserats i verksamheterna eftersom det har ifrågasatts. Regionen skriver samtidigt att de har arbetat med att utveckla och införa de olika delarna, det vill säga sammanhållen plan, fasta vårdkontakter och överenskommen tid.

Informationsinsatser vanliga i arbetet med att implementera patientkontrakt

Många av de insatser som redovisas i regionernas handlingsplaner och redovisningar handlar om information, utbildning, workshoppar m.m. för att sprida kunskapen om patientkontraktet. Region Dalarna skriver exempelvis att man haft flera informationstillfällen om patientkontrakt, bland annat till divisionschefer och deras ledningsgrupper, verksamhetsutvecklare och verksamhetschefer inom primärvården, regionens kommuner och flera kliniker.

Några regioner, bland annat Gävleborg, Kalmar och Norrbotten, har anställt eller planerar att anställa särskilda projektledare eller samordnare för att underlätta genomförandet.

Sammanhållen planering ofta med hjälp av sammanhållen individuell plan

Sammanhållen planering är en central del i patientkontraktet, och i flera regioner är SIP det centrala instrumentet. Flera regioner har vidtagit, eller planerar att vidta, åtgärder för att stärka arbetet med SIP, exempelvis för att informera om SIP eller ta fram nya riktlinjer. Region Östergötland har satt upp ett mål om att antalet SIP:ar ska öka.

Av regionernas redovisningar framgår att det råder osäkerhet om hur patientkontraktet förhåller sig till SIP och andra planeringsverktyg. Region Norrbotten anger exempelvis att man behöver klargöra relationen mellan patientkontraktet och SIP och andra planeringsverktyg som exempelvis ”Min vårdplan” inom cancervården.

Region Gävleborg skriver att det är en fördel om patientkontraktet och SIP hålls isär och att det förstnämnda blir patientens egen plan för vård, behandling och omsorg, medan SIP kan innehålla fler delar och involvera fler aktörer såsom Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Den vanligaste uppfattningen förefaller dock vara att SIP eller liknande planeringsverktyg ingår i patientkontraktet. Flera regioner anger att dessa verktyg behöver justeras så att de motsvarar kraven i patientkontraktet.

Användningen av webbtidbok ökar

En del av patientkontraktet är så kallad *överenskommen tid* och innebär att det ska vara enkelt att ta kontakt med vården och att patienten ska kunna boka tider, exempelvis online. Genom webbtidbok är det möjligt för invånarna att boka och omboka tid via 1177 Vårdguiden. Redovisningarna visar att användningen av webbtidbok ökat i flertalet regioner. En närmare beskrivning av webbtidbok ges i kapitel 8.

Arbetet med att tillgängliggöra patientkontrakt pågår

Även arbetet med patientkontrakt handlar delvis om hur informationen i patientkontraktet ska kunna integreras i vårdens informationssystem och vara tillgängligt för både vårdgivare och patienter.

Flera regioner arbetar med att tillgängliggöra SIP eller annan form av sammanhållna planering genom 1177 Vårdguiden, och regionerna Skåne och Norrbotten anger att SIP blivit tillgänglig och läsbar för patienten på det sättet. Några regioner anger även att ”Min vårdplan cancer” finns tillgänglig via 1177 Vårdguiden.

Vanligt med patientkontrakt som en del av personcentrerade sammanhållna vårdförlopp

Flertalet regioner arbetar med patientkontrakt som en del av personcentrerade sammanhållna vårdförlopp i någon form. Ofta har de börjat med att implementera patientkontrakt inom något eller några utvalda vårdförlopp.

Region Uppsala har exempelvis i samverkan med kommunerna fokuserat på två vårdförlopp, stroke och TIA²⁶, och påbörjat arbetet med patientkontrakt för dem. Regionen planerar att använda dessa som modell i den fortsatta implementeringen. På sikt är planen att patientkontrakt ska inkluderas i alla personcentrerade sammanhållna vårdförlopp inom regionen och i den kommunala hälso- och sjukvården.

På Gotland beskrivs att arbetet med patientkontrakt är integrerat i arbetet med att implementera personcentrerade sammanhållna vårdförlopp, och erbjuds i dagsläget framför allt till patientgrupper inom psykiatri och cancervård.

År 2021 rekryterade Region Dalarna en samordnare för personcentrerade sammanhållna vårdförlopp. Samordnaren ansvarar för att samordna och stödja verksamheten i arbetet med de olika vårdförloppen, och med det även stödja arbetet med att implementera patientkontrakt i varje vårdförlopp.

Socialstyrelsens slutsatser

Sammanfattningsvis visar regionernas redovisningar att det pågår ett utvecklingsarbete vad gäller fast läkarkontakt, fast vårdkontakt och patientkontrakt i flertalet regioner. Implementeringen handlar i stor utsträckning om att skapa tekniska system och rutiner som stödjer informationsinsamlingen. De flesta regioner kan dock fortfarande inte på ett enkelt sätt ge patienterna tillgång till

²⁶ TIA (transitorisk ischemisk attack) är en snabbt övergående tillfällig syrebrist i något av hjärnans blodkärl.

uppgifter om fast läkarkontakt och patientkontrakt, exempelvis via 1177 Vårdguiden. Utvecklingen av tekniska lösningar kompliceras av att många regioner är i färd med att byta journal- eller listningssystem.

Redovisningarna indikerar att det är stor skillnad mellan regionerna i hur långt de kommit i arbetet och hur arbetet genomförs. Vissa regioner befinner sig i en analysfas medan några regioner redovisar att en stor del av befolkningen har en fast läkarkontakt eller gjort ett omfattande arbete med att implementera patientkontrakt.

Vissa regioner använder inte begreppet patientkontrakt men arbetar ändå med de olika delarna av kontraktet, vilket gör det svårt att bedöma hur långt de har kommit. De är tveksamma till begreppet och osäkra på hur kontraktet förhåller sig till det planeringsarbete som exempelvis genomförs genom SIP.

Andelen av befolkningen som har en fast läkarkontakt skiljer sig mycket åt mellan de regioner som lämnat sådana uppgifter. Det kan bero på verkliga skillnader mellan regionerna men även på att de har olika sätt att registrera och dokumentera fast läkarkontakt. Det framgår exempelvis inte i vilken utsträckning patienterna med en registrerad fast läkarkontakt också har fått möjlighet att välja en namngiven läkare eller om de endast blivit tilldelad en fast läkarkontakt. Det innebär också att det är oklart hur uppgifterna förhåller sig till bestämmelserna om fast läkarkontakt i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och patientlagen (2014:821).

Andelen som har en fast läkarkontakt har inte heller någon självklar koppling till kontinuiteten i vården. Vård- och omsorgsanalys har visat att vårdcentralernas listning av patienter på läkare inte har något tydligt statistiskt samband med patienters upplevelse av kontinuitet. [10]

7. Goda förutsättningar för vårdens medarbetare

Överenskommelsen om god och nära vård anger att regioner och kommuner ska arbeta med övergripande insatser för att stärka huvudmännens planering av sitt kompetensbehov.

Det aktuella utvecklingsområdet, Goda förutsättningar för vårdens medarbetare, byggde 2021 i stort sett vidare på inriktningen i tidigare års överenskommelse. För att få ta del av medlen ska regioner och kommuner arbeta för en ändamålsenlig kompetensförsörjning, utveckla förutsättningarna för vårdens medarbetare och utbilda vårdens framtida medarbetare.

I detta kapitel beskrivs kommuners och regioners arbete med kompetensförsörjningen och medarbetarnas förutsättningar.

Generell brist på personal inom legitimationsyrken

Socialstyrelsens rapport *Nationella planeringsstödet 2022* visar en generell brist på personal inom legitimationsyrken såsom barnmorskor, läkare med specialistkompetens, specialistsjuksköterskor och röntgensjuksköterskor. Nästan samtliga regioner anger, enligt rapporten, att det beror på att det råder brist på utbildad personal. Andra orsaker som nämns är hög konkurrens från andra arbetsgivare samt pensionsavgångar. Det är också svårt att rekrytera specialistläkare till orter som ligger långt från lärosäten och universitetssjukhus. [11]

Rapporten *Nationella planeringsstödet 2022* inkluderar även kommunerna,²⁷ där de vanligaste legitimationsyrkena är sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut. Totalt 68 procent av kommunerna uppger att de har brist på sjuksköterskor, och för fysioterapeuter och arbetsterapeuter är andelen 59 respektive 49 procent. Drygt 93 procent av kommunerna har specialistsjuksköterskor anställda, och den vanligaste inriktningen är vård av äldre, följt av distriktssköterska. Av kommunerna med anställda specialistsjuksköterskor uppger 81 procent personalbrist i sina verksamheter [11].

Arbete för en mer ändamålsenlig kompetensförsörjning

Enligt överenskommelsen är ändamålsenlig kompetensförsörjning en förutsättning för omställningen till en nära vård. Det är avgörande att det finns medarbetare med rätt kompetens för den vård som bedrivs och att medarbetarna arbetar tillsammans på ett optimalt sätt. Detta avser både dagens

²⁷ En arbetsmarknadsenkät skickades ut till kommunerna och beskriver situationen i oktober 2021. Enkäten besvarades av totalt 234 kommuner, vilket motsvarar 77 procent.

kompetenser inom den nära vården och nya och fördjupade kompetenser för att kunna ta hand om fler komplexa tillstånd i den nära vården.

För att få ta del av medlen inom ramen för utvecklingsområdet ska regioner och kommuner genomföra insatser som syftar till att bidra till en ändamålsenlig kompetensförsörjning.

Kompetensförsörjningsinsatser i regionerna

Några regioner redovisar att de, liksom tidigare, arbetar aktivt med att bredda sin rekryteringsbas för att säkerställa en god kompetensförsörjning.

Regionerna lyfter fram en mängd olika utbildningsinsatser och att fler yrkesgrupper, utöver sjuksköterskor, får möjlighet till finansierad vidareutbildning på både grund- och specialistnivå.

I Region Sörmland studerade 46 medarbetare under 2021 till sjuksköterska, dietist, fysioterapeut och röntgensjuksköterska, varav 17 tog examen under året. I Region Skåne var det 26 medarbetare som studerade till ambulanssjukvårdare, till specialistundersköterska inom operation, intensivvård och anestesi, psykiatri och till handledare inom socialpsykiatri. Av dessa tog 11 examen under 2021.

Alla regioner arbetar med att säkerställa att medarbetares kompetens används på rätt sätt. Det kan handla om kompetensväxling eller omfördelning av arbetsuppgifter i syfte att patienter ska få träffa den yrkeskategori som bäst tillgodoser deras behov.

Region Gävleborg har anställt två idrottsvetare

I Region Gävleborg har två idrottsvetare anställts. De arbetar på en mottagning för patienter med astma och kol där de gör spirometriundersökningar och gångtest och ansvarar för rökavvänjning. De bidrar också med sin kunskap i diabetesskola där de ansvarar för en av fem träffar och pratar om livsstilsförändring. Regionen överväger även att använda deras kompetens i föräldragrupper inom barnhälsovården, exempelvis genom att arbeta proaktivt med överviktiga barn.

Kompetensförsörjningsinsatser i kommunerna

Kommunerna redovisar ett stort antal olika genomförda utbildningsinsatser i syfte att öka kunskapen inom olika områden och säkra tillgången till rätt kompetens. Många har tagit fram olika utbildningsmaterial och gjort utbildningsinsatser inom exempelvis patientsäkerhet, digitalisering, vårdhygien, bemötande, sårvård, förflyttningsteknik, palliativ vård, SIP, vardagsrehabilitering och diabetes.

Flera kommuner erbjuder medarbetare finansierad utbildning till specialistundersköterska som ett sätt att stärka kompetensen. Sådana studier har genomförts inom bland annat inriktningarna hälsa och rehabilitering, demensvård, palliativ vård och äldrevård.

Som ett sätt att öka andelen undersköterskor i kommunerna har många kommuner också valt att erbjuda finansierade studier till undersköterska. Många har kunnat finansiera utbildningen genom äldreomsorgslyftet²⁸.

Några kommuner har gett undersköterskor möjlighet att studera vidare till sjuksköterska på arbetstid. Det finns även exempel på medarbetare som studerat till arbetsterapeut med ersättning från kommunen.

Enligt RSS i Norrbottens län arbetade några kommuner under 2021 med att kartlägga kompetens inom arbetslagen, vilket resulterat i att några sjuksköterskor börjat vidareutbilda sig till distriktsköterska.

Kompetensförsörjningsinsatser genomförs ofta i samverkan

Det finns flera exempel på att kommuner och regioner samverkar om kompetensförsörjningen, och flera regioner och kommuner lyfter att covid-19-pandemin bidragit till ökad samverkan om bemanning.

Socialcheferna i Östergötlands län har exempelvis fattat beslut om att samverka om kompetensförsörjning och utveckling kopplat till nära vård, både kommuninternt och i samverkan med regionen. Under 2021 rekryterades en kommungemensam resurs för att samordna arbetet med kompetensutveckling.

Tre län, Jönköping, Örebro och Östergötland, har en gemensam kompetensförsörjningsplan för kommunerna och regionen. Region Örebro lyfter att planen ska resultera i en lägesbild över det gemensamma kompetensförsörjningsbehovet.

Ett annat exempel på samverkan är att kommuner och regioner inrättar gemensamma tjänster, exempelvis en sjuksköterska som har en delad tjänst mellan kommun och region. Stärkta teambaserade arbetssätt och projekt mellan slutenvård, regional och kommunal primärvård är andra exempel på ökad samverkan.

Intern bemanningsenhet i Region Jönköpings län

Region Jönköpings län startade 2021 en intern bemanningsenhet som ska säkra bemanningen i hela länet. Enligt regionen är det ett effektivare sätt att lösa bemanningsbehov och ger nya möjligheter för de medarbetare som vill ha ett mer flexibelt arbete. Enheten har i uppdrag att stötta slutenvård, öppenvård och primärvård. Efterfrågan på resurserna i bemanningsenheten har varit stor, och rekryteringen av sjuksköterskor och vårdadministratörer fortsätter.

Fortsatt arbete med karriärs- och kompetensstegar

Även under 2021 arbetade regionerna med karriärutvecklingsmodeller och karriärs- och kompetensstegar²⁹ som ska tydliggöra karriärs- och utveck-

²⁸ Äldreomsorgslyftet är ett statsbidrag som ska stärka kompetensen inom kommunalt finansierad vård och omsorg om äldre genom att ge ny och befintlig personal möjlighet att utbilda sig på arbetstid.

²⁹ Överenskommelse mellan SKR, Sobona (Kommunala företagens arbetsgivarorganisation), Vårdförbundet och OFR:s (Offentliganställdas förhandlingsråd) förbundsområde Hälso- och sjukvård. I överenskommelsen ingår bland

lingsmöjligheter i det kliniska arbetet. Syftet är även att attrahera och behålla personal samt visa möjligheterna för kompetensutveckling och vidare karriär. Några regioner arbetade under 2021 med att ta fram kompetensstegar för flera yrkesgrupper. Exempelvis tog Region Stockholm fram ytterligare en kompetensstega och har nu totalt 14 olika. Region Västerbotten har 10 kompetensstegar.

Region Östergötland har tagit fram kliniska karriärstegar för bland annat distriktssköterskor, sjuksköterskor, barnmorskor, undersköterskor och biomedicinska analytiker.

I årets uppföljning redovisar även ett fåtal kommuner att de har arbetat med karriär- och kompetensstegar för att ge bättre förutsättningar på arbetsplatsen. Några kommuner har tagit fram kompetensstegar för sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter och undersköterskor.

Insatser för att utveckla förutsättningarna på arbetsplatsen

Som en del i överenskommelsen ska regioner och kommuner arbeta för bättre förutsättningar på arbetsplatsen. Arbetsmiljön är central för att säkra kompetensförsörjningen på både kort och lång sikt. Många anställda i hälso- och sjukvården har under pandemin haft en ansträngd arbetssituation.

För att få ta del av medlen ska regioner och kommuner genomföra insatser som syftar till att utveckla förutsättningarna på arbetsplatsen.

Insatser för att förbättra arbetsmiljön

Flera regioner och kommuner redovisar satsningar på förbättrad arbetsmiljö med fokus på hälsofrämjande och hållbar arbetsmiljö. Exempel är hälso-coacher för att öka personalens motivation och engagemang, arbetsmiljöutbildningar och insatser från företagshälsovård för att minska sjukfrånvaro. Några regioner lyfter också möjlighet till flexibla arbetsformer i form av exempelvis distansarbete.

Till följd av covid-19-pandemin försöker några regioner och kommuner möjliggöra fortsatt återhämtning genom exempelvis ökade friskvårdssatser och handlingsplaner för att minska sjukfrånvaron. En del regioner redovisar insatser för att fånga upp medarbetare som behöver samtalsstöd.

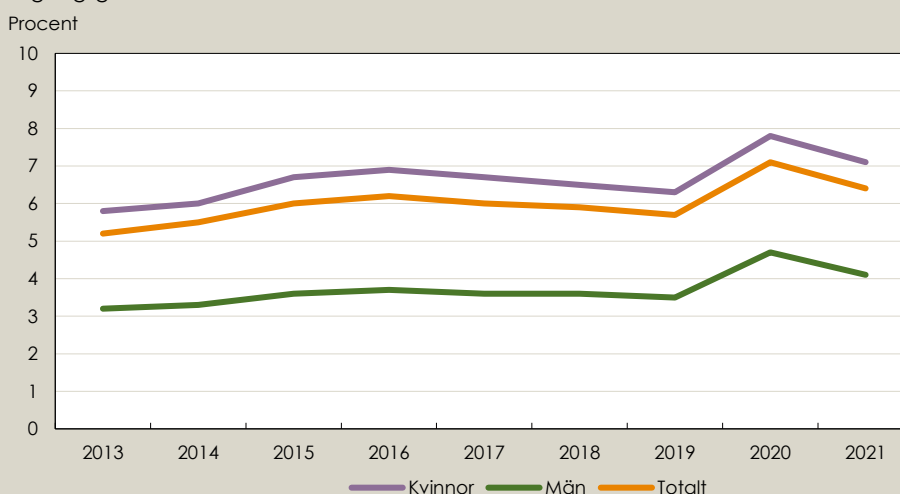
I figur 3 redovisas uppgifter från den obligatoriska sjukfrånvaroredovisningen som regioner och kommuner ska tillhandahålla i sina årsredovisningar.³⁰ Sjukfrånvaron steg kraftigt under 2020 för att sedan minska något under 2021, men den var ändå högre än före 2020. Detta är troligen en effekt av pandemin.

annat att parterna ska verka för att samtliga regioner och ett urval av större kommuner senast i december 2022 utvecklat karriärmodeller och börjat implementera dessa för Vårdförbundets yrkesgrupper.

³⁰ Dessa uppgifter avser samtliga anställda i regionerna, oavsett om de är sysselsatta inom hälso- och sjukvården eller inom andra områden.

Figur 3. Sjukfrånvaro bland regionanställd personal

Den totala sjukfrånvarotiden, ackumulerad under året, som andel (%) av den tillgängliga ordinarie arbetstiden.



Källa: Egna uppgifter i regionens årsredovisning, sammanställt av Sveriges Kommuner och Regioner.

Bättre schemaläggning och rätt till heltid

Några regioner och kommuner ser över schemaläggningen för att få mer hälsosamma och hållbara scheman, och på så sätt bidra till den långsiktiga kompetensförsörjningen.

Några strävar efter att erbjuda heltid som norm och ta tillvara äldre medarbetares kompetens och erfarenhet. Det kan handla om att tillsvidareanställning på heltid ska vara det normala vid nyanställning och att redan anställda medarbetare i högre utsträckning ska arbeta heltid. Ett fåtal kommuner och enstaka regioner redogör för att antalet heltidsanställningar ökade under 2021.

Kommunerna i Hallands län erbjuder inom flera yrken rätt till heltidsarbete men med möjlighet till deltid, för att göra omsorgsyrkena mer attraktiva. I vissa fall kan det också handla om möjlighet till sänkt arbetstid med bibehållen lön.

Insatser för stärkt ledarskap i regioner och kommuner

Ledarskapsutveckling, handledning, reflektionsgrupper för chefer och utbildning i förändringsledning är något som det flesta regioner arbetar med. Många har också medarbetare och chefer som deltagit i SKR:s ledarskapsprogram *Ledarskap och Nära vård* som syftar till att stärka ledarskapet och öka kompetensen i att leda förändring. Även kommunerna har arbetat med att stärka ledare och medarbetare. I flera kommuner har tjänstepersoner, chefer, politiker, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) deltagit i SKR:s ledarskapsprogram. Kommunerna i Östergötlands län bedömer att deltagandet bidragit till att stärka kunskapen om omställningen.

Även andra satsningar har genomförts i form av ledarskapsprogram och utbildningar för att stärka ledarnas förutsättningar.

Region Skåne lyfter att pandemin synliggjort vikten av chefers och ledares förmåga och kompetens att leda i kris, och de har därför valt att satsa på ledarskap och chefsutveckling.

Region Kronoberg har fattat beslut om normtal om antal anställda medarbetare per chef.

Förstärkt introduktion för sjuksköterskor

Flera regioner fortsatte under 2021 att erbjuda förstärkt introduktion till ny-examinerade sjuksköterskor, och i flera fall är introduktionen obligatorisk. Det kan handla om övergripande praktiska och teoretiska utbildningar samt coaching och handledning. Region Sörmland lyfter dock att yrkesintroduktionen ställdes in under första delen av 2021 på grund av covid-19-pandemin. Ett fåtal kommuner redovisar att de utökat introduktionen för nyanställda.

Fortsatt arbete för att minska beroendet av inhyrd personal i regionerna

Även under 2021 arbetade regionerna för att inte vara beroende av hyrpersonal. Flera deltar aktivt i den nationella upphandlingen av hyrpersonal. Satsningen är ett initiativ från samtliga regioner. Regionerna har kommit överens om ett antal gemensamma fokusområden, dels inom ramen för arbete med attraktiva arbetsgivare, dels med en regiongemensam upphandling av inhyrd personal. [12] Arbetet med upphandlingen och det gemensamma ramavtalet beräknas vara färdigt under hösten 2022.

Ett fåtal regioner har satsat på att öka antalet ST-tjänster, för att på sikt bli oberoende av hyrpersonal inom exempelvis psykiatri.

Utbildning av vårdens framtida medarbetare

Enligt överenskommelsen har lärandet i vården stor betydelse för kompetensförsörjningen och de framtida rekryteringsmöjligheterna. Vårdens medarbetare behöver kontinuerligt utveckla sin kompetens och sin förmåga att arbeta i nya vårdmiljöer med digitalt stöd samt arbetsätt som är teambaserade, personcentrerade och hälsofrämjande.

För att få ta del av medlen inom detta utvecklingsområde ska regioner och kommuner genomföra insatser i syfte att utbilda vårdens medarbetare, både dagens och framtidens.

Regionerna arbetar med att tillvarata kompetens hos utlandsutbildade

Ett antal regioner arbetar med utlandsrekrytering av hälso- och sjukvårdspersonal, främst läkare och sjuksköterskor. År 2021 skrev Region Sörmland anställningsavtal med fem sjuksköterskor och en läkare efter en utlandsrekrytering. Några regioner arbetar också med att fånga upp nyanlända med legitimation inom hälso- och sjukvårdsyrkena och stötta dem på vägen mot svensk legitimation, genom bland annat språkutbildning, praktisk tjänstgöring och arbete med utbildningsmottagningar. Dessa mottagningar går ut på

att erbjuda provtjänstgöring och introduktion i svensk hälso- och sjukvård för läkare med utländsk examen.

För anställda medarbetare som behöver utveckla sina språkkunskaper har Region Uppsala sedan 2020 erbjudit språkutbildning i egen regi, med stöd av statsbidraget.

Insatser för att utveckla verksamhetsförlagd utbildning

Flera kommuner och regioner utvecklar lärandemiljöer, handledning och arbetssätt för att skapa förutsättningar för verksamhetsförlagd utbildning (VFU). Några satsar även på så kallade kliniska adjunkter på akademiska vårdcentraler, som ska vara en länk mellan vården och sjuksköterskeutbildningen. Ett fåtal regioner har etablerat och utvecklat kliniska träningscentrum (KTC) som ett sätt att utveckla studenters träning och interprofessionellt teamwork.

Sjuksköterskor får möjlighet till specialistutbildning

I överenskommelsen om god och nära vård 2021 har 400 miljoner kronor³¹ avsatts till regionerna för att erbjuda sjuksköterskor vidareutbildning till specialistsjuksköterska eller barnmorska. Kommunerna har tilldelats 100 miljoner kronor för motsvarande satsning, vilken inte funnits tidigare utan tillkom under 2021.

Regioner och kommuner redovisar arbete med vidareutbildning till specialistsjuksköterska i olika omfattning. Tabell 2 och 3 visar antalet sjuksköterskor i varje län som påbörjat sådan utbildning, och inriktning på dessa utbildningar. Det är dock inte möjligt att avgöra hur många utbildningar det rör sig om eftersom sådana uppgifter inte förekommer i alla redovisningar. De flesta kommunerna har valt att erbjuda betald specialistutbildning inom inriktningarna vård av äldre, psykiatrisk vård, palliativ vård och distriktssköterska. Regionerna erbjuder betald specialistutbildning inom flera inriktningar,³² och Västra Götalandsregionen anger att de på grund av covid-19-pandemin ökade utbildningarna med inriktning mot intensivvård under 2021.

³¹ Motsvarande för 2020 var 500 miljoner kronor.

³² I Socialstyrelsens uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020 framkommer att 20 regioner erbjöd betald specialistutbildning inom inriktningarna operationssjukvård, barnmorska och vård av äldre. 19 regioner inom intensivvård och 18 regioner inom anestesijukvård, hälso- och sjukvård för barn och unga och distriktssköterska under 2020.

Tabell 2. Sjuksköterskor under specialistutbildning i regionerna

Antal sjuksköterskor under specialistutbildning i regionerna samt inriktningar

Region	Antal sjuksköterskor som påbörjat specialistutbildning under 2021	Inriktningar/kommentar
Blekinge	19 sjuksköterskor blev färdiga specialistsjuksköterskor 2021.	
Dalarna		Möjlighet läsa till specialistsjuksköterska med bibehållen lön.
Gotland		Möjlighet läsa till specialistsjuksköterska inom ramen för tillsvidareanställning på heltid.
Gävleborg	Ca 50	
Halland	19	Intensivvård, anestesi, barnmorska och distriktssköterska.
Jämtland Härjedalen	46	I princip samtliga inriktningar representerade.
Jönköping	110 medarbetare är utbildningsanställda på hel eller halvfart.	
Kalmar	49	Barnonkologi, operation, anestesi, intensivvård, ögon, barnmorska, psykiatri och distriktssköterska.
Kronoberg	43	
Norrbottnen		Distriktssköterska, psykiatri, intensivvård, anestesi och operation.
Skåne	213 sjuksköterskor blev färdiga specialistsjuksköterskor under 2021.	
Stockholm	253	Anestesi, operation, intensivvård, psykiatri och barnmorska är mest frekventa.
Sörmland	40 (30 examinerades 2021)	
Uppsala	66	
Värmland	44 (45 examinerades 2021)	-
Västerbotten		Regionen har erbjudit akademisk specialisttjänstgöring inom några inriktningar.
Västernorrland		Vidareutbildning sker enligt regionens plan.
Västmanland	58	
Västra Götaland		Utifrån erfarenheterna från covid-19-pandemin utökades utbildningarna med inriktning mot intensivvård under 2021.
Örebro		Distriktssköterska, barnsjukvård och barnmorska.
Östergötland	92	14 av tjänsterna är inom primärvården med inriktning nära vård för att aktivt bidra till den långsiktiga kompetensförsörjningen.

Källa: Regionernas redovisningar till Socialstyrelsen, mars 2022.

Tabell 3. Kommunernas arbete med vidareutbildning för sjuksköterskor

RSS rapportering av kommunernas arbete med vidareutbildning för sjuksköterskor

Län	Kommunernas arbete med vidareutbildning för sjuksköterskor
Blekinge	Akademisk specialisttjänstgöring för sjuksköterskor.
Dalarna	Flera kommuner har erbjudit möjlighet för sjuksköterskor att vidareutbilda sig. Under 2021 började 15 personer sådan utbildning. Ytterligare en kommun har 1 sjuksköterska som blev färdig specialistsjuksköterska inom vård av äldre under året.
Gotland	Möjlighet läsa till specialistsjuksköterska inom ramen för tillsvidareanställning på heltid.
Gävleborg	Ett antal sjuksköterskor har fått möjlighet att delta i specialistutbildningar.
Halland	En del av länets kommuner har erbjudit sjuksköterskor möjlighet till specialistutbildning där arbetsgivaren betalar en del av utbildningskostnaden.
Jämtland Härjedalen	I sex av åtta kommuner genomgår sjuksköterskor specialistutbildning inom områdena vård av äldre och distriktssköterska.
Jönköping	Länets kommuner har medarbetare som vidareutbildar sig till specialistsjuksköterska inom olika områden, bland annat psykiatri, vård av äldre och distriktssköterska. En kommun har utbildat 1 sjuksköterska till avancerad klinisk sjuksköterska. Några kommuner har inte haft möjlighet att satsa på vidareutbildning, och har i stället satsat på kortare utbildningar inom exempelvis demensvård, kliniska bedömningar, personcentrerad vård och palliativ vård.
Kalmar	Två kommuner i länet rapporterar att totalt 7 sjuksköterskor läser till specialistsjuksköterska, bland annat inom inriktningarna distriktssköterska och vård av äldre.
Kronoberg	Fyra av åtta kommuner erbjuder specialistutbildning för sjuksköterskor. I Växjö kommun har 4 sjuksköterskor beviljats betald specialistutbildning till distriktssköterska. Målsättningen är att öka andelen anställda specialistsjuksköterskor från 30 till 40 procent.
Norrbottnen	Några sjuksköterskor utbildar sig till distriktssköterskor i några kommuner.
Skåne	Infört möjlighet för sjuksköterskor att deltidsutbilda sig, vilket innebär att man också arbetar kvar i klinisk vardag.
Stockholm	Ett fåtal kommuner har kunnat utbilda specialistsjuksköterskor.
Sörmland	Flera kommuner erbjuder specialistutbildning för sjuksköterskor, bland annat inom områdena vård av äldre, distriktssköterska och avancerad sjukvård i hemmet.
Uppsala	Fem av länets åtta kommuner genomför insatser som resulterar i att 14 sjuksköterskor studerar eller studerat till specialistsjuksköterska.
Värmland	Kommunerna i Värmland har fortsatt arbete med specialistutbildning för sjuksköterskor inom inriktningarna äldre, kognitiva sjukdomar, distriktssköterska och psykiatri.
Västerbotten	
Västernorrland	Tre kommuner redogör för arbete med vidareutbildning till specialistsjuksköterska inom inriktningarna psykiatri, äldre och distriktssköterska.
Västmanland	I några kommuner har 1 sjuksköterska påbörjat specialistutbildning i avancerad hemsjukvård.
Västra Götaland	I RSS Boråsregionen har kommunerna sjuksköterskor som vidareutbildar sig till specialistsjuksköterska med inriktning hälso- och sjukvård i hemmet, psykiatri eller distriktssköterska. Inom RSS Fyrbodalsregionen har tretton av fjorton kommuner

Län	Kommunernas arbete med vidareutbildning för sjuksköterskor
	valt att satsa på vidareutbildning för sjuksköterskor. 1–5 sjuksköterskor har utbildats per kommun. Inom Göteborgs kommunalförbund har nästan alla av de tolv kommunerna på något sätt satsat på specialistsjuksköterskeutbildning.
Örebro	Cirka 30 sjuksköterskor i länet påbörjade studier till specialistsjuksköterska under året inom inriktningarna vård av äldre, distriktssköterska, psykiatri och hälso- och sjukvård i hemmet.
Östergötland	Kommunerna har prioriterat insatser utifrån lokala behov, exempelvis specialistutbildning för sjuksköterskor inom demens och palliativ vård.

Källa: Regionernas redovisningar till Socialstyrelsen, mars 2022.

Kommunerna ser utmaningar med att bevilja specialistutbildning till sjuksköterskor

I några län lyfter kommunerna utmaningar med att erbjuda vidareutbildning till specialistsjuksköterskor. En svårighet är bristen på sjuksköterskor, och en annan är att man behöver ersätta den sjuksköterska som är ledig för studier, bland annat genom att anlita hyrpersonal. Några kommuner menar även att medlen har kommit sent, så att sjuksköterskor inte haft möjlighet att söka några utbildningar. Göteborgsregionens kommunalförbund lyfter att 43 procent av medlen de tilldelats för ändamålet har återbetalats till Kammarkollegiet, och menar att kortsiktigheten gör det svårt att genomföra satsningen.

Några kommuner framför att de tilldelade medlen inte täckte kostnaderna för utbildningen.

Arbete med AT- och ST-läkare som en del i omställningen

Enligt överenskommelsen ska regionerna förstärka det strategiska arbetet med prognoser och dimensionering av läkarnas AT och ST för att tillgången till läkare ska öka och motsvara befolkningens behov samt för att stödja omställningen till nära vård.

I Socialstyrelsens rapport *Nationella planeringsstödet 2022* framkommer att av de 41 000 läkare som var anställda inom hälso- och sjukvården var cirka 71 procent specialister, varav 22 procent allmänläkare [10]. Flera regioner redovisar att de genomför långsiktiga satsningar för att öka antalet ST-tjänster inom allmänmedicin, se tabell 4. Socialstyrelsen har i rapporten *Kompetensförsörjning inom primärvården* beräknat att det saknas cirka 2 500 allmänläkare. Beräkningen bygger på tillgången på allmänläkare 2019 och maximalt 1 500 patienter per specialistläkare i allmänmedicin³³. [13]

³³ Enligt beräkningen om 1 500 patienter per specialistläkare i allmänmedicin fattas det inom hälso- och sjukvården totalt 500 specialistläkare i allmänmedicin sysselsatta inom hälso- och sjukvården totalt, men nästan 2 500 om endast de som är sysselsatta inom primärvård inkluderas i den totala tillgången.

Tabell 4. Regionernas arbete med ST-platser i allmänmedicin.

Regionernas rapportering av arbetet med specialisttjänstgöring för läkare

Region	Utökning av ST inom allmänmedicin
Blekinge	Det finns en strategisk plan för dimensionering av läkarnas ST, för att den långsiktiga tillgången till läkare ska motsvara befolkningens behov och stödja omställningen till nära vård.
Dalarna	
Gotland	
Gävleborg	Vid början av 2021 hade regionen 292 anställda ST-läkare. Andelen ST-läkare inom primärvården har ökat och uppgår till 29 procent av samtliga ST-tjänster. Under 2021 beslutades även om möjlighet att utöka antalet ST-läkare i allmänmedicin, utan begränsning.
Halland	Regionen har börjat undersöka tillgången till specialister i allmänmedicin i regionen, för att säkerställa behovet på kort och lång sikt.
Jämtland Härjedalen	
Jönköping	För att främja återväxt och tillväxt av specialister i allmänmedicin har regionen sedan flera år inget tak för hur många ST-läkare i allmänmedicin primärvården kan anställa.
Kalmar	Regionen har 94 ST-tjänster i allmänmedicin, varav 24 hos privata vårdgivare med avtal.
Kronoberg	Regionen har kontinuerligt ca 180 ST-tjänster på hel- och deltid.
Norrbottnen	Utökning av ST-läkare i allmänmedicin som en del i omställningen mot god och nära vård och förflyttning till öppnare vårdformer.
Skåne	Totalt finns ca 475 läkare under specialisering inom allmänmedicin, så bristen i regionen kommer att minska successivt under de kommande åren.
Stockholm	Särskilda satsningar har gjorts för att öka antalet ST-läkare i bland annat allmänmedicin och geriatrik, och ytterligare satsningar på ST i bristspecialiteter kommer att ske under 2022, utifrån behov som identifierades 2021. I november 2021 fanns ca 660 ST-läkare i allmänmedicin, varav drygt hälften med anställning hos privata vårdgivare. Under kommande år planeras att ST-läkarna i allmänmedicin ska öka med 2 procent årligen.
Sörmland	
Uppsala	Regionen tar varje år emot 120 ST-läkare inom ramen för utbildningsuppdraget. År 2021 fortsatte satsningen på egna ST-läkare inom slutenvården och primärvården.
Värmland	
Västerbotten	Initiativ är tagna för att bredda ST-utbildningen med utökad primärvårdskunskap för sjukhusspecialiteter, i syfte att stärka rekryteringsunderlaget. Ett exempel är psykiatri-ST med randning inom primärvården.
Västernorrland	Antalet ST-placeringar ökar inom primärvården.
Västmanland	Man tar fram en ny strategi för ST-försörjningen. Syftet är att säkra regionens långsiktiga specialistläkarbehov, med sikte på 2030.
Västra Götaland	Regionen har sedan 2015 en modell för ST-styrning. Under 2021 började arbetet med en fördjupad analys och utredning inför en ny ST-styrningsmodell.
Örebro	Satsning på utbildning av ST-läkare inom allmänmedicin med sammanlagt 85 tjänster, varav 76 anställningar inom regionens primärvård och 9 i privat vård.

Region	Utökning av ST inom allmänmedicin
Östergötland	År 2014 fanns 68 ST-tjänster inom allmänmedicin och vid årsskiftet 2021/2022 fanns 145 ST-läkare under utbildning. Samtliga ST-tjänster är besatta.

Källa: Regionernas redovisningar till Socialstyrelsen, mars 2022.

Regionernas arbete med AT-platser framgår av tabell 5. Regionerna i Gävleborg, Västra Götaland och Östergötland har fattat beslut om att förkorta tjänstgöringens längd, från 21 till 18 månader i Gävleborg och Västra Götaland.³⁴ Region Östergötland lyfter att kapaciteten när det gäller utbildningsuppdraget för läkares allmäntjänstgöring ökar med cirka 20 procent i och med att längden på AT förkortas, och menar att det gynnar kompetensförsörjningen inför omställningen till nära vård.

Tabell 5. Regionernas arbete med AT-platser

Regionernas rapportering av arbetet med allmäntjänstgöring för läkare

Region	Arbete med AT
Blekinge	Det finns en strategisk plan för dimensionering av läkarnas AT/BT, för att den långsiktiga tillgången till läkare ska motsvara befolkningens behov och stödja omställningen till nära vård.
Dalarna	
Gotland	Arbete pågår för att identifiera hur omställningen till god och nära vård, och den nationella förändringen av AT till BT, kommer att påverka utbildningen lokalt och för att ge förslag på hur utbildningen bör utformas på Gotland.
Gävleborg	För att snabbare möta framtida behov av specialistläkare har regionen beslutat att utöka antalet AT-tjänster samt korta AT-tiden från 21 till 18 månader fr.o.m. 2023. Antalet AT-tjänster ska ökas med 12 stycken fr.o.m. hösten 2022.
Halland	
Jämtland Härjedalen	
Jönköping	Under 2021 fanns 75 AT-tjänster. Planen är att öka till 78 stycken 2022, och 82 tjänster 2023 och 86 AT-tjänster 2024.
Kalmar	Regionen har 47 AT-tjänster.
Kronoberg	Regionen utbildar 36 AT-läkare per år.
Norrbotten	Regionen har successivt ökat antalet AT-tjänster.
Skåne	Genomlysning av antalet AT-platser 2021 har lett till en AT-plan för 2022–2023, med 9 ytterligare platser 2022 och 2 platser 2023.
Stockholm	Under 2021 påbörjade 248 personer AT, en ökning med 16 jämfört med 2020.
Sörmland	Regionen har utökat sina AT-platser med 16 stycken, från 44 till 60 per år.
Uppsala	Under 2021 genomförde regionen en översyn av AT-dimensioneringen, och antalet tjänster har ökat från 40 till 50 per år fr.o.m. 2022.
Värmland	
Västerbotten	Enligt planeringen från 2021 kommer regionen att ha 61 AT-tjänster under de närmaste åren.
Västernorrland	Regionen har kartlagt behovet av AT-utbildning. En plan redovisades till SKR inför redovisning till Socialdepartementet i augusti.
Västmanland	Regionen har ökat antalet AT-platser, 38 AT-läkare anställdes under 2021, vilket var en tillfällig minskning pga.

³⁴ Det framgår inte i regionernas redovisningar vilka delar i AT-tjänstgöringen som kortas ned.

Region	Arbete med AT
	övergången till ett nytt utbildningssystem. Målet har varit att öka till 48 platser 2022.
Västra Götaland	Sedan utgången av 2021 är AT kortat till 18 månader. Det finns ekonomi för successiv ökning upp till 250 AT-platser. År 2021 planerade regionen för en ökning till 244 platser under 2022.
Örebro	
Östergötland	Regionstyrelsen beslutade i maj 2021 att förkorta AT för läkare fr.o.m. våren 2022.

Källa: Regionernas redovisningar till Socialstyrelsen, mars 2022.

Sedan den 1 juli 2021 är bastjänstgöringen (BT) en del av specialisttjänstgöringen. Bastjänstgöringen är en introduktion och ersätter AT.³⁵ Flera regioner rapporterar att de förberett sig för att ta emot läkare inom bastjänstgöringen, bland annat genom att inrätta en studierektorstjänst för BT, skapa en organisation med ansvar för BT och satsa på handledarutbildning.

Socialstyrelsens slutsatser

Under 2021 hade medarbetarna i delar av vården hög arbetsbelastning på grund av covid-19-pandemin.

Liksom föregående år redovisar regioner och kommuner en mängd olika utbildningsinsatser och att sjuksköterskor och andra yrkesgrupper får möjlighet till finansierad vidareutbildning på både grund- och specialistnivå. De redovisar många insatser för att utveckla förutsättningarna på arbetsplatserna. Socialstyrelsen kan inte bedöma om insatserna har ökat eller minskat jämfört med tidigare år.

En skillnad jämfört med förra årets redovisningar är att nästan samtliga RSS-strukturer redovisar att kommunerna erbjuder sjuksköterskor möjlighet till betald specialistutbildning. Det kan delvis förklaras av att kommunerna tilldelades medel för det ändamålet under 2021, men inte under 2020. Många kommuner erbjöd finansierade studier till undersköterska 2021, som ett sätt att stärka kompetensen inom den kommunala hälso- och sjukvården. Mot bakgrund av att bl.a. IVO konstaterat att lägsta nivån i den kommunala hälso- och sjukvården varit för låg under pandemin är det positivt med förstärkningarna i de kommunala verksamheterna. [14]

Redovisningarna tyder på att regionerna fortsatt arbetar för att utöka antalet AT-platser och ST-tjänster inom allmänmedicin.

³⁵ Sedan höstterminen 2021 är läkarprogrammet sex år långt och leder direkt till läkarlegitimation. AT fasas därefter ut för att ersättas av BT som är det första momentet i ST. Det finns inget slutdatum för när AT fasas ut. Läkarstudenter som påbörjat läkarutbildningen med krav på AT för läkarlegitimation har rätt att examineras till och med 2029. AT och BT kommer därför att samexistera under en lång tid.

8. Digitalisering och e-hälsa

Under 2021 låg ett särskilt fokus på de fyra inriktningsmålen som definieras i strategin för Vision e-hälsa 2025, enligt överenskommelsen om god och nära vård. De fyra inriktningsmålen är: individen som medskapare, rätt information och kunskap vid rätt tillfälle, trygg och säker informationshantering samt utveckling och digital transformation i samverkan [15].

De fyra inriktningsmålen ska vara ett stöd i regionernas eget arbete och utesluter inte andra regionala eller nationella satsningar och prioriteringar.

Kommuner och regioners insatser inom digitalisering

I detta kapitel beskrivs regionernas och kommunernas insatser inom området e-hälsa och digitalisering.

Pågående arbete med distansmonitorering

Flera regioner fokuserade under året på att utveckla distansmonitorering, liksom under 2020. Distansmonitorering gör att patienter med bland annat kol, hjärtsvikt, högt blodtryck, diabetes och astma samt patienter i palliativ vård kan rapportera och kommunicera sina värden till hälso- och sjukvården hemifrån. Distansmonitorering främjar möjligheten att få vård utanför sjukhusen, inte minst om den genomförs i nära samverkan med kommunal vård och omsorg. Merparten av regionerna redovisar att de arbetar med detta, men i olika omfattning. Flera lyfter i sina redovisningar att distansmonitorering är ett sätt att flytta vården närmare invånarna och därmed ingår i den nära vården.

Region Gotland anger att distansmonitorering kan öka patientens egen kraft, minska antalet vårdbesök och öka tryggheten för patienter i hemmet.

I Region Östergötland var 264 patienter anslutna till distansmonitorering under 2021, och de monitorerades av 19 enheter inom primärvård och sjukhusvård. Regionen erbjuder också distansmonitorering med mer begränsade möjligheter (avsaknad av chatt, video eller inhämtning av subjektiva värden). Exempelvis hade man under året sådan begränsad distansmonitorering av cirka 780 patienter inom hjärtsjukvård och cirka 300 barn inom diabetessjukvården.

Användningen av 1177 Vårdguidens e-tjänster ökade under 2021

Regionerna redovisar att användningen av 1177 Vårdguidens e-tjänster ökade under 2021. Många har arbetat med att utveckla och införa fler digitala tjänster, och under covid-19-pandemin har invånarna exempelvis kunnat boka provtagning för covid-19, se provsvar och boka tid för vaccination via 1177 Vårdguiden.

I E-hälsomyndighetens uppföljning av Vision e-hälsa 2025 framgår att antalet inlogningar på 1177 Vårdguidens e-tjänster 2021 ökade med 67

procent för kvinnor och 89 procent för män jämfört med 2020. [16] I Västra Götalandsregionen ökade andelen invånare som loggat in i 1177 Vårdguidens e-tjänster från 56 procent 2019 till 87 procent 2021.

Några regioner arbetar med att implementera e-brev och digitala kallelser via exempelvis Kivra. I Region Östergötland använder 77 procent av klinikererna e-brev (inklusive privata vårdgivare). Region Kronoberg redovisar att 30 procent av alla kallelser i regionen har skickats ut digitalt efter andra halvåret 2021. I slutet av året skickade primärvården, rehabiliteringen, psykiatrin och sjukhusvården i både offentlig och privat regi ut 50 procent av sina kallelser digitalt. Samtliga enheter inom den offentligt drivna vården hade vid årsskiftet börjat införa e-brev och digitala kallelser.

Utveckling av stöd- och behandlingsplattformen³⁶ nämns av flera regioner, genom fler behandlingsprogram och ökad användning. Samtliga regioner är anslutna till tjänsten via 1177 Vårdguiden. [16] I Region Skåne startade drygt 1 200 moment³⁷ i stöd- och behandlingsplattformen under första halvåret 2021, vilket är en ökning med 65 procent jämfört med samma period 2020.

Fler kommuner ansluter till NPÖ

Ett fåtal regioner redogör för arbetet med nationell patientöversikt (NPÖ)³⁸, exempelvis att säkerställa att informationen i vårdinformationssystemet är tillgänglig via NPÖ och att öka nyttjandet genom exempelvis informationsinsatser till personalen. Redovisningarna visar att fler kommuner ansluter sig till NPÖ. Kommunerna i Jönköpings län har exempelvis börjat planera för att visa upp information i NPÖ. Även kommunerna i Stockholms län har tillsammans med regionen börjat arbetet med att implementera NPÖ. I Örebro län har man beslutat att samtliga kommuner ska vara producenter i NPÖ, vilket innebär att de ska göra egen journalinformation synlig för andra vårdgivare. Kommunerna har fått i uppdrag att utse ansvariga som ska arbeta aktivt med att införa NPÖ.

Socialstyrelsen har i en annan uppföljning visat att i januari 2022 hade 288 kommuner anslutit sina vårdenheter till NPÖ för att kunna ta del av information från andra vårdgivare. [17] Enligt E-hälsomyndighetens uppföljning visar samtliga regioner upp viss journalinformation i NPÖ men ingen region visar all information. Under 2021 tillgängliggjorde tio regioner ytterligare 1–3 informationsmängder.³⁹ Uppföljningen visar även att under 2021 började 8 kommuner producera information till NPÖ, vilket gav totalt 41 stycken. [16]

Fler mottagningar ansluter sig till webbtidbok

Webbtidbok innebär att mottagningen låter invånarna boka, se bokad tid och av- eller omboka en tid direkt i journalsystemets tidbok via 1177 Vårdguiden. Antalet bokade tider via webbtidbok har ökat, från omkring 1,8 miljoner

³⁶ Genom stöd- och behandlingsplattformen är det möjligt för regioner och privata vårdgivare med vårdavtal att erbjuda invånare stöd- och behandlingsprogram, så kallade moment, via internet.

³⁷ Moment kan exempelvis vara alkoholprogrammet e-stöd, sovhjälpen, stresshjälpen eller internetbehandling för depression.

³⁸ Nationell patientöversikt gör det möjligt för vårdgivare att dela journalinformation från hälso- och sjukvården med varandra. Vårdpersonal kan ta del av journalinformation som finns hos andra vårdgivare, om patienten gett sitt samtycke till det.

³⁹ Totalt finns 12 olika informationsmängder, exempelvis anteckningar, diagnoser, vårdkontakter, läkemedelsförteckning, provsvar och vaccinationer.

2020 till cirka 5,8 miljoner år 2021. Även antalet av- och ombokningar har ökat, med cirka 1 miljon. [16]

I flertalet av regionernas redovisningar framkommer att flera nya enheter anslöt sig till webbtidbok under 2021 och att användandet av webbtidbok ökat. I exempelvis Region Skåne gjordes cirka 680 000 bokningar med webbtidbok, vilket är ungefär en tredubbling jämfört med 2020. I Region Dalarna använder samtliga vårdcentraler webbtidbok. I Region Stockholm är webbtidbok ett krav i husläkaravtalen sedan en tid tillbaka.

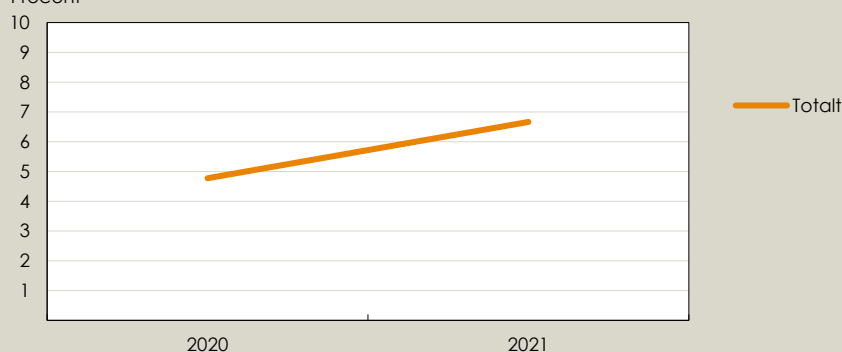
Digitala vårdbesök fortsätter att öka och är en central del i omställningen

Möjligheten att erbjuda videobesök i den egna regiondrivna vården fortsatte att öka under 2021, både i primärvården och i specialistvården. Tjänsterna har också utvecklats till att gälla besök hos fler yrkeskategorier. I figur 4 och 5 framgår att andelen rapporterade distansbesök i primärvården ökade under 2021 jämfört med 2020, liksom andelen primärvårdscentraler som erbjuder distansbesök i egen regi.

Figur 4. Rapporterade distansbesök i primärvården (region)

Andel rapporterade distansbesök (distanskontakter via videolänk) av alla öppenvårdsbesök i regionernas primärvård (så kallade telefon- och brevkontakter ingår ej i täljaren eller nämnaren)

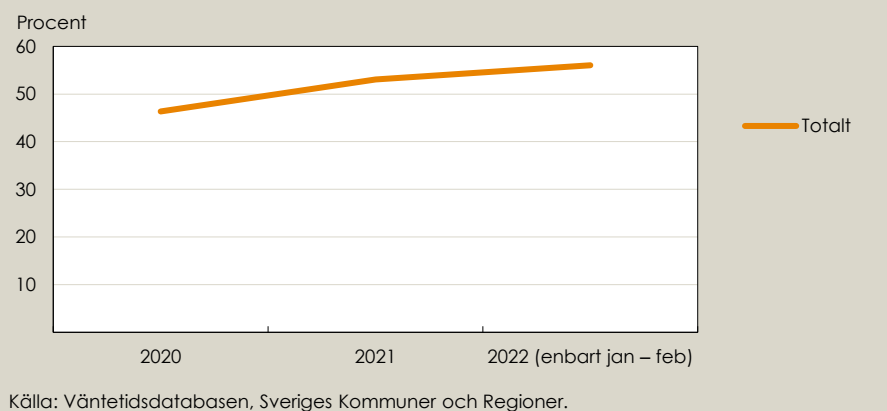
Procent



Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

Figur 5. Andel hälso-/vårdcentraler som erbjuder distansbesök

Andel hälso-/vårdcentraler där minst 1 % av de rapporterade läkarbesöken var distansbesök (distanskontakter via videolänk)



Regionerna anger att digitala vårdmöten bidrar till en ökad tillgänglighet och kontinuitet. Västra Götalandsregionen redovisar att det går att se en tydlig utveckling av digital tillgänglighet under 2020–2021 och att de flesta aktörer inom vårdvalen har en plattform för digitala vårdmöten. Ett fåtal regioner redogör för digitala tandvårdsbesök, bland annat inom specialisttandvården för barn.

I Region Jönköpings län var användningen av digitala vårdmöten som högst i mars 2021 med cirka 6 000 stycken. Före pandemin hade man cirka 600 digitala vårdmöten per månad.

Några regioner har satt upp målsättningar om att de digitala vårdmötena ska utgöra en viss procent av det totala antalet besök. Region Norrbotten arbetar för att 40 procent av alla ny- och återbesök⁴⁰ ska vara digitala. Regionen redogör också för att övriga digitala tjänster, tillsammans med deras digitala hälsocentral, varit en viktig resurs för att upprätthålla tillgängligheten till vården under pandemin, samtidigt som den möjliggjort en mer effektiv användning av vårdens resurser.

Region Stockholm har infört krav på att tillhandahålla digifysisk vård⁴¹ i samtliga reviderade vårdavtal. Inför varje besök ska vårdgivaren tillsammans med patienten avgöra vilket sätt som är mest lämpligt att mötas på, fysiskt eller digitalt. Patientens medicinska behov och egna önskemål ska vara avgörande.

Arbete med strukturerad vårdinformation och säker informationshantering

Regionerna ska enligt överenskommelsen om god och nära vård stärka sitt arbete med strukturerad vårdinformation och standardisering samt trygg och säker informationshantering.

Flera regioner beskriver särskilda satsningar inom hälsoinformatik. Ett fåtal regioner anger att de har rekryterat hälsoinformatiker för att stärka arbetet.

⁴⁰ Framgår inte vilken vårdnivå det gäller.

⁴¹ Innebär att vård genom fysiska och digitala kanaler ska komplettera varandra.

Flera regioner redogör för samverkan med andra regioner när det gäller strukturerad vårdinformation och tillämpning av standarder. Exempelvis har Region Örebro län haft i uppdrag av SKR att vara nationell arbetsgrupp för strukturerad vårdinformation och kvalitetsregister.

Västra Götalandsregionen etablerade våren 2021 en enhet för informatik och standardisering. Enheten arbetar med informationsstruktur och terminologi, för att skapa förutsättningar för ändamålsenlig och strukturerad dokumentation.

Ett fåtal regioner lyfter i sina redovisningar att man arbetade med informationssäkerhet under 2021, genom att utveckla aktiviteter, planer och riktlinjer. Region Värmland redogör dock för att arbetet med informationssäkerhet pausades på grund av pandemin.

Välfärdsteknik i kommunerna

Socialstyrelsen följer varje år upp välfärdsteknik i kommunerna. Uppföljningen visar att de vanligaste välfärdstekniska tjänsterna i den kommunala hälso- och sjukvården är videostöd för SIP vid utskrivning från slutenvård (84 procent av kommunerna)⁴², videostöd för SIP vid andra tillfällen än vid utskrivning (78 procent av kommunerna) och passiva larm⁴³ (73 procent av kommunerna).

Den årliga uppföljningen omfattar även andelen kommuner som har styrande dokument för att införa och använda e-hälsa, välfärdsteknik och digitalisering. Dessa dokument kan vara strategier med långsiktiga mål eller mer detaljerade handlingsplaner. Enkätsvaren visar att 63 procent av kommunerna har denna typ av styrande dokument inom den kommunala hälso- och sjukvården. Det är ungefär tre gånger så vanligt att kommunerna har långsiktiga strategier än handlingsplaner som är tids- och resurssatta. [17]

E-hälsomyndigheten har i uppdrag att följa digitaliseringen inom hälso- och sjukvården och socialtjänst, och ska lämna årliga uppföljningsrapporter fram till och med 2025. Myndigheten konstaterar i den senaste uppföljningen att införandet av välfärdsteknik och e-tjänster i kommunerna går långsamt. [16]

Socialstyrelsens slutsatser

Regionerna redovisar genomgående, likt föregående år, en stor ökning när det gäller användningen av digitala tjänster, exempelvis videobesök, digitala stöd- och behandlingsprogram och distansmonitorering. Användningen av 1177 Vårdguidens e-tjänster ökade mycket under 2021, inte minst webbtidbok, vilket till stor del beror på tidsbokningar för vaccinering mot covid-19.

Kommunernas användning av NPÖ fortsätter att öka, nästan samtliga kommuner var i början av året anslutna till NPÖ.

Av redovisningarna är det tydligt att pandemin har påskyndat den digitala utvecklingen i de flesta regioner och kommuner. Flera digitala tjänster innebär att invånare och patienter kan vara kvar hemma eller på annan vald plats och ändå nyttja hälso- och sjukvårdens möjligheter och stöd.

⁴² Data bygger på enkät som skickades ut till kommunerna under perioden 11 januari–16 februari 2022.

⁴³ Exempelvis epilepsilarm.

Regionerna redovisar inte i så stor utsträckning hur de arbetat med strukturerad vårdinformation, standardisering och trygg och säker informationshantering. Socialstyrelsen kan därför inte bedöma hur långt de har kommit i detta arbete.

Det är angeläget att digitaliseringen genomförs så att det ökar kvaliteten och effektiviteten i vården och att den inte utestänger dem som behöver komma i kontakt med vården och få vårdinsatser.

9. En utvecklad ambulanssjukvård

Ambulanssjukvården ska ta hand om de svårast sjuka patienterna som behöver sjukvårdsinsatser, på väg till en vårdinrättning och i transporter mellan vårdinrättningar. Regionerna fick 2021 bidrag om 85 miljoner kronor inom ramen för överenskommelsen om god och nära vård, för insatser som ska utveckla ambulanssjukvården, göra ambulanssjukvården mer jämlik och effektiv och anpassa den till de förändringar som omställningen till en god och nära vård innebär.

Socialstyrelsen har även fått ett regeringsuppdrag att särskilt kartlägga den prehospitala vården och att följa upp och utvärdera regeringens satsningar på ambulanssjukvården 2021–2023.⁴⁴ I uppdraget ingår, bland annat, att följa upp satsningarna utifrån överenskommelsen mellan staten och SKR.⁴⁵

Regionernas insatser för att utveckla ambulanssjukvården

Nedan redovisas vanliga insatser för att utveckla ambulanssjukvården, enligt regionernas rapportering.

Utbildningsinsatser och krav på högre medicinsk kompetens

Många regioner redovisar utbildningsinsatser som syftar till att förbättra ambulanssjukvårdens prehospitala förmåga, bland annat om utbildningar i akut omhändertagande för medarbetare. Regionerna i Västra Götaland och Västerbotten har exempelvis börjat införa det internationella utbildningskonceptet AMLS⁴⁶.

Flera utbildningsinsatser riktas mot omhändertagande av personer med psykisk ohälsa. Region Dalarna har exempelvis utbildat ambulanspersonal i akut omhändertagande av suicidnära personer. Region Sörmland har genomfört utbildningar för att stärka ambulanspersonalens förmåga att bedöma och vårda personer med psykisk ohälsa.

Några regioner ställer även högre krav på kompetens och erfarenhet inom ambulanssjukvården. Region Jönköpings län har exempelvis höjt lägsta kravet för nyanställning till att medarbetaren ska ha minst ett års erfarenhet av hälso- och sjukvård. Region Gotland ställer högre krav på kompetens i den upphandling av ambulanssjukvård som genomfördes 2021, jämfört med tidigare.

⁴⁴ Socialdepartementet, Uppdrag att kartlägga den prehospitala vården samt att följa upp och utvärdera regeringens satsningar på ambulanssjukvården 2021–2023, S2021/02144 (delvis)

⁴⁵ Uppdraget om uppföljningen och utvärderingen av regeringens satsningar på ambulanssjukvården ska delredovisas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 14 februari 2023 och slutredovisas senast den 1 mars 2024. Socialdepartementet, 2022, Ändring av regleringsbrev för Socialstyrelsen avseende 2022. Dnr. S2022/01260.

⁴⁶ AMLS står för Advanced Medical Life Support och är ett koncept för strukturerat omhändertagandet av akutmedicinska patienter.

Arbete med att förbättra dirigering av patienter och ambulansresurser

Flera regioner har satt in åtgärder för att förbättra prioriteringen och dirigeringen av ambulansresurser. Många anger att de infört eller planerar att införa så kallade inre befäl eller liknande funktioner vid larmoperatören. Ett exempel är regionerna i Blekinge, Kronoberg och Kalmar där ambulanssjuksköterska hjälper larmoperatörerna i att koordinera patienter till den lämpligaste vårdnivån. Syftet är även att fånga när vårdgivare bör samverka i större omfattning. Även regionerna Dalarna och Västernorrland har infört inre befäl.

Region Uppsala bedriver sedan 2015 ambulansdirigering i egen regi eftersom utvecklingen går mot ökat medicinskt innehåll i ambulanssjukvården och mer behov av samverkan med andra vårdgivare.

Region Östergötland har utvecklat sina direktiv när det gäller att hänvisa patienter till rätt vårdnivå, vilket ger ambulanssjuksköterskan möjlighet att hänvisa patienter till egenvård, primärvård eller ett annat transportsätt än ambulans.

Utveckling av journalsystem och andra tekniska hjälpmedel

Flera regioner håller på att utveckla möjligheten för ambulanspersonalen att ta del av regionernas journalsystem. Regionerna Sörmland och Uppsala redovisar utvecklingsinsatser för att möjliggöra bildöverföring vid 112-samtal i syfte att få en säkrare bedömning av ambulansbehov.

Samverkan med kommunal hemsjukvård och regional primärvård

Många regioner redovisar insatser för att stärka samverkan mellan å ena sidan ambulanssjukvården och å andra sidan den kommunala hälso- och sjukvården eller den regionala primärvården. Region Skåne har exempelvis en dialog med kommunerna om när ambulans bör tillkallas och om vårdcentralernas möjlighet att ta emot patienter för en första bedömning så att patienter inte ska åka till en akutmottagning i onödan. Enligt regionen blir samverkan mellan ambulansresurser, mobila team, kommuner, larmcentral och vårdverksamheter viktigare i takt med att allt mer vård utförs i patientens hem.

Av regionernas redovisningar framgår inte alltid vad samverkansaktiviteterna konkret består av eller syftar till.

Bedömningsbilar allt vanligare

Många regioner anger att de har infört olika bedömningsenheter, bedömningsresurser eller bedömningsbilar (fortsättningsvis bedömningsbilar), permanent eller på försök.

Ett syfte med bedömningsbilar är att avlasta ambulanssjukvården. Region Kalmar län har haft en pilotverksamhet med bedömningsbil inom ett område i länet. Införandet föregicks av en undersökning i området som visade att enbart 46 procent av ambulansuppdragen slutar med att en patient transporteras

till en sjukvårdsinrättning för vård. Region Värmland skriver i likhet med Kalmar att dagens ambulanssjukvård handlar mer och mer om bedömningar och att hjälpa patienten till rätt vårdnivå, något som tar mycket tid från det akuta uppdraget.

Bedömningsbilarnas organisatoriska hemvist varierar. I vissa regioner utgår de från sjukhusen eller ambulanssjukvården. Ett exempel är bedömningsbilen i Region Kalmar län som bemannas av en ambulanssjuksköterska som ska ha möjlighet att analysera, bedöma, behandla och identifiera subakuta och icke-akuta besvär under dagtid alla dagar i veckan. Ambulanssjuksköterskan ska även ge egenvårdsråd samt hänvisa patienten till primärvården eller tillkalla ambulans om det behövs.

I andra regioner är bedömningsbilarna kopplade till primärvården eller ett samarbete mellan olika aktörer. I Region Dalarna finns en så kallad bedömningsresurs, där personalen utgår från en vårdcentral. Resursen bemannas av ambulanssjuksköterska och i vissa fall av distriktsläkare. Ett annat exempel är Region Gävleborg där man har en bedömningsbil i Los, som är en tätort i Ljusdals kommun. Detta är ett samarbete mellan ambulanssjukvården, regionens primärvård och Ljusdals kommun. Bedömningsbilens medarbetare har arbetsuppgifter på både hälsocentralen och det kommunala boendet, och när det behövs arbetar de även med ambulansuppdrag.

Socialstyrelsens slutsatser

Sammanfattningsvis tyder regionernas redovisningar på två huvudsakliga tendenser i arbetet med att utveckla ambulanssjukvården. Den första är att många regioner har ett närmare samarbete mellan ambulanssjukvården, den kommunala vården och omsorgen och den regionala primärvården. Denna utveckling förefaller särskilt tydlig i glesbebyggda områden. Den andra tendensen är att ambulanssjukvården får en tydligare roll i att styra patienter till rätt vårdnivå och inte till sjukhusvården, om det inte behövs. Många regioner redovisar insatser för att förbättra dirigeringen av patienter. Båda utvecklingstendenserna ligger i linje med tankarna i omställningen mot en god och nära vård.

10. Insatser för att undvika slutenvård

Enlig överenskommelsen ska regioner och kommuner redogöra för genomförda och planerade insatser som syftar till att minska slutenvård som kan undvikas framför allt för personer med kroniska sjukdomar.

Många insatser syftar till att minska slutenvård som kan undvikas

Många av de insatser som regionerna och kommunerna beskrivit tidigare i rapporten syftar till att minska slutenvård som är möjlig att undvika. I redovisningarna nämns särskilt samarbete mellan vårdgivare i utskrivningsprocessen, den samordnade individuella planeringen och arbete med mobila team och hemsjukvård. Flera tar också upp distansmonitorering och åtgärder för att ge ambulanssjukvården bättre förutsättningar för att dirigera patienter till rätt vårdnivå.

Regioner och kommuner redovisar även andra insatser och projekt som går ut på att minska undvikbar slutenvård. Region Blekinge har exempelvis inrättat en så kallad närakutmottagning inom primärvården för att öka tillgängligheten för oplanerade primärvårdsbehov. I Region Halland finns patientkoordinatorer vid sjukhusets två akutmottagningar, vars roll är att identifiera patienter som snarare behöver kommunal vård och omsorg än insatser på sjukhuset. I Västerbotten samarbetar kommunerna och regionen inom Umeåregionen med något som kallas prehospitalt flödesarbete. Syftet är att undvika onödig inskrivning i slutenvård och säkerställa att patienter får vård på rätt vårdnivå.

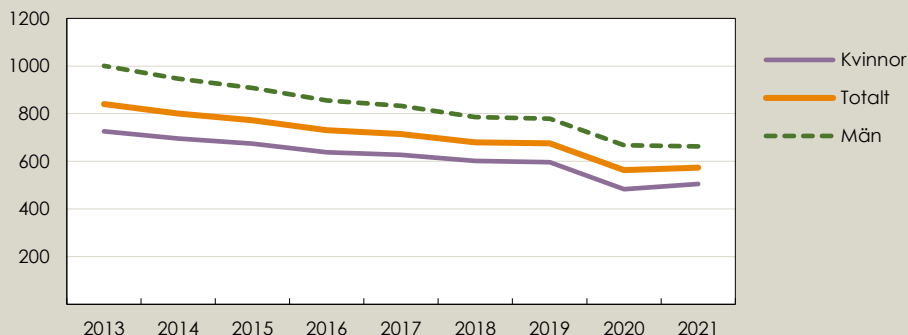
Indikationer på att slutenvård som kan undvikas har minskat

Statistik från patientregistret visar en minskning i slutenvården för personer med kroniska sjukdomar. I figur 6 framgår att antalet slutenvårdsperioder minskat relativt kontinuerligt sedan 2013. Slutenvårdsperioderna avser kroniska sjukdomstillstånd såsom hjärtsvikt, diabetes, astma och kol – tillstånd som i de flesta fall kan behandlas effektivt i primärvården eller i öppen specialiserad vård.

Figur 6. Påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom

Antal slutenvårdsperioder för hjärtsvikt, astma eller kol per 100 000 invånare 20 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.

Per 100 000 invånare



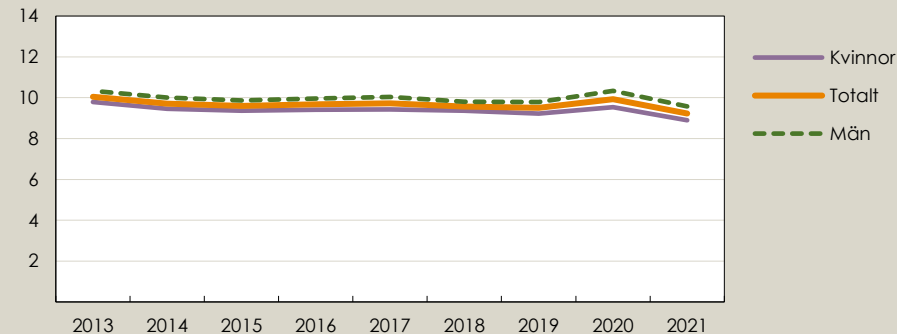
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Hur ofta äldre återinskrivs oplanerat i slutenvården kan vara en indikation på hur bra samordningen mellan slutenvården, öppenvården och socialtjänsten fungerar i samband med utskrivning från slutenvården. Figur 7 visar att andelen oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar har minskat svagt, vilket möjligen kan tyda på att utskrivningsprocessen och samordningen förbättrats något. Uppgifterna i figuren avser patienter över 65 år med vissa valda diagnoser som är vanliga hos äldre och bör kunna förebyggas genom öppenvårds- eller socialtjänstinsatser.⁴⁷

Figur 7. Oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar

Andel oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar vid utvalda diagnoser för patienter 65 år och äldre

Procent

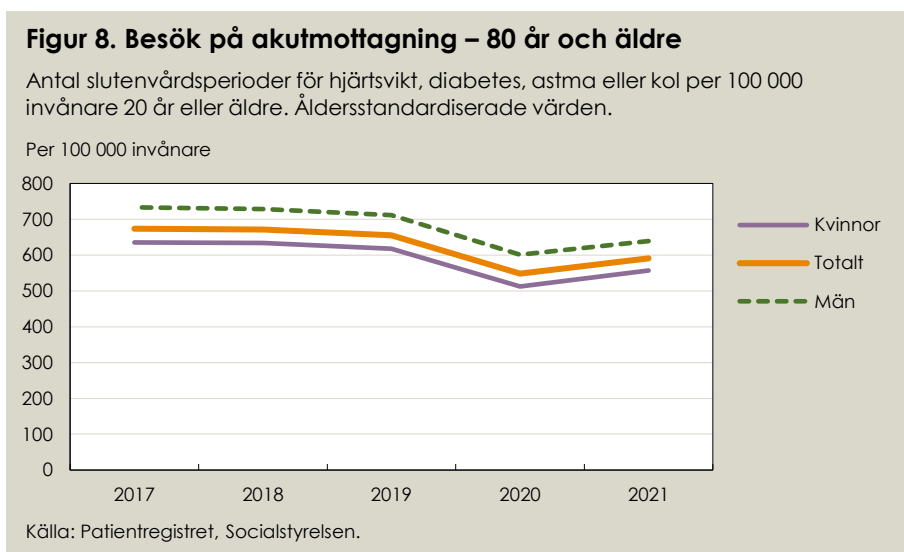


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Avslutningsvis har antalet besök på akutmottagningar minskat något sedan 2017 bland personer som är 80 år eller äldre, vilket framgår av figur 8. Även detta kan innebära att kommuners och regioners arbete med att undvika

⁴⁷ I urvalet av diagnoser ingår bland annat hjärtsvikt och lunginflammation som är de vanligaste orsakerna till oplanerade återinskrivningar för gruppen 65 år och äldre.

påverkbar slutenvård haft viss effekt. Utvecklingen under de två senaste åren har sannolikt påverkats av pandemin och är därför svårtolkade.



Socialstyrelsens slutsatser

Vilken betydelse de insatser som genomförts inom ramen för god och nära vård haft för utvecklingen av slutenvården är svår att bedöma. Det beror bland annat på covid-19-pandemins påverkan på slutenvården under de senaste åren. För personer med kroniska sjukdomar har sådan slutenvård som är påverkbar minskat, sett över en längre tidsperiod. Det är möjligt att denna utveckling påverkats av tidigare genomförda insatser som ligger i linje med omställningen mot en god och nära vård. Det gäller exempelvis arbetet med att förbättra utskrivningsprocessen som genomförts med anledning av lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård. Men utvecklingen kan även ha påverkats av förändrade medicinska metoder och nya läkemedel.

Referenser

1. Socialdepartementet. Överenskommelse mellan staten och SKR; God och nära vård 2021 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. 2021.
2. Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020. Utvecklingen i regioner och kommuner samt förslag på indikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021. Rapport 2021-8-7496.
3. Uppföljning av omställningen till en mer nära vård. Utvecklingen i regioner och kommuner och uppföljning av överenskommelsen En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020. Rapport 2020-6-6826.
4. Uppföljning när vård. Deluppdrag II. Nationella indikatorer, slutrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022. Rapport 2022-8-8071.
5. Årsrapport – God och nära vård 2021 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Stockholm: SKR; 2022.
6. Öppna jämförelser 2022 Enhetsundersökning om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022. Artikel nr 2022-6-7970
7. Att följa utvecklingen av fast läkarkontakt. Delrapport inom ramen för regeringsuppdrag om uppföljning av omställningen till en mer nära vård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020. Rapport 2020-12-7054.
8. SKR. Nästan alla på särskilda boenden har fast läkarkontakt. Hämtad 2022-06-01 från <https://skr.se/skr/tjanster/pressrum/nyheter/nyhetsarkiv/nastanallapasarskildaboendeharfastlakarkontakt.62023.html>
9. Fast kontakt i primärvården. Patienters uppfattning om tillgången till fast läkarkontakt och fast vårdkontakt i primärvården. Stockholm: Vård- och omsorgsanalys; 2021. PM 2021:1.
10. Nära vård i sikte. Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport. Stockholm: Vård- och omsorgsanalys; 2021. Rapport 2021:8.
11. Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet 2022. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022. Rapport 2022-2-7759.

12. SKR. Bemanningstrend inhyrd personal. Hämtad 2022-04-08 från <https://skr.se/skr/arbetsgivarekollektivavtal/personalochkompetensforsorjning/halsoochsjukvard/bemanningstrendinhyrdpersonal.11422.html>
13. Kompetensförsörjning inom primärvården. Delredovisning. Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Uppdrag om kompetensförsörjning inom primärvården S2021/06575. Stockholm: Nationella vårdkompetensrådet, Socialstyrelsen; 2022. Rapport 2022-4-7865.
14. IVO. Förutsättningar för god vård och behandling på SÄBO saknas och leder till brister. Hämtad 2022-06-13 från <https://www.ivo.se/publicerat-material/nyheter/2021/forutsattningar-for-god-var-d-och-behandling-pa-sabo-saknas-och-leder-till-brister/>
15. En strategi för genomförande av Vision e-hälsa 2025. Nästa steg på vägen 2020–2022. Stockholm: Regeringskansliet, SKR; 2020.
16. Uppföljning Vision e-hälsa 2025. Rapport avseende år 2021. S2020/07991. Stockholm. E-hälsomyndigheten; 2022.
17. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2022. Uppföljning av den digitala utvecklingen i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022. Rapport 2022-5-7897.

Bilaga 1. Redovisningsstruktur som skickats till RSS

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att följa regioners och kommuners arbeten inom ramen för överenskommelsen om God och nära vård 2021 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav (S2021/00820). Kommunerna har genom de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) tilldelats medel för utvecklingsområdena Utvecklingen av den nära vården med primärvården som nav samt Goda förutsättningar för vårdens medarbetare. Redovisningen ska göras av RSS i respektive län för de medel som avsatts till kommunerna.

Detta dokument är ett underlag med frågor för att underlätta redovisning av utveckling som skett och aktiviteter som genomförts inom ramen för överenskommelsen. I redovisningen ska jämställdhetsperspektivet belysas där så är lämpligt och det ska framgå hur insatserna bidragit till det jämställdhetspolitiska delmålet jämställd hälsa. Beskriv uppnådda resultat samt påbörjade och genomförda åtgärder inom respektive område. Som stöd för redovisning kan bifogad Excel-mall användas.

Redovisning av insatserna ska enligt överenskommelsen ske vid två tillfällen, den 30 september 2021 och den 31 mars 2022.

Redovisningarna skickas till omställningen@socialstyrelsen.se, för eventuella frågor vänd er till omställningen@socialstyrelsen.se

Med utgångspunkt i regioners och kommuners, via RSS, redovisningar samt kompletterande datainsamling kommer Socialstyrelsen utarbeta en rapport som lämnas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 30 augusti 2022.

Utveckling av den nära vården med primärvården som nav

- Beskriv den generella utvecklingen av den nära vården med primärvården som nav exempelvis aktiviteter som stödjer personcentrerade arbetssätt och samverkan mellan vård- och omsorgsgivare, den digitala utvecklingen, kompetensförsörjning, utveckling av stöd till personer med komplexa behov, stöd för att möta utmaningar i glesbefolkade områden med mera.
- Beskriv insatser och resultat utifrån de särskilda insatsområdena som beskrivs i överenskommelsen avsnitt 3.1.2; Samverkan region – kommun; Förebyggande, hälsofrämjande, rehabiliterande och habiliterande insatser; Undvikbar sjukhusvård; Ändamålsenligt resursutnyttjande och resursöverföring; Privata aktörers medverkan.
- Beskriv hur ert stöd till omställningsarbetet sett ut.
- Beskriv utvecklingen av tillgänglighet i samverkan med regionen för äldre som får sin hälso- och sjukvård inom kommunalt finansierade verksamheter.

- Beskriv arbetet i samverkan med regionen för personer med kommunal hälso- och sjukvård.
- Målbild och process för en nära vård
- Ange kommunernas process för beslut för den länsgemensamma målbilden för omställningen till en nära vård. Motsvarande fråga finns för regionernas rapportering.

Målbild och process för en nära vård

Ange kommunernas process för beslut för den länsgemensamma målbilden för omställningen till en nära vård. Motsvarande fråga finns för regionernas rapportering.

Län	Process för gemensam målbild startades...	Politiskt beslut i berörda organ (ange beslut månad x – månad x)	Gemensam målbild träder i kraft
XXXX	XXXX	XXXX	XXXX

Goda förutsättningar för vårdens medarbetare

- Beskriv övergripande utvecklingen av goda förutsättningar för vårdens medarbetare
- Beskriv arbete som genomförts samt uppnådda resultat avseende
 - en ändamålsenlig kompetensförsörjning för omställning till en nära vård
 - att utveckla förutsättningarna på arbetsplatsen
 - utbilda vårdens framtida medarbetare

Hur har covid-19 påverkat arbetet med omställningen?

- Hur har covid-19 påverkat arbetet med omställningen till en mer nära vård?
- Hur har covid-19 påverkat arbetet med goda förutsättningar för vårdens medarbetare?

Hur har medel använts länsgemensamt exempelvis med stöd av RSS?

Om medel från överenskommelsen har använts länsgemensamt för stöd till kommunerna i länet, beskriv aktiviteter och resultat, samt RSS stödjande roll. Beskriv också ev. samverkan med andra aktörer, såsom regionen, lärosäten och civilsamhället.

Bilaga 2. Redovisningsstruktur som skickats till regionerna

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att följa regioners och kommuners arbeten inom ramen för överenskommelsen om God och nära vård 2021 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav (S2021/00820).

Detta dokument är ett underlag med frågor för att underlätta redovisning av utveckling som skett och aktiviteter som genomförts inom ramen för överenskommelsen. I redovisningen ska jämställdhetsperspektivet belysas där så är lämpligt och det ska framgå hur insatserna bidragit till det jämställdhetspolitiska delmålet jämställd hälsa. Beskriv uppnådda resultat samt påbörjade och genomförda åtgärder inom respektive område. Som stöd för redovisning kan bifogad Excel-mall användas.

Redovisning av insatserna till Socialstyrelsen ska ske vid två tillfällen, dels den 30 september 2021 för resultat och påbörjade åtgärder det första halvåret, dels det samlade resultatet och åtgärder för hela året den 31 mars 2022.

Redovisningarna skickas till omställningen@socialstyrelsen.se, för eventuella frågor vänd er till omställningen@socialstyrelsen.se

Med utgångspunkt i regioners och kommuners redovisningar samt kompletterande datainsamling kommer Socialstyrelsen utarbeta en rapport som lämnas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 30 augusti 2022.

Utveckling av den nära vården med primärvården som nav

- Beskriv den generella utvecklingen av den nära vården med primärvården som nav exempelvis aktiviteter som stödjer personcentrerade arbetssätt och samverkan mellan vård- och omsorgsgivare, den digitala utvecklingen, kompetensförsörjning, utveckling av stöd till personer med komplexa behov, stöd för att möta utmaningar i glesbefolkade områden med mera.
- Beskriv insatser och resultat utifrån de särskilda insatsområdena som beskrivs i överenskommelsen avsnitt 3.1.2; Samverkan region – kommun; Förebyggande, hälsofrämjande, rehabiliterande och habiliterande insatser; Undvikbar sjukhusvård; Ändamålsenligt resursutnyttjande och resursöverföring; Privata aktörers medverkan.
- Beskriv hur ert stöd till omställningsarbetet sett ut.
- Beskriv utvecklingen av både den fysiska och digitala tillgängligheten i primärvården, redogör särskilt för utvecklingen i glesbygd och/eller utsatta områden samt för äldre som får sin hälso- och sjukvård inom kommunalt finansierade verksamheter.

- Beskriv utvecklingen av och stödet för ökad kontinuitet och relationsskapande åtgärder i primärvårdens patientkontakter med särskilt fokus på fast läkarkontakt och fast vårdkontakt.
 - Vid delredovisningen i september beskriv allmänt ert arbete med kontinuitet och relationsskapande åtgärder, utifrån inriktningen i avsnitt 3.3 samt ge en lägesbild.
 - Vid slutredovisning i mars 2022, beskriv utvecklingen av arbetet med handlingsplaner och kommuners medverkan, arbetet med rutiner för dokumentation och registrering av uppgifter om en patients fasta läkarkontakt och fasta vårdkontakt, samt information till patienten om fast läkarkontakt respektive fast vårdkontakt. Beskriv också om det finns behov av revidering av den tidigare inskickade handlingsplanen eller om den ligger fast.
- Beskriv utvecklingen av och stödet för personcentrerad hälso- och sjukvård.
- Beskriv utvecklingen av införandet av patientkontrakt, samt utvecklingen av samverkan med kommunal hälso- och sjukvård.

Målbild och process för omställningen till en nära vård

Ange regionens process för beslut för den länsgemensamma målbilden för omställningen till en nära vård. Motsvarande fråga finns för kommunernas rapportering.

Region	Process för gemensam målbild startades (ange år och månad)	Tidpunkt för politisk förankring för regionen	Gemensam målbild träder i kraft (datum/tidpunkt)
xxxx	xxxx	xxxx	xxxx

Goda förutsättningar för vårdens medarbetare

- Beskriv övergripande utvecklingen av goda förutsättningar för vårdens medarbetare
- Beskriv arbete som genomförts samt uppnådda resultat avseende
 - en ändamålsenlig kompetensförsörjning för omställning till en nära vård
 - att utveckla förutsättningarna på arbetsplatsen
 - utbilda vårdens framtida medarbetare

Senast den 31 mars 2022 ska även arbetet beskrivas som genomförts för att förstärka det strategiska arbetet med prognoser och dimensionering av läkarernas AT och ST för att den långsiktiga tillgången till läkare ska motsvara befolkningens behov och stödja omställningen till nära vård.

Insatser inom ramen för vision e-hälsa 2025

- Beskriv övergripande det pågående arbetet med e-hälsa och digitalisering. I detta ingår att ge exempel på eventuella nya tjänster eller funktionaliteter inom e-hälsoområdet som har implementerats under året.
- Beskriv vilka särskilda insatser som genomförts under 2021 för att bidra till en strukturerad vårdinformation och tillämpning av standarder.

Förstärkning av ambulanssjukvården

- Beskriv övergripande utveckling av ambulanssjukvården
- Beskriv insatser som genomförts som syftat till att:
 - Utveckla ambulanssjukvården
 - Göra ambulanssjukvården mer jämlik och effektiv
 - Anpassa ambulanssjukvården till de förändringar som omställning till god och nära vård innebär

Hur har covid-19 påverkat arbetet med omställningen?

- Hur har covid-19 påverkat arbetet med omställningen till en mer nära vård?
- Hur har covid-19 påverkat arbetet med goda förutsättningar för vårdens medarbetare?