

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

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 2020-6-6826

Publicerad www.socialstyrelsen.se, augusti 2020

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. Uppdraget ändrades den 16 april 2020. Myndigheten ska följa upp, analysera och rapportera hur omställningen till en mer nära vård i regioner och kommuner utvecklas. Uppdraget innefattar även att följa upp och analysera insatser som regionerna vidtar inom ramen för olika insats- och utvecklingsområden i överenskommelserna God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården 2019 och En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare 2019.

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 Anna Dahlin och Charlotte Pihl har varit projektledare. Utredaren Katarina Sandberg har ingått i projektgruppen. Ansvarig enhetschef har varit Anders Bengtsson.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Socialstyrelsens uppdrag	9
Avgränsningar	9
Genomförande.....	11
Omställningen till en mer nära vård	15
Primärvård.....	18
Uppföljning av utvecklingen i regioner och kommuner	21
Använda medel för omställningen.....	21
Medel för En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare.....	22
Regionernas styrning av komplext förändringsarbete	22
Målbilder, strategier, organisation och samverkan.....	23
Personcentrerad vård.....	29
Införande av webbtidbok	32
Hälsofrämjande och förebyggande arbete.....	33
Patienter med psykisk ohälsa.....	34
Tillgänglighet och effektivare arbetssätt.....	37
Rapportera in alla besök i primärvården.....	37
Använda resultatet för att förbättra tillgängligheten	38
Utveckla och förändra arbetssätt	38
Digitalisering.....	42
Kompetensförsörjning	46
Regionernas uppföljning av omställningen.....	52
Sammanfattande diskussion	55
Det fortsatta arbetet med uppdraget	63
Referenser	65
Bilaga 1. Överenskommelser mellan regeringen och SKR	67
Bilaga 2. Socialstyrelsens pågående arbete	70
Bilaga 3. Enkät till kommunerna.....	73
Bilaga 4. Synpunkter från patienter, brukare och professioner	74
Bilaga 5. Omställningen i de 21 regionerna	78

Sammanfattning

Behovet av en starkare roll för primärvården i hälso- och sjukvårdssystemet och en omställning till en mer nära vård har diskuterats under lång tid. Socialstyrelsen har gjort en första uppföljning av det omställningsarbete som pågår i landets regioner och kommuner. Uppföljningen utgår från två överenskommelser mellan regeringen och SKR: God och nära vård – en omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården 2019 och En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare 2019. Överenskommelserna fokuserar i huvudsak på regionernas arbete. Socialstyrelsen har kompletterat uppföljningen med intervjuer i ett urval kommuner samt en enkät till samtliga kommuner.

Arbetet i riktning mot en mer nära vård med fokus på primärvården pågår i samtliga regioner. De prioriterar olika utvecklingsinsatser och arbetar på olika sätt. Alla regioner arbetar dock med att tydliggöra och konkretisera inriktningen. Såväl regioner som kommuner uttrycker att en mer nära vård är nödvändig för att hantera framtida demografiska och ekonomiska utmaningar för hälso- och sjukvården. Nedan presenteras sammanfattande iakttagelser.

- Nästan alla regioner har tagit fram en målbild eller strategi som är specifik för omställningen eller där nära vård ingår som ett centralt spår eller mål i en mer övergripande målbild eller strategi.
- De flesta strategier, målbilder eller handlingsplaner innehåller förebyggande eller hälsofrämjande insatser som ett uttalat fokusområde.
- Flera regioner lyfter att en gemensam målbild för regionen och kommunerna är en förutsättning för att lyckas med omställningsarbetet. Detta saknas dock ofta i dag, men arbete i den riktningen har påbörjats på flera håll.
- Av de kommuner som besvarat den enkät som Socialstyrelsen skickat ut anger 28 procent att det finns en överenskommen målbild för omställningen till en mer nära vård mellan kommun och region.
- Omkring 40 procent av de undersökta kommunerna anger att det finns ett politiskt beslut om samverkan mellan kommun och region för omställningen till en mer nära vård.
- Regionerna har kommit olika långt i utvecklingen av patientkontrakt.
- Regionerna arbetar med olika åtgärder för att förbättra tillgängligheten och uppfylla vårdgarantin i primärvården, såsom att ändra sina arbetssätt och införa digitala lösningar samt använda befintliga resurser och kompetenser på nya sätt.
- Utveckling av digitala lösningar ses av regionerna som en av de viktigaste delarna för att klara framtida utmaningar i hälso- och sjukvården.
- Kompetensförsörjningen är central i arbetet med omställningen. De flesta regioner och kommuner beskriver utmaningar i att kunna rekrytera vissa yrkesgrupper. De vidtar därför åtgärder, exempelvis för att öka attraktiviteten i arbetet, förbättra arbetsmiljön och stärka ledarskapet. De flesta regioner och kommuner inför också någon form av kompetensväxling.

- Flertalet regioner ser över hur omställningen och de åtgärder de vidtar ska kunna följas upp lokalt på ett strukturerat sätt. Merparten är i ett inledande skede. Flera regioner lyfter att det är problematiskt att det saknas data för att kunna följa vårdflödet i den kommunala hälso- och sjukvården.
- De 13 regioner som rapporterat insatser inom En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare 2019 redovisar att inriktningen går i linje med prioriterade områden i regionerna. Medel från överenskommelsen har fungerat som en generell förstärkning av redan pågående arbete.

Omställningen är ett omfattande arbete som berör hela hälso- och sjukvården. Den kommunala hälso- och sjukvården behöver lyftas och stärkas och samverkan mellan regioner och kommuner utvecklas. Arbetet behöver bedrivas tillsammans på ett patientsäkert sätt.

Socialstyrelsens uppdrag

Socialstyrelsen fick i juli 2019 regeringens uppdrag (S2019/03056/FS) om uppföljning av primärvård och uppföljning av omställningen till en mer nära vård. Uppdraget består av tre deluppdrag och sträcker sig fram till år 2023¹.

Utgångspunkten för uppdraget är den målbild och färdplan som presenterats av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S2017:01) [1].

Socialstyrelsens uppdrag består av tre delar. Föreliggande rapport avser deluppdrag III. Deluppdrag I handlar om nationell insamling av registeruppgifter från primärvården och deluppdrag II om att inhämta resultat på aggregerad nivå i syfte att följa omställningen.

I deluppdrag III ska Socialstyrelsen årligen 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 – en omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården 2019 (S2019/02858/FS) [2].

Även övriga satsningar i överenskommelsen som handlar om att utveckla system med patientkontrakt och insatser för att förbättra tillgängligheten inom primärvården ska följas upp. I detta ingår också att se över hur kommuner och regioner samverkar inom länen för att uppnå målbilden för omställningen.

Uppdraget ändrades i april 2020 (S2020/03319/FS). Av ändringen framgår att Socialstyrelsen även ska genomföra en uppföljning av överenskommelsen En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare 2019 [3]. Denna del redovisas i föreliggande rapport. En beskrivning av de båda överenskommelserna finns i bilaga 1.

Avgränsningar

Merparten av beskrivningarna i uppföljningen rör regionernas arbete. Nära vård omfattar dock både kommunal och regional hälso- och sjukvård, vilket beaktas i uppföljningen.

Enligt uppdraget 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].

Det framgår också av uppdraget att myndigheten i uppföljningen av omställningsarbetet kan använda sig av de indikatorer som myndigheten inom ramen för deluppdrag II finner lämpliga, och andra befintliga indikatorer avseende bl.a. tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet, samt kostnader. Även dessa delar redovisas inom deluppdrag II.

¹ Deluppdrag I ska slutredovisas senast den 28 februari 2021. Arbetet med deluppdrag II ska rapporteras årligen senast den 30 augusti under 2020–2022.

Av uppdraget framgår också att effekterna av de stödjande insatser myndigheten genomför inom ramen för den strategiska planen för att stödja en god och nära vård som myndigheten haft i uppdrag att utarbeta (S2019/02110/FS) ska följas inom deluppdrag III. Den strategiska planen redovisades till Regeringskansliet i november 2019 [5]. I april 2020 fick Socialstyrelsen i uppdrag (S2020/03319/FS) att genomföra insatser för att främja omställningen i hälso- och sjukvården i enlighet med den plan som myndigheten har presenterat. Då arbetet med dessa insatser ännu inte är slutfört är det för tidigt att vid tiden för föreliggande rapport följa effekterna av arbetet. En översiktlig beskrivning av det pågående arbetet redovisas i bilaga 2.

En analys av hur omfattningen av verksamheternas administrativa arbete påverkas av de överenskomna insatserna redovisas i ett senare skede.

I ändringen av uppdraget i april 2020 framgår att Socialstyrelsen ska beakta de förslag till indikatorer för uppföljning som utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård har lagt fram i betänkandet SOU 2018:39 God och nära vård – en primärvårdsreform. Utredningen föreslår att fyra olika storheter följs årligen:

1. Befolkning: Förtroende för hälso- och sjukvården.
2. Process: Oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar.
3. Medarbetare: Andel (procent) utfärdade specialistbevis i allmänmedicin av totalt antal utfärdade specialistbevis.
4. Ekonomi: Kostnadsandel (procent) i det som definieras som regioners primärvård i relation till samtlig hälso- och sjukvård i en region.

Detta redovisas inom deluppdrag II.

Även Sveriges Kommuner och Regioners (SKR:s) arbete inom ramen för överenskommelsen God och nära vård 2019 ska enligt uppdraget följas upp. SKR har lämnat en verksamhetsrapport till regeringen den 31 mars 2020 [6]. Socialstyrelsen hänvisar till nämnda verksamhetsrapport vad gäller uppföljning av SKR:s insatser.

Socialstyrelsens uppföljning är av beskrivande karaktär och omfattar inte någon vetenskaplig värdering av de insatser regionerna eller kommunerna genomför eller de nya arbetssätt som introduceras.

Agenda 2030

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*.

Socialstyrelsens övriga arbete

Socialstyrelsen har flera pågående arbeten som har bäring på omställningen till en mer nära vård. Dessa arbeten ryms exempelvis inom områdena kompetensförsörjning, kunskapsstöd och webbutbildningar. Socialstyrelsen har bland annat publicerat en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet som riktar sig till huvudmännens beslutsfattare [7].

Myndigheten har också tagit fram en åtgärdsplan för kommunalt finansierad hälso- och sjukvård i förstudien Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård [8] i syfte att utöka och förbättra stödet till kommunal hälso- och sjukvård.

Det nationella vårdkompetensrådet har också inrättats på Socialstyrelsen. I bilaga 2 beskrivs närmare Socialstyrelsens arbete med det nationella vårdkompetensrådet och även arbetet med den strategiska planen för att stödja en god och nära vård.

Genomförande

Rapporten bygger på kvalitativa och kvantitativa data som är insamlade mellan oktober 2019 och april 2020.

Nulägesrapporter och redovisningar

Överenskommelsen God och nära vård

Utgångspunkt för rapporten är informationen i de nulägesrapporter och redovisningar som samtliga regioner inom ramen för överenskommelsen redovisat den 15 oktober 2019 till Socialstyrelsen. Fortsättningsvis benämns dessa *nulägesrapporter*. Dokumenten innehåller beskrivningar av genomförda insatser, kostnader och resultat inom de tre utvecklingsområdena:

- Omställning till god och nära vård.
- Förbättra och utveckla tillgänglighet i primärvården.
- Patientkontrakt och andra sätt att främja samordning, samverkan och ökad delaktighet.

Nulägesrapporterna ska enligt överenskommelsen vara en beskrivning av var respektive region befinner sig i omställningen till en god och nära vård. I detta ingår bland annat att beskriva hur regionerna arbetar med omställningen och de möjligheter och utmaningar som har identifierats. Tidigare framtagna underlag och beslut om exempelvis kompetensförsörjning, behov av utveckling av digitala verktyg samt hur man synliggör och omfördelar resurser och utvecklar nya arbetsätt och samverkansstrukturer kan enligt överenskommelsen också användas.

Inför regionernas rapportering har SKR tagit fram en redovisningsstruktur som vissa regioner använt sig av i redovisningen till Socialstyrelsen. Den innefattar följande frågor:

- Vilka formella beslut är fattade (strategiska dokument, budget, verksamhetsplanering)?
- Vilken organisation har etablerats för att följa omställningen (samordnare, kansli, verksamhetsutvecklingsstöd)?
- Vilka konkreta förändringar har genomförts/genomförs i er region (behöver inte vara breddinfört; utvecklingsarbete som är gjort tidigare på detta område bör inkluderas)? Ta upp eventuella hinder och framgångsfaktorer, kulturförändringar.
- Beskriv de ekonomiska förutsättningarna för omställningen, samt resurs/omfördelning och ekonomiska konsekvenser.

Överenskommelsen En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare

Underlag för denna rapport utgörs också av regionernas redovisningar (även dessa benämns fortsättningsvis *nulägesrapporter*) av sitt arbete inom överenskommelsen En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare 2019.

Med anledning av covid-19 och att uppdraget till Socialstyrelsen att följa denna överenskommelse beslutades först i mitten av april 2020 omfattar inte redovisningen i denna rapport underlag från samtliga regioner. En redovisning från kommunerna har inte begärts in av Socialstyrelsen med anledning av den pågående pandemin. Socialstyrelsen har som underlag för denna rapport fått in redovisningar från 13 regioner².

Insatser redovisas inom följande utvecklingsområden:

- It-stöd och processer för förenklad administration och bättre tillgång till information för vårdens medarbetare.
- Smartare användning av medarbetarnas kompetens.
- Stöd till planering av långsiktig kompetensförsörjning.
- Utveckling av medarbetarnas arbetssituation och utveckling av vårdens verksamheter.

Fallstudier och intervjuer

Socialstyrelsen har genomfört fallstudier i fyra regioner, Kronoberg, Sörmland, Uppsala och Västernorrland³, med besök och fördjupade intervjuer om hur regionerna arbetar med omställningen. I de fyra regionerna har även representanter för de kommuner som ingår i vart och ett av de fyra regionerna intervjuats per telefon⁴ med syftet att få kunskap om hur kommunerna arbetar med omställningen; totalt har 19 kommuner intervjuats⁵.

Regionerna valdes utifrån demografi och för att de representerar både storstad och glesbygd. Syftet var att få en mer djupgående förståelse för hur det lokala arbetet med omställningen genomförs i ett urval regioner och kommuner. Det gav också en möjlighet att närmare analysera samverkan mellan kommun och region.

Vid intervjuerna har regionerna och kommunerna getts möjlighet att lyfta eventuella önskemål om nationellt stöd från Socialstyrelsen i omställningsarbetet. Sammantaget i intervjuerna och fallstudierna har 42 intervjuer genomförts i samtliga 21 regioner, samt 23 intervjuer i 19 kommuner.

Resterande 17 regioner har Socialstyrelsen intervjuat på distans. Intervjuerna genomfördes enskilt eller i grupp som semistrukturerade intervjuer. Figur 1 redogör för områden som diskuterats under samtliga intervjuer och fallstudier.

Vid intervjuerna och fallstudierna har följande kommunicerats om målen med uppföljningen:

² Regionerna Blekinge, Gävleborg, Halland, Jämtland Härjedalen, Kalmar län, Kronoberg, Skåne, Sörmland, Uppsala, Västra Götalandsregionen, Värmland, Västmanland och Östergötland.

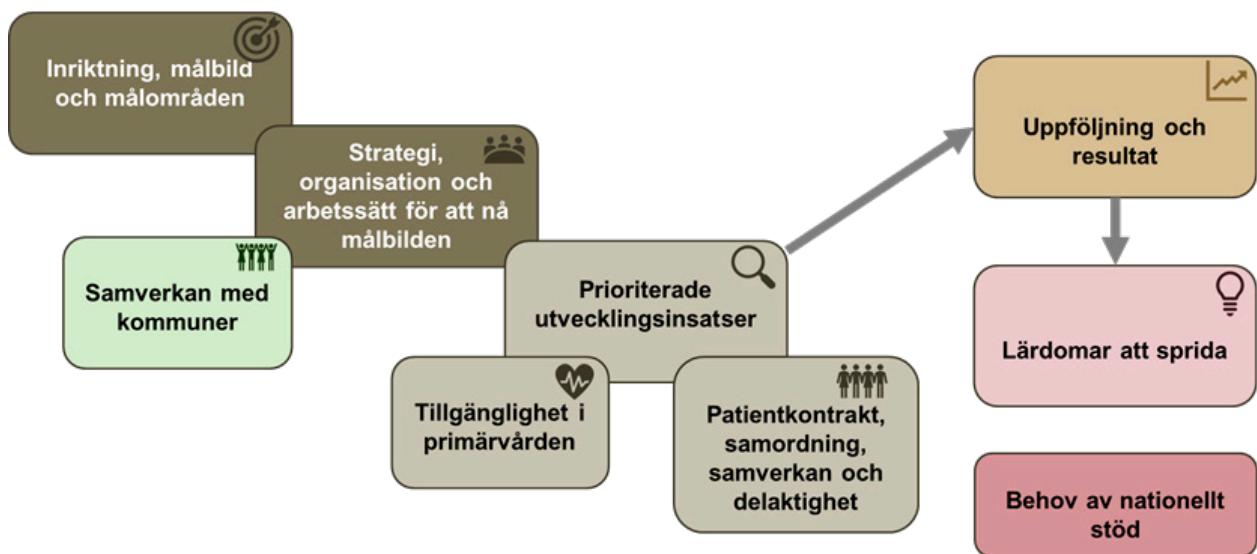
³ Fallstudien i region Västernorrland genomfördes på distans.

⁴ Några intervjuer har genomförts på plats.

⁵ Alvesta, Eskilstuna, Flen, Gnesta, Härnösand, Kramfors, Ljungby, Nyköping, Sollefteå, Sundsvall, Tierp, Timrå, Tingsryd, Uppsala, Vingåker, Växjö, Ånge, Älmhult och Örnsköldsvik.

- Ge fördjupad kunskap och förståelse för hur regioner och kommuner arbetar med omställningen till en mer nära vård.
- Ge regeringen underlag för framtida inriktning och beslut.
- Ge Socialstyrelsen underlag för att stödja omställningen till en mer nära vård.
- Ge regioner och kommuner underlag som stöd i att bedriva utveckling.
- Fånga centrala lärdomar.

Figur 1. Diskussionsområden



Personer som intervjuats i regionerna har exempelvis varit chefer eller samordnare för god och nära vård, hälso- och sjukvårdsstrateger, projektledare och personer med olika chefsbefattningar inom primär- och specialistvård.

Personer som intervjuats i kommunerna har exempelvis varit förvaltningschefer inom socialförvaltning, biträdande kommundirektörer, medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS), närvårdsstrateger och verksamhetschefer inom vård och omsorg.

Inför fallstudier och intervjuer har relevanta dokument gått igenom, såsom handlingsplaner och utvecklingsplaner. Regioner och kommuner har även själva kunnat inkomma med dokument inför intervjuer. Socialstyrelsen har översiktligt sammanställt regionernas arbete med omställningen, vilket regionerna getts möjlighet att faktagranska.

Enkät till kommunerna

Socialstyrelsen har skickat ut en enkät till samtliga kommuner, som kunde besvaras under perioden 16 december 2019 till 27 januari 2020. Enkäten besvarades av totalt 226 kommuner (78 procent). Syftet med enkäten var att få information om huruvida det finns beslut för samverkan mellan kommun och region samt en gemensam målbild för omställningen. Vidare innehöll enkäten frågor om tillgång och efterfrågan för ett antal legitimationsyrken inom den kommunala hälso- och sjukvården. Enkäten finns som bilaga 3.

Data över webbtidbok

Data över antalet mottagningar i respektive region som är anslutna till webbtidbok⁷ har inhämtats från Inera. Det finns begränsningar med dessa data då Socialstyrelsen saknar information om fördelningen mellan primär- respektive specialistvård bland de som är anslutna till webbtidbok. Myndigheten saknar även information om hur stor andel de anslutna utgör av det totala antalet mottagningar som skulle kunna vara anslutna i regionerna.

Samverkan och dialog

Socialstyrelsen har under uppdraget haft löpande avstämningar med SKR, och projektet har fått möjlighet att träffa representanter för Nationella programområden (NPO) primärvård och Regionala samverkans- och stödstrukturer (RSS). Projektet har också fört dialog med patientföreträdare i nämnden för funktionshindersfrågor på Socialstyrelsen. Dialoger med en rad professions- och fackförbund har också hållits⁸, i syfte att skapa en bild av de utmaningar på kompetensförsörjningsområdet som finns och för en belysning av medarbetarperspektivet i uppföljningsarbetet av omställningen. Synpunkterna redovisas övergripande i bilaga 4. Projektet har också fört dialog med Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) och utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.

⁷ Webbtidbok innebär att mottagningar erbjuder möjlighet att boka, alternativt endast av- eller omboka, en tid direkt i journalsystemets tidbok via 1177 Vårdguiden.

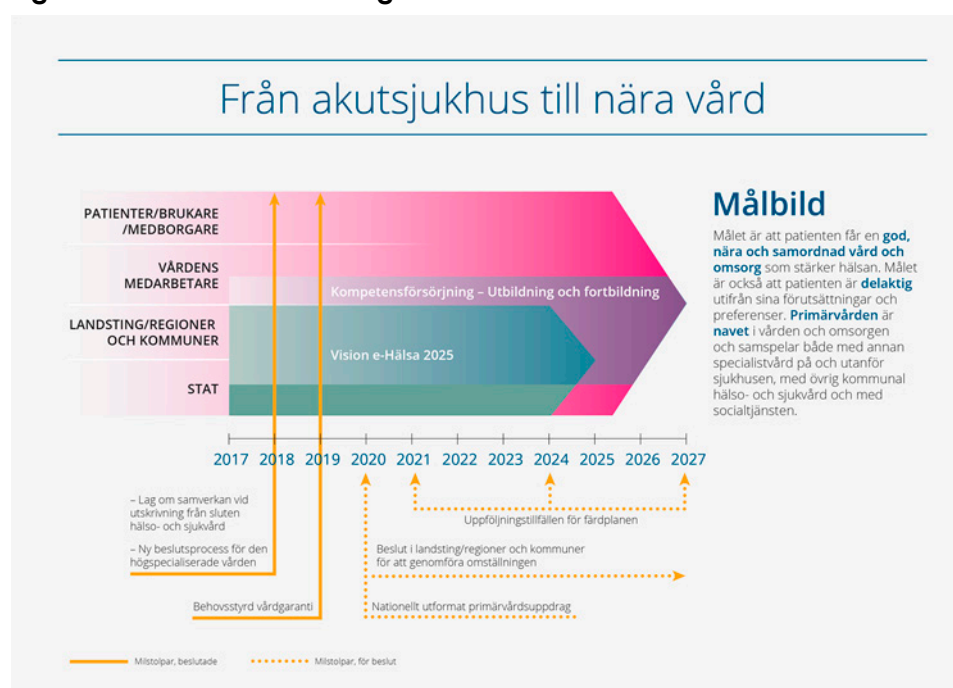
⁸ Akademikerförbundet SSR, Dietisternas riksförbund, Fysioterapeuterna, Kommunal, Svensk Sjuksköterskeförening, Svenska Distriktsläkarföreningen, Svenska Läkaresällskapet, Sveriges Arbetsterapeuter, Sveriges Farmaceuter, Sveriges Psykologförbund, Vision och Vårdförbundet.

Omställningen till en mer nära vård

Utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:14) presenterade 2016 sitt slutbetänkande Effektiv vård (SOU 2016:2) [9]. Utredningen fastslog att det svenska hälso- och sjukvårdssystemet, mot bakgrund av kommande demografiska utmaningar, behöver ställa om så att mer resurser ges till de delar i systemet som har bäst förmåga att hantera både närhet till patienten och komplexitet i sjukdomstillstånd. Nämnda utredning bedömde att en stärkt primärvård hade bäst förutsättningar att möta dessa utmaningar och bidra till att minska ojämlikheten i hälsa bland befolkningen.

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (2017:01) tillsattes 2017 med uppdrag att utifrån en fördjupad analys av förslagen i Effektiv vård stödja regionerna, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Fortsättningsvis refereras till denna utredning som *utredningen*, om inget annat anges. Utredningen presenterade i juni 2017 sitt första delbetänkande SOU 2017:53 God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild. [10]. Genom propositionen Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti (prop. 2017/18:83) beslutades om en ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL att vården skulle ges nära befolkningen. I juni 2018 redovisade utredningen sitt andra delbetänkande God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39) [1], som bl.a. innehöll en uppdaterad målbild och färdplan för omställningen till en mer nära vård (se figur 2).

Figur 2. Målbild från utredningen



Utredningen redovisade sitt tredje delbetänkande God och nära vård – Vård i samverkan (SOU 2019:29) [11] i juni 2019 och sitt huvudbetänkande God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19) [12] i april 2020.

I propositionen Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform (prop. 2019/20:164) presenterar regeringen i maj 2020 bland annat en utvecklad målbild för omställningen av hälso- och sjukvården.

Förslag till målbild i propositionen

Hälso- och sjukvården bör ställa om så att primärvården är navet i vården och samspelar med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten. Målet med omställningen av hälso- och sjukvården bör vara att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet bör också vara att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås.

Omställningens utgångspunkt

Utgångspunkten för omställningen är enligt utredningen att svensk hälso- och sjukvård behöver bedrivas på ett annat sätt med anledning av den demografiska och den medicinska utvecklingen. Utredningen beskriver att Sverige sedan lång tid tillbaka uppvisar goda medicinska resultat, men faller sämre ut i internationella jämförelser när det gäller tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet. Utredningen beskriver inte hur omställningen ska genomföras, utan uttrycker att förändringen och omställningen behöver planeras och genomföras av respektive region i samverkan med kommunerna och i enlighet med den lokala kontexten.

Utredningen beskriver några förutsättningar för omställningen. Det rör sig exempelvis om vikten av ett långsiktigt perspektiv, tid för regioner och kommuner att genomföra konsekvensanalyser och inte enbart genomföra omställningen utifrån ekonomiska incitament, samt att den inte ska innebära negativa konsekvenser för akutsjukvården eller den övriga slutenvården.

Nära vård

Begreppet nära vård har enligt utredningen på senare tid vuxit fram i hälso- och sjukvården men är inte närmare reglerat i lag [1]. En ny bestämmelse trädde dock i kraft den 1 januari 2019 i 7 kap. 2 a § HSL. Bestämmelsen innebär exempelvis att regionerna är skyldiga att organisera sin hälso- och sjukvårdsverksamhet så att vården kan ges nära befolkningen. Även en utökad vårdgaranti i hälso- och sjukvården infördes. Förändringen innebär att patienter som kontaktar primärvården för ett nytt eller försämrat hälsoproblem samma dag ska få en behovsbedömning. Om hälsotillståndet bedöms kräva vård ska patienten få en medicinsk bedömning inom tre dagar, av en läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i primärvården⁹.

⁹ Till exempel arbetsterapeuter, fysioterapeuter, distriktsköterskor, dietister eller psykologer.

Utredningen bedömer i sitt huvudbetänkande [12] att nära vård inte är någon ny organisationsnivå, och inte heller någon ny benämning på dagens primärvård. Nära vård är i stället ett förhållningssätt, kring organisation av all hälso- och sjukvård – inte bara primärvård – med utgångspunkt i patienters och brukares individuella behov, förutsättningar och preferenser så att hela individens livssituation kan beaktas. Detta synsätt överensstämmer också, enligt utredningen, med hur SKR, tillsammans med huvudmännen, arbetar med att beskriva begreppet nära vård. Den slutliga utformningen av den nära vården måste enligt utredningen varje region och kommun göra i nära samverkan utifrån regionala och lokala förutsättningar och behov.

Primärvård

Nuvarande utformning av primärvården

Enligt nuvarande definition i 2 kap. 6 § HSL är primärvård hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Primärvård betecknar, enligt s. 56-58 i utredningens andra delbetänkande [1] en vårdnivå, den första, som ska tillgodose befolkningens basala behov av hälso- och sjukvård. Begreppet primärvård omfattar såväl primärvård med offentlig finansiering som primärvård som utförs av privata vårdgivare oavsett om verksamheten finansieras med offentliga eller privata medel.

Regionerna har, enligt 8 kap. 1 § HSL det övergripande ansvaret och ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen samt verka för en god hälsa hos befolkningen.

Merparten av svensk primärvård, liksom övrig hälso- och sjukvård, är offentligt finansierad och har region eller kommun som huvudman. Regionerna är enligt 7 kap. 3 § HSL skyldiga att organisera sin primärvård så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare (vårdvalssystem). Den närmare utformningen av vårdvalssystem inom primärvården får regionerna själva bestämma utifrån lokala förutsättningar, så länge vissa grundläggande principer respekteras. Det innebär att regionerna kan organisera sin del av primärvårdsuppdraget i ett samlat vårdval för primärvården eller organisera delar av uppdraget i andra vårdval, genom upphandling enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling eller i egen regi. De flesta regioner har enligt utredningen valt att lägga merparten av sin primärvård i ett samlat vårdval och tillhandhålla det via hälsocentral, vårdcentral eller husläkarmottagning, vilket därmed för många har kommit att bli synonymt med primärvård.

Vissa regioner har enligt utredningen i stället valt att ha exempelvis fysioterapi eller basrehabilitering i ett eget vårdval, eller att organisera mödra- och barnhälsovård i egen regi, och dessa verksamheter utgör också en del av vårdnivån primärvård.

Förslag till ändrad definition av primärvården

I propositionen Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform (prop. 2019/20:164), föreslår regeringen att definitionen av primärvård ska ändras så att primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens. Vidare föreslås en bestämmelse om vad som ska ingå i primärvårdens grunduppdrag.

Förslaget innebär att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska

1. tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov,
2. se till att vården är lätt tillgänglig,
3. tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar,
4. samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och
5. möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.

Kommunal hälso- och sjukvård

Både regioner och kommuner kan vara huvudmän för hälso- och sjukvård. Kommunerna ska enligt 12 kap. 1 och 3 §§ HSL erbjuda en god hälso- och sjukvård åt personer i vissa boendeformer och verksamheter, men inte sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare. De läkarresurser som behövs ska regionerna enligt 16 kap. 1 § HSL avsätta till kommunerna. Bestämmelser om hemsjukvård finns i 8 kap. 8 §, 12 kap. 2 och 4 §§, 14 kap. 1 och 2 §§ och 16 kap. 1 § HSL. Av 14 kap. 1 § HSL framgår bland annat att kommunen får erbjuda hemsjukvård i ordinärt boende efter att ha träffat avtal om att överta regionens skyldighet att erbjuda sådan vård. Alla regioner utom Region Stockholm har överenskommelser om att kommunerna ansvarar för hemsjukvård i ordinärt boende¹⁰.

Utöver hemsjukvård i patientens ordinära bostad ansvarar kommunen för hälso- och sjukvård åt den som bor i en särskild boendeform och, i samband med dagverksamhet, åt den som vistas i dagverksamheten (12 kap. 1 § HSL).

Patienter i kommunal hälso- och sjukvård

År 2016 vårdades nära 400 000 patienter i den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården [8]. Majoriteten var äldre. I åldersgrupperna över 65 år var 63 procent kvinnor och andelen kvinnor var högst bland de allra äldsta. Det är få barn som omfattas av kommunal hälso- och sjukvård och 2016 fick 2 200 personer under 20 år någon insats under året.

Ibland behöver en person kommunalt finansierad hälso- och sjukvård under en period, exempelvis i samband med utskrivning från slutenvård, men många behöver insatser regelbundet.

Hemsjukvård med kommunen som huvudman

Mycket vård kan sedan länge ges i patientens bostad. Bestämmelser om hemsjukvård finns i 8 kap. 8 §, 12 kap. 2 och 4 §§, 14 kap. 1 och 2 §§ och 16 kap. 1 § HSL. Av bestämmelserna framgår bland annat att kommunen får erbjuda hemsjukvård i ordinärt boende efter att ha träffat avtal om att överta regionens skyldighet att erbjuda sådan hemsjukvård. Kommunen ska kompenseras

¹⁰ Det finns verksamheter inom kommunerna av liknande karaktär där kommunen inte har något hälso- och sjukvårdsansvar, t.ex. hem för vård eller boende och korttidsvistelse utanför det egna hemmet enligt LSS.

ekonomiskt av regionen. Överenskommelsen får inte avse läkarinsatser. Regionen ska avsätta de läkarresurser som behövs och i annat fall kan kommunen själv anlita läkare på regionens bekostnad.

Av 16 kap. 2 § HSL framgår att regionen och kommunen ska samverka så att en enskild, som kommunen enligt 12 kap. 1 eller 2 § HSL har ansvar för, också får övrig vård och behandling, hjälpmedel samt förbrukningsartiklar enligt 8 kap. 9 § som hans eller hennes tillstånd fordrar.

Hemsjukvård med regionen som huvudman

Regionerna utför också hälso- och sjukvård i hemmet, detta beskrivs exempelvis på s. 104-105 i utredningens tredje delbetänkande. Den kan vara ansluten till regionernas primärvård eller sjukhusanknuten. Den s.k. primärvårdsanslutna sjukvården i hemmet tar enligt utredningen sikte på vård som utförs av mobila vårdteam med uppsökande verksamhet. Den bedrivs då inom ramen för regionernas primärvård i samverkan med kommunens hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer och kommunal hemsjukvård.

Den s.k. sjukhusanknutna sjukvården i hemmet kräver sjukhusens medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Den kan ges dygnet runt, innehåller kvalificerad medicinsk teknologi och kan ställa krav på att det finns en sjukhussäng tillgänglig om patienten inte längre kan ges sjukvård i hemmet. Mot den bakgrunden har det enligt utredningen ansetts angeläget att regionerna har ansvar för att bedriva sådan avancerad sjukvård i hemmet.

Utredningen beskriver att utvecklingen inom hälso- och sjukvården, bl.a. vad gäller medicinteknik, kan göra att gränserna för vad som faller under sjukhusanknuten avancerad sjukvård i hemmet förändras. Bedömningen av om den sjukvård som ges i hemmet är av sådan karaktär att den kräver sjukhusens medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens görs av den behandlande läkaren vid sjukhuset.

Uppföljning av utvecklingen i regioner och kommuner

I detta kapitel presenteras en beskrivning av det pågående arbetet med omställningen i regionerna och kommunerna. Regionernas styrning av arbetet i form av målbilder, strategier och organisation för omställningen beskrivs. Därefter följer en redogörelse för samverkan mellan regioner och kommuner samt arbetet med personcentrering och delaktighet. I detta ingår patientkontrakt och webbtidbok. En beskrivning av vad som framkommit om regionernas hälsofrämjande och förebyggande arbete ingår också. Av nulägesrapporterna framgår ofta, men inte alltid, var i en process arbetet befinner sig. Nya arbetssätt kan exempelvis finnas på planeringsstadiet, i projektförberedelsefas för breddinförande eller redan vara infört i större skala.

Sammanfattningsvis bedömer Socialstyrelsen att regionernas pågående utvecklingsarbete i riktning mot en mer nära vård är i linje med överenskommelsen God och nära vård 2019. Samtliga regioner arbetar med att tydliggöra och konkretisera inriktningen. Insamlade data visar också att tillgängligheten i primärvården är ett prioriterat utvecklingsområde i regionerna. Många regioner betonar att tillgänglighet samtidigt är ett brett begrepp som inte fångas helt i denna satsning och uppföljning. Även patientkontrakt, samordning, samverkan och delaktighet är områden som prioriteras, men utvecklingen av patientkontrakt har kommit olika långt i olika regioner. Det finns en samsyn kring vikten av innehållet i patientkontrakt men själva benämningen uppfattas av en del regioner signalera något annat än innehållet.

En översiktlig beskrivning som sammanfattar omställningsarbetet i respektive region finns i bilaga 5.

De 13 regioner som rapporterat insatser inom överenskommelsen En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare redovisar att inriktningen går i linje med de områden som prioriteras i regionerna och som bedöms nödvändiga för att kunna möta framtida behov. Regionerna uttrycker att överenskommelsen går i linje med uppsatta mål och utvecklingsområden som strävar mot att stärka förutsättningarna för en god, jämlik och effektiv hälso- och sjukvård samt förbättra förutsättningarna för hälso- och sjukvårdens medarbetare att öka andelen tid för patientnära arbete.

Använda medel för omställningen

Samtliga regioner har använt alla tilldelade medel i omställningen, och vissa regioner redovisar även att ytterligare kostnader för omställningsarbetet har belastat ordinarie budget. Regionerna har redovisat kostnaderna för omställningsarbetet på olika sätt. Vilka insatser regionerna valt att prioritera skiljer sig åt, samtidigt som det finns många likheter mellan typen av insatser som regionerna genomfört.

De flesta regioner har använt medel för att finansiera samordnande, koordinerande funktioner som stödjer omställningen. Även digitala lösningar, såväl utveckling för digitala vårdmöten som invånartjänster, webbtidbok och för att rapportera in, stödja eller följa upp den nya vårdgarantin i primärvården. Merparten av regionerna beskriver också att medel använts till utveckling och etablering av strukturer för samverkan mellan region och kommun och till pilotprojekt med mobila lösningar och team för att kunna komma till patienten i stället för att patienten kommer till exempelvis akutmottagningen eller vårdcentralen.

Många beskriver utveckling av nya arbetsätt för att kunna åstadkomma ökad tillgänglighet och effektivare användning av befintlig kompetens. Det kan vara utökade öppettider eller riktade verksamheter till särskilda patientgrupper. Regionerna arbetar också överlag med införande av patientkontrakt och rutiner för fast vårdkontakt. Vissa regioner prioriterar specifika patientgrupper för fast vårdkontakt, såsom äldre, personer med kronisk sjukdom eller multisjuka. Drygt hälften av regionerna har använt medel för någon hälsofrämjande eller förebyggande insats, exempelvis riktade hälsosamtal.

Medel för En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare

Medlen från överenskommelsen har använts till att förstärka sedan tidigare initierade utvecklingsarbeten. Flera regioner redogör för att arbetet under 2019 har byggt vidare på det arbete som påbörjats vid tidigare överenskommelser 2016–2018. Därmed har statsbidraget fungerat som en generell förstärkning av redan pågående arbete, något som Socialstyrelsen redovisat i tidigare uppföljningar [13-15].

En del regioner hänvisar till att medlen prioriterats utifrån egna utvecklingsstrategier och att dessa varit vägledande i arbetet med att fördela statsbidraget. Som exempel anges strategier för framtidens hälso- och sjukvård, nära vård, digitaliseringsstrategier och framtidens vårdinformationsmiljö (se avsnittet Digitalisering).

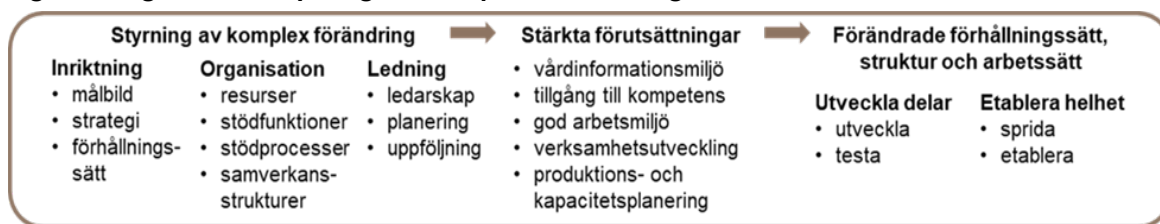
Några regioner lyfter i sina redovisningar att de prioriterar att stärka regionernas och kommunernas planering av sitt kompetensbehov i syfte att utveckla vårdens verksamheter mot en god och nära vård. I detta ingår även att se över samarbetet med kommunerna, staten och civilsamhället.

I linje med överenskommelsen lyfter flera regioner fram satsningar inom området arbetsmiljö, chefs- och ledarskap, förändrade arbetsätt och teamarbete som grundläggande förutsättningar för den nära vården.

Regionernas styrning av komplext förändringsarbete

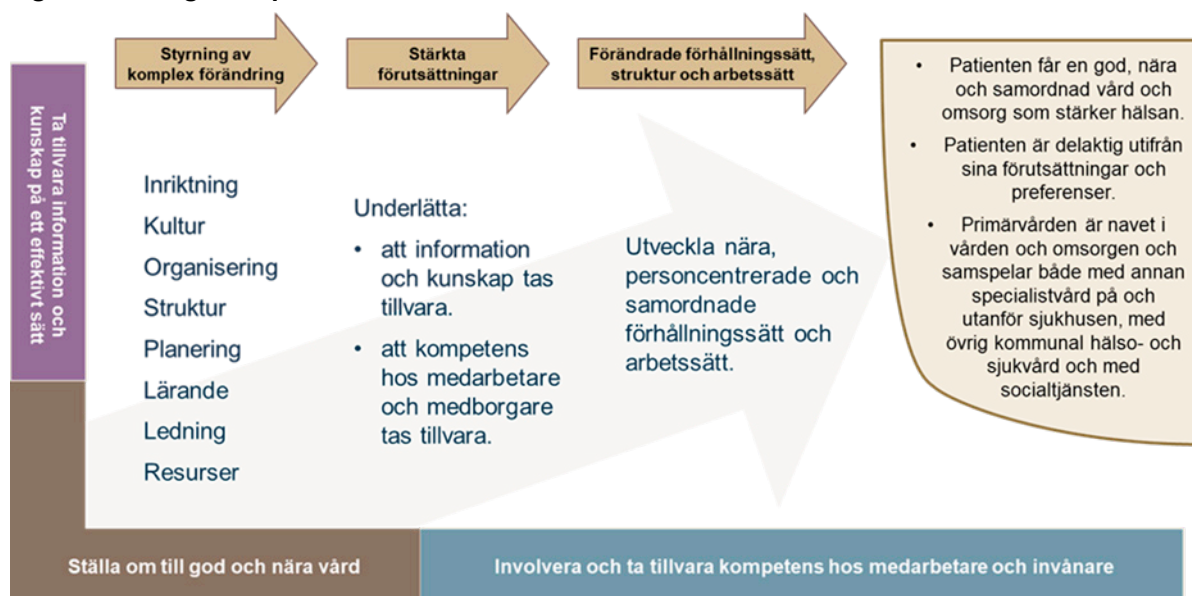
Regionernas styrning av omställningen till en mer nära vård omfattar en rad aspekter som kan grupperas på olika sätt. I figur 3 sammanfattas områden som tydliggjordes i Socialstyrelsens tidigare uppföljning av professions- och personalmiljarderna [15].

Figur 3. Regionernas styrning av komplext förändringsarbete



I de intervjuer som Socialstyrelsen genomfört betonar flera personer att arbetet med att utveckla och konkretisera målbilder och strategier för en god och nära vård är en viktig fas, men att mycket av själva omställningsarbetet återstår att genomföra i praktiken. Figur 4 ger en översiktlig illustration av hur olika utvecklingsområden hänger samman.

Figur 4. Strategi och prioriterade insatser



Regionerna redogör för att effektiv informationsdelning och god kompetensförsörjning är viktiga för att omställningen till en god och nära vård ska lyckas, vilket illustreras genom de två axlarna i figur 4. Uppföljningen visar att flera regioner har tagit fram bilder för att synliggöra det samlade utvecklingsarbetet mot en god och nära vård.

Målbilder, strategier, organisation och samverkan

Hösten 2018 hade 13 regioner inriktningsdokument för omställningen och ytterligare regioner hade inlett strategi- eller målarbete för omställningen mot en mer nära vård eller framtidens hälso- och sjukvård.

Hösten 2019 hade nästan alla regioner tagit fram en målbild eller strategi som antingen är specifik för god och nära vård eller där det ingår som ett centralt spår eller mål i en mer övergripande målbild eller strategi. I Region Dalarna är en strategi under utveckling och Region Gotland inleder arbetet

med målbild och färdplan under våren 2020. Tabell 1 ger en översikt över regionernas strategier för omställningsarbetet till en mer nära vård.

Tabell 1. Inriktningsdokument för en mer nära vård

Regionernas inriktningsdokument för en mer nära vård.

Region	Regionens inriktningsdokument	Politiskt beslut	Inriktningsdokument för region och kommuner
Blekinge	Programplan Framtidens hälso- och sjukvård och inriktningsbeslut för den nära hälso- och sjukvården	Programplanen är beslutad av landstingsfullmäktige 2016, inriktningsbeslutet av landstingsstyrelsen 2017	Ett utkast till gemensam målbild för nära vård har utarbetats under 2019
Dalarna	Målbild och färdplan för omställning till en god och nära vård är under utveckling	Regionplan och budget	Målbild och färdplan för omställning till en god och nära vård är under utveckling
Gotland	Färdplan för god och nära vård ska utvecklas under 2020	God och nära vård är inarbetat i hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan och strategiska plan	Region Gotland har både regionalt och kommunalt ansvar
Gävleborg	God och nära vård i Gävleborg	2018 beslutade hälso- och sjukvårdsnämnden om fördjupad analys med fokus på nära vård. Utifrån utredningen beslutade nämnden 2019 om fortsatt utveckling och riktning	En gemensam välfärdsstrategi är under utveckling
Halland	Hälso- och sjukvårdsstrategi 2017–2025	Beslutad av regionfullmäktige 2016	Strategin är framtagen av regionen, kommunerna har varit involverade i framtagandet. Den är inte antagen i kommunfullmäktige i någon av Hallands kommuner.
Jämtland Härjedalen	Riktning Nära vård	Beslutad av hälso- och sjukvårdsnämnden 2019	Kommunerna och regionen har ambition att ta fram en gemensam målbild för nära vård
Jönköpings län	Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård	Framtagen 2016. Beslutad av regionfullmäktige och återfinns i budget och verksamhetsplan.	Inom olika strategigrupper samt i ledningsgruppen för samverkan Region Jönköpings län och Jönköpings läns kommuner (ReKo) växer målbilder fram i gemensam riktning för omställning till nära vård
Kalmar län	Målbild för Region Kalmar läns hälso- och sjukvård	Målbilden återfinns i Regionplanen för 2020 som beslutades av regionfullmäktige 2019. Handlingsplan som beslutats av regionstyrelsen 2019 och strategi är under framtagande.	Målbilden är framtagen av regionen men har varit utgångspunkt i samverkan med kommunerna vid framtagande av gemensamma prioriterade områden
Kronoberg	Närmare Kronobergaren – utvecklingsstrategi	Beslutad av regionfullmäktige 2017	En gemensam målbild för nära vård har tagits fram under våren 2020

Region	Regionens inriktningsdokument	Politiskt beslut	Inriktningsdokument för region och kommuner
	inom hälso- och sjukvård 2017–2027		av ledningsgruppen för samordning av länets hälso- och sjukvård och socialtjänst
Norrbotten	Vägen till framtidens hälsa och vård år 2035	Beslutad av regionstyrelsen 2018	Arbete pågår för att ta fram en gemensam behovsbild och därefter en gemensam målbild
Skåne	Strategin Framtidens hälsosystem	Förslag till strategin för Framtidens hälsosystem beslutades av regionfullmäktige i april 2020	
Stockholm	Primärvårdsstrategi för Region Stockholm 2019–2025 som är uppdelad i två delar	Mål och strategisk inriktning beslutades 2019 av regionfullmäktige. Den andra delen som omfattar mått för uppföljning beslutades 2020 av regionfullmäktige.	Kommunerna har bjudits in att bidra i arbetet med genomförandeplanen i primärvårdsstrategin
Sörmland	Framtidens hälso- och sjukvård 2.0	Beslutad av landstingsfullmäktige 2017	Våren 2020 påbörjas arbete med att ta fram en gemensam målbild för omställningen till en nära vård
Uppsala	Effektiv och nära vård 2030	Beslutad av hälso- och sjukvårdsnämnden 2019	Kommunerna ska under våren 2020 fatta beslut om att ställa sig bakom Effektiv och nära vård 2030
Värmland	Utvecklingsplan för framtida hälso- och sjukvård	Efter beslut av hälso- och sjukvårdsnämnden 2019 har revidering av utvecklingsplanen påbörjats	Dialog om framtagande av gemensam målbild pågår
Västerbotten	God, effektiv och nära vård i Västerbotten, Målbild och strategi 2019 – 2030	Beslutad av regionstyrelsen 2019	Arbete med framtagande av gemensam målbild pågår
Västernorrland	Målbild för Framtidens hälso- och sjukvård	Beslutad av regionfullmäktige 2016. Reviderat dokument planerat för fastställande i regionfullmäktige i juni 2020.	Arbete med framtagande av gemensam målbild pågår
Västmanland	Framtidens hälso- och sjukvård 2030 – Målbilder och förutsättningar för att vi ska kunna skapa Livskraft i Västmanland		
Västra Götaland	Strategi för omställning av hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen	Beslutad av regionfullmäktige 2017	Vårdsamverkan Västra Götaland ska under 2020 ta fram en gemensam målbild och färdplan för god och nära vård
Örebro län	Målbild 2030 – målbild för hälso- och sjukvården i Örebro län	Målbilden antogs av regionfullmäktige 2019	

Region	Regionens inriktningsdokument	Politiskt beslut	Inriktningsdokument för region och kommuner
Östergötland	Arbetet med god och nära vård tydliggörs i Strategisk plan med treårsbudget 2020–2022	Beslutad av regionfullmäktige 2019	Diskussion förs om utveckling av en gemensam målbild för god och nära vård

Källa: Regionerna

Under 2019 har fokus flyttats från inriktningsdokument till strategi och handlingsplaner, och samtliga regioner driver utvecklingsinsatser som ligger i linje med inriktningen för en god och nära vård.

Den nationella målbild som redovisas av utredningen i God och nära vård – en primärvårdsreform [1] används av flera regioner som stöd i arbetet med att tydliggöra och visualisera den egna inriktningen och målbilden.

Organisation för omställningen

I stort sett alla regioner har någon form av organisation för att driva omställningen till en mer nära vård. Hur regionerna valt att utforma det övergripande omställningsarbetet skiljer sig åt utifrån förutsättningar, prioriteringar och i vilken fas de befinner sig. Vissa regioner har inlett arbete för att anpassa vårdstrukturen. I många regioner sker omorganisationer för att erbjuda nära vård i samarbete mellan regioner och kommuner.

Arbetet för att driva omställningsarbetet leds i många fall av hälso- och sjukvårdsdirektören tillsammans med hälso- och sjukvårdsledningen.

I Västra Götalandsregionen och Region Uppsala, där nära vård är en central del i ett större omställningsprogram, finns det ett programkontor med en programchef för omställningen.

Gemensam målbild saknas ofta

I december 2019 skickade Socialstyrelsen ut en enkät till samtliga kommuner med frågor om bland annat överenskommen målbild för omställningen till en mer nära vård mellan kommun och region¹¹. I enkäten uppger 62 kommuner (28 procent) att det finns en överenskommen målbild mellan kommunen och regionen för hur omställningen till en mer nära vård ska gå till. 163 kommuner (72 procent) svarade att en sådan överenskommen målbild saknas, och 59 procent av dessa anger att de arbetar tillsammans med regionen för att ta fram en målbild.

Målbild för omställningen i kommunerna

Socialstyrelsen har gjort intervjuer med 19 kommuner. Några av de intervjuade lyfter att omställningen är nödvändig för att resurserna ska räcka till. Några menar att de inte använder begreppet god och nära vård samt personcentrering, men att arbetet de bedriver är just nära vård och omsorg samt att personcentrering är en del av arbetssättet. En annan kommun nämner att de inte börjat om prata god och nära vård ur kommunens perspektiv – varken på politisk nivå eller tjänstepersonnivå.

¹¹ Denna fråga har besvarats av 225 kommuner.

I en intervju framkommer att begreppen god och nära vård och personcentrering används, men att kommunen behöver arbeta tillsammans med regionen med att ta fram en målbild för omställningen.

En del kommuner redogör för att de har påbörjat ett arbete med att ta fram en målbild i form av att genomföra workshops inom kommunens verksamhet i syfte att ringa in det arbete de genomför.

Flera kommuner lyfter att de tillsammans med aktuell region har pågående projekt att under 2020 ta fram en gemensam målbild för nära vård, och flera nämner att exempelvis workshops och arbetsmöten har planerats in för det ändamålet.

Samverkan mellan regioner och kommuner

I takt med att strategier börjar konkretiseras framgår det av regionernas nulägesrapporter och intervjuer med regionerna att omställningen behöver ske i nära samverkan med kommunerna. Några regioner och kommuner beskriver utvecklingen av samverkan som att tillsammans utveckla styrmodeller, samarbetsstrukturer, regelverk, ledningssystem, mötesformer och rutiner.

Många regioner och kommuner beskriver sedan tidigare befintliga samverkansstrukturer som en plattform som även kan användas för samverkan kring god och nära vård. Sådana strukturer lyfts av flera intervjupersoner fram som en framgångsfaktor. Flera betonar att det sedan tidigare finns ett etablerat samarbete som är av betydelse för den nära vården. I flera intervjuer framhålls införandet av lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård som en faktor som bidragit till ökat samarbete mellan region och kommuner.

Flera regioner lyfter att en gemensam målbild för regionen och kommunerna är en förutsättning för att lyckas med omställningsarbetet. Vissa regioner har valt att backa lite i omställningsprocessen för att kunna börja om tillsammans med kommunerna.

Några förutsättningar lyfts fram för att lyckas utveckla en gemensam målbild: en politisk förankring och vilja, en gemensam behovsbild och samsyn kring vilka utmaningar som ska hanteras genom omställningen och att alla ser vinsterna med att ställa om tillsammans, med resultat för invånarna i fokus.

Kommunala representanter i länsledningarnas samverkansstruktur är ofta socialchefer eller vård- och omsorgschefer, men ibland även skolchefer. Kommuner och regioner har olika förutsättningar att kunna medverka i olika samverkans- och arbetsgrupper. Det kan vara en utmaning för mindre kommuner, utifrån ekonomi och antal anställda, att bemanna samverkansstrukturer som omfattar flera områden och nivåer, och det kan vara svårt för regioner att bemanna lokala arbetsgrupper.

Att kunna planera och följa upp resultat och effekter tillsammans framhålls som betydelsefullt och samtidigt svårt. Avgörande förutsättningar för samverkan som behöver stärkas är exempelvis lagstiftning, möjlighet till informationsdelning och gemensamma utvecklingsresurser.

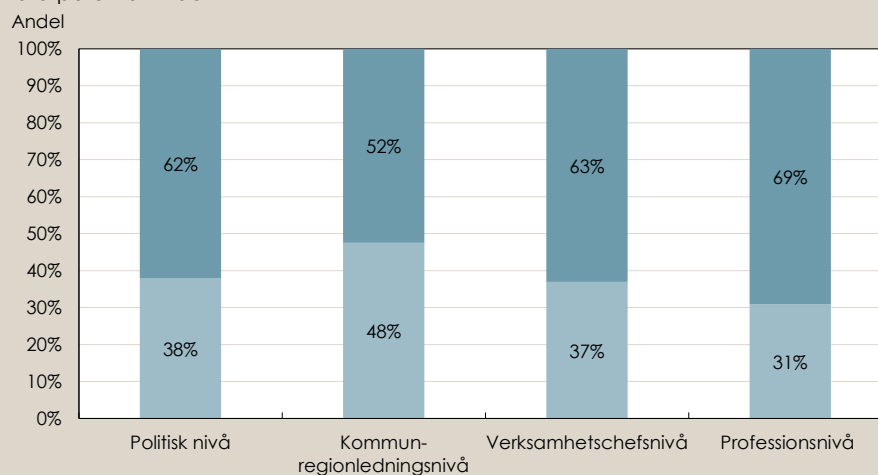
Beslut om samverkan

I den enkät som Socialstyrelsen skickat till kommunerna uppger 38 procent¹², att det finns ett politiskt beslut om samverkan mellan kommun och region för omställningen till en mer nära vård.

I figur 5 framgår att 48 procent¹³ av kommunerna har beslut fattade på kommun- och regionledningsnivå om samverkan mellan kommun och region. Beslut på verksamhetschefsnivå mellan kommun och region finns i 37¹⁴ procent av kommunerna. Beslut på professionsnivå om samverkan i det dagliga arbetet finns i 31 procent¹⁵ av kommunerna.

Figur 5. Beslut om samverkan mellan kommun och region

Beslut om samverkan mellan kommun och region gällande omställningen till en nära vård på olika nivåer



* Totalt 223 kommuner har besvarat frågan

Källa: Enkät till kommunerna.

■ Ja

■ Nej

¹² 221 kommuner har svarat på denna fråga.

¹³ 223 kommuner har svarat på denna fråga.

¹⁴ 222 kommuner har svarat på denna fråga.

¹⁵ 220 kommuner har svarat på denna fråga.

Personcentrerad vård

En tydlig utgångspunkt för omställningen till en mer nära vård är utvecklingen av en personcentrerad hälso- och sjukvård. Det beskrivs i såväl propositionen Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform (prop. 2019/20:164) som utredningen. Utredningen beskriver också att en samordnad vård och en ökad patientdelaktighet är en del i målbilden för att åstadkomma en mer nära vård. Enligt överenskommelsen God och nära vård ska regionerna fortsätta utveckla arbetet med att åstadkomma en mer personcentrerad vård. Detta kan till exempel ske genom införandet av patientkontrakt.

Patientföreträdare som Socialstyrelsen fört dialog med lyfter bland annat att en bristande kontinuitet skapar brist på samordning för patienten och brist på återkoppling. I många fall är patienten också bärare av information på grund av bristande åtkomst mellan olika journalsystem och vårdgivare. Samtidigt uttrycker de att det finns möjligheter med omställningen till en mer nära vård, såsom en bättre helhetssyn för patienten. Möjligheten att få tillgång till sin journal via nätet på 1177 Vårdguiden är ett sätt att bidra till patientens delaktighet.

Regionerna ska enligt överenskommelsen

- ha dokumenterade rutiner införda i verksamheten för etablering av fast vårdkontakt
- fortsätta arbetet med ett breddinförande av webbtidbok, samt stödja utvecklingen av systemet med patientkontrakt på 1177 Vårdguiden
- redogöra för vilket förbättringsarbete som har inletts när det gäller gemensam överenskommelse, överenskomna tider, samordning och samverkan.

Patientkontrakt – en gemensam överenskommelse

Med patientkontrakt avses en sammanhållen planering över patientens samtliga vård- och omsorgskontakter, som bl.a. ska kunna visualiseras digitalt via 1177 Vårdguiden. Patientkontrakt är ett koncept för att skapa en mer personcentrerad vård, som utgår från patientens behov av samordning, vilket är särskilt angeläget för patienter med omfattande vårdbehov [16]. Syftet är att skapa delaktighet, samordning, tillgänglighet och samverkan, med patientens perspektiv som utgångspunkt [17].

Patientkontraktets delar består av en sammanhållen planering genom samverkan mellan berörda vårdaktörer, fast vårdkontakt som samordnar och koordinerar vårdinsatser och överenskommen tid som patient bokar i samråd med vården eller på egen hand; se figur 6.

Figur 6. Patientkontraktets delar



Källa: SKR.

Utredningen har haft i uppdrag att överväga författningsreglering som ställer krav på patientkontrakt i form av en övergripande vårdplan, samt utreda förutsättningarna för att samordna vårdinsatser för patienter med omfattande och komplexa vårdbehov. I huvudbetänkandet SOU 2020:19 God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem föreslås att det ska regleras i patientlagen (2014:821) att varje patient ska ha möjlighet till ett patientkontrakt som på ett sammanhållet sätt, utifrån den enskildas behov och preferenser, presenterar patientens individuella plan med de aktiviteter som är planerade. Det ska också framgå vem eller vilka som utgör patientens fasta vårdkontakt.

Samordna patientkontrakt med befintligt arbete

En del regioner lyfter i sina nulägesrapporter att arbetet med patientkontrakt ska samordnas med befintligt och pågående arbete och ses som en naturlig del i arbetet. Ett exempel är att det slagits samman med införandet av en mer personcentrerad vård. Region Värmland redogör för att de behöver se över hur patientkontrakt förhåller sig till dokumentation inom personcentrerad vård. Region Skåne lyfter att arbetet med patientkontrakt handlar om ett skifte av värderingar och den kultur som ska genomsyra hälso- och sjukvården. Region Jönköpings län anger att patientkontraktet är en del av en strategi för en mer samskapande hälso- och sjukvård där professioner och patienter utvecklar vård, behandling och utvärdering utifrån behov och förutsättningar. Västra Götalandsregionen lyfter att de ska ta fram en definition av patientkontrakt utifrån sin målbild för omställning till en mer nära vård.

Regionerna har kommit olika långt i arbetet

Regionerna har kommit olika långt i implementeringen av patientkontrakt. Några redogör för att de är i början av att introducera det, medan andra pla-

nerar för införande eller breddinförande. Det finns även exempel på pågående breddinförande inom vissa diagnosområden kopplat till bland annat *Min vårdplan*¹⁶. Införandet av patientkontrakt ses som ett långsiktigt arbete. Ett fåtal regioner hänvisar till att de i första hand ska utarbeta patientkontrakt som erbjuds personer med omfattande och komplexa vårdbehov. En del regioner redogör för att de utsett ansvariga projektledare och satt samman arbetsgrupper med ansvar för implementering av patientkontraktet. Några anger att de har upprättat handlingsplaner för implementering av patientkontrakt.

Informations- och utbildningsinsatser till både medborgare, profession, och chefer beskrivs vara angeläget i samband med implementering. En del regioner har under hösten 2019 påbörjat sådana insatser eller planerar för det. Det kan även innefatta att kommunicera konceptet patientkontrakt till chefer och verksamhetsutvecklare för att sprida användningen till fler enheter inom olika verksamhetsområden. Region Jönköpings län har drivit ett projekt att utveckla patientkontrakt tillsammans med invånarna.

Patientkontrakt tillsammans med invånare i Region Jönköpings län

Region Jönköpings län har med stöd av extra medel från SKR arbetat med att utveckla konceptet patientkontrakt tillsammans med invånarna. Projektet har bedrivits inom regionens övergripande strategi Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård. I Region Jönköpings län är patientkontrakt ett prioriterat område 2019–2020 och breddinförs med stöd av genombrottsmetodik, en metod för systematiskt och lärandestyrt förbättringsarbete, i verksamheterna. Patientkontraktet utvecklas vidare tillsammans med invånare och patienter för att skapa förutsättningar utifrån behov av att träna sig i att tillvarata sina egna resurser och förbereda sig för att i mötet med vården och omsorgen utveckla en gemensam överenskommelse med gemensamt ansvar.

Målet med arbetet har varit att utifrån patientkontraktets delar tillsammans med invånare och patienter skapa mötesplatser för att stärka deras tillvaratagande och utvecklande av egna resurser och kompetenser för ökad tilltro till den egna förmågan i relation till egen hälsa, kontakter med vården och i vårdmöten.

Flera stödområden har identifierats som viktiga för invånaren i ett patientkontrakt: teknik och den digitala vardagen, egenvård och hälsa.

Region Västerbotten redovisar att de under 2018 och 2019 utvecklat och testat en form av patientkontrakt, tillsammans med Skellefteå kommun, i första hand för personer med behov av insatser från både kommun och region. Planen tydliggör patientens önskemål och behov, planering och vem som ansvarar för vad. Regionen redogör för fortsatt arbete med att sprida arbetssättet till andra verksamheter.

¹⁶ *Min vårdplan* är ett individualiserat patientstöd inom e-tjänsten Stöd och behandling på 1177.se.

Flera regioner rapporterar att de stödjer och följer utvecklingen av sammanhållen planering med patientkontrakt på 1177 Vårdguiden. Inera har haft i uppdrag av SKR att inom ramen för arbetet med patientkontrakt genomföra en förstudie för att titta på möjligheter och koncept för att visualisera en digital sammanhållen planering på 1177 Vårdguiden för invånare¹⁷. Förstudiens resultat visar att sammanhållen planering är ett koncept som förenklar vårdens övergångar samtidigt som det bidrar till andra nyttor för patienten, närstående och medarbetare i olika organisationer. Förstudien rekommenderar teknisk utveckling och verksamhetsutveckling parallellt i regionerna för att åstadkomma den önskvärda förändringen.

Kommunernas arbete med patientkontrakt

Majoriteten av de intervjuade kommunerna redogör för att de inte är involverade i något arbete med patientkontrakt och inte heller driver något pågående utvecklingsarbete kring det. En kommun menar dock att de inom ramen för multiprofessionella team har arbetssätt som motsvarar patientkontrakt.

Några kommuner hänvisar till sitt arbete med samordnad individuell plan (SIP) och en kommun uttrycker att patientkontrakt är en del av SIP.

Uppsala kommun arbetar aktivt med varje del inom patientkontraktet men uppger att man inte använder sig av själva begreppet. Tre andra kommuner uppger att de har haft inledande möten med ansvarig för arbetet med patientkontrakt på regionen och kommer att planera för fortsatt arbete.

Införande av webbtidbok

Webbtidbok innebär att mottagningar erbjuder möjlighet att boka, alternativt endast av- eller omboka, en tid direkt i journalsystemets tidbok via 1177 Vårdguiden. Införandet av webbtidbok är en prioriterad insats inom arbetet med att införa patientkontrakt. Några regioner beskriver att webbtidbok är en av de viktigaste och mest efterfrågade digitala tjänsterna för invånarna.

Införandet av webbtidbok kan medföra krav på både utvecklingsarbete och förändrade arbetssätt i och med att personal behöver ansvara för att tillgängliga tider i webbtidboken [16]. Översyn av schemaläggning, triagering och olika former av remisslösningar behöver genomföras och utvecklas, anger region Skåne.

Tre regioner ställer krav på att verksamheter inom vårdval respektive husläkarmottagningar enligt avtal måste erbjuda ett definierat basutbud av digitala tjänster via 1177 Vårdguiden, där webbtidbok ingår.

En majoritet av regionerna har breddinfört eller arbetar med att breddinföra webbtidbok under 2019 och kommer att fortsätta så under 2020. Region Blekinge anger att de satsat ytterligare resurser för att öka takten i införandet av webbtidbok med målet att också privata vårdcentraler ska ha infört det första halvåret av 2020. I de flesta regioner har webbtidbok införts i primärvården och i de fall webbtidbok inte införts inom specialistvården eller vid privata vårdcentraler pågår arbete för att det ska ske.

¹⁷ Förstudien beskriver förutsättningarna när det gäller bland annat juridik, lagstiftning, regelverk, verksamhetsprocesser, införande och arbetssätt.

Det varierar mellan olika vårdenheter hur många tider som tillgängliggörs liksom om invånarna kan boka tider, se sina bokade tider eller endast kan avboka en tid. En del regioner menar att en ökad användning av webbtidbok kräver att mottagningar gör fler tider tillgängliga via webbtidbok samt att invånarna får ökad kännedom om möjligheten att boka och boka om tider.

Vissa regioner har tagit nya tag för att införa webbtidbok under hösten 2019 för att öka införandetakten. Tabell 2 nedan ger en överblick över hur många mottagningar i respektive region som var anslutna till webbtidbok i mars 2020.

Tabell 2. Mottagningar med webbtidbok

Antal mottagningar per region med webbtidbok, mars 2020

Region	Visa tid	Boka tid
Blekinge	23	12
Dalarna	85	59
Götaland	13	12
Gävleborg	76	59
Halland	668	494
Jämtland Härjedalen	40	9
Jönköpings län	313	196
Kalmar län	237	97
Kronoberg	167	92
Norrbottnen	185	118
Skåne	426	208
Stockholm	873	660
Sörmland	143	65
Uppsala	298	124
Värmland	288	40
Västerbotten	93	44
Västernorrland	72	51
Västmanland	176	144
Västra Götaland	462	400
Örebro län	199	101
Östergötland	239	165

Källa: Inera

*Socialstyrelsen saknar information om hur många mottagningar det finns totalt i respektive län som skulle kunna vara anslutna till webbtidbok. Socialstyrelsen saknar också information om andel anslutna som är primärvård respektive specialistvård, till sist saknas även information om antalet mottagningar med möjlighet att boka tid är utgör mottagningar av det totala antalet mottagningar som kan visa tid.

Hälsofrämjande och förebyggande arbete

Förebyggande och hälsofrämjande arbete är exempel på insatser inom överenskommelsen God och nära vård 2019 som regionerna kan genomföra för att stödja omställningen. Av de regioner som har beslutade strategier eller handlingsplaner för omställningen har de flesta förebyggande och hälsofrämjande insatser som ett uttalat fokusområde.

Flera regioner uppger att de arbetar med riktade hälsosamtal till specifika grupper, exempelvis vid en viss ålder. Vissa fokuserar på levnadsvanornas betydelse vid psykisk sjukdom. Se avsnittet Patienter med psykisk ohälsa.

I Region Jönköpings län finns en antagen strategi och handlingsplan för jämlik hälsa. Den har sin bakgrund i att det genomsnittliga hälsoläget i länet är bra, men samtidigt kvarstår eller ökar hälsogapen mellan befolkningsgrupper och geografiska områden.

En del regioner beskriver att vårdcentralerna har fått särskilda uppdrag vad gäller hälsofrämjande arbete, eller att de infört resultatbaserad ersättning inom det förebyggande arbetet. Region Sörmland beskriver Hälsoprogram Sörmland som är en modell för preventivt hälsoarbete. Syftet är att stödja mer hälsosamma vanor för att påverka viktiga riskfaktorer bakom till exempel hjärtinfarkter, stroke och diabetes. Programmet ska också stödja goda levnadsvanor.

En del regioner arbetar med projekt för att med webbaserade levnadsvaneformulär förbättra följsamheten till Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling [18]. Några regioner har tillsatt hälsokoordinatorer eller samordnare för det preventiva arbetet.

Region Kronoberg har inrättat primärvårdens hälsoenhet för preventivt arbete, med mottagningar för invånare i hela länet.

Patienter med psykisk ohälsa

Av samtliga regioners nulägesrapporter eller intervjuer framgår att åtgärder för att bättre omhänderta patienter med psykisk ohälsa ingår bland prioriterade utvecklingsinsatser eller nya arbetssätt i omställningsarbetet. Två tredjedelar av regionerna uttrycker att psykisk ohälsa är ett specifikt område för samverkan mellan region och kommun.

Regionerna redogör för olika typer av insatser och åtgärder inom området psykisk ohälsa. Det rör sig exempelvis om mobila teamlösningar, riktade psykiatriska insatser till specifika grupper (personer med ätstörningar, suicidprevention m.m.) och digitala lösningar. Internetbaserad KBT, egeninitierade inläggningar i psykiatrisk slutenvård och integrerad beteendehälsa är exempel på insatser som återkommer i flera regioners nulägesrapporter.

Flera åtgärder för att stödja barn och unga med psykisk ohälsa vidtas av regionerna, exempelvis genom att stärka första linjens vård av denna patientgrupp. En del regioner har också utvecklat eller påbörjat samarbetslösningar med kommunerna, riktade till vuxna eller barn och unga.

Sammanhållen vård vid psykisk ohälsa

Det finns flera exempel i nulägesrapporterna på verksamhet i riktning mot en mer sammanhållen vård vid psykisk ohälsa. Region Gävleborg beskriver exempelvis att hela den psykiska ohälsan behandlas på ett och samma ställe inom BUP och habilitering för effektiv och personcentrerad vård. Dessa patienter har även flest vårdkontakter med olika huvudmän, och då blir samordning mellan aktörer särskilt viktig, enligt regionen.

Västra Götalandsregionen beskriver att de håller på att breddinföra vård-samordnare inom psykisk ohälsa i primärvård. Det är en standardiserad vårdprocess för uppföljning vid vård och behandling av individer med lätt eller medelsvår psykisk ohälsa. Vårdsamordnaren, som kan vara fast vårdkontakt,

skapar tillgänglighet genom snabba kontakter med patienten, bokade tider i förväg samt information om kontaktvägar.

I Region Örebro beskrivs ett framgångsrikt arbete med integrerad beteendehälsa som initierades 2018. En vårdcentral hade då sedan flera år minst sex månaders väntetid till kurator eller psykologmottagning. Nu tas patienter med besöksorsak psykisk ohälsa emot inom 24 timmar och kan erbjudas hjälp på rätt vårdnivå.

Barn, unga och deras föräldrar i region Värmland som upplever stress, nedstämdhet eller bara behöver någon att prata med kan erbjudas hjälp och stöd hos första linjen. Det handlar om tidiga insatser för att barn och unga inte ska utveckla svår psykisk ohälsa eller missbruk. Arbetet sker i samarbete mellan regionen och länets kommuner.

Ett behandlingsteam med särskilt uppdrag för första linjens vård till barn och unga som har psykisk ohälsa med måttliga symtom och funktionsnedsättning finns inom närsjukvården i Region Halland med syfte att komplettera vårdcentralernas utbud.

Samarbetslösningar med kommunerna

Omkring en tredjedel av regionerna beskriver i sin nulägesrapport att de har inrättat eller påbörjat olika samarbetslösningar tillsammans med kommunerna inom området psykisk ohälsa. Region Gotland beskriver exempelvis samarbete mellan BUP och socialtjänsten vid lättare psykisk ohälsa och sammanhållet stöd vid komplexa tillstånd. Region Kalmar län arbetar med en intern struktur för att fortsätta omställningen till mer öppna och nära vårdformer för invånare med psykisk sjukdom. Samarbete sker med kommunerna i länet.

Fokus på levnadsvanor vid psykisk ohälsa

Omkring en tredjedel av regionerna uttrycker att de lägger särskilt fokus på förbättrade levnadsvanor vid psykisk ohälsa. Exempelvis beskriver Region Halland att de beviljats statsbidrag för att utveckla arbetet med levnadsvanor riktat till gruppen med psykisk ohälsa.

Samtliga vårdcentraler i Region Jönköpings län har ett särskilt uppdrag att aktivt arbeta med systematiskt förbättringsarbete med ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande fokus. Regionen beskriver att psykisk hälsa för närvarande är prioriterat. Samtliga vårdcentraler använder samma grund för förbättringsarbetet, där varje verksamhet beskriver sina utmaningar, sätter mål och mått, testar i liten skala och följer upp.

Region Norrbotten anger att de gör en utbildningssatsning för medarbetare inom psykiatrin, för att uppmärksamma levnadsvanornas relevans för hälsan hos personer med allvarlig psykisk sjukdom.

Självvård inläggning i psykiatrisk heldygnsvård

Några regioner, exempelvis Region Gotland, redogör för att de arbetar med självvård inläggning inom psykiatrin. Uppföljning efter drygt två år visar enligt regionen på bra resultat i linje med övriga nationella projekt, dvs. kortare vårdtider och stor minskning av totala antalet vård dagar per år och patient. Resultat ses också i form av färre tvångsåtgärder.

Även i Region Östergötland beskrivs att en av länets psykiatriska kliniker arbetar med konceptet egeninläggning för patienter med kroniska sjukdomar. Enligt regionen upplever patienterna en ökad trygghet, och behovet av slutenvårdsplatser har kunnat hållas relativt lågt.

Enligt Region Skåne har ett försöksprojekt och en forskningsstudie med brukarstyrda inläggningar för patienter med självskadebeteende visat goda resultat. Vårdformen erbjuds nu i hela regionen.

Tillgänglighet och effektivare arbetssätt

Väntetider är en central del av vårdens tillgänglighet. Tillgänglighet är samtidigt ett vidare begrepp och kan även handla om geografisk närhet, mottagnings öppettider och patientens upplevelse av och uppfattning om vårdens fysiska tillgänglighet. Vårdens tillgänglighet kan också handla om faktorer såsom kostnader för patienterna (i form av egenavgifter), hur patienterna blir bemötta av vårdpersonal samt patienternas tillgång till vårdpersonal med rätt kompetens [19, 20].

Tillgänglighet betyder att hälso- och sjukvården utformas så att den inte utestänger personer med särskilda behov [2]. Begreppet tillgänglighet har vidgats genom den digitala utvecklingen som har gjort att patienter kan kommunicera med hälso- och sjukvården på ett säkert sätt utan fysiska besök [19]. Det öppnar för nya sätt att bedriva vård samt ökar möjligheten för patienter att bli medskapare av sin egen vård [21].

Regionerna ska enligt överenskommelsen God och nära vård 2019

- Rapportera alla besök i primärvården till den nationella väntetidsdatabasen, i enlighet med modellen för utvecklad uppföljning av primärvård.
- Använda resultatet från inrapporteringen för att förbättra tillgängligheten och därmed servicegraden för patienterna.
- Genomföra insatser för att utveckla och förändra arbetssätt eller andra insatser som stödjer arbetet med den förstärkta vårdgarantin.

Rapportera in alla besök i primärvården

SKR har tillsammans med regionerna tagit fram en modell för utökad uppföljning av primärvården [22]. Projektet avslutades vid årsskiftet 2019/2020 och modellen är sedan dess införd i regionerna. Mer information om modellen finns på www.vantetider.se. Vid en avstämning med SKR i mars 2020 framkom att alla regioner sedan årsskiftet 2019/2020 rapporterar besök till den nationella väntetidsdatabasen i enlighet med den nya modellen¹⁸.

På www.vantetider.se och www.vardenisiffror.se presenterade SKR den 26 februari 2020 en första mätning av primärvårdens tillgänglighet för januari månad 2020. Mätningarna sker månadsvis från januari till december varje år, och tillgängligheten presenteras såväl för enskilda regioner och vårdcentraler som för legitimerade yrkesgrupper. Enligt uppgifter i den nationella

¹⁸ Inrapportering av data omfattar endast vård som drivs i regionens egen regi eller vårdgivare som har vårdavtal med regionen.

väntetidsdatabasen som förvaltas av SKR, klarade sju regioner den nya vårdgarantigränsen, medicinsk bedömning inom tre dagar, under januari månad, 2020.

I Socialstyrelsens rapport avseende deluppdrag II från juni 2020 [4] framgår på s. 29 att uppföljningen av den förändrade vårdgarantin inte kommit helt på plats och vidare på s. 51 att det återstår arbete med att validera de inrapporterade uppgifterna.

Använda resultatet för att förbättra tillgängligheten

Enligt överenskommelsen God och nära vård 2019 ska regionerna använda resultaten för att förbättra tillgängligheten och därmed servicegraden för patienterna. En del regioner har skapat former för återkoppling och dialog om resultaten med verksamheterna. Flera regioner uppger att de genomför informations- och utbildningsinsatser om den förstärkta vårdgarantin till vårdgivare och verksamhetschefer. Vissa regioner har också etablerat stödfunktioner för att hjälpa mottagningarna att kunna uppfylla vårdgarantin. Flera regioner beskriver att de följer upp och återkopplar resultaten till verksamheterna och har i vissa fall återkommande dialoger om resultaten.

Även information till invånarna förekommer och stöd för att vid behov hjälpa patienter till alternativa vårdgivare. Flera har också sett över sina tillgänglighetsriktlinjer eller krav på primärvården.

Utveckla och förändra arbetssätt

I regionernas nulägesrapporter framgår att de arbetar med olika åtgärder för att förbättra tillgängligheten och uppfylla vårdgarantin i primärvården. Omställningen till en mer nära vård innebär en palett av insatser inom såväl digitalisering som kompetensförsörjning och sammanhållen vård som kan resultera i förbättrad tillgänglighet. Regionerna arbetar exempelvis för att ändra sina arbetssätt och införa digitala lösningar för att kunna effektivisera verksamheterna, samt använda befintliga resurser och kompetenser på nya sätt, såsom öppna mottagningar i team eller mottagningar ledda av andra yrkeskategorier än läkare. En del arbetar också med produktionsplanering.

Av nulägesrapporterna framgår att regionerna har kommit olika långt i sin process, där vissa enats om ett mål för sina insatser på området, medan andra påbörjat breddinförande av insatserna. Vissa regioner har redovisat åtgärderna under tillgänglighetsområdet, medan andra beskriver insatserna inom områdena digitalisering eller kompetensförsörjning.

Smartare användning av medarbetarnas kompetens

I överenskommelsen En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare 2019 finns insatsområdet Smartare användning av medarbetarnas kompetens. Där anges att vårdgivarna behöver se över hur de ska kunna använda medarbetarnas kompetenser mer flexibelt genom att utveckla

interna processer, styra arbetstiden för att skapa effektiva flöden och fördela om arbetsuppgifter mellan yrkesgrupper. Insatsområdet har sedan 2016 funnits med i tidigare överenskommelser mellan staten och SKR [13-15]. Därför redovisar regionerna ofta att arbetet inom detta insatsområde har pågått under flera år och, i flera fall, utvecklats från pilotprojekt till breddinförande.

Ändrade arbetssätt för patientbesök

Enligt nulägesrapporterna för överenskommelsen God och nära vård 2019 beskrivs att ändrade arbetssätt införs för exempelvis triagering, patientbesök och bokning av patientbesök.

Flera regioner fokuserar sitt arbete för ökad tillgänglighet på särskilda patientgrupper, såsom etablering av äldremottagningar på vårdcentraler för att förbättra tillgängligheten för äldre och multisjuka. En del fokuserar på patienter med kronisk sjukdom eller behandling i grupp. Regionerna arbetar genomgående med att införa eller på försök driva mobila team för särskilda patientgrupper för att minska akutbesöken och uppnå en mer personcentrerad vård (se avsnittet Mobila team). Enligt regionerna kan det öka tillgängligheten i primärvården.

Växling av arbetsuppgifter mellan yrkesgrupper

Socialstyrelsen har tagit fram ett stöd för fördelning av arbetsuppgifter mellan olika yrkesgrupper, *Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården?* [23]. Stödet redogör för vilka uppgifter som är reglerade och vilka som inte är det. Flera regioner redovisar att de har använt det stödet i sitt arbete med arbetsuppgiftsfördelning eller kompetensmixplanering.

Merparten av regionerna beskriver i nulägesrapporterna för överenskommelsen God och nära vård 2019 att de arbetar för att använda befintlig kompetens på nya sätt i syfte att effektivisera, exempelvis genom teamarbete eller omfördelning av arbetsuppgifter. Som exempel kan nämnas team-mottagning med både läkare och sjuksköterska och mottagningar ledda av undersköterska eller sjuksköterska, där läkare finns att tillgå i en mer konsultativ roll. Region Kronoberg rapporterar om distriktssköterskeledda mottagningar på flera av regionens vårdcentraler och om psykoterapeuter och fysioterapeuter som första kontakt inom primärvården. Region Värmland uppger att arbetssättet BEON (Bästa Effektiva OmhändertagandeNivå) sedan 2017 är infört på samtliga vårdcentraler och att de 2018–2019 såg en minskning av kostnader för hyrläkare. Regionen räknar även med att kunna se ett minskat antal inläggningar i slutenvården på sikt, eftersom patientgrupper med exempelvis kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) och diabetes erbjuds sjuksköterskeledda mottagningar i öppenvården.

Region Dalarna uttrycker att primärvårdens arbetssätt ska utvecklas mot ett reellt teamarbete där tillgängligheten i första linjen till läkare, fysioterapeuter, psykologer och sjuksköterskor ska vara likvärdig.

I Region Halland beskrivs undersköterskor utföra vissa arbetsuppgifter som tidigare har gjorts av röntgensjuksköterskor, och cytodiagnostiker uppges ha övertagit en del läkaruppgifter inom patologi och cytologi.

Region Skåne har genomfört utbildning för skötare inom vuxenpsykiatri för att de ska kunna utföra andra arbetsuppgifter. Region Örebro har utformat

en bemanningspool för internstafett där läkare från sjukhusen gör insatser på vårdcentraler under jourkompledig tid. Regionen beskriver också försök med nya arbetssätt på vårdcentralen med team och kompetensväxling, som på en del vårdcentraler i dag ingår i den ordinarie verksamheten.

Vårdnära service och kliniska farmaceuter

Nästan alla regioner rapporterar att de har infört nya yrkesroller. Flera beskriver införande av vårdnära service, servicevärdar eller servicemedarbetare, vilka bland annat uppges ansvara för städning, måltidsservice, viss förrådshantering och patienttransporter. Målet beskrivs vara att frigöra patientnära tid för vårdpersonalen. Flera regioner beskriver att vårdnära service under de senaste 3–4 åren har utökats från pilotförsök till införande i bred skala.

Omkring en tredjedel av regionerna rapporterar om införande av kliniska farmaceuter i vården¹⁹, som har uppdrag på området läkemedelsgenomgångar eller stöttar vårdpersonalen i läkemedelsfrågor. De uppges även kunna hantera läkemedelsförråd och avlasta sjuksköterskornas arbete med läkemedelshantering.

Två andra exempel på nya roller är rehabkoordinatorer som avlastar läkare med intygshantering på vårdcentraler i Region Skåne, och väntrumsvårdar som möter upp patienterna på vårdcentraler i samma region.

Produktions- och kapacitetsplanering

De flesta regioner redovisar att de arbetar med produktions- och kapacitetsplanering. Region Blekinge beskriver att målet är att använda de befintliga resurserna så effektivt som möjligt. Region Värmland uttrycker även att en förbättrad arbetsmiljö är ett av målen. Regionerna uppges ha kommit olika långt med sin produktions- och kapacitetsplanering. Region Östergötland rapporterar att en modell för ledning och styrning av produktions- och kapacitetsplanering inom operationsverksamhet på Universitetssjukhuset i Linköping har testats och blivit en del av verksamheten. Samma region planerar att använda modellen i flera av sina verksamheter.

Mobila team

De allra flesta regioner uttrycker i sina nulägesrapporter att de arbetar med olika former av mobila team för att kunna bedriva hälso- och sjukvård utanför sjukhusen och vårdcentralerna. En del regioner arbetar i projektform medan andra har etablerat mer permanenta lösningar. Mobila team bemannas ofta gemensamt från specialistvård, primärvård och kommun.

Mobila team beskrivs som ett konkret sätt att flytta sjukhusresurser ut i första linjens vård, närmare befolkningen. Genom teamarbetet skapas en brygga mellan olika vårdgivare, med utgångspunkt i patientens behov och där insatser inte hindras av organisatoriska gränsdragningar. Ofta prioriteras personer med komplexa vårdbehov och behov av insatser från både kommunal och regiondriven hälso- och sjukvård. Mobila utbudspunkter innebär för-

¹⁹ Magisterprogram (60 högskolepoäng) för personer med apotekarexamen och apotekarlegitimation eller personer med farmacie magisterexamen, receptarielegitimation och apoteksarbete på heltid som legitimerad receptarie i minst 4 månader.

flyttning av regionens medarbetare och övriga resurser för att möta patienterna där de finns, oavsett vårdnivå. Region Norrbotten beskriver att de mobila vård- och omsorgslösningar som nu är under utveckling är en nyckel till mer effektiva och personcentrerade arbetssätt med framförallt den ökande gruppen sjuka äldre.

Införandet av mobila team innebär även ett utökat samarbete med kommunerna som kan leda till ytterligare effekter. Syftet anges vara att exempelvis undvika påfrestande transporter för patienten och minska akutbesök och återinläggningar. Det handlar också om en effektivisering och en möjlighet att kunna minska behovet av vårdplatser i slutenvården. Uppföljning av införandet av mobila team beskrivs i flera regioner, se avsnittet Regionernas uppföljning av omställningen.

Digitalisering

Utveckling av e-hälsa och digitala lösningar ses av regionerna som en av de viktigaste delarna för att klara framtida utmaningar inom hälso- och sjukvården, dels för att det ställs stora krav på utveckling av nya processer och arbetssätt, dels genom ökade krav på samverkan mellan hälso- och sjukvårds- och omsorgsaktörer. Digitala lösningar beskrivs som viktiga komponenter för att kunna öka tillgängligheten i primärvården när det gäller exempelvis patientens kontakter med vården, triagering, bokning av besök och digitala vårdmöten. Flera regioner fokuserar på att utveckla digitala vårdtjänster, kopplat till Vision e-hälsa 2025.

Digitalisering och e-hälsa bidrar till att skapa förutsättningar för en distansoberoende vård och omsorg, och möjliggör olika sorters teknikstöd som ökar patientens frihet och medbestämmande. Utveckling och införande av digitala trygghetsskapande tjänster kan också bidra till att äldre, multisjuka och personer med funktionsnedsättning ges bättre möjligheter att vara delaktiga i sin egen vård. Det är viktigt att den digitala tjänsten är anpassad till den enskilda patientens behov och förutsättningar för att använda tjänsten [21]. Verktyg som webbtidböcker, sms-påminnelser, självincheckning för patienter, tidsbokad tillbakaringning och införande av digitala kallelser används. Många regioner ser också över möjligheterna att inrätta en digital vårdcentral. Projekt för att införa akut bedömning av patienter via e-tjänst pågår i vissa regioner. Distansmonitorering beskrivs också som viktiga delar i det digitala utvecklingsarbetet.

Framtidens vårdinformationsmiljö

Flera regioner redogör för sitt arbete med framtidens vårdinformationsmiljö (FVM) och att skapa en modernare it-miljö för vårdinformation. Arbetet med FVM ses som högst prioriterat och anges vara en viktig del i omställningen till en mer nära vård samt för att skapa förutsättningar för att öka patientens delaktighet och bättre samordning och tillgänglighet.

Västra Götalandsregionen har ingått samarbete med de 49 kommuner som finns i regionen genom att de undertecknat en eller flera optioner inom programmet FVM. Det innebär att kommunerna i olika utsträckning kan välja att skriva avtal om att få tillgång till olika funktioner i det nya it-stödet.

1177 Vårdguidens e-tjänster

Samtliga regioner redogör för sitt arbete med 1177 Vårdguidens e-tjänster i form av exempelvis webbtidbok, *Min vårdplan* och journal via nätet. Det kan bland annat röra sig om breddinförande av de nationella e-tjänsterna samt ökade informationsmängder som finns tillgängliga i Ineras tjänst *Journalen*²⁰. Det framhålls att ökade informationsmängder i *Journalen* kan bidra till att det kan nyttjas som ett verktyg i mötet mellan patient och profession.

²⁰ Ineras tjänst för att invånarna ska kunna läsa journalinformation från hälso- och sjukvård samt tandvård via internet. Invånarna når tjänsten genom inloggning i 1177 Vårdguidens e-tjänster.

Region Örebro län rapporterade i oktober 2019 att mer än 170 000 av invånarna nyttjade tjänster via 1177 Vårdguiden, motsvarande 65 procent.

Några regioner redogör för arbete med e-tjänsten *Formulärtjänsten* som gör att vården kan inhämta information från patienterna via digitala formulär, exempelvis genom hälsodeklarationer inför operation.

Region Värmland anger att de sedan november 2019 tagit över 1177 Vårdguiden per telefon i egen regi och att samtalen besvaras av sjuksköterskor med erfarenhet av värmländsk hälso- och sjukvård, vilket anses skapa bättre vårdkoordinering.

Öka kunskapen om digitala tjänster

Några regioner redogör för att de bedriver arbete med att öka kunskapen om de nationella e-hälsotjänsterna bland vårdens medarbetare i syfte att öka användningen och ge förutsättningar för innovativt tänkande. Det kan även innebära att sprida kunskap om hur de kan användas för olika verksamheter samt öppna upp för möjligheter för smartare och effektivare arbetssätt. I detta kan även ingå att regionen samt medarbetarna ska informera patienterna om de e-tjänster som finns tillgängliga för att öka andelen användare och bidra till ökad tillgänglighet och delaktighet för patienten.

Även arbete med att öka kunskap och kännedom om Nationell patientöversikt (NPÖ²¹) pågår i några regioner. Region Halland beskriver att det ibland kan saknas incitament för vården att använda NPÖ, då kommunerna inte producerar information i NPÖ från sina system. Samtidigt redogör Region Gävleborg för att de arbetar för att göra kommunerna delaktiga i arbetet med NPÖ genom att som ett första steg öka deras konsumtion av plattformen för att de sedan ska bli producenter av information. Regionen lyfter också fram att de arbetar med tydligare rutiner och riktlinjer för att patientsäkerheten ska följas i takt med att digitaliseringen ökar.

Stöd- och behandlingsplattformen

Stöd- och behandlingsplattformen är något som flera regioner nämner i sina rapporteringar. Flera tar upp att de erbjuder KBT-behandling via nätet (iKBT) i primärvården men även artrosskola, endometriosskola och hjälp och stöd med att sluta röka, Tobakshjälpen. Region Östergötland lyfter fram att patienterna själva kan välja när de vill och kan arbeta med behandlingarna. Det minskar besöken i hälso- och sjukvården, vilket sparar både tid och transporter. Insatser kan också komma igång tidigare vilket uppges göra det möjligt att förebygga allvarliga tillstånd.

Bild och video som komplement till telefon

Bildhantering som komplement till telefonrådgivning eller vid remiss (bildremiss) är något som lyfts av några regioner och ses som ett sätt att öka kvalitetssäkringen samt patientsäkerheten.

Region Kalmar lyfter ökade möjligheter med att komplettera telefonrådgivning med video i syfte att möjliggöra en snabb första bedömning digitalt

²¹ NPÖ gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registreras hos andra regioner, kommuner eller privata vårdgivare. Med NPÖ finns all information tillgänglig via direktåtkomst till andra vårdgivares journalsystem.

och därmed triagera patienten till rätt vårdnivå och typ av besök. Detta har införts på samtliga hälsocentraler under 2019.

Region Västmanland redogör för pågående arbete tillsammans med Inera för att skapa förutsättningar för invånarna att kunna skicka bilder till 1177 Vårdguiden för att sjuksköterskan ska kunna göra säkrare bedömningar.

Några regioner lyfter pågående arbete med att samordna journalsystem och ordinationsdatabas för en säker läkemedelshantering liksom arbete med digital läkemedelslista.

Mobil självcheckning vid besök till vården är något som är möjligt i flera regioner. Det innebär att patienten själv registrerar sin ankomst samt betalar för besöket genom mobilen eller en surfplatta.

Vård på distans

Vård på distans i form av videomöten, chatt och asynkron²² meddelandetjänst pågår i en majoritet av regionerna i form av pilotprojekt eller som mer etablerade tjänster. Det utvecklas ständigt eftersom det är ett prioriterat område. Videomöten erbjuds i primärvården men även i specialistvården, och innefattar både återbesök och nybesök. Region Halland har ett pågående pilotprojekt för att erbjuda videomöten för barn med diabetes. Regionen har även en digital plattform för att stödja patienter inom psykiatri, *Psykiatrin i fickan*.

Region Östergötland har bedrivit tjänsten *Digitala vårdcentralen* sedan januari 2018. Den bemannas av läkare från ett flertal vårdcentraler och under 2019 har det blivit möjligt att även boka besök hos fysioterapeut.

I Västra Götalandsregionen erbjuder den offentligt drivna primärvården digitalt stöd i syfte att stödja förändrade levnadsvanor kopplat till fysisk aktivitet, mat, tobak och alkohol.

Region Uppsala beskriver hur en virtuell mottagning för riskbruk av alkohol har införts inom den ordinarie verksamheten under 2019. Den uppges underlätta för de individer som inte gärna kontaktar vården.

Flera regioner lyfter sina arbeten med distansmonitorering för patienter med exempelvis KOL och hjärtsvikt. Region Kalmar län har startat ett projekt där kroniskt sjuka patienter själva rapporterar in sjukdomsparametrar hemifrån i ett digitalt system. Målet beskrivs vara att erbjuda en mer anpassad och behovsstyrd vård där vårdpersonalen på ett enkelt sätt kan följa patientens sjukdomsutveckling.

Region Västerbotten har tillsammans med kommuner i södra Lappland skapat samhällsrum²³ med möjlighet till digital vård och andra samhällstjänster på mindre orter, ett arbete som pågår under 2020.

Nedan beskrivs ett exempel på virtuellt akutrum:

²² Kommunikation med fördröjning.

²³ Samhällsrum är ett rum utrustat med digital teknik tillgänglig för patienten för provtagning i olika former. Videokonferensteknik i rummet ger möjlighet till digitala möten.

Virtuellt akutrum i Region Jämtland Härjedalen

Virtuellt akutrum är en lösning som är framtagen av primärvården i Region Jämtland Härjedalen. Lösningen har gjort det möjligt att dela en läkarjour över ett större geografiskt avstånd mellan olika enheter. Lösningen består av en förändrad arbetsprocess som inkluderar en initial triagering som utförs av en sjuksköterska och/eller undersköterska, en akutliggare i vårdsystemet över en eller flera vårdenheter, en app för läkaren som har jour och en vagn som är utrustad med ett antal olika kameror och stetoskop som den jourhavande läkaren vid behov kan använda under undersökningen med stöd av den personal som finns närvarande hos patienten.

Administrativa stöd

För att skapa processer för förenklad administration och bättre tillgång till information redovisar regionerna olika införda åtgärder och pågående projekt.

It-ronder har införts tidigare i regionerna Blekinge och Värmland [14] men har nu utvecklats och syftar till att gå igenom vårdens vardagsproblem och se vilka effektivitetsmöjligheter som finns.

I några regioner pågår projekt med tal i journal, direktdiktering, då det lyfts att den medicinska sekreterarens roll för samordnad informations- och dokumentationshantering kring patienten behöver stärkas.

Mobila arbetssätt för hantering av läkemedelsordinationer, beställning av prover samt dokumentation direkt hos patienter inom slutenvården är möjligt i några regioner.

Kompetensförsörjning

Kompetensförsörjning handlar både om att rekrytera och behålla kompetens, samt utveckla och använda kompetensen rätt. Därför har regionernas arbete med långsiktig kompetensförsörjning flera beröringspunkter med hur de utvecklar medarbetarnas förutsättningar. Flera aktiviteter inom området ”stöd till långsiktig kompetensförsörjning” beskrivs ha inletts under det första årets överenskommelse om bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården [13] för att sedan gradvis ha implementerats och blivit permanenta lösningar. Kompetensförsörjningen är central även i arbetet med omställningen till en mer nära vård med specifika kompetensförsörjningsåtgärder som en del i arbetet med omställningen. Många av insatserna överlappar. Nedan redovisas kompetensförsörjningen inom båda överenskommelserna för 2019. Se även avsnittet Tillgänglighet, Utveckla och förändra arbetssätt.

Strategier och systemstöd

Regionerna redovisar policyer och strategier för att säkra kompetensförsörjningen. Fler regioner rapporterar inom En investering för utvecklade förutsättningar att de har gjort prognoser för behovet av kompetens. De flesta regioner beskriver handlingsplaner eller strategier med åtgärder för att öka sin attraktivitet som arbetsgivare. Region Östergötland använder den så kallade Magnetmodellen för att attrahera, behålla och utveckla sjuksköterskor. De menar att den även kan användas för andra yrkesgrupper i ett team. Modellen beskrivs bygga på fem områden, bland annat ledarskap, struktur för professionell utveckling, excellent vård och ny kunskap.

Flera regioner uppger att de har upphandlat och, i olika grad, implementerat systemstöd för kompetensförsörjning. Systemstöden beskrivs kunna kopplas samman med utbildningsmoduler för att följa upp medarbetarnas kompetensnivåer. De ska kunna användas vid introduktioner och medarbetarsamtal som underlag för lönesättning och kompetenskartläggning.

Att rekrytera medarbetare

De flesta regioner beskriver utmaningar i att kunna rekrytera vissa yrkesgrupper. Region Jönköpings län beskriver samtidigt en trend mot att fler medarbetare tillsvidareanställs och färre visstidsanställs och anger också att en regionövergripande kompetensförsörjningsenhet har startat med syfte att utveckla, förbättra och underlätta rekryteringsarbetet för chefer inom hälso- och sjukvården. I avtal mellan Region Skåne och lärosäten i regionen som ger sjuksköterskeutbildning ska lärosätena från hösten 2019 ha antagning till specifika orter där studenterna kommer att göra största delen av sin verksamhetsförlagda utbildning (VFU). Syftet uppges vara att öka trygghetskänslan under VFU genom den lokala anknytningen samt att sjukhusen ska känna ett större ansvar för studenterna under VFU. Målet beskrivs vara att få en större genomströmning av studenter som kan anställas i regionen. Genom ett sam-

arbete med ett lärosäte erbjuder Västra Götalandsregionen anställning av studentmedarbetare som under studietiden kan erbjudas kompetensutveckling på ett annat sätt än genom en timanställning.

Några regioner satsar på marknadsföring, både för yrkeserfarna, nyexaminerade, studenter och högstadie- och gymnasieelever. Fyra av tretton regioner beskriver att de deltar i mässor och rekryteringsevenemang för studenter. Det ges exempel på hur regioner bjuder in elever till sina verksamheter för att prova på att arbeta där eller erbjuder sommarjobb. Några regioner har producerat rekryteringsmaterial i form av informationsfilmer om verksamheten.

Utbildningsplatser, handledning och att tillvarata kompetens

Regionerna Gävleborg och Kronoberg uppges ha finansierat utbildningsplatser på sjuksköterskeprogrammet för att öka antalet examinerade, och i flera regioner har formerna för handledning av studenter och nyanställda utvecklats. Ett exempel på det är genom så kallade LUVA-avdelningar²⁴ och införande av peer-learning²⁵ i Region Blekinge. Kalmar är sedan 2016 en av studieorterna inom Linköpings universitet för läkarutbildningen, och 2019 genomförde drygt 30 läkarstudenter sin kliniska utbildning där. Regionen hoppas att de ska bidra till dess långsiktiga kompetensförsörjning. Region Gotland har infört en utbildningsenhet vid en vårdcentral för att erbjuda god tillgång till handledning och kollegialt lärande under specialisttjänstgöring i primärvården.

Några regioner uppger att de har ökat antalet tjänster för allmäntjänstgöring (AT) för läkare, och flera har ökat antalet tjänster för specialiserings-tjänstgöring (ST) för läkare. Flera regioner har också ökat antalet platser för praktisk tjänstgöring för psykologer (PTP)²⁶. Regionerna Halland och Sörmland har tillsatt studierektorer för PTP för att höja kvaliteten och kartlägga behovet av tjänster, och Region Jämtland Härjedalen har etablerat PTP-tjänster i primärvården.

I många regioner uppges utvecklingen av ett introduktionsår för nyexaminerade sjuksköterskor ha fortsatt, för att underlätta övergången från studier till arbetsliv²⁷. Region Kalmar län har en tvåårig introduktion och erbjuder även introduktionsprogram till nyanställda inom andra yrken, liksom Region Uppsala gör.

Många regioner beskriver hur de tillvaratar hälso- och sjukvårdskompetens hos personer utbildade utanför EU/EES. De vill underlätta vägen fram till en svensk legitimation, genom bland annat språkundervisning och kliniska introduktionstjänster samt förberedande kurser inför kunskapsprov. I regionerna Kronoberg och Uppsala erbjuds kliniska introduktionsprogram till personer som är utbildade inom EU/EES. Region Kronoberg har en

²⁴ Lärande utvecklande vårdavdelning, särskilda utbildningsavdelningar.

²⁵ Studenter inom samma profession lär av varandra, eller i interaktion med andra professioner.

²⁶ 12 månaders praktisk tjänstgöring efter examen krävs för att få söka legitimation hos Socialstyrelsen.

²⁷ I rapporten *Bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården – Uppföljning av 2017 års överenskommelse om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården* redovisas att 14 regioner erbjuder yrkesintroduktion till samtliga nyexaminerade grundutbildade sjuksköterskor, 5 regioner erbjuder till vissa.

utbildningsvårdcentral för läkare med examen från annat EU/EES-land som handleds av distriktsläkare, som en förberedelse för ST. Några regioner uppger att de rekryterar från andra EU/EES-länder, framförallt läkare och sjuksköterskor.

Insatser för att behålla medarbetare

Regionerna lyfter arbetsmiljön som avgörande för att behålla medarbetare. Flera regioner har infört nya arbetstidsmodeller, exempelvis färre totalt arbetade timmar per vecka för sjuksköterskor som arbetar natt, och fler anställda per patient eller vårdplats. Region Halland har infört en ny arbetstidsmodell där sjuksköterskor på akutmottagningen arbetar mer under sommartid och mindre resterande del av året samt förstärkning med en sjuksköterska på helgen. Det uppges ha lett till lägre personalomsättning och minskade behov av bemanningspersonal. Andra insatser som beskrivs är att höja ersättningen till de som arbetar under obekvämlig arbetstid, erbjuda heltid till de som ofrivilligt arbetar deltid samt förlänga arbetslivet för äldre medarbetare.

Region Norrbotten införde 2018 en stanna-kvar-premie i primärvården, i form av extra tjänstepensionsinbetalningar för de distriktsläkare som förbinder sig att arbeta som anställda hos regionen under överenskommen tidsperiod. Satsningen var enligt regionen framgångsrik och fortsätter löpa under kommande år.

Flera regioner beskriver inom En investering för utvecklade förutsättningar hur de försöker minska sjukfrånvaron genom att analysera medarbetarundersökningar och införa rehabiliteringsinsatser. I flera regioner används ledarskapsutbildningar för chefer, utveckling av chefers förmåga att leda i förändring och minskat antal medarbetare per chef för att skapa engagemang hos medarbetarna, förbättra chefernas kunskap om arbetsmiljöarbetet och skapa effektiva verksamheter.

Karriärutveckling och vidareutbildning

Några regioner beskriver utveckling av kompetensmodeller och karriärstegar för olika yrkesgrupper. Region Jämtland Härjedalen har infört rollen ledningssjuksköterska, ett karriärsteg för erfarna sjuksköterskor som får leda, prioritera och samordna det dagliga arbetet samt stödja nya sjuksköterskor och undersköterskor genom klinisk handledning eller rådgivning.

Regionerna beskriver hur de fortbildar anställd personal, bland annat uppger några att de genomför utbildningar i medicinsk kodning för att öka den kompetensen hos medicinska sekreterare. Ett par regioner rapporterar även om införande av kliniska träningscentrum, som tidigare har saknats. Dessa kan användas för simuleringsövningar för bland annat sjuksköterskor som genomför sitt introduktionsår samt hjärt- och lungräddningsutbildning för läkare, läkarstudenter, sjuksköterskor och undersköterskor.

I nästan alla regioner ges möjlighet för grundutbildade sjuksköterskor att vidareutbilda sig till specialistsjuksköterska med bibehållen lön eller ekonomisk ersättning. Några regioner specificerar att det handlar om specialistinriktningar som är svåra att rekrytera personal inom. Region Skåne erbjuder dels utbildningsanställningar med bibehållen lön och utbildning på halvtid, dels så kallad utbildningsförmån med en fast ersättning om 19 000 kronor per

månad och utbildning på heltid. Flera regioner uppger att antalet färdigutbildade specialistsjuksköterskor har ökat sedan 2017. Enligt Region Blekinge har behovet att anlita bemanningsbolag för specialistsjuksköterskor försvunnit under 2019. Regionen betonar vikten av en god rekryteringsprocess för att minska risken att medarbetare hoppar av eller inte tar den anställning som var tänkt för dem efter utbildningen.

Tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i kommunerna

I den enkät som Socialstyrelsen, inom ramen för föreliggande uppdrag, skickat till kommunerna har ställts frågor om tillgång och efterfrågan på legitimerad personal (bilaga 3). Svar har inkommit från 226 av 290 kommuner (78 procent) fördelade på samtliga regioner. Följande yrken har inkluderats i enkäten: sjuksköterska, specialistsjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, dietist och farmaceut.

Mer än hälften av de 226 kommunerna, 58 procent, uppger att de har brist på sjuksköterskor. Brist på specialistsjuksköterskor rapporteras från 74 procent av kommunerna, medan 14 kommuner (6 procent) anger att yrkesgruppen inte finns i deras verksamhet, se tabell 3.

Tabell 3. Bedömning av balans mellan tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i kommunal hälso- och sjukvård

Hur kommunerna bedömer balansen mellan tillgång och efterfrågan på arbetskraft inom legitimationsyrken i den kommunala hälso- och sjukvården, anges i antal och procent i parentes

Profession	Brist (%)	Balans (%)	Överskott (%)	Vet inte (%)	Finns ej i kommunens verksamhet (%)
Arbetsterapeut	105 (47)	114 (50)	2 (1)	4 (2)	1 (0)
Dietist	8 (4)	25 (11)	1 (0)	15 (7)	177 (78)
Farmaceut	3 (1)	3 (1)	0 (0)	15 (7)	204 (91)
Fysioterapeut	119 (53)	92 (41)	1 (0)	5 (2)	9 (4)
Sjuksköterska	132 (58)	90 (40)	2 (1)	1 (0,5)	1 (0,5)
Specialistsjuksköterska	168 (74)	38 (17)	0 (0)	6 (3)	14 (6)

Källa: Kommunerna

Balans mellan tillgång och efterfrågan för fysioterapeuter respektive arbetsterapeuter rapporteras från 41 respektive 50 procent av kommunerna.

En majoritet av kommunerna, 78 procent, uppger att de inte har dietister anställda i sina verksamheter, medan 11 procent av kommunerna uppger att det råder balans mellan tillgång och efterfrågan på dietister. Endast 1 procent av kommunerna uppger balans mellan tillgång och efterfrågan på farmaceuter, men i 91 procent av kommunerna uppges yrkesgruppen inte finnas anställda. Ett fåtal kommuner har kommenterat att de köper in dietist- och farmaceuttjänster samt har tillgång till dem via apotek eller primärvården.

Flera kommuner uppger att tillgången på legitimerad personal varierar över tid. En del uppger att de har en generell balans vid tiden då enkäten be-

svarades, men att det under tidigare år varit brist inom flera legitimationsyrken. Samtidigt uttrycker några kommuner en oro inför rekryteringsläget av flera legitimationsyrken. De menar att det kommer att krävas mer av personalen i och med att fler patienter med stora omvårdnadsbehov ska ges vård inom den kommunala hälso- och sjukvården genom omställningen till en mer nära vård. Vid brist på legitimerad personal prioriteras endast akuta ärenden.

Ett fåtal kommuner redogör för att de varken har eller har haft brist på legitimerad personal och att särskilda åtgärder därför inte vidtagits.

Attraktiva arbetsgivare

En del kommuner redogör för att de erbjuder en rad olika förmåner i syfte att vara en attraktiv arbetsgivare. Det kan vara karriärtjänster för legitimerad personal, justering av arbetstider och möjlighet till påverkan vid schemaläggning samt lönesatsningar. Vidare ges exempel på satsning på sjuksköterskor som fått gå utbildning till specialistsjuksköterska med bibehållen lön eller betald fortbildning.

En del kommuner redogör för att de har överanställt personal i syfte att minska behovet av vikarier samt för att klara av framtida föräldradagheter och pensionsavgångar. Ett fåtal kommuner har rekryterat legitimerad personal från ett annat nordiskt land, bland annat en fysioterapeut. Även samverkan och köp av tjänster mellan kommuner förekommer i syfte att säkra bemanningen.

Ytterligare exempel som anges är par- och teamarbete, exempelvis att fysioterapeuter och arbetsterapeuter arbetar i par och team med övriga medarbetare och professioner i syfte att skapa attraktiva och stimulerande arbetsmiljöer. Erbjudande om tillsvidareanställning och bonus till sjuksköterskor som arbetar under sommarmånaderna är åtgärder som framkommer hos fler kommuner.

Förändrade arbetssätt och omorganisering

Merparten av kommunerna anger att de anlitar bemanningsföretag i perioder. Samtidigt redogör många för omfördelning av arbetsuppgifter när legitimerad personal inte finns att tillgå. Olika exempel som anges är utökad delegering till undersköterskor och anställning och förstärkning av undersköterskor som rehabassistenter (arbetar på uppdrag med exempelvis träning) vid brist på fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Några kommuner har valt att omfördela arbetsuppgifter från sjuksköterskor till sommarvikarier som studerar till undersköterska respektive sjuksköterska. Annat exempel är rekrytering av farmaceuter för att avlasta sjuksköterskor eller anställning av sjuksköterskor under utbildning. Flera kommuner redovisar också att de tagit in pensionerade undersköterskor och sjuksköterskor som timanställda.

Några kommuner redovisar att de har undersköterskor som är specialiserade och arbetar tätt med sjuksköterskor. En kommun redogör för att de inrättat en tjänst som distriktundersköterska med arbetsuppgifter såsom provtagning, såromläggning och apoteksärenden.

Samverkan om kompetensförsörjningsfrågor

Vikten av fungerande samverkansstrukturer är något som flera kommuner lyfter, mellan dels kommuner, dels kommuner och regioner. I de olika samverkansstrukturerna avhandlas lokala frågor samt arbetas med att ta fram gemensam inriktning och en målbild för god och nära vård.

Några kommuner tar upp utmaningar med bristande eller icke-fungerande samverkan. Några lyfter att det är en utmaning att få till samverkan mellan vårdcentralerna och hemsjukvården. En utmaning som ett fåtal kommuner framhåller är att de behöver bli mer enade för att kunna föra en gemensam dialog med regionen. I Uppsala kommun finns rollen som samverkanschef vars syfte är att stötta, bearbeta och förankra i olika samverkansfrågor samt vara bryggan mellan olika parter.

Flera kommuner redogör för samverkan med regionerna i kompetensförsörjningsfrågor utifrån samarbete med vård- och omsorgscollege samt gemensamma utbildningar. Många lyfter utmaningar med kompetensförsörjningen, vilket är ett prioriterat område för samverkan mellan kommun och region. Kompetensväxling och att se över vilken typ av kompetens som behövs för att möta kommande behov är en prioriterad fråga, liksom vilken kompetensnivå som ska finnas i kommunen samt vad andra aktörer ska tillhandahålla.

Exempel på samverkan inom kompetensförsörjning mellan några kommuner och region Kronoberg är hospitering, där personal ges möjlighet att besöka och vistas i en annan verksamhet för att få insyn i hur den fungerar i syfte att skapa ökad förståelse mellan verksamheter och bättre samverkan. Ett sådant exempel är att hemsjukvårdspersonal hospiterar i slutenvården och vice versa.

Sedan den 1 januari 2020 är det Nationella vårdkompetensrådet inrättat på Socialstyrelsen. Det är ett samverkansforum med det övergripande uppdraget att verka för att samordna och effektivisera kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården, se bilaga 2 för närmare beskrivning av arbetet med det nationella vårdkompetensrådet.

Regionernas uppföljning av omställningen

Flertalet regioner beskriver i intervjuerna att de ser över hur omställningen ska kunna följas upp på ett strukturerat sätt, vad som bör mätas och hur det ska ske. Det finns exempel på att uppföljningen ses över på flera nivåer. De arbetar med processmått och resultatmått och diskussion förs om effektmått. Samtidigt uttrycker flera regioner att det är komplext att följa upp omställningen till en mer nära vård och att hitta mått som speglar resultatet av omställningen. Merparten av regionerna är i ett inledande skede.

En del regioner uttrycker att de utgår från det nationella arbete som görs, exempelvis via SKR och från PrimärvårdsKvalitet [24]. Planer på och exempel på uppföljning i form av forskningsprojekt uttrycks av några regioner. Kommunerna har inte beskrivit att någon uppföljning av omställningen föreligger.

Exempel på vad regionerna börjat följa upp:

- Hur stor del av patienterna som träffar samma läkare och vårdgivare.
- Analys av patientfall – blev vården god och nära?
- Patientens upplevelse av trygghet vid utskrivning.
- Patientberättelser och konkreta måttetal samlat.
- Effekter av hemmonitorering och uppgiftsväxling.
- Andelen patienter som har fast vårdkontakt och hur många som deltar i sin egen SIP.
- Arbetet med patientkontrakt.
- Utvecklingsarbete för effekter av förändrade arbetssätt.
- Påverkan på slutenvården.
- Införandet av mobila team (se nedan).
- Uppgiftsväxling och vårdnära service (se nedan).

Uppföljning av införandet av mobila team

Omkring en tredjedel av regionerna redovisar i nulägesrapporterna resultat från uppföljning av införandet av mobila team. Vissa regioner arbetar i projektform medan andra har infört konceptet bredare. De resultat som redovisas av regionerna innefattar exempelvis bättre vårdkvalitet, färre besök på akutmottagningar och minskat behov av slutenvård på sjukhus. Flera redovisar också nöjdare patienter och bättre arbetsmiljö. En del regioner redovisar ett minskat behov av vårdplatser med anledning av de mobila teamen. Ett par regioner har initierat uppföljning av arbetet i form av forskningsprojekt.

Mobila team i Västra Götalandsregionen

I Västra Götalandsregionen har hemsjukvårdsläkare och närsvårdsteam införts som ordinarie verksamhet. Slutrapporterna från projekten visar att både hemsjukvårdsläkarteam, som utgår från vårdcentralerna, och närsvårdsteam, som utgår från sjukhusen, ökar patienternas möjligheter att vara kvar i hemmen. Det förbättrar även vårdkvaliteten och situationen för både patienter och närstående, förbättrar arbetsmiljön, leder till färre besök på akutmottagningar och minskat behov av slutenvård.

Enligt regionen är den mobila närvården både i primärvården och på sjukhusen fortfarande inte fullt etablerad och där den fungerar är den många gånger skör. Det behövs därför insatser för fortsatt etablering, stabilisering och utveckling. I detta ligger även behov av ett närmare samarbete mellan de mobila verksamheterna i primärvården, den kommunala hälso- och sjukvården och på sjukhusen, samt ett ökat samarbete mellan teamen och slutenvården på sjukhusen. Regionstyrelsen har fattat beslut med denna inriktning. Det är en viktig uppgift att fortsätta följa effekterna och ge stöd för den mobila närvården, så att den även leder till minskat behov av slutenvård och totalt sett lägre kostnader.

Uppföljning av uppgiftsväxling och vårdnära service

I tidigare uppföljning av professions- och personalmiljarderna har några regioner redovisat uppföljning av uppgiftsväxling och införande av vårdnära service som bland annat visat på ökad tillgänglighet. Andra effekter är ökad patientnöjdhet och goda effekter på arbetsmiljön. Region Värmland redogör för att införandet av vårdnära service lett till att 25 timmar vårdtid har kunnat frigöras per avdelning och vecka. Införandet av vårdnära service har kunnat frigöra tid för omvårdnadspersonal att använda sin kompetens rätt och ägna mer tid åt det patientnära arbetet [15].

Uppföljningsbehov i omställningen

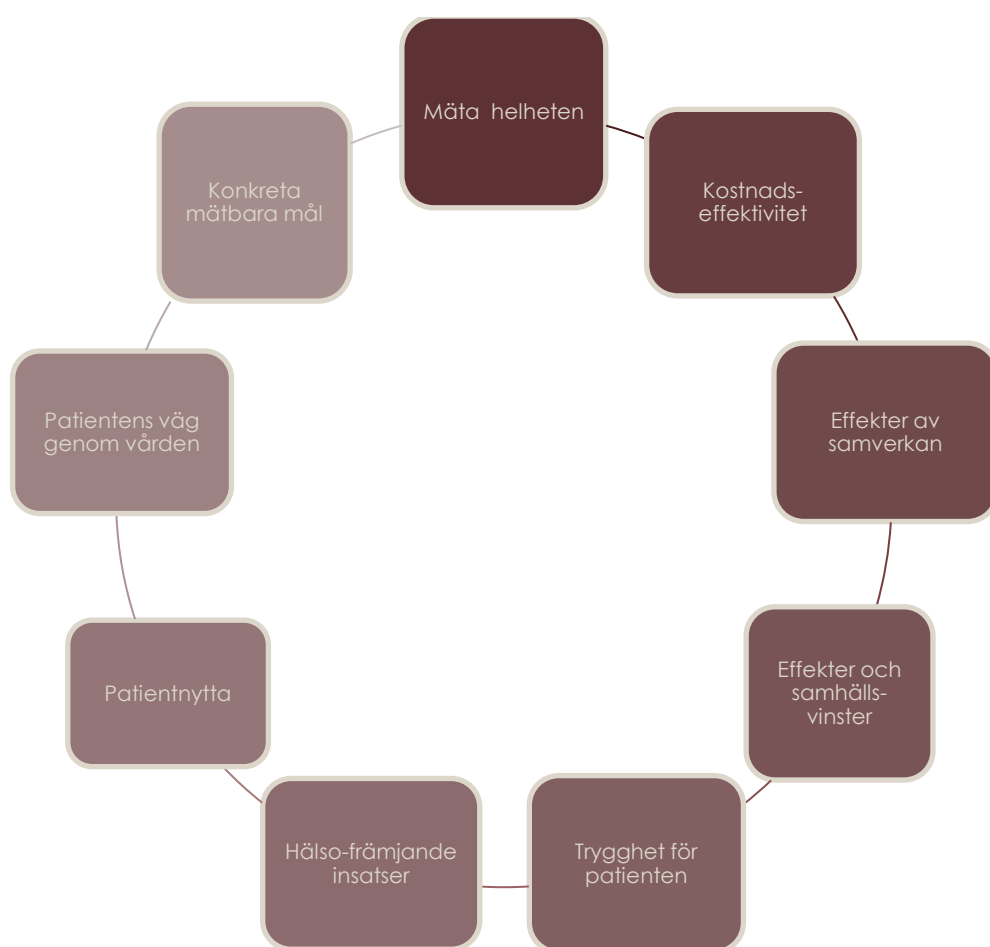
Det uttrycks ett önskemål bland regionerna att kunna följa exempelvis patientens väg genom vården och helheten av omställningen ur ett patientperspektiv. Flera regioner beskriver också behovet av att beskriva nyttan och effekterna med insatserna i omställningen och vad man kan förvänta sig för resultat i exempelvis ekonomiska termer. Samtidigt är det inte rimligt att anta att omställningen redan har lett till regionövergripande mätbara effekter, vilket en del regioner också lyfter, med tanke på det långsiktiga perspektivet och att många åtgärder nyligen initierats.

Flera regioner understryker att det är problematiskt att det saknas data för att kunna följa vårdflödet i den kommunala hälso- och sjukvården. Data finns heller inte över privat driven vård på motsvarande sätt som för offentlig.

Några regioner nämner att det vore önskvärt med ett nationellt verktyg för uppföljningen av patientkontrakt, gärna digitalt och enhetligt över hela landet. Regionerna betonar också som positivt att lyfta in vissa frågor om patientkontrakt i Nationell patientenkät (NPE).

När det gäller uppföljning av resurserna till primärvården (och storheten om ekonomi från SOU 2018:39) lyfter ett par regioner att skillnader i primärvårdens organisation i olika delar av landet kan innebära att förflyttning från slutenvård till primärvård kan se olika ut i olika regioner och påverka utfallet av detta mått. De uttrycker att omställning inte alltid primärt innebär ekonomisk förflyttning utan förändrade arbetsätt.

Figur 7. Önskemål från regionerna om uppföljningen av omställningen



Sammanfattande diskussion

Behovet av en starkare roll för primärvården i hälso- och sjukvårdssystemet har diskuterats under lång tid. Flera tidigare och pågående utredningar har lyft detta [1, 9]. Omställningen till en mer nära vård handlar bland annat om att åstadkomma mer jämlik vård, förbättrad tillgänglighet och patientdelaktighet samt ökad kontinuitet. Det finns också behov av att arbeta mer personcentrerat och samordnat. Såväl regioner som kommuner uttrycker att en mer nära vård är nödvändig för att hantera framtida demografiska och ekonomiska utmaningar för hälso- och sjukvården. Samtidigt uttrycks ett behov av att definiera vad nära vård är. En del regioner uttrycker att de kan behöva stöd i hur omställningen ska ske samt hur målbilden ska nås. Behovet av en omställning till en mer nära vård kan uttryckas på följande sätt:

Region Blekinge

De som behöver hälso- och sjukvård kommer att öka drastiskt, inte minst gruppen som ibland benämns multisjuka äldre. Samtidigt kommer den grupp skattebetalare som står för den största andelen av sjukvårdens finansiering inte att öka särskilt mycket. Det betyder också att den arbetskraft som behövs inte finns tillgänglig utifrån det ökande vårdbehovet och de arbetssätt vi har i dag.

Till detta kommer nya behandlingsmetoder, läkemedel och arbetssätt som ger nya förutsättningar för att öka vårdens kvalitet och effektivitet. Den medicinska paradoxen innebär dock inte att framgångsrik diagnostik och behandling leder till minskade behov av sjukvård, utan snarare tvärtom. Modern läkemedelsbehandling, operationsteknik och annat gör att fler patienter kan hjälpas till ett fortsatt meningsfullt liv.

Eftersom sjukvårdsbehovet är starkt relaterat till ökad ålder och antalet äldre ökar, kommer det att ställa allt större krav på hälso- och sjukvården. Det är därför nödvändigt att anpassa hälso- och sjukvården så att största möjliga patientnytta uppnås inom ramen för de resurser vi har till vårt förfogande.

En första beskrivning av de 21 regionernas arbete med omställningen finns i bilaga 5. En sådan sammanställning för kommunernas arbete finns inte i dag, då Socialstyrelsen saknar underlag för detta. I följande avsnitt belyser myndigheten också de utmaningar och framgångsfaktorer som lyfts av regioner och kommuner. Med *utredningen* avses Samordnad utveckling för god och nära vård (S2017:01) om inget annat anges. Till följd av covid-19 har regioners och kommuners övriga arbete påverkats. En del regioner uttrycker också att omställningen till en mer nära vård kan påverkas med anledning av pandemin. Samtidigt har pandemin bidragit till en ökad användning av exempelvis digitala vårdmöten.

Omställningen berör hela hälso- och sjukvården

Processen att ställa om till en mer utvecklad primärvård och införa nya arbetssätt pågår i samtliga regioner, på olika sätt. Den långsiktiga inriktningen är etablerad. De allra flesta regioner har målbilder och en organisation för omställningen och många har också strategier där nära vård ingår. Att ha fastställt dessa delar lyfts av flera regioner som framgångsfaktorer för omställningen. Samtidigt återstår mycket av arbetet. Olika regioner arbetar också utifrån skilda förutsättningar, exempelvis befolkningsstruktur, storlek och geografiskt läge, vilket också kan påverka hur långt de kommit i omställningen och inom respektive utvecklingsområde.

De underlag Socialstyrelsen har tagit del av för denna första uppföljning berör främst regionernas arbete. Endast regionerna har haft i uppgift att redovisa utifrån överenskommelsen God och nära vård 2019. Omställningen till en mer nära vård berör samtidigt hela hälso- och sjukvården, med både kommuner och regioner som huvudmän. En stor del av primärvården utgörs i dag av hälso- och sjukvård med kommunerna som huvudmän [8]. Kommunerna har liksom regionerna också skilda förutsättningar för sitt arbete och deras ekonomiska och demografiska situation kan även påverka regionens arbete.

Kommunernas roll i den fortsatta omställningen är central liksom att kommunerna ses som en jämbördig part i arbetet framöver. Detta poängteras också av många regioner och även vissa professionsförbund. Kommunerna kan samtidigt behöva stärka sin roll som hälso- och sjukvårdshuvudmän. Utveckling i riktning mot en mer nära vård behöver därför göras av regioner och kommuner tillsammans, inte var för sig.

Kommuner och regioner behöver samarbeta

En framgångsfaktor för omställningen är ett väl fungerande samarbete mellan kommunerna och regionen. Flera regioner lyfter också att det finns väl fungerande forum för samverkan på flera nivåer, dels på politisk nivå och tjänstepersonnivå, dels i olika former av nätverk samt i gemensamma samråd och dialogmöten mellan kommun och region. Tidigare etablerade samverkansstrukturer på olika nivåer får också betydelse i omställningen. Ett gott samarbete mellan regionen och länets kommuner kan beskrivas som en nyckel till många av de utmaningar som välfärdssektorn står inför. Att dessa strukturer finns bedöms av flera regioner vara en framgångsfaktor för det fortsatta arbetet, även om det ännu inte finns en gemensam målbild upprättad.

Små regioner uttrycker att de kan ha en fördel när det gäller samverkan på grund av bland annat korta beslutsvägar, gott lokalt samarbete och personliga relationer.

Systemsyn för samverkan

En nödvändig del i omställningen är kulturförändringar, vilket många regioner och kommuner nämner. Man behöver bygga en högre grad av tillit såväl mellan huvudmännen som internt mellan organisatoriska enheter. Vikten av att förstå varandra och varandras olika verksamheter, samt värdet av att man talar samma språk är något som lyfts. Detta för att kunna genomföra gemensamma insatser. Organisatoriska och administrativa gränser kan utgöra

hinder för en effektiv samverkan, både internt och mellan kommun och region. Många regioner och kommuner beskriver att möjligheten att överföra information mellan olika huvudmän och vårdgivare är en avgörande fråga för omställningen till en mer nära vård. Patienter både tror och förväntar sig att olika vårdgivare har tillgång till samma information enligt flera regioner. Vikten av att upprättade planer kan följa patienten och vara tillgängliga för olika vårdgivare beskrivs som viktigt.

Att kommuner respektive regioner ska förhålla sig till olika regelverk lyfts som en utmaning. Även de olika journalsystemen framhålls som en utmaning i samarbetet mellan kommunerna och regionen. En del regioner lyfter att det inte är patientsäkert att arbeta med bristande tillgång till information och att det utsätter både patienter och medarbetare för riskfyllda situationer. En del regioner lyfter att gällande informationsdelning i samverkan mellan regioner och kommuner finns det också stora tolkningsmöjligheter.

Medarbetarna i hälso- och sjukvården utgör tillsammans med patienter, administrativ förvaltning, olika huvudmän och politiska beslutsfattare en del av hälso- och sjukvårdens system. För att kunna samverka behövs en helhetssyn och en förståelse mellan de som ingår i systemet. De komplexa strukturerna runt en patient påverkar möjligheterna att ge en samordnad vård och omsorg. Effektiva samverkansformer för vården kring patienten behöver etableras.

Uppföljning av förändrade arbetssätt

Nya arbetssätt utvecklas i omställningen till en mer nära vård. Det innefattar exempelvis kompetensväxling, genom att arbetsuppgifter omfördelas mellan yrkesgrupper eller att patienten styrs direkt till en specifik kompetens utan mellanled.

En ambition uttrycks också hos många regioner att i möjligaste mån undvika onödiga sjukhusinläggningar, särskilt hos multisjuka och äldre personer. Därför inrättas mobila team och nya samarbetslösningar. Regionernas utvärderingar av mobila team påvisar i vissa fall minskade behov av inläggning av patienter i slutenvården och därmed minskat behov av vårdplatser i slutenvården.

Hälso- och sjukvården förändras kontinuerligt samtidigt som flera systemförändringar pågår. Det behöver därför finnas utrymme för att systematiskt införa nya arbetssätt och samverkansformer och kontinuerligt utvärdera dessa ur patientperspektiv och med medarbetarfokus. Att följa upp att vården sker på ett patientsäkert sätt när nya arbetssätt införs är också av största vikt. Med tillförlitliga och säkra system, processer och rutiner skapas bättre förutsättningar för hälso- och sjukvårdspersonalen att arbeta säkert, effektivt och enligt bästa tillgängliga kunskap [7].

Slutenvården har under en längre tid rapporterats vara ansträngd. Samtidigt sker även en nationell nivåstrukturerad av den högspecialiserade vården. Kontinuerliga risk- och konsekvensanalyser för både primärvård och övrig hälso- och sjukvård är därför av vikt i omställningsarbetet och lyfts även av utredningen som en förutsättning för omställningen. Regionerna betonar vikten av kontinuerliga risk- och konsekvensanalyser för att följa förändringar i systemet.

Ledarskap och delaktighet

Nya sätt att arbeta ställer nya krav på styrning, uppföljning, lärande och vidareutveckling i samverkan. Det behöver ske på flera nivåer samtidigt. Flera regioner beskriver att en del av kraften för att genomföra är att regelbundet få ta del av framgångsfaktorer och utmaningar i andras arbeten.

Det innebär också att det behöver utformas genomtänkta stödfunktioner för att genomföra förändringar och stärka det organisatoriska lärandet. Verksamheterna kan behöva stöd i att anpassa arbetsätten. Samtidigt finns behovet av lyhörddhet för verksamheternas kunskap, där effektivisering kan ha pågått under lång tid.

En viktig utgångspunkt för lärandet är att skapa en infrastruktur som möjliggör löpande uppföljning och utvärdering av primärvårdens resultat och förutsättningar [25].

Omställningen innebär behov av en bred och djup förankring bland såväl chefer som medarbetare. Omställningen kommer att beröra medarbetare på alla nivåer och medarbetarna måste känna till, ha tilltro till och vara delaktiga i det pågående och det kommande förändringsarbetet. Flera regioner lyfter vikten av mötesplatser för att stimulera genomförande och lärande samt möjligheten att ta del av goda exempel.

Delaktighet från medarbetarna lyfts som en betydande framgångsfaktor av en del regioner och beskrivs som avgörande för omställningen till en mer nära vård. Flera regioner uttrycker att en diskussion om prioriteringar också kan komma att behövas, liksom utbildnings- och informationsinsatser kring omställningen riktade till såväl professionen som medborgare och patienter.

Både yrkesgrupper med och utan legitimation kommer att behöva samarbeta på nya sätt och vara lyhörda för varandras kunskap och kompetens. Det interprofessionella lärandet och teamarbetet kommer också att vara centralt.

Utmaningar med kompetensförsörjningen

Kompetensförsörjningen är en av vårdens allra största utmaningar, som också förväntas kvarstå under lång tid framöver. Nya krav ställs på bemanning och kompetens i och med en omstrukturering till mer hemsjukvård och primärvård med personal från olika vårdgivare samt mer avancerad vård i patientens hem [7]. Flera regioner uttrycker att om mer avancerad vård ska göras i hemmet måste även kompetensen följa med så att det blir en kvalitets-säkring av vården. Det är viktigt att den nära vården kan möta upp multisjuka patienters behov.

Regioner och privata vårdgivare är överens om att bristen på legitimerad personal är större i glesbygd än i städer och att den framförallt gäller yrkeserfarna personer [26]. En förutsättning för att kunna stärka den nära vården är att säkerställa att det är attraktivt att arbeta i de delarna av hälso- och sjukvården och att medarbetarna trivs och arbetar kvar. Det kräver ett strategiskt och målmedvetet arbete.

Brist på hälso- och sjukvårdspersonal kan bero på att det inte finns personer att anställa. Bristen kan också förklaras av att budgeten begränsar möjligheten att anställa fler. Flera regioner beskriver i *Nationella planeringsstödet 2020* en konkurrenssituation gentemot både kommuner, privata vårdgivare

och bemanningsbolag [26]. Det kan också tala för att det finns en konkurrenssituation om personal även inom regioner, mellan öppen- och slutenvård.

Förändrade arbetssätt, uppgiftsväxling och teamarbete lyfts för att ta tillvara olika yrkesgruppers kompetens på bästa sätt. I regionerna pågår arbete med att minska beroendet av inhyrd personal i syfte att öka kontinuiteten. Inte minst lyfter patientföreträdare vid dialog med Socialstyrelsen att ett beroende av hyrpersonal bidrar till minskad kontinuitet. Flera kommuner understryker att samverkan med regioner om kompetensförsörjningsfrågor behöver utvecklas och bli tydligare.

En ytterligare utmaning som många kommuner ser är att regionen ställer om och skriver ut svårt sjuka patienter till hemsjukvården där kommunen menar att resurserna är bristfälliga. Som också beskrivs i propositionen Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform (prop. 2019/20:164) är det sannolikt att den kommunala hälso- och sjukvården framöver kommer att vårda fler multisjuka samt äldre med komplexa vårdbehov med tanke på den demografiska och medicinska utvecklingen. Frågan om kompetensförsörjning blir därför central, då adekvat kompetens behöver finnas med i hela vårdkedjan.

Många uttrycker att utbildningar av hälso- och sjukvårdspersonal kan behöva matchas bättre mot framtida behov och nämner vikten av att vara med och påverka innehåll och utformning av utbildningarna. Kompetenser som en del regioner ser kommer att behövas framöver är exempelvis personer som har kunskap om både hälso- och sjukvård och it.

En del regioner framhåller att alltför få utbildningar inom vården i dag innehåller e-hälsa. Den tekniska utvecklingen inom hälso- och sjukvården går snabbt framåt, vilket innebär att studenterna under utbildningen behöver förberedas på att arbeta mer digitalt [13]. Det finns också flera utmaningar med VFU, däribland brist på handledare för olika yrkeskategorier.

Hälsofrämjande och förebyggande arbete

Ett viktigt fokus för att klara framtidens hälso- och sjukvård behöver vara det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Flera professionsförbund understryker också vikten av detta. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer framgår att tobaksbruk, riskbruk av alkohol, ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet utgör viktiga riskfaktorer för exempelvis hjärt-kärlsjukdom, cancer och typ 2-diabetes [18]. Tillsammans bidrar dessa levnadsvanor till cirka en femtedel av den samlade sjukdomsburden i Sverige. En majoritet av de stora folkhälsosjukdomarna kan förebyggas genom att människor förändrar sina levnadsvanor [27].

Det är positivt att så många regioner inkluderar förebyggande eller hälsofrämjande åtgärder i sina övergripande strategier. Exempelvis ingår rådgivande samtal på försök eller i större skala i många regioners förebyggande arbete.

En del regioner beskriver samtidigt att en ansträngd ekonomisk situation försvårar möjligheten att i praktiken göra prioriteringar till förmån för den förebyggande och nära vården. Patienter som kontaktar vården på grund av olika medicinska behov kommer att prioriteras först, medan förebyggande ar-

bete ofta bortprioriteras. Det kan också vara svårt att beskriva de samhällsekonomiska vinsterna av det som – tack vare förebyggande arbete – aldrig inträffade.

Möjlighet att uppfylla vårdgarantin

Att ha tillgång till rätt resurser och kompetens i förhållande till patientens behov av hälso- och sjukvård är en viktig förutsättning för en god tillgänglighet i vården. En strävan att öka tillgängligheten behöver samtidigt bedrivas i linje med hälso- och sjukvårdslagets principer om prioriteringar i hälso- och sjukvården. En rörelse mot en mer nära vård med mer förebyggande insatser och fortsatt omfördelning mot mer öppna vårdformer och arbetssätt antas på sikt kunna minska trycket på den slutna vården.

Resultatet från inrapporteringen till väntetidsdatabasen ska enligt överenskommelsen God och nära vård 2019 användas för att förbättra tillgängligheten och öka servicegraden för patienterna. För att detta ska vara möjligt att se behöver resultaten följas över en längre tid. Huruvida servicegraden ökat för patienterna med anledning av resultatet från inrapporteringen är i dag för tidigt att säga.

Ekonomiska utmaningar

Såväl kommuner som regioner ser behovet av omställningen men ser samtidigt ekonomiska utmaningar med att genomföra den. Det finns regioner som redan i dag har svårt att klara driften av ordinarie verksamhet. De ekonomiska utmaningarna påverkar därmed förutsättningarna att genomföra ett förändringsarbete som innefattar omställning till nya arbetssätt samt digitala och organisatoriska innovationer.

Flera regioner uttrycker att det krävs ökade resurser till primärvård och öppenvård utanför sjukhusen på kort sikt, samtidigt som det är svårt att överföra resurser från slutenvården. Även i de fall det kommer att gå att frigöra resurser från slutenvården till primärvården, kommer förstärkningen av primärvården att behöva ske först så att patientflödena kan ändras innan slutenvårdens del kan ersättas, som en region exempelvis uttrycker det. I annat fall finns en risk för att omställningen till en mer nära vård främst förknippas med neddragningar i slutenvården. Detta lyfts också av flera professionsförbund. Större förändringar av struktur, sättet att organisera och arbetssätt behöver genomföras. Även behovet av kostsamma fastighetsinvesteringar i sjukvården lyfts av regionerna kunna påverka utvecklingen av den nära vården.

Flera kommuner står inför ekonomiska svårigheter, och behovet av ökat ekonomiskt stöd i arbetet med omställningen lyfts. Statliga medel för primärvården tilldelas i regel regionen, och kommunen uppges inte få möjlighet att ta del av dessa medel. Att avsätta medel till både region och kommun skulle, enligt både regioner och kommuner, ha ett starkt symbolvärde eftersom primärvård bedrivs med både kommun och region som huvudman.

Glesbygden och de mindre regionerna

Mindre regioner har ofta andra förutsättningar för omställningsarbetet än de större. Ett medskick från en del regioner är vikten av att i fortsättningen särskilt studera de mindre regionerna. Glesbygdsperspektivet behöver lyftas,

vilket ytterst handlar om jämlik vård då regioner i glesbygd står inför särskilda utmaningar. Kompetensförsörjningen uttrycks av flera av dessa regioner som en av de allra största utmaningarna under lång tid framöver. Det kräver ett strategiskt och målmedvetet arbete för att attrahera nya medarbetare och behålla de som redan arbetar i regionen. Även utmaningar vad gäller exempelvis tillgänglighet behöver hanteras på ett särskilt sätt i glesbefolkade områden med stora geografiska avstånd. Samtidigt har regioner med de utmaningar som beskrivs ovan ofta kommit långt med innovativa, exempelvis digitala, lösningar och nya arbetssätt, som andra regioner har möjlighet att dra lärdom av.

Tre regioner i norr beskriver sin situation på följande sätt:

Region Jämtland Härjedalen

Regionen breder ut sig över 12 procent av Sveriges yta, men har bara 1,5 procent av befolkningen. 23 procent av befolkningen i regionen är över 65 år, jämfört med 20 procent i Sverige i stort. Skillnaderna är dessutom stora inom olika kommuner i regionen. Regionen har alltså en stor utmaning inte bara med en stor yta som innebär långa transporter, utan även med en stor andel äldre och därmed också en hög andel personer med kronisk sjukdom. Behovet av sjukvård är stort samtidigt som det är utmanande att bedriva och bemanna fysisk vård. Slutligen är sjukskrivningstalen bland de högsta i landet, och ytterligare en utmaning är att kvinnors sjukskrivningar är högre än männens.

Region Norrbotten

Länet ligger i toppen av den demografiska utvecklingen avseende en åldrande befolkning, vilket innebär att gruppen äldre med stora vårdbehov kommer att öka kraftigt framöver. Förekomsten av kroniska sjukdomar ökar också och länet har en högre förekomst av hjärt- och kärlsjukdomar än riket. Därtill står länet inför ett vikande befolknings- och skatteunderlag, vilket leder till utmaningar inom både kompetensförsörjning och finansiering av verksamhet. Beroendet av inhyrd personal kvarstår och försvårar arbetet med kontinuitet i verksamheten. Länets glesbefolkade struktur är en utmaning att hantera ur ett tillgänglighetsperspektiv. Ökad finansiering via skatteuttag är inte en framkomlig väg utan andra alternativ måste sökas. Nya effektivare arbetssätt och hälsofrämjande arbete är önskvärda lösningar, men det finns utmaningar.

Region Västerbotten

Regionen är relativt liten befolkningsmässigt men med ett stort uppdrag avseende högspecialiserad vård för den norra regionen. Befolkningen, och då främst gruppen äldre, väntas öka de kommande åren samtidigt som andelen i arbetsför ålder väntas minska. Befolkningens hälsovanor är i stort sett goda, men hälsoläget är bättre bland befolkningen längs kusten än i inlandet. Personer med komplexa vårdbehov, inte sällan äldre med flera kroniska sjukdomar, konsumerar den största delen av vårdens resurser. För att kunna ta hand om denna växande grupp, med samma eller minskade resurser, krävs en omställning av hälso- och sjukvården från vård på sjukhus till vård nära befolkningen, där vi utgår ifrån individens behov, förutsättningar och preferenser.

Långsiktighet och den fortsatta gemensamma inriktningen

Den långsiktiga inriktningen för omställningen till en mer nära vård är etablerad i regionerna och vikten av fortsatt uthållighet är tydlig. Många regioner och kommuner ser att omställningen innebär kulturförändringar i hälso- och sjukvården som kommer att innebära stora förändringar. Dessa behöver beredas och förankras vilket kräver lång framförhållning. Önskan uttrycks om tillit från nationell nivå till regionernas och kommunernas arbete. Regionerna betonar att det finns ett egenintresse för dem i att uppnå en god och nära vård.

Det beskrivs också av kommuner och regioner som önskvärt att nationella aktörer i större utsträckning riktar sig direkt till kommunerna. Socialstyrelsen bedömer att det finns ett behov av fortsatt nationellt stöd, utbildnings- och informationsinsatser till huvudmännen i arbetet med omställningen och att i större utsträckning ta fasta på kommunerna. Nationellt stöd till huvudmännen behöver ske i samverkan mellan olika aktörer. En diskussion om prioriteringar kan också komma att behöva ske på nationell nivå. Utbildningar av hälso- och sjukvårdspersonal kan behöva ses över i linje med framtida behov. Att kunna visa på samhällsekonomiska vinster av hälsofrämjande och förebyggande arbete är också fortsatt av central betydelse.

Regionerna lyfter också att det är både viktigt och intressant att se en progress på övergripande nivå så att verksamheterna känner att de är en del av utvecklingen. Behovet av fortsatt ekonomiskt stöd uttrycks av många regioner, för att ge möjlighet att ställa om primärvården. Flera regioner uttrycker samtidigt vikten av långsiktighet i de medel som beslutas och att satsningarna är så generella som möjligt med fokus på stora frågor. Vikten av att nära vård-perspektivet återfinns i varje ny satsning lyfts.

Samtidigt anser en del regioner att de skulle behöva redovisa tydligare vad som genomförs utan att det för den skull innebär detaljstyrning.

Det fortsatta arbetet med uppdraget

Uppdraget till Socialstyrelsen innefattar årliga redovisningar år 2020–2023. Den fortsatta uppföljningen behöver utgå från det som framkommit i beskrivningarna och mot bakgrund av de utmaningar som redovisats av regioner och kommuner. Specifika delar kan komma att belysas närmare i de kommande rapporterna, och information kan behöva begäras in på ett mer strukturerat sätt.

Utförningen av det fortsatta uppföljningsarbetet kommer också att ske i nära samverkan med den kvantitativa uppföljningen i deluppdrag II. Ambitionen är att på sikt länka samman kvantitativ och kvalitativ uppföljning till en samlad bild av omställningens genomförande och resultat. Detta uttrycks också i rapporten från deluppdrag II, som publicerats i juni 2020 [4].

Referenser

1. God och nära vård : en primärvårdsreform (SOU 2018:39). Stockholm: Norstedts Juridik; 2018.
2. Socialdepartementet. Överenskommelse mellan staten och SKR; God och nära vård - en omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården 2019.
3. Socialdepartementet. Överenskommelse mellan staten och SKR; En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare. 2019.
4. Uppföljning av omställningen till en mer nära vård : Ett förslag på indikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
5. Grund för strategisk plan för att stödja en god och nära vård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
6. Verksamhetsrapport 2019 : God och nära vård - en omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården. SKR; 2020.
7. Agera för säker vård. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
8. Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård - Förstudie. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
9. Effektiv vård : slutbetänkande (SOU 2016:2). Stockholm: Wolters Kluwer; 2016.
10. God och nära vård : en gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53). Stockholm: Wolters Kluwer; 2017.
11. God och nära vård : vård i samverkan (SOU 2019:29). Stockholm: Norstedts juridik; 2019.
12. God och nära vård : en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19). Stockholm: Norstedts juridik; 2020.
13. Bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården : uppdrag att följa överenskommelsen om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
14. Bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården : uppföljning av 2017 års överenskommelse om stöd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
15. Bättre resursutnyttjande och goda förutsättningar för vårdens medarbetare : Uppföljning av överenskommelserna år 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
16. Socialdepartementet. Överenskommelse mellan staten och SKR; Patientmiljarden : Insatser för att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvården. 2018.
17. SKR. Patientkontrakt. 2020. Hämtad 2020-06-10 från: <https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvard/naravard/patientkontrakt.28918.html>
18. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor : Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
19. Tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.

20. Patientmiljarden : insatser för att förbättra tillgängligheten och samordningen i hälso- och sjukvården. Sammanställning av landstingens handlingsplaner för 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
21. Digitala vårdtjänster : övergripande principer för vård och behandling. . Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
22. SKR. Tillgänglighet i primärvården. 2020. Hämtad 2020-06-18 från: <https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvard/naravard/tillganglighetprimarvarden.10238.html>
23. Socialstyrelsen. Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården? 2018. Hämtad 2020-06-03 från: <https://vem-fargoravad.socialstyrelsen.se>
24. SKR. Primärvårdskvalitet. 2020. Hämtad 2020-06-03 från: <http://primarvardskvalitet.skl.se/>
25. En primär angelägenhet 2017:3. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2017.
26. Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård : Nationella planeringsstödet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
27. Bästa möjliga hälsa och en hållbar hälso- och sjukvård. Med fokus på vården vid kroniska sjukdomar. Lägesrapport 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.

Bilaga 1. Överenskommelser mellan regeringen och SKR

God och nära vård 2019

Den 19 juni 2019 tecknades en överenskommelse mellan regeringen och SKR om medel för att stödja regionernas arbete med omställningen till en god och nära vård. Överenskommelsen innehåller tre insatsområden, och utgångspunkten är den målbild som presenterats av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S2017:01) i SOU 2018:39 God och nära vård – en primärvårdsreform. Fortsättningsvis refereras till denna utredning som *utredningen*, om inget annat anges.

Utvecklingsområden i överenskommelsen

- Omställning till en god och nära vård
- Förbättra och utveckla tillgängligheten i primärvården
- Patientkontrakt och andra sätt att främja samordning, samverkan och ökad delaktighet

Överenskommelsen innehåller exempel på vad omställningen kan innebära. Regionerna ska genomföra insatser som stödjer omställningen till en god och nära vård med särskilt fokus på primärvård.

Det kan enligt överenskommelsen exempelvis handla om följande:

- Insatser som bidrar till att utveckla samordning inom eller mellan vårdgivare, kontinuitet och relationsbyggande, tillgänglighet, delaktighet för patienter och närstående.
- En säkrad kompetensförsörjning i den nära vården.
- Anpassa vårdinsatserna till de målgrupper som i hög grad besöker vården, exempelvis patienter med psykisk ohälsa.
- Utveckling av ersättningssystem.
- Utveckling av hälsofrämjande och förebyggande insatser samt proaktiva arbetssätt.
- Utveckling av arbetssätt med stöd av digital teknik.
- Hantera utmaningar som finns i glesbefolkade områden med stora geografiska avstånd och de möjligheter som digitalisering bär med sig.

Insatserna bör enligt överenskommelsen utgå från ett långsiktigt strategiskt arbete, där kommuner och regioner samverkar inom länen för att uppnå målbilden för omställningen. Regionerna ges ett särskilt ansvar för att samverkan med kommunerna kommer till stånd.

Medel i överenskommelsen kan också, vilket beskrivs under insatsområdet tillgänglighet, användas till nya arbetssätt, att säkra kompetensförsörjningen

med åtgärder för att attrahera och behålla personal, digitala kontaktvägar (exempelvis via digitala vårdgivare) för patienterna utifrån deras behov, förändrad väntetidsuppföljning, utökade öppettider och liknande åtgärder som ger patienten en snabbare vård än med tidigare vårdgaranti.

Avslutningsvis ingår i överenskommelsen att regionerna ska fortsätta utveckla en mer personcentrerad vård, exempelvis genom införandet av patientkontrakt. Regionerna ska ha dokumenterade rutiner för etablering av fast vårdkontakt, fortsätta att i större skala genomföra webbtidbokning, stödja utvecklingen av systemet med patientkontrakt på 1177 Vårdguiden och redovisa vilket förbättringsarbete som har inletts när det gäller gemensam överenskommelse, överenskomna tider, samordning och samverkan.

En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare 2019

Samtidigt som överenskommelsen om en god och nära vård tecknades i juni 2019 så tecknades överenskommelsen om en investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare. Den bygger vidare på tidigare överenskommelser för 2016–2018 (S2016/00428/FS, S2017/00378/FS och S2018/00563/FS). Medlen får användas till att stärka redan pågående satsningar eller bibehålla effekter av redan gjorda satsningar. Likt tidigare överenskommelser ska privata verksamheter med offentlig finansiering kunna ta del av medlen.

Överenskommelsen handlar om att öka medarbetarnas tid för patientnära insatser och utvecklingsarbete samt stärka regionernas och kommunernas planering av sitt kompetensbehov i syfte att utveckla vårdens verksamheter mot en god och nära vård. Medel har öronmärkts för att möjliggöra för sjuksköterskor att genomgå specialistutbildning eller utbildning till barnmorska. Medel har även öronmärkts för kommunerna för att skapa goda förutsättningar för vårdens medarbetare. SKR har haft ansvaret att fördela samtliga stimulansmedel som rör kommunerna.

Överenskommelsen består av fem utvecklingsområden. Tre av dem fokuserar på att bidra till ett bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården, och två områden syftar till att skapa goda förutsättningar för vårdens medarbetare.

Utvecklingsområden i överenskommelsen

- It-stöd och processer för förenklad administration och bättre tillgång till information för vårdens medarbetare
- Smartare användning av medarbetarnas kompetens
- Stöd till planering av långsiktig kompetensförsörjning
- Utveckling av medarbetarnas arbetssituation – innefattar ledarskap, arbetsmiljö, rätt antal medarbetare samt insatser för att behålla och utveckla medarbetare
- Utveckling av vårdens verksamheter – innefattar förutsättningar för utvecklingsarbete, kapacitets- och produktionsplanering och verksamhetsstöd

God och nära vård 2020

Den 31 januari 2020 tecknade regeringen och SKR en överenskommelse om god och nära vård 2020. Överenskommelsen är en sammanslagning av de tidigare överenskommelserna God och nära vård – en omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården, En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare och Ökad tillgänglighet för barnhälsovården. Överenskommelsen innefattar även utvecklingsområdet insatser inom ramen för Vision e-hälsa 2025.

Bilaga 2. Socialstyrelsens pågående arbete

Nationella vårdkompetensrådets uppdrag och verksamhet

Nationella vårdkompetensrådet ("rådet") är ett samverkansforum mellan regioner, kommuner, lärosäten, Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet som har inrättats av regeringen. Rådet är knutet till Socialstyrelsen, där ett tillhörande rådskansli finns. Rådets övergripande uppdrag är att långsiktigt samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjning av personal inom hälso- och sjukvården. Uppdraget innebär att

- främja samverkan mellan berörda aktörer och säkerställa att samtliga aktörer har en gemensam bild över kompetensförsörjningsbehoven i vården
- tillgängliggöra sammanställningar av fakta- och kunskapsunderlag och utifrån dessa göra samlade bedömningar av kompetensförsörjningsbehoven i vården
- sammanställa och lämna bedömningar till berörda aktörer och beslutsfattare i frågor som har betydelse för kompetensförsörjningen på lokal, regional och nationell nivå
- föra en kontinuerlig dialog med den sjukvårdsregionala nivån och stödja verksamheterna på denna nivå, både under utvecklingsfasen och kontinuerligt.

Rådets verksamhet omfattar offentlig och privat hälso- och sjukvård, tandvård och kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. Rådet ska initialt fokusera på högskoleutbildade yrkesgrupper. Rådet kan lämna bedömningar om behov av förändringar av dimensionering, utbud och innehåll i utbildningar. Kompetensväxling och utveckling av nya arbetssätt, behov av nya kompetenser, fort- och vidareutbildning samt livslångt lärande är andra frågor som kan diskuteras i rådet.

Rådets kansli på Socialstyrelsen stödjer det nationella rådet och ansvarar för den dagliga verksamheten utifrån rådets verksamhetsplan. En viktig uppgift för kansliet är att föra dialog med berörda aktörer om kompetensförsörjningen och att sprida och kommunicera kunskapsunderlag, bedömningar och analyser till berörda aktörer. Rådskansliet bedriver även omvärldsbevakning inom kompetensförsörjningsområdet.

Gällande rådets verksamhet för 2020 är några prioriterade aktiviteter att främja etablering av regionala vårdkompetensråd i varje sjukvårdsregion, utveckla beskrivningar av flöden genom utbildning, vidareutbildning och yrkesverksamhet för prioriterade yrkesgrupper, etablera samverkan mellan rådet och berörda aktörer samt sammanställa befintliga kunskapsunderlag om kompetensförsörjningsbehov.

Arbetet med den strategiska planen för att främja omställningen till en mer nära vård

Uppdraget

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra insatser för att främja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård. Uppdraget ska genomföras i enlighet med den plan som myndigheten har presenterat i rapporten Grund för strategisk plan för att stödja en god och nära vård. I den strategiska planen identifierade Socialstyrelsen några utvecklingsområden kopplade till målbilden och färdplanen som tagits fram av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård:

- God och nära vård
- Samordnad vård och omsorg
- Främja hälsa och förebygga ohälsa
- Patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser
- Primärvården i regionen är navet i vården och omsorgen
- Kompetensförsörjning
- Vision e-hälsa 2025

I uppdraget ingår att utforma ett nationellt stöd så att de patienter som har behov av en namngiven fast läkarkontakt i primärvården också kan få det. Ett nationellt stöd ska även tas fram för verksamhetschefer och vårdgivare för lämplig fördelning av patientansvar på funktionen fast läkarkontakt.

I uppdragets genomförande ska Socialstyrelsen föra en dialog med SKR samt relevanta professions- och patientorganisationer. Därutöver ska Socialstyrelsen samverka med Vårdanalys och IVO avseende bl.a. kunskapsutbyte av relevant information och data när det gäller omställningen till en god och nära vård.

Något om genomförandet

Omställningen av hälso- och sjukvården är en komplex förändring som omfattar många olika verksamheter och styrsystem. Socialstyrelsen är en aktör bland flera som kan påverka omställningen. Det kommer att krävas samverkan med andra myndigheter, företrädare för kommuner och regioner och andra intressenter för att uppnå ett samlat stöd till förändring. För att bidra till omställningen behöver Socialstyrelsen använda ett flertal av myndighetens processer och kompetenser som kortfattat beskrivs nedan.

- Kunskapsstöd för hälso- och sjukvård kommer kunna stödja kvalitetsutvecklingen inom den nära vården. Det gäller främst vård som ges i kommunerna och vård som ges i samverkan mellan kommuner och regioner. När det gäller stöd till regionernas hälso- och sjukvård sker en stor del av kunskapsutvecklingen inom regionernas system för kunskapsstyrning. Socialstyrelsen behöver samverka med NPO-strukturen och de Regionala samverkans- och stödstrukturerna vid prioriteringar av inriktning och genomförande av kunskapsstöd.
- Uppföljning av utvecklingen inom den nära vården stödjer förflyttningen och ger stöd för kvalitets- och förbättringsarbete i kommuner och regioner. En förutsättning för uppföljning är att det finns god tillgång till data för

statistiska ändamål. Utvecklingen av ett nationellt primärvårdsregister och utveckling av det kommunala hälso- och sjukvårdsregistret kommer stödja arbetet med uppföljning. För att ytterligare synliggöra den kommunala hälso- och sjukvården fortsätter utvecklingen av öppna jämförelser liksom utveckling av datakällor som enhetsundersökningar inom kommunal hälso- och sjukvård. Även arbetet med utveckling av ramverk och indikatorer för uppföljning, styrning och ledning för kommunerna ingår här.

- Myndighetens kompetens inom analysområdet kommer behöva användas för att stödja omställningsarbetet inom olika områden. Det gäller frågor om organisation och styrning av den nära vården, samverkan mellan kommuner och regioner och mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård, e-hälsa och välfärdsteknik för att stödja patienternas delaktighet i hälso- och sjukvården, etc.
- Ett annat område där Socialstyrelsen har särskild kompetens gäller hälso- och sjukvårdsjuridik och socialtjänstjuridik. Genom att förmedla juridisk kunskap och analys kan omställningen genomföras på ett rättssäkert sätt.
- För att föra ut kunskap och analyser till de aktörer som har viktiga roller i omställningsarbetet behövs ett strategiskt kommunikationsarbete. Tidigare har utredningen Samordnad utveckling för en god och nära vård varit en motor i arbetet genom ett omfattande utåtriktat arbete. En del av den rollen kommer Socialstyrelsen behöva ta över. I uppdraget kommer en särskild kommunikationsstrategi att tas fram. Myndigheten kommer att behöva arbeta med både interna och externa förändringsprocesser. För att lyckas behövs en dialog med intressenter, både interna och externa.
- För att nå ut med kunskapen till professionerna kommer det att behövas utbildningsinsatser. Socialstyrelsen har kompetens för att ta fram digitala utbildningar och verktyg. Utbildningarna kompletteras i regel med ytterligare stödjande material för dem som ska leda utbildningarna lokalt och regionalt.

Bilaga 3. Enkät till kommunerna

1. Har ni ett beslut om samverkan mellan kommunen och regionen när det gäller omställningen till en nära vård?

Med omställningen till en nära vård menas arbetet i riktning mot den målbild som presenteras av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård i betänkandet God och nära vård – en primärvårdsreform (SOU 2018:39).

- På politisk nivå (ja/nej)
- På hög tjänstemannanivå (regionledning/kommunledning) (ja/nej)
- På verksamhetschefsnivå (ja/nej)
- På professionsnivå i det dagliga arbetet (ja/nej)

2. Finns det en överenskommen målbild mellan kommunen och regionen för hur omställningen till en nära vård ska gå till?

- Ja/nej

Om nej på fråga 2

2a) Arbetar ni tillsammans med regionen med att ta fram en målbild för hur omställningen till en nära vård ska gå till?

- Ja/nej

3. Hur bedömer kommunen balansen mellan tillgång och efterfrågan på arbetskraft inom legitimationsyrken i den kommunala hälso- och sjukvården, råder det brist, balans eller överskott?

Utgå från situationen i november 2019.

Brist = Efterfrågan på arbetskraft är större än tillgången.

Balans = Det råder balans mellan tillgång och efterfrågan.

Överskott = Tillgången på arbetskraft är större än efterfrågan.

Sjuksköterska

Specialistsjuksköterska

Fysioterapeut

Arbetsterapeut

Dietist

Farmaceut

- Brist/balans/överskott/vet inte/finns inte i kommunens verksamhet
- Kommentarer:

4. Vilka åtgärder har ni i kommunen använt vid brist på legitimerad personal eller för att undvika att brist ska uppstå? Beskriv kortfattat era åtgärder under 2019. *Med åtgärder kan avses omfördelning av arbetsuppgifter, anlåtande av hyrpersonal m.m.* Beskriv kortfattat.

Bilaga 4. Synpunkter från patienter, brukare och professioner

Socialstyrelsen har bitt om synpunkter från representanter för patienter och brukare via nämnden för funktionshinderfrågor vid myndigheten. Socialstyrelsen har också diskuterat omställningen till en nära vård med olika professions- och fackförbund och inhämtat deras synpunkter.

Patienter och brukare

Socialstyrelsen har träffat nämnden för funktionshinderfrågor för att informera om uppdraget och få synpunkter på vad som är viktigt att beakta när det gäller omställningen till en mer nära vård och uppföljningen av den. Nedan återges i punktform några synpunkter och erfarenheter som lyftes fram:

Allmänt

- Det finns möjligheter med omställningen, såsom bättre helhetssyn när det gäller patientens behandling och sjukdomsbild.
- Digitala lösningar är också möjligheter. Den digitala utvecklingen medför samtidigt en risk att patienten förväntas klara sig själv i större utsträckning, enbart med hjälp av vissa tekniska och digitala lösningar.
- Regionerna har kommit olika långt och det finns därför en risk att det blir stora regionala skillnader i vården för patienterna.

Kompetensförsörjning och kunskap

- Om primärvården ska ta ett större ansvar för mer komplicerade sjukdomstillstånd behövs kompetens och bra nätverk för konsultationer.
- Bristen på allmänläkare i Sverige kan försvåra omställningen.
- Det behövs en kompetenshöjning hos personal som längre ut i vårdkedjan kan behöva ta hand om mer komplexa tillstånd.
- Mer kunskap om exempelvis rehabilitering behövs hos personalen.
- Brist på kontinuitet skapar brist på återkoppling och samordning.
- Beroendet av hyrpersonal motverkar kontinuitet. Detta kan särskilt vara ett bekymmer i glesbygden.

Informationsdelning och överföring

- Problem finns med åtkomst mellan olika journalsystem och andra it-system, mellan privata och offentliga vårdgivare, samt mellan region och kommun. Detta försvårar för patienten.
- Det leder till brist på trygghet i vårdens övergångar. Patienten blir därmed också bärare av information.
- Att ha tillgång till sin egen journal via 1177 är viktigt, men möjligheterna till det varierar över landet i dag.
- Det bör finnas krav på att informationsöverföring ska fungera.

Tillgänglighet

- Man kan behöva anpassa digitala lösningar till människors behov och funktion, annars kan det försvåra tillgängligheten i synnerhet för vissa grupper.

Uppföljningsbehov

- Kompetensförsörjningen
- I vilken mån informationen följer med patienten över vårdgivargränserna
- Kontinuitet
- Tillgänglighet och hur den påverkas av exempelvis digital vård
- Samordning
- Om vården blir mer jämlik

Professions- och fackförbund

Socialstyrelsen har träffat och fått synpunkter från Akademikerförbundet SSR, Dietisternas riksförbund, Fysioterapeuterna, Kommunal, Svensk Sjuksköterskeförening, Svenska Läkaresällskapet, Sveriges Arbetsterapeuter, Sveriges Distriktsläkarförening, Sveriges Farmaceuter, Sveriges Psykologförbund, Vision och Vårdförbundet. Nedan återges i punktform några synpunkter och erfarenheter som lyftes fram:

Allmänt

- Grundidén med omställningen är god, samtidigt är det inte klarlagt hur den ska gå till. Det finns utmaningar i att få till personcentrerad vård och multiprofessionellt teamarbete.
- Det behövs mer fokus på primärvården, hur den ska fungera och att hitta rätt struktur. Man försöker flytta ut olika typer av vård och skapa närakuter, mobila team etc., men dessa avlastar snarare slutenvården än primärvården.
- Projekt är beroende av entusiaster och att dessa finns kvar. Det finns en risk att man generaliserar arbete som behöver anpassas till olika förutsättningar.
- Det finns risk för neddragning av slutenvårdsplatser innan man har förstärkt primärvården. Man kan inte börja med att dra ner på sjukhusvården, för då riskerar omställningen bara att förknippas med neddragningar.
- Förbyggande och hälsofrämjande arbete är en stor och viktig fråga, där många professionsgrupper har kompetens och kan bidra. Denna bild delas av flera organisationer. Det bör finnas ett system som premierar hälsa. Först när det finns ett ska-krav när det gäller det förbyggande arbetet kommer det att prioriteras.
- Privata aktörer följs inte upp i samma utsträckning som offentliga. Ersättningsystem kan behöva anpassas. Regionerna har inte tillräckligt stor insyn i hur bemanningen ser ut inom vårdvalet.
- Svårt sjuka personer bor hemma i större utsträckning i dag, vilket påverkar vårdtyngden. Det finns samtidigt fördelar med att vårdas i hemmet, exempelvis lägre infektionsrisk och mer personcentrerad vård.

Kompetensförsörjning

- Kompetensförsörjningen i den nära vården är central, för många yrkesgrupper.
- Sjukvården i dag är extremt avancerad. Det behövs högre kompetens, inte lägre kompetens.
- Det är upp till huvudmännen att bestämma vilka yrkesgrupper som ska finnas i exempelvis primärvården, och tillgången till personal varierar därför stort över landet. Detta ger inte en jämlik vård.
- Teamarbete kan vara en fördel när det är välfungerande, samtidigt är det viktigt att klargöra ansvarsfrågan.
- Olika yrkesgrupper finns ofta i olika delar av organisationerna och vid besparingar är det ofta teamarbetet som blir lidande.
- För flera yrkesgrupper är det vanligt att dela sina tjänster mellan exempelvis olika vårdcentraler, vilket kan försvåra möjligheten att rent praktiskt ingå i teamarbete. Det kan också vara mycket ensamarbete för dessa personer, med små möjligheter till kollegialt samarbete och forskning. Detta kan påverka tjänsternas attraktivitet.
- Mer utbildad personal skulle behövas i kommunal verksamhet, men regionen är ofta en mer attraktiv arbetsgivare. Det är viktigt att lyfta goda exempel och arbeta med medarbetarperspektivet.
- Det är viktigt att underlätta samverkan mellan olika yrkesgrupper och att finna instrument för detta.
- Majoriteten av kommunerna saknar i dag MAR²⁸. Flera kommuner samverkar om detta och det borde man kunna göra i fler kommuner.
- Flera organisationer lyfter att andra yrkesgrupper än sjuksköterskor behövs i kommunal hälso- och sjukvård.
- Det är önskvärt att fler yrkesgrupper inkluderas när det gäller uppföljning i NPE.
- Trots stora utmaningar i kompetensförsörjningen ses fortfarande ett visst värnande av den egna professionen av vissa aktörer.

Kunskap

- Möjligheten att kunna ge vård av hög kvalitet är avgörande för arbetsmiljön.
- Kunskapsstyrningen är mycket viktig även i den kommunala hälso- och sjukvården. Patienten ska inte behöva märka någon kvalitetsskillnad beroende på vilken huvudman som ansvarar för vården.
- Viktigt med helhetsperspektiv vid arbete med exempelvis riktlinjer. Fler yrkesgrupper bör involveras i sakkunniggrupper och gärna fler representanter för respektive yrkesgrupp.
- Överenskommelsen lägger stor vikt vid kompetensväxling. Det är en svår fråga. Det saknas legitimerade yrkesutövare och då försöker man få andra yrkesgrupper att göra en del arbetsuppgifter som tidigare utförts av exempelvis läkare, barnmorskor eller sjuksköterskor. Det finns en tendens att

²⁸ Medicinskt ansvarig för rehabilitering

man tror att uppgifter kan vara väldigt enkla och att det bara behövs fler händer i vården.

- Kompetensväxling är ibland ett sätt att dra ner på resurser. Nya arbetssätt kan samtidigt ge en förbättrad arbetsmiljö och utveckling för medarbetarna.

Tillgänglighet

- Vårdgarantin riskerar att leda till att patienter med lätta besvär prioriteras högst.
- Kontinuerliga telefonavstämningar skulle kunna komplettera fysiska besök.

Uppföljning och forskning

- Resurser till primärvården är viktigt att följa, men samtidigt svårt att jämföra regionerna emellan. Det kommer att se väldigt olika ut, då hälso- och sjukvården är organiserad på olika sätt över landet.
- Uppföljning av kommunal hälso- och sjukvård är centralt, annars finns risk för att det medicinska fokuset på sjukhusvård stärks. Uppföljning i kommunal verksamhet är samtidigt svårt, eftersom det finns en annan kultur och tradition.
- Hur kan vi mäta tvärprofessionellt samarbete? Det är viktigt att definiera vad det är och att lyfta goda exempel.
- Det är viktigt att forska på nya arbetssätt vetenskapligt. När nya yrkesgrupper tar över uppgifter som en annan yrkesgrupp traditionellt gjort behöver det följas upp ur ett patientsäkerhetsperspektiv.
- Det är för sent att mäta återinskrivning (en av de fyra storheterna), eftersom något då redan har inträffat. Vad gäller förebyggande behövs andra hälsoparametrar.
- Undvikbar slutenvård är en godtagbar parameter att mäta för att följa utvecklingen.
- Mer forskning i den nära vården vore önskvärt.
- Det är fortfarande sjukhustungt inom handledning. En utmaning är handledning inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Bilaga 5. Omställningen i de 21 regionerna

I bilaga 5 ges en första beskrivning av arbetet med omställningen till en mer nära vård i de 21 regionerna. Arbetet är under utveckling och informationen gäller våren 2020. Bilaga 5 finns som en separat fil under namnet Omställningen i de 21 regionerna.