

# Uppföljningen av omställningen till en mer nära vård 2022

Utvecklingen i regioner och kommuner

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

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

Artikelnummer 2023-8-8683

Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), augusti 2023

# Förord

Regeringen beslutade den 4 juli 2019 att ge Socialstyrelsen ett uppdrag om uppföljning och stöd till omställningen till en mer nära vård med fokus på primärvården. Myndigheten ska följa upp, analysera och rapportera hur omställningen till en mer nära vård i regioner och kommuner utvecklas. Utgångspunkten är insatserna från regioner och kommuner inom överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges kommuner och regioner (SKR) om *God och nära vård 2022 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav*.

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

Utredaren Johan Lantto har varit projektledare. Ansvarig enhetschef har varit Maria State.

Olivia Wigzell  
Generaldirektör



# Innehåll

Förord .....	3
Sammanfattning .....	7
1. Socialstyrelsens uppdrag .....	12
2. Genomförandet av årets uppföljning .....	13
Vad uppföljningen bygger på.....	13
Avgränsningar .....	14
Samverkan och dialog .....	15
3. Organisation och styrning mot en god och nära vård .....	16
En organisation för arbetet med omställningen har byggts upp .....	16
Målbilder, handlingsplaner och strategier .....	18
Utbildnings- och kommunikationsinsatser är viktiga styrinstrument .....	20
Ersättningsystemet används i mindre utsträckning .....	21
Små förändringar i formell styrning av primärvården.....	21
Arbete med uppföljning av omställningen i tidigt skede .....	22
De privata aktörernas medverkan i omställningen .....	23
Administrativa kostnader .....	23
Socialstyrelsens slutsatser .....	23
4. Utvecklingen av den nära vården med primärvården som nav .....	25
Samverkansinsatser är centrala i omställningen .....	25
Kontinuitet och fasta kontakter i vård och omsorg .....	29
Fortsatt stora skillnader i regionernas arbete med patientkontrakt .....	32
Ökat fokus på hälsofrämjande insatser .....	33
Socialstyrelsens slutsatser .....	35
5. Resurser och kompetensförsörjning .....	37
Insatser för att ge goda förutsättningar för vårdens medarbetare .....	37
Insatser för resurssättning av primärvården.....	39
Primärvårdens resurser .....	40
Kostnaderna för regionens primärvård har ökat men ökningen beror delvis på pandemin .....	40
Legitimerad personal har ökat i den regionala men minskat i den kommunala primärvården .....	44
Socialstyrelsens slutsatser .....	49
6. Digitalisering och Vision e-hälsa 2025.....	51
Digitalisering och digital kommunikation – en central del av omställningen.....	51
Socialstyrelsens slutsatser .....	54
7. En utvecklad ambulanssjukvård .....	56

Regionernas insatser för att utveckla ambulanssjukvården .....	56
Resultat av insatserna.....	57
Socialstyrelsens slutsatser .....	57
Referenser .....	58
Bilagor.....	60

# Sammanfattning

Socialstyrelsen har varje år sedan 2019 följt upp omställningen mot en god och nära vård. Årets uppföljning ska ge en bild av hur långt regionerna och kommunerna hittills har kommit i arbetet. Den bygger bland annat på redovisningar där regioner och kommuner beskrivit vilka insatser som genomförts och vilka resultat de har uppnått i arbetet med omställningen, men också på en fördjupad analys i sex län.

Målen med omställningen är bland annat att förbättra tillgängligheten till primärvården och öka kontinuiteten, relationsskapandet, delaktigheten och medskapandet i hälso- och sjukvården. Tidigare uppföljningar har visat att arbetet med omställningen inte haft några tydliga effekter på dessa mål, ur ett patientperspektiv. En förklaring är att arbetet med omställningen fortfarande befinner sig i ett inledande skede.

Socialstyrelsen har därför i årets uppföljning lagt särskild vikt vid att beskriva hur förutsättningarna för omställningen utvecklats. Det handlar dels om hur styrningen av arbetet med omställningen utvecklats på central nivå i regionerna och i länen, dels om hur primärvårdens resurser har utvecklats.

## Styrningen av omställningsarbetet har utvecklats men behöver konkretiseras

Uppföljningen visar att regioner och kommuner har tagit ytterligare steg mot att samordna arbetet med god och nära vård, genom att bygga upp samverkansstrukturer på länsnivå. I nästan alla län har regioner och kommuner också beslutat om länsgemensamma målbilder för arbetet.

I många län har regioner och kommuner även fattat beslut om handlingsplaner, strategidokument eller liknande. Dessa innehåller i vissa fall konkreta och tidsatta insatser som ska genomföras, men de flesta gör det inte. Flera regioner redovisar dock att arbete pågår med att konkretisera de målbilder som beslutats.

Socialstyrelsen ser det som angeläget att regioner och kommuner arbetar vidare med att konkretisera och tidsätta arbetet med omställningen. Socialstyrelsen noterar även att flera regioner och kommuner efterfrågar ett tydligare nationellt uppdrag, exempelvis genom en målbild för arbetet, en definition av personcentrerad vård eller en strategi för hälsofrämjande arbete.

## Styrningen behöver ta nya former

Regioner och kommuner har på central nivå i stor utsträckning använt ”mjuka” styrningsformer i arbetet med omställningen, såsom utbildnings- och kommunikationsinsatser, ofta riktade till personalen. Det är mindre vanligt med formella styrmedel såsom att förändra ersättningssystem eller uppdragsbeskrivningar. Socialstyrelsen tolkar betoningen av utbildning och kommunikation som att arbetet på central nivå hittills främst har handlat om att höja medvetandenivån och skapa en kulturförändring i riktning mot god och nära vård.

Mycket av arbetet med omställningen har genomförts inom ramen för projekt, pilotstudier och utvecklingsarbeten som i många fall berört begränsade delar av verksamheten. I några län och regioner finns tecken på att detta sätt att arbeta håller på att förändras. Det handlar dels om att förankra arbetet tydligare i linjeverksamheten men också om att brett införa insatser som tidigare berört begränsade delar av verksamheten.

Socialstyrelsen bedömer att det arbete som genomförts utgjort nödvändiga steg, och flera intervjupersoner i regioner och kommuner anser att utbildnings- och kommunikationsinsatserna har ökat förståelsen för omställningen. Men för att omställningen ska få ett större genomslag i verksamheterna bedömer Socialstyrelsen att den centrala styrningen behöver utvecklas. Arbetet behöver förankras tydligare i linjeverksamheten, och regioner och kommuner behöver i ökad utsträckning styra genom formella uppdrag till verksamheterna för att inkludera både offentliga och privata utförare.

## Vissa tecken på att samverkan blivit bättre

Många av de insatser som regioner och kommuner redovisar syftar till att förbättra samverkan eller samordning mellan huvudmännen eller mellan primärvård och specialiserad vård. Samverkansinsatser är exempelvis vanliga för att nå målen om ökad kontinuitet och delaktighet i hälso- och sjukvården. En vanlig typ är mobila team som alla regioner och flera kommuner redovisar att de arbetar med. En annan insats är att förbättra utskrivningsprocessen mellan den slutna vården och regionernas och kommunernas primärvård.

Det saknas systematiska uppföljningar som gör det möjligt att bedöma hur samverkan eller samordningen har utvecklats, men i några av de kommunala redovisningarna framförs att samverkan eller samarbetsklimatet mellan kommuner och regionen har förbättrats. Det finns också andra undersökningar som styrker detta. Vidare ses en positiv utveckling i vissa indikatorer som mäter samordningen inom utskrivningsprocessen och akutsjukvården.

## Samverkansformerna behöver utvecklas

De samverkanslösningar som utvecklats i regioner och kommuner har i stor utsträckning tagit sig uttryck i nätverk, forum, plattformar, klusterbildningar med mera. Det handlar om lösa former av samverkan där vårdgivare kan utbyta information och samordna verksamhet. Det är mindre vanligt med samverkan i mer fasta eller formaliserade former.

Socialstyrelsen anser att samverkansformerna behöver utvecklas för att arbetet med omställningen ska få större spridning. Samverkansformerna behöver formaliseras och det behöver göras en analys av hur det ska genomföras. Det kan exempelvis handla om att skapa gemensamma organisatoriska lösningar, gemensamma nämnder eller avtalssamverkan. Insatser kan även behöva genomföras från nationell nivå för att stödja regioner och kommuner i arbetet med att införa sådana samverkanslösningar.

## Fast läkarkontakt är prioriterat men regionerna gör på olika sätt

Fast läkarkontakt syftar till att öka kontinuiteten och relationsskapandet i hälso- och sjukvården. Arbetet med fast läkarkontakt har varit prioriterat i



många regioner och de flesta regioner kan nu registrera och mäta andelen med en sådan kontakt i sina journal- eller listningssystem. Cirka hälften av regionerna redovisar att de uppnådde det nationella målet om att minst 55 procent av befolkningen hade en namngiven fast läkarkontakt i primärvården vid utgången av 2022.

Andelen med en fast namngiven läkarkontakt var 7–96 procent i regionerna. Skillnaderna kan bero på att regioner arbetar på olika sätt och har olika ambitionsnivå men Socialstyrelsen bedömer att de stora skillnaderna delvis även beror på att regionerna inte mäter på samma sätt. En förklaring till skillnaderna kan vara att vissa regioner har ett system som bygger på att patienter aktivt väljer en fast läkarkontakt medan andra regioner administrativt tilldelar patienter en sådan kontakt.

## Stora variationer i arbetet med patientkontrakt

Patientkontrakt är en gemensam överenskommelse mellan patient och vårdgivare som syftar till att åstadkomma en mer personcentrerad samordning av vården. De redovisningar som lämnats in tyder på att det är fortfarande finns stora variationer mellan regionerna. Region Jönköping har kommit långt i arbetet men utvecklingen i övriga regioner är svårare att bedöma. Det beror bland annat på att många regioner använder andra benämningar än patientkontrakt, eller andra planeringsinstrument, främst samordnad individuell plan (SIP).

## Stor variation i det hälsofrämjande arbetet

Många regionerna beskriver det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som prioriterat, även om det inte fått något tydligt avtryck i de formella uppdragen till primärvården. Flera regioner redovisar dock att antalet hälsosamtal och hälsoundersökningar ökade under 2022 efter att tidigare minskat med anledning av covid-19-pandemin.

Särskilt kommunerna redovisar en stor variation av förebyggande och hälsofrämjande insatser. Socialstyrelsen bedömer att många av dessa insatser är svåra att avgränsa från kommunernas grunduppdrag inom vård, omsorg och skolväsende, och därför är det svårt att beskriva hur arbetet utvecklats.

## Hur primärvårdens resurser har förändrats

Några regioner redovisar att de stärkt primärvården ekonomiskt eller planerar att göra det, men de flesta beskriver i stället andra sätt att stödja primärvården eller förbättra effektiviteten i hälso- och sjukvården i stort.

Socialstyrelsen har analyserat ekonomisk statistik och statistik över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i syfte att bedöma om primärvårdens resurser har förändrats. Statistiken är delvis osäker, särskilt den ekonomiska statistiken som är påverkad av riktade, statsbidrag bland annat med anledning av pandemin.

Analysen indikerar att primärvårdens resurser i regionerna sedan 2015 har ökat ungefär i linje med befolkningsökningen, vilket innebär en tydlig resursökning i absoluta tal eftersom befolkningsökningen varit ganska stor. Primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens totala resurser i regionerna ser ut

att ha ökat något sedan 2015, men i vissa har primärvårdens andel ökat mer medan den i andra inte har förändrats eller minskat.

Personalstatistiken för den regionala primärvården indikerar att utvecklingen skiljer sig åt mellan olika personalgrupper. Samtidigt som exempelvis läkare fysioterapeuter, arbetsterapeuter och psykologer ökat i antal har antalet allmänläkare och distriktssköterskor minskat i relation till befolkningmängden.

Det saknas ekonomisk statistik som gör det möjligt att följa hur mycket resurser som läggs på den kommunala primärvården, men tidigare undersökningar har visat att kostnaderna för den kommunala hälso- och sjukvården ökat. Personalstatistiken visar samtidigt att den legitimerade personalen minskade i kommunerna 2015–2020, i relation till befolkningmängden. Det indikerar att resursförstärkningen inom den kommunala hälso- och sjukvården främst skett genom att personal som inte är legitimerad i större utsträckning genomför hälso- och sjukvårdsuppgifter. Det bör dock beaktas att hyrpersonal inte ingår i personalstatistiken.

## Kompetensförsörjningen - en förutsättning för att stärka primärvården

Socialstyrelsen bedömer att kompetensförsörjningen påverkar de praktiska möjligheterna att öka primärvårdens resurser. Ett problem är bristen på allmänläkare och distriktssköterskor. Ett annat problem är att regioner och kommuner delvis konkurrerar om samma personal. I vissa län har antalet sysselsatta med legitimation ökat i regionernas primärvård samtidigt som de minskat i länets kommuner. Det indikerar att en resursförstärkning i en del av primärvården kan påverka en annan del av primärvården negativt.

Socialstyrelsen anser att det därför är angeläget att regioner och kommuner arbetar med konkreta kompetensförsörjningsplaner och genomför utbildningsinsatser för att lösa problemen. En tänkbar åtgärd är att kommuner och regioner i ökad utsträckning samverkar i arbetet med kompetensförsörjningen, exempelvis genom att ta fram gemensamma länsövergripande kompetensförsörjningsplaner. Sådana finns i dag i ett fåtal län. Flera regioner och kommuner efterfrågar nationellt stöd i kompetensförsörjningsarbetet, bland annat genom att lärosätena involveras tydligare i arbetet.

## Arbete med digitalisering och vision e-hälsa 2025

Många regioner håller på att förbättra den digitala vårdinformationen och underlätta digital kommunikation mellan olika vårdgivare och mellan vårdgivare och patienter. Detta överlappar delvis med de journal- och vårdinformationssystem som för närvarande håller på att utvecklas och implementeras i många regioner. Utifrån redovisningarna är det svårt att bedöma hur långt arbetet kommit.

Uppföljningen visar att användandet av digitala verktyg och digitala tjänster inom hälso- och sjukvården ökat under senare år men att vissa sådana verktyg och tjänster minskat efter 2021. En trolig förklaring till både ökningen och minskningen är pandemins påverkan på hälso- och sjukvården och samhället i stort.

## Mot en utvecklad ambulanssjukvård

Liksom i den förra uppföljningen av god och nära vård avseende 2021 redovisar regionerna insatser för ett närmare samarbete mellan ambulanssjukvården och den regionala och kommunala primärvården, och insatser för att ambulanssjukvården ska få en tydligare roll i att styra patienter till rätt vårdnivå. Socialstyrelsen återkommer till utvecklingen av ambulanssjukvården och de uppnådda resultaten i ett regeringsuppdrag om den prehospitala vården och ambulanssjukvården som ska redovisas i mars 2024.

# 1. Socialstyrelsens uppdrag

Socialstyrelsen har sedan juli 2019 regeringens uppdrag (S2019/03056/FS, S2020/03319/FS) att följa upp primärvården och omställningen till en mer nära vård. Uppdraget har initialt bestått av tre deluppdrag,<sup>1</sup> varav denna rapport redogör för deluppdrag III som innebär att Socialstyrelsen varje år under 2020–2023 ska följa upp och rapportera hur omställningen till en mer nära vård i regionerna och kommunerna utvecklas.

Arbetet i årets uppföljning utgår från överenskommelsen *God och nära vård 2022. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav* [1]. Överenskommelsen för 2022 består av fyra olika utvecklingsområden som syftar till att stödja utvecklingen av hälso- och sjukvården, med särskild inriktning på den nära vården. Socialstyrelsen ska följa regioners och kommuners arbete inom följande utvecklingsområden:

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

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

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*.

---

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

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

## 2. Genomförandet av årets uppföljning

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

### Vad uppföljningen bygger på

Årets rapport bygger på tre huvudsakliga källor:

- redovisningar från regioner och kommuner
- en fördjupad analys i sex län
- kvantitativa data i form av bland annat ekonomi- och personalstatistik.

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

Inför redovisningarna har Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och Regeringskansliet tagit fram en struktur för redovisningarna från regionerna och kommunerna. Frågorna har skickats ut i form av en enkät (se webbilaga 1 och 2, totalt 4 bilagor).<sup>3</sup>

Socialstyrelsen har analyserat arbetet med omställningen i sex län: Dalarna, Jönköping, Jämtland, Norrbotten, Skåne och Västmanland. Länen har valts ut för att få variation i geografiska förhållanden, invånarantal och andelen privata respektive offentliga driftsformer. Detta är faktorer som bedöms ge olika förutsättningar för arbetet med omställningen.

Kartläggningen och analysen i de sex länen har inriktats på att beskriva hur det centrala arbetet med att styra och organisera arbetet med omställningen bedrivs och har utvecklats under de senaste åren. Det har även riktats mot att beskriva hur primärvårdens förutsättningar i form av resurser och uppdrag har utvecklats under senare år. Kartläggningen har främst inriktats på det regionala arbetet med omställningen och på den regionala primärvården. Intervjuer har genomförts med samordningsansvariga, eller motsvarande, för arbetet med god och nära vård i regioner och RSS-strukturer. Även ansvariga för primärvården i regionerna har intervjuats, liksom personal med HR-funktioner. I några regioner har även intervjuer genomförts med personal med ekonomiansvar.

Redovisningen har kompletterats med kvantitativa uppgifter som delvis tagits fram inom ramen för uppdraget att följa upp omställningen med hjälp av indikatorer, som Socialstyrelsen redovisades till regeringen i augusti 2022.

[2]

---

<sup>2</sup> Delredovisningarna skulle ha inkommit senast den 30 september 2022 och slutredovisningen den 31 mars 2023.

<sup>3</sup> Enkäterna skickades ut av Socialstyrelsen till regioner och RSS i juni respektive december 2022.

## Socialstyrelsen ger en nulägesbild av omställningen

Socialstyrelsen har varje år sedan 2019 följt upp omställningen mot en god och nära vård. Syftet med denna redovisning är att teckna en bild av hur långt regionerna och kommunerna har kommit i arbetet, utifrån vad som framkommit i årets undersökningar och i tidigare uppföljningar. Syftet är alltså inte att beskriva vad som hänt under det senaste året.

### *Socialstyrelsen beskriver förutsättningar för omställningen*

Det är av flera skäl utmanande att följa arbetet med omställningen. Ett skäl är att regioner och kommuner arbetar med omställningen på många olika sätt och det är svårt att sammanställa hur arbetet bedrivs utifrån de redovisningar som lämnats till Socialstyrelsen. Tidigare uppföljningar har visat att arbetet utifrån ett patientperspektiv inte haft tydliga effekter på målen om tillgänglighet, kontinuitet, delaktighet m.m. Flera av de indikatorer som kan användas för att mäta dessa mål har även påverkats av pandemin och är svårtolkade. En förklaring till bristen på tydliga effekter är att arbetet med omställningen befinner sig i ett inledande skede och inte har hunnit påverka de övergripande målen med omställningen [3].

I årets uppföljning, som gäller 2022, är fokus främst på att beskriva hur förutsättningarna för omställningen har utvecklats och var regioner och kommuner befinner sig i arbetet med omställningen. Syftet är att analysera dels vilka resurser som regioner och kommuner har för arbetet med omställningen, dels hur långt man kommit på central nivå i att organisera och styra verksamheterna i riktning mot omställningens mål.

### *Socialstyrelsen beskriver insatser och prestationer*

Socialstyrelsen beskriver insatser som genomförts i arbetet med omställningen utifrån redovisningarna från kommuner och regioner, och utifrån den fördjupade analysen i de sex länen. Syftet med beskrivningen är att visa på typiska och vanliga arbetssätt samt omfattningen av olika insatser. I vissa fall beskrivs och exemplifieras mer ovanliga insatser och projekt för att visa på variationen av arbetssätt. Socialstyrelsen har, så långt det är möjligt, bedömt hur regioners och kommuners arbete med omställningen förändrats över tid.

I uppföljningen beskrivs även prestationer i kvantitativa termer. Det handlar exempelvis om antalet personer med en fast läkarkontakt eller antalet sjuksköterskor som fått en specialistutbildning i arbetsgivarens regi.

## Avgränsningar

SKR:s arbete inom ramen för överenskommelsen om god och nära vård, ska enligt uppdraget följas upp. SKR lämnade en verksamhetsrapport till regeringen den 31 mars 2023 [4] Socialstyrelsen har inte genomfört någon uppföljning av SKR:s insatser och hänvisar till nämnda verksamhetsrapport vad gäller uppföljning av SKR:s insatser.

Socialstyrelsen har i uppdrag att genomföra insatser för att främja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård och ska även följa effekterna av dessa insatser. Socialstyrelsen lämnade i mars 2023 en redogörelse för insatserna under 2022 [5].

Socialstyrelsens uppdrag handlar inte om att följa upp hur regioner och kommuner har använt de bidrag som staten, via Kammarkollegiet<sup>4</sup>, tilldelat dem inom ramen för överenskommelsen om god och nära vård. Det är inte heller möjligt att följa hur statsbidragen har använts utifrån regioner och kommuners redovisningar till Socialstyrelsen.

## Samverkan och dialog

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

---

<sup>4</sup> Regeringen (Socialdepartementet). Uppdrag om utbetalning av medel i enlighet med överenskommelsen om God och nära vård 2021 (S2021/01099).

### 3. Organisation och styrning mot en god och nära vård

Syftet med detta kapitel är att beskriva hur regioner och kommuner på central nivå organiserar och styr arbetet mot en god och nära vård. Särskilt fokus har lagts på hur regionerna styr omställningsarbetet i primärvården. Innehållet bygger på regioners och kommuners redovisningar och på den fördjupade analys som genomförts i sex regioner.

#### En organisation för arbetet med omställningen har byggts upp

Arbetet med omställningen är organiserat på flera olika nivåer. Insatser och styrning sker både inom regionerna och kommunerna men även inom ramen för RSS-strukturerna och på länsnivå.

I länen finns vanligen lednings- eller samordningsforum där regionen och kommunerna kan hantera gemensamma frågor om omställningen, ibland benämnt ”systemledning” [6]. Kartläggningen i de sex utvalda länen visar att regioner och kommuner främst nyttjat befintliga samverkansstrukturer i länen och alltså inte byggt upp nya strukturer för att hantera frågor om god och nära vård. I samverkansstrukturerna deltar oftast både politiker och tjänstemän på högre nivå i regionen och kommunerna i länet.<sup>5</sup>

Ett exempel är Dalarna där systemledningen består dels av ett politiskt forum med representation från regionen och kommunerna (Välfärdsrådet), dels av ett nätverk av förvaltningschefer. Systemledningen har i sin tur gett en styrgrupp i uppdrag att ta fram en länsgemensam strategi med målbild och färdplan för god och nära vård i länet.

Flera intervjupersoner i regionerna beskriver att det politiska intresset för omställningen har ökat över tid. De förtroendevalda uppfattas ofta trycka på för att arbetet med omställningen ska gå vidare.

#### Utveckling mot lokal samverkan i länen

I flera län har regioner och kommuner byggt upp samverkansstrukturer på lokal nivå, eller planerar att göra det. Ett exempel är Skåne där man har ett centralt och sex delregionala samverkansorgan. På både central och delregional nivå leds arbetet av politiskt sammansatta organ och tillhörande tjänstemannaberedningar. I Västmanland har man delat in länet i fyra så kallade noder i arbetet med omställningen. I varje nod finns den kommunala och regionala primärvården och ett närsjukhus. I Norrbotten planerar regionen att rekrytera samordnare för att stödja arbetet i fyra olika länsdelar.

---

<sup>5</sup> Av de sex undersökta länen beskriver alla utom Västmanland att arbetet med god och nära vård leds av någon form av politiskt tillsatt ledningsgrupp.



## Särskilda resurser avsatta för arbetet med omställningen

Tidigare uppföljningar har visat att de flesta regioner har tillsatt särskilda personalresurser som arbetar med omställningen. De benämns ofta samordnare men regionerna redovisar också att projektledare, koordinatörer och kommunikatörer arbetar med detta. Även kommunerna har i varierande utsträckning sådana personalresurser. Personal som arbetar med god och nära vård arbetar ofta även med andra utvecklingsarbeten parallellt. Flera av de kommunala RSS-strukturerna har även inrättat samordnings- och projektledartjänster för att stödja kommunernas arbete med omställningen.

Regionernas och RSS- strukturernas personalresurser arbetar ofta tillsammans och är ibland placerade nära varandra. I Dalarna är exempelvis utvecklingsledare som arbetar för RSS-strukturerna placerade vid en av regionens avdelningar. I Västmanland har regionen och RSS-strukturen anställt var sin processledare som arbetar med omställningen. I Skåne har regionen och kommunerna gemensamt anställda processledare.<sup>6</sup>

## Omställningsarbetet har ofta bedrivits i projektform

Relativt många av de insatser som redovisas av regioner och kommuner är utvecklingsprojekt, så kallade pilotstudier eller liknande som ofta verkar drivas i projektform utanför den reguljära verksamheten. Det kan handla om att inom en begränsad del av verksamheten testa nya arbetssätt, exempelvis mobila team, egenmonitorering eller hälsofrämjande insatser.

I redovisningarna finns exempel på att tidigare pilot- eller utvecklingsprojekt är på väg att införas brett i verksamheten, bland annat Region Uppsalas försök med äldreomsorg. Det framgår dock inte alltid i vilken organisatorisk form insatser genomförs eller om insatsen berör hela eller en mindre del av verksamheten.<sup>7</sup> Det är därför svårt att bedöma i vilken utsträckning arbetet generellt går i riktning mot att införas brett i verksamheten i stället för att drivas i projektform.

Flera intervjupersoner beskriver dock en viss förflyttning över tid, från att en stor del av arbetet hanteras inom projekt eller inom ramen för en projektorganisation, till att det genomförs eller planeras att genomförs i linjeverksamheten. I exempelvis Dalarna uttrycker intervjupersonerna att arbetet med god och nära vård ska gå från att drivas i projektform till att bli en del av den ordinarie linjeverksamheten. I Jönköping har man valt att inte skapa en särskild organisation utan i stället tillsatt resurser inom olika delar av den reguljära verksamheten. Även i Skåne har man genomfört förändringar för att flytta omställningsarbetet till de ordinarie verksamheterna. Regionen avvecklade 2022 ett så kallat framtidskontor som hade ansvar för att koordinera och stödja arbetet med god och nära vård. I Norrbotten ansvarade under 2022 ett särskilt utskott för arbetet med nära vård, men sedan årsskiftet 2022/2023 är det en nyinrättad hälso- och sjukvårdsnämnd som ansvarar för omställningen.

<sup>6</sup> I förra årets uppföljning framgick att kommunerna och regionen i Uppsala län har gemensamt finansierade strategier.

<sup>7</sup> I årets uppföljning fick regioner och kommuner ange om de insatser som genomförs bedrivs i projektform eller är breddinförda. Regioner och kommuner har i viss utsträckning svarat på detta men det är svårt att utifrån svaren ge en helhetsbild.

## Arbete med omställningen har pågått under längre tid

Staten har sedan 2019 slutit överenskommelser med SKR om arbete med god och nära vård, men redan före det hade flera regioner och län utvecklingsarbete som delvis liknar arbetet med omställningen. Arbetet med god och nära vård har ofta fogats samman med tidigare utvecklingsarbeten.

I Region Jönköping startades 2016 det så kallade Tillsammans-programmet. Det syftade till att stärka det personcentrerade arbetet och har efter hand utökats till att stärka omställningen mot en god och nära vård. Målet med programmet var att huvuddelen av invånarnas behov av öppen hälso- och sjukvård skulle tillgodoses i den nära vården.<sup>8</sup>

I Skåne trädde 2016 ett hälso- och sjukvårdsavtal i kraft som reglerar ansvarsfördelningen, samverkan och gemensamt utvecklingsarbete mellan Region Skåne och kommunerna i länet. Det beskrivs som en startpunkt för arbetet med god och nära vård, av intervjupersonerna i Skåne. Avtalet inkluderade samverkan inom hälsofrämjande arbete och vård av de mest sjuka äldre.

I Jämtland Härjedalen fattade regionen och kommunerna i länet beslut om ett gemensamt styrdokument som angav mål för en gemensam hälso- och sjukvårdspolitik i Jämtlands län 2014–2025. De övergripande målen berörde förbättrad psykisk hälsa, hälsofrämjande och trygghetsskapande levnadsvillkor och tillgänglig och samordnad hälso- och sjukvård.

## Målbilder, handlingsplaner och strategier

Regioner och kommuner har individuellt och gemensamt tagit fram målbilder, handlingsplaner och strategier för arbete med omställningen.

### Beslutade målbilder finns nu i nästan alla län

Hösten 2019 hade nästan alla regioner tagit fram en målbild eller strategi för arbetet med god och nära vård. Därefter har regioner och kommuner arbetat med att ta fram gemensamma målbilder inom sina respektive län.

Årets redovisning visar att det nu finns beslutade länsgemensamma målbilder i alla län förutom två.<sup>9</sup> Vid förra årets uppföljning hade drygt hälften av länen en beslutad målbild. Cirka hälften av regionerna har även en regionspecifik målbild för arbetet med omställningen, vid sidan om den länsgemensamma målbilden.

De målbilder som beskrivs i redovisningarna är i allmänhet kortfattade dokument som övergripande beskriver målsättningar för arbetet, prioriterade områden, ledord för omställningsarbetet med mera. Region Dalarnas målbild är exempelvis formulerad som: ”Nära genom hela livet – gemensamt tillsammans” med fem delmål: ”Nära för mig, Nära för alla, Nära i hela Dalarna, Nära mellan oss och Nära till hälsa”. I Västmanlands målbild står det exempelvis ”Genom samverkan och samarbete inom och mellan region och kommun skapas förutsättningar för ett omhändertagande på rätt vårdnivå i

<sup>8</sup> Programmet genomfördes inom regionen men länets kommuner medverkade i vissa delprojekt.

<sup>9</sup> I Jämtlands län och Kalmar län finns en målbild som ännu inte hunnit beslutas av regionerna och kommunerna.

samverkan mellan region, kommun, skola och elevhälsan”. Vidare tydliggör målbilden i Västmanland att man har vissa förhållningssätt och perspektiv, exempelvis att vården ska vara personcentrerad och relationsskapande.<sup>10</sup>

## Handlingsplaner i cirka i hälften av länen

I cirka hälften av länen svarar både regionerna och kommunerna att det finns en beslutad läns gemensam handlingsplan för arbetet med omställningen.<sup>11</sup> Övriga län har inte en sådan handlingsplan eller så är läget oklart beroende på att regionerna och kommunerna givit olika svar på frågan.<sup>12</sup> I några län anger dock kommunerna att det finns en framtagna handlingsplan men att den ännu inte hunnit beslutats.<sup>13</sup>

Cirka hälften av regionerna anger att de har en regionspecifik handlingsplan som är kopplad till målbilden. Även många kommuner anger att de har särskilda handlingsplaner som är kopplade till målbilden. Variationerna mellan länen är dock stora. I Jönköpings län uppges alla kommuner ha en sådan handlingsplan, men inga alls i Hallands, Kalmars och Västerbottens län. I majoriteten av länen uppges en del av kommunerna ha en sådan plan.<sup>14</sup>

Uppgifterna om en beslutad handlingsplan är svårtolkade eftersom begreppet handlingsplan inte har någon entydig betydelse. Regioner och kommuner kan därför ha tolkat frågan på olika sätt.<sup>15</sup> Flera regioner och kommuner som svarat att de inte har en handlingsplan anger att de har integrerat arbetet med omställningen i andra verksamhetsplaner, aktivitetsplaner eller liknande.

## Handlingsplanernas innehåll varierar

De målbildsrelaterade handlingsplaner, färdplaner och strategier som Socialstyrelsen tagit del av innehåller ofta en beskrivning av målet och syftet med omställningen, men varierar i övrigt. Norrbotten har exempelvis utvecklat en läns gemensam strategi som identifierar förutsättningar och prioriterade riktningförändringar, exempelvis ökad personcentrering och delaktighet och stärkt gemensam primärvård. Avsikten är att använda dessa riktningförändringar för att ta fram handlingsplaner i samtliga kommuner.

Vissa planer beskriver främst formerna för arbetet med omställningen. Dalarnas läns gemensamma strategi beskriver exempelvis hur arbetet ska organiseras och följas upp.<sup>16</sup> Färdplanen som regionen och kommunerna i

---

<sup>10</sup> Region Västmanland, Program Nära vård – En omställning av vården i samverkan mellan region och kommun, 2020, <https://regionvastmanland.se/globalassets/vardgivare-och-samarbetspartners/avtal-och-samverkan/nara-vard/program-nara-vard-2020-11-18.pdf> (hämtad 2023-03-10).

<sup>11</sup> Blekinge, Dalarna, Gotland, Gävleborg, Kronoberg, Jönköping, Skåne, Stockholm, Värmland och Östergötland.

<sup>12</sup> I Örebro län och Västra Götalands län lämnar regionerna och kommunerna olika uppgifter om ifall det finns en beslutad handlingsplan i länet. Detta kan bero på olika syn på vad som är en handlingsplan men även olika uppfattningar om när en sådan är beslutad. Beslut om en handlingsplan kan ha fattats i ett läns gemensamt samverkansorgan men inte i regionen eller i de enskilda kommunerna.

<sup>13</sup> Jämtland Härjedalen, Kalmar, Västmanland och Västerbotten.

<sup>14</sup> RSS-strukturerna fick i enkäten svara på om kommunerna i länet har en kommunspecifik handlingsplan som är kopplad till målbilden. En uppgav att alla länets kommuner hade en plan, medan sju uppgav att ingen kommun hade en plan. Tio RSS-strukturer uppgav att mindre än hälften hade en plan och fem uppgav att mer än hälften av kommunerna hade en sådan plan. RSS Uppsala har inte svarat på frågan och Gotland har inte räknats med då frågan inte är relevant där då

<sup>15</sup> I Uppsala län har regionen och kommunerna inte svarat på frågorna, och regionen skriver i en kommentar att det är oklart vad som avses med en handlingsplan.

<sup>16</sup> Region Dalarna, Läns gemensam strategi med målbild och färdplan för God och Nära vård i Dalarna 2022–2030.

Värmlands län tagit fram är utformad på ett liknande sätt, och beskriver ett gemensamt arbete med systemledning, stödstrukturer och uppföljning.<sup>17</sup>

De flesta dokument som Socialstyrelsen tagit del av innehåller inte tidsatta och konkreta insatser som ska genomföras, men en del län har fastställt tydligare handlingsplaner. Ett exempel är Skåne som har en aktivitets- och tidplan där det bland annat ingår att ta fram ett nytt avtal för läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård och genomföra utbildningsinsatser för att förbättra kvaliteten på samordnade individuella planer (SIP).<sup>18</sup> Ett annat exempel är Jönköping som fastställt aktiviteter och uppföljningsinsatser för olika målområden.<sup>19</sup>

I flera län håller man på att ta fram mer konkreta insatser. I Norrbotten pågår ett 20-tal så kallade flödeskartläggningar som innebär att analysera journalgranskningar och föreslå bättre arbetssätt. I Västmanland pågår ett arbete med att konkretisera omställningen och ta fram en färdplan som är gemensam för region och kommun.

## Utbildnings- och kommunikationsinsatser är viktiga styrinstrument

Utbildnings- och kommunikationsinsatser, ofta riktade till personalen, är viktiga styrinstrument i arbetet med omställningen, enligt både regionernas och kommunernas redovisningar och de intervjuer som genomförts. För de som arbetar centralt med omställningen är utbildning och kommunikation ofta en central uppgift. Arbetet handlar om att informera och föra dialog med verksamhetsföreträdare, för att skapa förutsättningar för omställningsarbetet. I många regioner och kommuner har man bland annat genomfört workshoppar och tagit fram informationsmaterial och filmer för att sprida kunskap om god och nära vård.

I vissa län verkar olika utbildnings- och kommunikationsinsatser vara det dominerande styrmedlet. Ett exempel är den länsgemensamma handlingsplanen för Västernorrland vars tidsatta aktiviteter nästan enbart består av kommunikations- och utbildningsinsatser såsom nätverksträffar, konferenser, dialoger och föreläsningar.<sup>20</sup>

Alla regioner anger att de genomfört utbildningsinsatser eller motsvarande i syfte att stärka ledarskap och medarbetare i omställningen till en mer nära vård. Det handlar både om att chefer deltagit i SKR:s ledarskapsprogram men även om internt utvecklade utbildningsprogram. Utbildningen har i många fall varit inriktad på chefsnivån och ledarskapsfrågor.

Flera intervjupersoner som arbetar med omställningen centralt i regioner och RSS-strukturer vittnar om en kraftigt ökad förståelse för vad god och

<sup>17</sup> Planerna från Dalarna och Värmland gäller båda fram till 2030.

<sup>18</sup> Region Skåne och Skånes kommuner: Aktivitets- och tidplan avseende god och nära vård inom ramen för Vårdsamverkan Skåne 2022–2025.

<sup>19</sup> Region Jönköping län och Kommunal utveckling Jönköpings län. Handlingsplaner för forum inom Gemensamt ledningssystem för samverkan 2022–2024.

<sup>20</sup> Region Västernorrland och kommunerna i Västernorrland, Programplan Program God och nära vård i Västernorrland "Ett kompetensstödande och samordnande program".

nära vård är och varför det är viktigt. Det sätts ofta i samband med flera års utbildnings- och kommunikationsinsatser i verksamheterna.

## Ersättningsystemet används i mindre utsträckning

Redovisningarna innehåller relativt få exempel på insatser som berör ersättningsystemet. Ett undantag är Västra Götalandsregionen som bland annat infört en ökad ersättning för de äldsta patienterna inom primärvården och för läkarmedverkan på kommunala boenden. Västra Götalandsregionen och några andra regioner har även infört ekonomiska incitament för arbetet med fast läkarkontakt, se kapitel 4.

Även kartläggningen i de sex utvalda regionerna visar att det inte genomförts några stora förändringar av ersättningsystemet till primärvården med anledning av omställningen mot en god och nära vård. Den vanligaste förändringen är att minska besöksersättningen och i ökad utsträckning ge ersättning per listad patient, så kallad kapitering. I Region Västmanland beskrivs en ökad kapitering och minskad besöksersättning som en viktig pusselbit i arbetet med ökad kontinuitet och fast läkarkontakt, särskilt för äldre och multisjuka patienter. På så sätt vill man undvika att verksamheterna ökar antalet besök av ekonomiska skäl. Det förekommer även att regioner har en mindre del av ersättningen som är målrelaterad. Det kan exempelvis handla om att primärvården får särskild ersättning för att ha vårdsamordnare och ta fram SIP.

## Små förändringar i formell styrning av primärvården

För att analysera regionernas styrning av primärvården har Socialstyrelsen kartlagt regionernas så kallade regelböcker<sup>21</sup> där de specificerar primärvårdsuppdraget i sex regioner. Socialstyrelsen har jämfört regionernas regelböcker för 2023 med motsvarande för 2018 eller 2019, när det gäller centrala begrepp såsom tillgänglighet, kontinuitet och personcentrering.

Kartläggningen visar att uppdraget till primärvården i regelböckerna inte har förändrats så mycket under de senaste fem åren. När tillgänglighet nämns är det ofta fråga om digital tillgänglighet och digitala vårdbesök. Skåne har i sina regelböcker ett stort fokus på tillgänglighet, vilket inte har förändrats under tidsperioden. I Norrbotten har regelboken dock ett större fokus på tillgänglighet 2023 jämfört med 2019.

Regionerna lyfter relativt ofta upp krav på samverkan mellan kommun och region, samordnade vårdkontakter, kontinuitet och fasta vårdkontakter i sina regelböcker. Region Västmanland betonar exempelvis vikten av samverkan om äldre personer, och Region Skåne lyfter särskilt fram arbetet med mobila team. Det har dock inte skett någon större förändring över tid vad gäller krav på samverkan, kontinuitet och fasta vårdkontakter i regionernas regelböcker.

---

<sup>21</sup> Har olika benämningar i regionerna, bl.a. regelbok, vårdval, hälsoval eller primärvårdsuppdrag.

Kartläggningen visar även att det är vanligt med krav på hälsofrämjande och förebyggande arbete, utan någon större förändring över tid. Närliggande begrepp såsom habiliterande och rehabiliterande arbete nämns sällan i regelböckerna.

Även begrepp som delaktighet, medskapande, personcentrering och patientkontrakt nämns sällan i regelböckerna.

## Arbete med uppföljning av omställningen i tidigt skede

I många län planerar man uppföljningar inom de gemensamma strukturer som byggts upp för arbetet med omställningen. Region Gävleborg anger exempelvis att en partssammansatt grupp ska starta arbetet 2023. I Skåne ingår det i arbetsuppgifterna för de nyinrättade processledarna att ta fram en uppföljningsplan med ett gemensamt ramverk för hur länet ska mäta förflyttningen. I flera län avvaktar man det arbete som sker på nationell nivå. Uppföljning lyfts av många fram som en av de större utmaningarna i arbetet med omställningen och det är där man efterfrågar mest stöd från nationellt håll.

Flera regioner och kommuner arbetar med att ta fram indikatorer för att följa omställningen. I vissa län har man tagit fram sådana indikatorer medan man i andra fattat beslut om att göra det. Flera utgår från de indikatorer som SKR och Socialstyrelsen tagit fram.

Några regioner har mer utvecklade uppföljningsplaner eller uppföljningsmodeller. Dalarnas uppföljningsmodell innebär att man ska följa omställningen med hjälp av indikatorer och nyckeltal, men utöver det bygger den på självskattning och uppföljning av enskilda aktiviteter. Självskattning innebär att verksamheten får ta ställning till ett antal påståenden, bland annat för att kunna mäta utveckling över tid. Uppföljning av enskilda aktiviteter syftar till att bedöma måluppfyllelse och avgöra vad som fungerar eller inte.

Jönköping följer bland annat upp genom att låta berättelser från patienter, brukare och personal levandegöra och visualisera resultat.

I Uppsala har regionen, tillsammans med kommunerna, genomfört en mer omfattande uppföljning som bygger på dels en uppföljning av enskilda insatser såsom att införa äldremottagningar och mobila närvårdsteam, dels uppföljning av utvalda indikatorer.<sup>22</sup>

Flera regioner redovisar att man har eller planerar uppföljningar eller forskningsundersökningar som utförs av interna enheter för forskning och utveckling (FoU) eller av universitet och högskolor. I exempelvis Sörmland och Västerbotten har lärosäten gjort så kallad följeforskning om delar av arbetet med omställningen. I Skåne följer en forskargrupp från Malmö högskola inrättandet av fler familjecentraler i länet.

---

<sup>22</sup> Region Uppsala, Uppföljning av omställningen till en Effektiv och Nära Vård i Uppsala län.

# De privata aktörernas medverkan i omställningen

Enligt överenskommelsen bör regionerna säkerställa att de privata och offentliga aktörerna involveras i omställningen.

Kartläggningen av regionernas styrning av arbetet med omställningen visar att styrningen av primärvården främst genomförts på en strategisk nivå, bland annat inom ramen för den politiska budgetstyrningen. Undersökningen i de sex utvalda länen visar att de privata aktörerna inte deltagit i någon större utsträckning i det mer strategiska arbetet. Det förekommer dock att privata utförare bjudits in att delta för att ta fram mål- och strategidokument eller att de har medverkat i referensgrupper för arbetet med god och nära vård. Enligt flera intervjupersoner i de sex regionerna är det dock enklare att involvera offentligt driven verksamhet i olika utvecklingsarbeten.

Genomgången av regelböckerna för primärvården ovan visade på relativt små förändringar under de senaste åren. Det visar att regionerna i ganska liten utsträckning använt avtalen för att styra vårdgivarna i arbetet med god och nära vård. Eftersom de verksamheter som bedrivs i privat regi huvudsakligen styrs genom avtal försvårar det möjligheten att involvera de privata aktörerna i arbetet med omställningen.

Detta innebär dock inte att verksamhet i offentlig regi kommit längre i arbetet med omställningen än den som bedrivs i privat regi, endast att privata verksamheter i mindre utsträckning involverats i regionernas och kommunernas insatser och utvecklingsarbeten. En del intervjupersoner uppfattar att privata aktörer kommit längre i vissa avseenden, bland annat när det gäller digital tillgänglighet.

## Administrativa kostnader

I Socialstyrelsens uppdrag ingår att analysera hur omfattningen av verksamheternas administrativa arbete påverkas av de överenskomna insatserna. Det är dock inte möjligt att bedöma hur de administrativa kostnaderna påverkats utifrån regionernas och kommunernas redovisningar.

I det administrativa arbetet ingår att ta fram de del- och helårsredovisningar som regioner och kommuner lämnat till Socialstyrelsen. Samordnarna av arbetet med omställningen i regioner och RSS-strukturer uppger i intervjuer att varje rapporteringstillfälle inneburit 40–80 timmars arbete. Det inkluderar inte arbete med redovisningar i kommuner eller i verksamheter i regionerna.

## Socialstyrelsens slutsatser

Utifrån ett styrnings- och organisationsperspektiv visar kartläggningen att regioner och kommuner har

- byggt upp gemensamma beslutsorgan och centrala resurser
- arbetat med att ta fram målbilder, handlingsplaner och strategier
- genomfört utbildnings- och kommunikationsinsatser

- genomfört pilotstudier och annan utvecklingsverksamhet, ofta i projektform.

Kommuner och regioner har kommit långt vad gäller att bygga upp en struktur för beslutsfattande i länen och centrala resurser för arbetet. De har även i stor utsträckning tagit fram målbilder, strategier och handlingsplaner för arbetet. Socialstyrelsens bedömning är dock att många av dessa dokument ger liten vägledning om hur arbetet med omställningen konkret ska genomföras. De beskriver i stället övergripande målsättningar och hur arbetet ska organiseras. Det finns dock exempel på mer konkreta handlingsplaner med tidsatta insatser. Flera regioner redovisar också att de arbetar med att konkretisera målbilderna. Relativt många regioner och kommuner efterfrågar ett förtydligat nationellt uppdrag, exempelvis genom att en målbild för arbetet, en definition av personcentrerad vård eller en strategi för hälsofrämjande arbete, tas fram.

Socialstyrelsen ser det som angeläget att regioner och kommuner arbetar vidare med att konkretisera och tidsätta arbetet med omställningen och att man på ledningsnivå inte nöjer sig med att endast utforma övergripande målsättningar.

På central nivå i länen och regionerna har mycket av arbetet med omställningen handlat om utbildnings- och kommunikationsinsatser. Det är mindre vanligt med mer formella styrmedel såsom att ändra utformningen av uppdrag eller ersättningssystem. Socialstyrelsen tolkar detta som att mycket av arbetet på central nivå hitintills har handlat om att höja medvetandenivån och skapa en kulturförändring i riktning mot god och nära vård. Det har i mindre utsträckning handlat om att omforma organisationer eller förändra incitamenten i verksamheterna.

Socialstyrelsen bedömer att de utbildnings- och kommunikationsinsatser som genomförts har varit nödvändiga steg, bland annat för att öka förståelsen för vad god och nära vård är och varför det är viktigt. Arbetet behöver dock fortsätta och ta sig andra former om det ska få ett större genomslag i verksamheterna. Det kan handla om att skapa tydligare formella uppdrag till verksamheterna och göra organisatoriska förändringar som underlättar samverkan mellan vårdgivare. Mer styrningen genom formella uppdrag till verksamheterna är viktigt för att inkludera både offentliga och privata utförare.

Arbetet med omställningen har ofta genomförts inom ramen för projekt, pilotstudier och utvecklingsarbeten i begränsade delar av verksamheten. I några län och regioner finns tecken på att detta håller på att förändras, genom att de tydligare förankrar arbetet i linjeverksamheten och inför insatser brett i verksamheten. Det är svårt att bedöma om detta är en allmän trend eller mer begränsat till vissa regioner eller län. Socialstyrelsen ser anledning att studera denna utveckling närmare i kommande uppföljningar.

Socialstyrelsen ser positivt på ambitionen om att i ökad utsträckning förankra omställningsarbetet i linjeverksamheten. Det är antagligen en förutsättning för att arbetet med omställningen ska få ett större genomslag i verksamheterna.



## 4. Utvecklingen av den nära vården med primärvården som nav

Ett av utvecklingsområdena i överenskommelsen är att hälso- och sjukvården ska ställa om så att primärvården blir navet i vården och samspelar med annan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Målet är bland annat att förbättra tillgängligheten i primärvården och öka kontinuiteten, relationskapandet, delaktigheten och medskapandet i hälso- och sjukvården.

I detta kapitel beskrivs insatser regioner och kommuner redovisat inom utvecklingsområdet. En del insatser som berör området redovisas i andra kapitel i rapporten. Det gäller insatser för en ändamålsenlig och effektiv resursättning av primärvården som har redovisats i avsnitt 5 och insatser som berör digital tillgänglighet som berörs i avsnitt 6.

På många områden är det svårt att dra säkra slutsatser utifrån redovisningarna, bland annat för att de i stor utsträckning bygger på exempel och inte ger en fullständig bild av omställningsarbetet. Dessutom framgår det inte alltid om insatser är avslutade, pågående, påbörjade eller planerade, eller om de är avgränsade projekt eller brett införda i den reguljära verksamheten.

### Samverkansinsatser är centrala i omställningen

Regioner och kommuner redovisar en stor mångfald av insatser i arbetet med god och nära vård. Det är svårt att sammanfatta dem på ett enkelt sätt men många syftar till att förbättra samverkan och samordning mellan olika aktörer.<sup>23</sup> Samverkan och samordning kan ske på flera olika organisationsnivåer. Här beskrivs mer verksamhetsnära samverkan. Samverkan på ledningsnivå i regioner och kommuner beskrivs i kapitel 3.

Samverkans- och samordningsinsatser kan handla om att bilda samordningsnätverk, kluster, forum med mera, där verksamhetsföreträdare har möjlighet att mötas för att samordna sina verksamheter. Region Skåne har exempelvis fortsatt att arbeta med de lokala samverkanskluster som byggdes upp 2020 under covid-19-pandemin. I Region Stockholm har husläkarmottagningar sedan 2021 ansvar för att samordna patientgrupper och processer som rör flera vård- och omsorgsgivare i sitt geografiska område.

Det finns även exempel på mer organiserad samverkan där enheter bildats i samverkan mellan olika aktörer eller i syfte att samordna insatser mellan aktörerna. I Jönköpings län pågår exempelvis ett samarbetsprojekt mellan skola, region och socialtjänst för att skapa en elevhälsocentral. I Skåne pågår

---

<sup>23</sup> Begreppen samverkan och samordning används här omväxlande och synonymt. I den vetenskapliga litteraturen kan begrepp såsom samverkan, samordning och samarbete ha olika betydelser och avse olika grader av integration mellan olika parter.

ett arbete med familjecentraler där regioner och kommuner samverkar. Region Uppsala avser att under 2023 brett införa försök med så kallade äldreomtagningar inom primärvården. Regionen skriver att samarbete där utvecklats med socialtjänst och sjukhus.

Många regioner och kommuner pekar på utmaningar och hinder när det gäller att förbättra samverkan, bland annat att deras organisationer är uppbyggda i divisioner som tillsammans med ekonomisystemen skapar så kallade stuprör. De menar också att lagstiftningen hindrar samverkan, bland annat genom att ansvarsgränser mellan huvudmän är otydliga och att sekretessbestämmelser försvårar informationsöverföring mellan vårdgivare. Flera regioner och kommuner vill också se förändringar i lagstiftning som försvårar samverkan och informationsöverföring mellan vårdgivare.

## Mobila team och annat teamarbete vanligt

Alla regioner och flera kommuner redovisar att de arbetar med mobila team eller mobila lösningar såsom hemsjukvårdsteam. Teamens arbete och inriktning kan variera men de riktas ofta mot äldre med komplexa behov. Ett av syftena kan vara att motverka sjukhusinläggningar. Flera regioner redovisar ett relativt omfattande arbete med mobila team, ibland sammankopplat med insatser inom ambulanssjukvården och så kallade bedömningsbilar, se kapitel 7. Region Dalarna anger exempelvis att det i länet finns nio mobila team, varav några bygger på ett nära samarbete mellan kommunerna och regionernas vårdcentraler. Ett annat exempel är Region Värmland som redovisar flera olika typer av mobila lösningar, bland annat mobilt närskvårdsteam, palliativa team och mobilt psykiatriteam.

Arbetet med mobila team tog fart under pandemin [7] men verkar i flera regioner ha utvecklats vidare. En del drivs i projektform. Region Dalarna skriver att teamen finansieras av statsbidrag och har ännu inte införts i vårdval och ordinarie uppdrag.

## Vårdkoordinatorer och vårdsamordnare

Utsedd personal med ansvar för att koordinera vård- och omsorgsaktiviteter är enligt tidigare studier ett vanligt sätt att försöka förbättra samordningen i hälso- och sjukvården [8]. I förra årets redovisning framkom att många regioner och kommuner arbetade med denna typ av samordningsinsatser. [9]<sup>24</sup> I årets redovisningar nämns rehabkoordinatorer, vårdkoordinatorer och SIP-samordnare med mera. Region Värmland anger att en samordnande sjuksköterska finns på varje vårdcentral, att uppdraget är definierat i vårdvalets *Krav- och kvalitetsbok* och att funktionen ersätts inom vårdvalet.

## Uppföljning av hur samverkan utvecklas

Av redovisningarna framgår inte om regioner och kommuner genomfört mer systematiska uppföljningar av samverkansinsatser. Några anger dock att de planerar att göra sådana uppföljningar.

---

<sup>24</sup> I årets redovisningar är det färre som nämner denna typ av insats, vilket möjligen kan bero på frågeformuleringarna i enkäten. I årets enkät fanns ingen fråga som direkt gällde verksamhetsnära samverkan eller samordning.

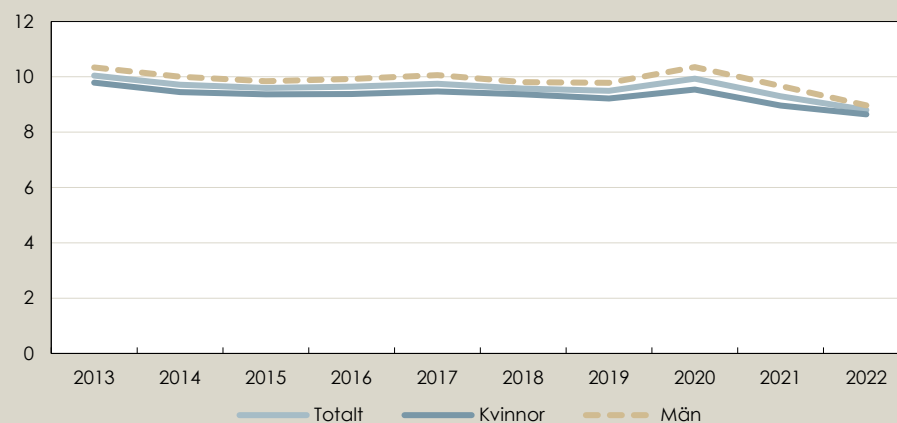
I några av de kommunala redovisningarna framförs att samverkan eller samarbetsklimatet mellan kommuner och regionen tycks ha förbättrats, exempelvis i Blekinge, Dalarna och Skåne.

Några regioner och kommuner följer antalet SIP som ett mått på samverkan. Region Blekinge redovisar exempelvis en ökning från 290 till 615 sådana planer mellan 2021 och 2022. Det finns även exempel på uppföljningar eller utvärderingar av samverkan i enskilda projekt. Region Västerbotten redovisar exempelvis en enkätutvärdering av ett projekt kallat "Digital transformation", där nästan alla svarande medarbetare ansåg att förutsättningarna för samverkan hade förbättrats och att projektet bidragit till en mer personcentrerad vård och omsorg.

Flera regioner och kommuner redovisar arbete med att förbättra utskrivningsprocessen som en del av omställningen. Socialstyrelsen lämnade 2022 förslag på indikatorer som berör slutenvården och utskrivningsprocessen och som kan användas för att mäta samordningen i hälso- och sjukvårdssystemet [2]. Hur ofta patienter återinskrivs oplanerat kan vara en indikation på hur samordningen mellan slutenvården, öppenvården och socialtjänsten fungerar. Indikatorn *oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar* har minskat under de två senaste åren, se figur 1, vilket kan vara en indikation på förbättrad samordning.<sup>25</sup>

### Figur 1. Oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar

Andel oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar vid utvalda diagnoser för patienter 65 år eller äldre i procent



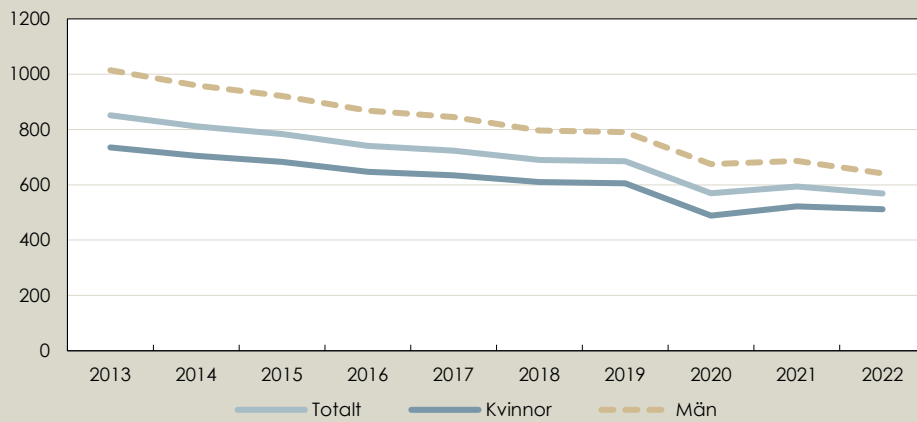
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

En positiv utveckling ses också för indikatorn *påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom* som mäter antalet slutenvårdsperioder med kroniska sjukdomstillstånd såsom hjärtsvikt, diabetes, astma och kol. Dessa tillstånd kan i de flesta fall behandlas effektivt i primärvården eller i öppen specialiserad vård. Indikatorn visar att antalet sådana slutenvårdsperioder minskat relativt kontinuerligt sedan 2013, se figur 2.

<sup>25</sup> Antalet oplanerade återinskrivningar minskade från 20 318 till 18 661 mellan 2020 och 2022.

**Figur 2. Påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom**

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

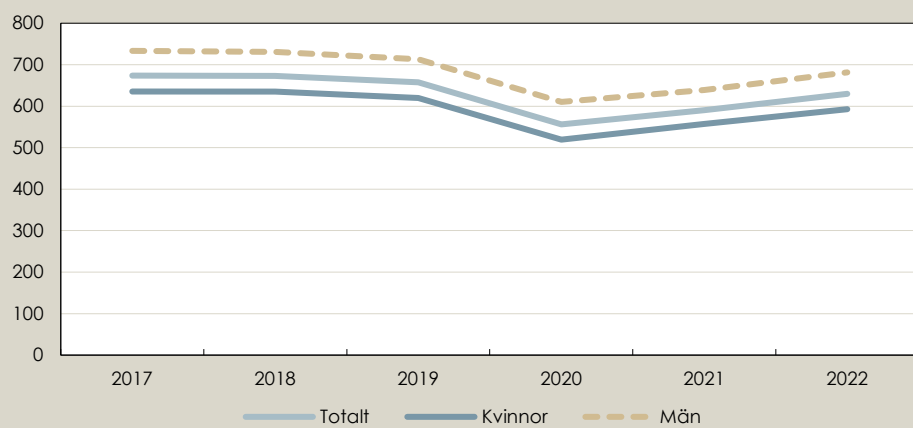


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

En tredje indikator är *antalet besök på akutmottagning – 80 år eller äldre* som visar att sådana besök minskade mellan 2019 och 2020, troligen med anledning av pandemin, men att de sedan dess har ökat något därefter, se figur 3.

**Figur 3. Besök på akutmottagning – 80 år eller äldre**

Antal besök av personer 80 år eller äldre vid sjukhusbundna akutmottagningar per 100 000 invånare



Källa: Patientregistret

Sammantaget ger alltså indikatorerna visst stöd för att samordningen kan ha förbättrats under de senaste åren. Resultaten måste dock tolkas med viss försiktighet eftersom exempelvis den medicinska utvecklingen kan ha påverkat dem i positiv riktning.

## Kontinuitet och fasta kontakter i vård och omsorg

Arbetet med kontinuitet har på senare år handlat mycket om att skapa system för fasta kontakter i hälso- och sjukvården och fasta läkarkontakter i primärvården. Flera kommuner arbetar med så kallad fast omsorgskontakt, exempelvis kommuner i Hallands län som infört sådana kontakter brett i verksamheten. Både regioner och kommuner arbetar med fast vårdkontakt. Kommunerna i Uppsala län anger exempelvis att samtliga personer på särskilt boende för äldre har en fast vårdkontakt.

Regioner och kommuner redovisar även mer allmänna insatser för ökad kontinuitet i verksamheten. Dessa insatser syftar ofta till att stärka samverkan och är exempelvis av typen mobila team och vårdkoordinatorer. Flera regioner och kommuner beskriver även insatser för en samordnad planering genom att utveckla SIP, patientkontrakt och andra vårdplaner, se vidare avsnitt om patientkontrakt, nedan.

### Rutinerna för att dokumentera fasta kontakter har utvecklats

Enligt förra årets uppföljning pågick arbete med att bland annat utforma rutiner för att registrera fasta kontakter.<sup>26</sup> Årets redovisningar visar att flera regioner tagit steg framåt i detta. Region Dalarna uppger exempelvis att patienter, via sin journal på nätet, kan få uppgift om fast vård- eller läkarkontakt. Några regioner anger dock att arbete återstår.

### Ekonomiska incitament och krav på fasta läkarkontakter

Några regioner har infört särskilda ersättningar till vårdcentraler för att ge dem incitament att införa fast läkarkontakt, bland annat Region Blekinge och Region Kalmar. I förra årets uppföljning framkom också att Region Stockholm och Västra Götalandsregionen har särskilda ersättningar för att stimulera fast läkarkontakt vid vårdcentralerna och att Region Värmland har en ersättning för att stimulera kontinuitet i läkarkontakter [9]. Västra Götalandsregionen uppger att de under 2022 beslutade att öka ersättningen för de vårdcentraler som kan visa att i stort sett alla listade patienter kan erbjudas en fast läkarkontakt.

En del regioner kräver att vårdgivarna ska öka andelen med fast läkarkontakt. Ett exempel är Region Skåne som i förfrågningsunderlag för vårdval ställer krav på antalet listade patienter vid regionens vårdcentraler med en namngiven fast läkarkontakt.

---

<sup>26</sup> Regionerna ska enligt överenskommelsen ha rutiner för att dokumentera och registrera uppgifter om patientens fasta läkarkontakt och fasta vårdkontakt.

## Arbete med Socialstyrelsens riktvärde för antalet listade – ett sätt att öka kontinuiteten

Flera regioner beskriver att de, för att stärka kontinuiteten, använt Socialstyrelsens riktvärde för antalet invånare som en läkare som arbetar i primärvården kan vara fast läkarkontakt för. Riktvärdet är satt till 1 100 invånare per specialist i primärvården och 550 invånare per läkare i specialisttjänstgöring (ST) i allmänmedicin, i mitten av sin specialistutbildning [10].

En kartläggning av Sveriges läkarförbund visar att några regioner beslutat om insatser med anledning av riktvärdet [11]. Gotland har en implementeringsplan för att senast 2027 nå riktvärdena, och i Uppsala har vårdstyrelsen i regionen ställt sig bakom en genomförandeplan med sikte på att uppnå riktvärdena senast vid utgången av 2030. Några regioner har målsättningar eller beslutat att ta fram handlingsplaner eller liknande för att nå riktvärdena,<sup>27</sup> och ytterligare några regioner har beslutat om insatser för att nå andra riktvärden.<sup>28</sup>

## Andel med fast läkarkontakt varierar mycket enligt regionernas redovisningar

I överenskommelsen finns mål om att minst 55 procent av befolkningen har en namngiven fast läkarkontakt i primärvården vid utgången av 2022. Bland de regioner som redovisat uppgifter är andelen i genomsnitt 54 procent.<sup>29</sup> Cirka hälften av regionerna redovisar att de uppnått målet i överenskommelsen.

Andelstalen varierar från 7 procent i Region Kronoberg till 96 procent i Västra Götalandsregionen, se tabell 1. En förklaring till de stora skillnaderna kan vara att uppgifterna är framtagna på olika sätt och att regionerna använder olika definitioner av fast läkarkontakt. Regionerna verkar exempelvis göra olika bedömningar av om hyrläkare kan fungera som en fast läkarkontakt eller inte.<sup>30</sup> De flesta som lämnat uppgifter har hämtat dem från sina listnings- eller journalsystem.<sup>31</sup> Några skriver att deras administrativa system troligen inte fångat alla patienter som hade fast läkarkontakt under 2022.<sup>32</sup>

---

<sup>27</sup> Gäller regionerna i Kronoberg, Norrbotten, Stockholm, Västra Götaland och Östergötland.

<sup>28</sup> Gäller regionerna Jämtland Härjedalen, Jönköping, Kalmar och Värmland.

<sup>29</sup> Ovägt genomsnitt.

<sup>30</sup> Framgår av de kommentarer som lämnats till svaren.

<sup>31</sup> Av de 18 regioner som lämnat uppgifter har 11 hämtat dem från listningssystemet och 4 från journalsystemet, och i 3 fall bygger uppgifterna på andra uppgiftskällor eller på bedömningar.

<sup>32</sup> Det gäller exempelvis Region Västerbotten som anger att de införde ett nytt sätt att mäta under senare delen av 2022 och Region Halland där registrering av fast läkarkontakt inleddes i mitten av året.

**Tabell 1: Fast läkarkontakt och kontinuitetsindex den 31 december 2022**

Region	Andel i procent av befolkningen med fast namngiven läkarkontakt i primärvården	Kontinuitetsindex till läkare
Blekinge	19	
Dalarna	79	0,27
Götland	52 <sup>1</sup>	0,23
Gävleborg	32 <sup>2</sup>	0,32
Halland	46	0,17
Jämtland Härjedalen		0,35
Jönköpings län		0,35
Kalmar	72	0,35
Kronoberg	7	0,33
Norrbottn		0,27
Skåne	77	
Stockholm	66	
Sörmland	63	0,27
Uppsala	34	0,33
Värmland	63 <sup>2</sup>	0,28
Västerbotten	11	
Västernorrland	49	0,28
Västmanland	78	0,36
Västra Götaland	96	0,36
Örebro län	46	0,22
Östergötland	72	0,29

<sup>1</sup> Avser november 2022

<sup>2</sup> Bygger på annan uppskattning (ej på uppgift i listnings- eller journalsystem)

Flera regioner uppger att andelen patienter med fast läkarkontakt ökade under 2022 eller förväntas öka under 2023. Andelen har ökat något i flertalet av de regioner som uppgav andelstal i redovisningen för 2021.<sup>33</sup>

## Hög andel med fast läkarkontakt på särskilt boende

I överenskommelsen finns mål om andelen med fast läkarkontakt bland dem som bor på ett särskilt boende för äldre och som där får sin huvudsakliga hälso- och sjukvård: ska vara minst 80 procent vid utgången av 2022.

Flertalet regioner kan inte följa detta andelstal i sina verksamhetssystem. Omkring hälften av regionerna har redovisat andelstal, men de bygger ofta på särskilda undersökningar eller andra bedömningar.<sup>34</sup> De redovisade andelstalen ligger mellan 80–100 procent. Socialstyrelsen bedömer att uppgifterna är osäkra och att det därför inte finns anledning att redovisa de enskilda svaren från regionerna.

<sup>33</sup> I Blekinge har andelstalet ökat från 6 till 19 procent, i Stockholm från 60 till 66 procent, i Skåne från 73 till 77 procent och i Östergötland från 54 till 72 procent. I Kalmar har andelen minskat från 75 till 72 procent och i Västmanland från 79 till 78 procent.

<sup>34</sup> Några regioner hänvisar till den mätning som SKR genomförde av målet 2021 och som visade att 93 procent av personerna på särskilda boenden har en fast läkarkontakt.

## Kontinuitetsindexet till läkare visar små förändringar över tid

Enligt överenskommelsen ska kontinuitetsindex till läkare<sup>35</sup> ha ökat med 20 procent till utgången av 2022. Kontinuitetsindex till läkare var i genomsnitt 0,28 i slutet av 2022,<sup>36</sup> se tabell 1, utifrån uppgifter som regionerna har hämtat från Primärvårdskvalitet.<sup>37</sup> Eftersom alla regioner inte är anslutna till Primärvårdskvalitet saknas uppgifter för några regioner.

Vård- och omsorgsanalys har redovisat uppgifter om kontinuitetsindex till läkare som visar att det minskade med 2 procent mellan juni 2021 och juni 2022. Man drog slutsatsen att det inte rör sig om en 20-procentig ökning i primärvården i regionerna.

En jämförelse mellan Vård- och omsorgsanalys uppgifter för juni 2022 och regionernas för december 2022 visar små skillnader,<sup>38</sup> vilket stärker Vård- och omsorgsanalys slutsats. Detta är inte förvånande eftersom kontinuitetsindexet är konstruerat som ett rullande medelvärde på 18 månader och förändras långsamt.

I överenskommelsen finns även ett mål om att kontinuitetsindex för patientens totala kontakter till primärvården i regionen ska öka. Det saknas i dag uppgifter om detta index i Primärvårdskvalitet och ingen region har därför kunnat lämna sådana uppgifter.

## Fortsatt stora skillnader i regionernas arbete med patientkontrakt

Patientkontrakt är en gemensam överenskommelse mellan patient och vårdgivare som syftar till att åstadkomma en mer personcentrerad samordning av vården. I förra årets uppföljning bedömdes att regionernas arbete med patientkontrakt varierar, och de handlingsplaner som lämnades in varierade i både omfattning och innehåll.<sup>39</sup> Detta gäller även för årets redovisningar.

Flera regioner redovisar att de genomför insatser för att implementera patientkontrakt, men utan att använda den termen. I vissa fall är dock beskrivningarna mycket kortfattade och det är svårt att bedöma vilka insatser som genomförts och hur långt arbetet kommit. Några kommuner redovisar arbete

---

<sup>35</sup> Kontinuitetsindex är ett internationellt index, COC (continuity of care), som beräknas för patienter som har gjort tre eller fler besök under de senaste 18 månaderna, på den vårdcentral som de är listade på. Indexvärdena varierar från 0 till 1. Om patienterna fått träffa samma person varje gång blir indexvärdet 1. Observera att läkaren inte behöver vara en fast läkarkontakt.

<sup>36</sup> Ovägt genomsnitt.

<sup>37</sup> Primärvårdskvalitet är ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården som drivs av SKR. I Primärvårdskvalitet finns flera olika kontinuitetsindex. Regionernas kommentarer tyder på att de redovisat kontinuitetsindex till läkare (Ko05L). Uppgifterna ligger också i linje med de uppgifter som Vård- och omsorgsanalys fick fram 2022. Se Vård- och omsorgsanalys: Kontinuitet och fast läkarkontakt PM 2022:5, s. 34.

<sup>38</sup> Vård- och omsorgsanalys visar dock ett riksvärde på 0,35, vilket kan jämföras med genomsnittet på 0,28 i denna undersökning. Skillnaden beror på att de befolkningsrika regionerna Stockholm, Västra Götaland och Skåne redovisar relativt höga indextal vilket drar upp riksgenomsnittet och gör det högre än det ovägdade snitt som redovisas i tabell 1.

<sup>39</sup> Enligt överenskommelsen ska regionerna fortsätta arbetet med patientkontrakt, bland annat utifrån de handlingsplaner som regionerna enligt tidigare överenskommelse ska ha upprättat. Patientkontraktet ska leda till en mer personcentrerad vård och avser en sammanhållen planering med en patients samtliga vård- och omsorgskontakter. Kontraktet består av tre olika delar: *sammanhållen planering*, *överenskommen tid* och *fast kontakt med vården*.



med patientkontrakt men det verkar oftast ske i samverkan med regionerna eller vara i ett tidigt förberedande skede.

Många kommuner och regioner redovisar arbete med sammanhållen individuell plan (SIP). I Gävleborgs län uppger exempelvis kommunerna arbete med att stärka SIP och insatser för att öka kvaliteten på SIP och att de används i större utsträckning.

Det är tydligt att Jönköping kommit långt i arbetet med patientkontrakt, även om de kallas ”överenskommelser”: Under 2022 dokumenterades 278 000 överenskommelser i regionens journalsystem. I dem anges patientens ansvar, vårdens ansvar, fast läkarkontakt, fast vårdkontakt, nästa steg och om det finns behov av en sammanhållen plan. Överenskommelsen är enligt regionen tillgänglig och sökbar för patienten i journalen via 1177.

Västra Götalandsregionen anger att villkoren för leverantörer inom vårdva- len från och med 2022 anger att de ska utföra uppdraget med patientkontrakt. Ett projekt har också genomförts vid en vårdcentral i regionen för att testa och utvärdera användning av patientkontrakt i primärvården.

## Ökat fokus på hälsofrämjande insatser

I intervjuerna tar flera företrädare för regionerna och primärvården upp att det blivit ett ökat fokus på hälsofrämjande insatser i primärvården, särskilt när det gäller att erbjuda hälsosamtal. En förklaring kan vara att primärvården 2021 fick ett tydligare förebyggande uppdrag i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Då förtydligades att primärvården ska tillhandahålla förebyggande insatser utifrån både befolkningens behov och patientens individuella behov och förutsättningar.

Kartläggningen i sex regioner tyder dock inte på att detta förtydligande har ändrat de formella uppdrag som regionerna ger till sin primärvård. Hälsofrämjande och förebyggande arbete lyfts relativt ofta fram i regelböckerna för primärvården, men det har inte skett någon tydlig förändring av uppdraget sett över tid.<sup>40</sup> I överenskommelsen lyfts även behovet av att arbeta habi- literande och rehabiliterande. Dessa termer nämns sällan i regelböckerna från de sex regionerna.

## Fler hälsosamtal och hälsoundersökningar i regionerna efter pandemin

Många regioner redovisar att de erbjuder eller planerar att erbjuda hälsosamtal till befolkningen, och i många fall gäller det så kallade riktade hälsosamtal.<sup>41</sup> Utformningen varierar och kan vara inriktad på personer i åldern 40, 50, 60 eller 70 år, och de kan erbjudas till hela eller delar av länets befolkning. I Region Gävleborg ingår hälsosamtal för 40-åringar i grunduppdraget för vårdvalet. Region Örebro skriver att regionen sedan 2021 erbjuder hälsosamtal inklusive provtagning till patienter som är listade vid Kopparbergs och Hällefors vårdcentraler och som fyller 40, 50, 60 och 70 år.

<sup>40</sup> Regelböckerna från 2018 eller 2019 har jämförts med motsvarande från 2023.

<sup>41</sup> Riktade hälsosamtal är ett koncept som utvecklats inom svensk sjukvård och som innebär ett systematiskt och strukturerat sätt att uppmärksamma frisk- och riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdom och diabetes inom primärvården.

Flera regioner redovisar en ökning av antalet hälsosamtal, hälsoundersökningar eller liknande. Region Västerbotten skriver att antalet hälsoundersökningar ökade med 65 procent mellan 2021 och 2022 efter att ha minskat kraftigt under pandemin. Region Dalarna anger att man under 2022 fördubblade antalet riktade hälsosamtal jämfört med 2021<sup>42</sup>

Flera regioner redovisar även att de har eller planerat att upprätta så kallade levnadsvanemottagningar där patienter bland annat kan få hjälp med osunda mat-, rök- eller alkoholvanor. Västra Götalandsregionen har exempelvis i projektförskott bedrivit en levnadsvanemottagning i Angered. Region Östergötland påbörjade under 2022 en förstudie för att utreda förutsättningarna för att starta en sådan mottagning.

## Regioner och kommuner redovisar en stor mångfald av hälsofrämjande insatser

Utöver hälsosamtal och hälsoundersökningar redovisar regioner och kommuner många olika insatser på det hälsofrämjande och förebyggande området. Insatserna är inriktade mot bland annat äldre, barn och unga, personer med psykisk ohälsa och personer med funktionsnedsättning. Variationen är särskilt stor i kommunernas redovisningar där det förekommer insatser inom skolväsendet, individ- och familjeomsorgen, äldreomsorgen och omsorgen om personer med funktionsnedsättning. För att illustrera mångfalden av insatser redovisas nedan några exempel:

- Region Dalarna har startat ett tvåårigt projekt benämnt ”Din barnmorska” för kvinnor med stark förlossningsrädsla och/eller psykisk skörhet. Kvinnorna erbjuds kontinuitet genom en och samma barnmorska under graviditeten, förlossningen och första tiden efter barnets födelse.
- I Västerbotten har man inlett samarbetet HLT (Hälsa, Lärande, Trygghet) mellan hälso- och sjukvård, förskola/skola och socialtjänst i länets kommuner. Målet är att snabbt ge bästa möjliga stöd till barn och familjer i behov, och att säkerställa tidig upptäckt för att förebygga allvarigare problem senare i barns liv.
- I Region Halland har man inom psykiatrin anställt en hälsosamordnare för att motivera patienter till fysisk aktivitet.
- I Region Kalmar har man ett projekt för sprututbytesmottagning för att kunna erbjuda en mer geografisk nära service för invånare i länets norra delar.
- I Östergötland redovisar en eller flera kommuner ett projekt för personer som är 18 år och äldre och som har någon insats enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387). Syftet är att deltagarna ska få ökad självkänsla och ökat självbestämmande samt bli mer medvetna om hälsosamma val i vardagen.
- I Värmland har en eller flera kommuner arbetat med så kallade fallpreventionsgrupper och erbjudit gratis broddar och fixartjänster för alla över 70 års ålder, i syfte att undvika fallskador.

---

<sup>42</sup> Regionen uppger att man under 2021 genomförde 776 riktade hälsosamtal.

# Socialstyrelsens slutsatser

Nedan redovisas Socialstyrelsens viktigaste slutsatser.

## Samverkansinsatser är centrala i arbetet med omställningen

Regioner och kommuner har redovisat så många olika insatser till Socialstyrelsen att det är svårt att göra en överskådlig sammanställning. En stor del handlar dock om att stärka samverkan.

Det har inte genomförts några systematiska uppföljningar på nationell eller regional nivå av hur samverkan eller samordningen utvecklats men det framkommer uppfattningar om att samverkan eller samarbetsklimatet mellan kommuner och regionen har förbättrats i vissa redovisningar. Det kan vara ett tecken på att samverkan förbättrats. Uppfattningarna ligger i linje med vad som framkom i intervjuer med vårdcentralchefer som Vård- och omsorgsanalys genomförde 2022. Vårdcentralcheferna bedömde att samverkan med kommunernas verksamheter fungerar bättre än tidigare och att man har tätare kontakt runt patienterna [3]. Även indikatorerna som är hämtade från slutenvården och akutsjukvården kan tyda på förbättrad samverkan.

## Behov av att utveckla samverkansformerna

De samverkanslösningar som utvecklats i regioner och kommuner tycks främst tagit sig uttryck i mer lösliga former av samverkan som nätverk, forum, plattformar, klusterbildningar med mera. Det handlar ofta om sammanhang där vårdgivare kan utbyta information och samordna verksamhet. Samverkan i mer fasta former verkar vara mindre vanligt.

De mer lösliga former av samverkan som utvecklats har fördelar genom att de är enkla att skapa och lätta att justera om förutsättningarna förändras. Samtidigt är de sårbara och kan vara beroende av enskilda personers engagemang. Eftersom samverkan är en så central del av omställningen finns det skäl att överväga åtgärder för att förbättra den. Socialstyrelsen bedömer att de mer lösliga samverkansformerna behöver ersättas med mer formaliserad samverkan om arbetet med omställningen ska få större spridning. Det kan handla om gemensamma organisationer över huvudmannaskapsgränserna och samverkan i form av kommunalförbund, gemensamma nämnder eller avtalssamverkan. Socialstyrelsen ser ett behov av att analysera hur samverkan kan formaliseras när det gäller arbetet med nära vård. Det är också angeläget att analysen genomförs utifrån ett patientperspektiv. Det kan även finnas ett behov av att från nationell nivå stödja regioner och kommuner i arbetet med att införa sådana samverkanslösningar.

## Fast läkarkontakt är prioriterat men regionerna gör på olika sätt

Arbetet med fast läkarkontakt har varit prioriterat i många regioner. De flesta kan nu registrera och mäta andelen patienter med sådan kontakt i sina journal- eller listningssystem, men mätningarna visar att andelen varierar kraftigt. Skillnaderna kan bero på att regionerna har skilda arbetssätt och ambitionsnivå i arbetet med fast läkarkontakt. Socialstyrelsen bedömer även att det

beror på att regionerna inte mäter på samma sätt: Vissa regioner verkar ha ett system som bygger på att patienter aktivt väljer en fast läkarkontakt medan andra regioner administrativt tilldelar patienter en sådan kontakt.

Socialstyrelsen genomförde 2020 en kartläggning av regionernas arbete med fast läkarkontakt, och den visade att regionerna gör olika tolkningar av begreppet och arbetar med fast läkarkontakt på olika sätt. Socialstyrelsen konstaterade i rapporten att tilldelningen inte behöver bygga på ett aktivt val eller patientens önskemål. Det innebär också att det är oklart hur uppgifterna förhåller sig till hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen (2014:821) där det framgår att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt.<sup>43</sup> Av årets redovisning framgår inte i vilken utsträckning regionernas system med fast läkarkontakt bygger på ett aktivt val och Socialstyrelsen bedömer därför att detta fortfarande är oklart.

Regionernas uppgifter om fast läkarkontakt kan även jämföras med de undersökningar som Vård- och omsorgsanalys genomförde 2022. I deras befolkningspanelenkät uppgav 29 procent att de har en fast läkarkontakt på sin vård- eller hälsocentral [12]. I en enkät riktad till vårdcentralchefer uppgav mer än hälften att minst 75 procent av de listade vid vårdcentralen hade en fast läkarkontakt [12]. Skillnaderna mellan undersökningarna är med andra ord stora.

## Stora variationer i arbetet med patientkontrakt

Arbetet med patientkontrakt är svårt att följa utifrån de redovisningar som lämnats men de tyder ändå på att det är fortsatt stora skillnader mellan regionerna. Region Jönköpings län har kommit långt i arbetet men utvecklingen i övriga regioner är svårare att bedöma. Det beror bland annat på att många regioner inte använder begreppet patientkontrakt utan valt att använda andra benämningar och planeringsinstrument, främst SIP.

## Stor variation i det hälsofrämjande arbetet

Utvecklingen av det hälsofrämjande arbetet är svårtolkat. Många regioner beskriver det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som prioriterat, men det får inga tydliga avtryck i de formella uppdragen till primärvården. När Myn-digheten för vård- och omsorgsanalys intervjuade företrädare för kommuner och regioner ansåg många att det hälsofrämjande arbetet var centralt för om-ställningen men att det tenderar att prioriteras ned när resurserna är knappa [3].

Socialstyrelsen bedömer att många av de insatser som redovisas på det häl-sofrämjande området, särskilt av kommunerna, är svåra att skilja från kom-munernas grunduppdrag inom vården, omsorgen och skolväsendet. Det gör det också svårt att beskriva hur det hälsofrämjande arbetet utvecklats över tid.

---

<sup>43</sup> Enligt 7 kap. 3 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska regionen organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Regionen får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom regionen. Av 6 kap. 3 § patientlagen (2014:821) framgår det att patienten ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården.

## 5. Resurser och kompetensförsörjning

Regioner och kommuner ska enligt överenskommelsen redovisa hur de arbetat med en ändamålsenlig och effektiv resurssättning av primärvården samt hur de arbetat för att åstadkomma en ändamålsenlig kompetensförsörjning, utveckla förutsättningarna på arbetsplatsen och utbilda vårdens framtida medarbetare. I detta kapitel beskrivs dessa insatser, men också resultat för primärvården i form av förändrade ekonomiska resurser och personalresurser som kan registreras i ekonomisk redovisning och personalstatistik.

### Insatser för att ge goda förutsättningar för vårdens medarbetare

Goda förutsättningar för vårdens medarbetare är ett av de fyra utvecklingsområdena i överenskommelsen om god och nära vård. Regioner och kommuner har, liksom i tidigare uppföljningar, redovisat ett stort antal insatser inom utvecklingsområdet. Nedan följer exempel på insatser. Det är dock inte möjligt att ge en mer systematisk beskrivning av de insatser som genomförts eller avgöra om de förändrats jämfört med tidigare år.

I överenskommelsen för 2022 fördelades även bidrag till regioner och kommuner för verksamhetsförlagd utbildning (VFU). Socialstyrelsen har i särskild ordning redovisat en uppföljning av denna satsning. Socialstyrelsen bedömde i uppföljningen att syftet med satsningen har uppnåtts, och att den bidragit till att öka incitamenten att ta emot fler studenter under utbildning [13].

### Arbete med kompetensförsörjning

Utmaningar med kompetensförsörjning lyfts av många regioner och kommuner som ett viktigt hinder för omställningen,<sup>44</sup> exempelvis brist på allmänläkare och distriktssköterskor i primärvården. År 2022 uppgav 15 av 21 regioner att de hade brist på personal inom minst hälften av legitimationsyrkena, och minst hälften av kommunerna uppgav att de hade personalbrist inom flera av dessa yrken [14]. De flesta regioner (19 av 21) hade brist på bland annat specialistläkare i allmänmedicin inom primärvården [15].

Några regioner och kommuner redovisar arbete med kompetensförsörjningsplaner. Enligt en kartläggning från Nationella vårdkompetensrådet har 19 av Sveriges regioner någon form av övergripande kompetensförsörjningsplan som gäller hela regionen, och 6 regioner har specifika kompetensförsörjningsplaner eller liknande dokument som är inriktade mot hälso- och sjukvård och/eller primärvård [15]. Uppföljningen av god och nära vård 2021 visade att tre län hade länsgemensamma kompetensförsörjningsplaner [9]. I årets redovisningar saknas sådana uppgifter.

---

<sup>44</sup> Regionerna och kommunerna fick i delårsredovisningen beskriva hinder och utmaningar i arbetet med nära vård.

## Insatser för att utveckla förutsättningarna på arbetsplatserna

När det gäller att förbättra arbetsmiljön och hälsan hos den anställda personalen redovisar regioner och kommuner allt från föreläsningar om återhämtning till arbete med schemaläggning. Region Uppsala har gett individuell handledning i stresshantering. Region Västerbotten har bedrivit ett projekt benämnt ”Hållbar arbetsmiljö” som bland annat syftar till att utveckla ett uppsökande arbetsmiljöstöd som ska stärka arbetsplatsens egen arbetsmiljöprocess.

Många chefer i regioner och kommuner har deltagit i SKR:s ledarskapsprogram *Ledarskap och Nära vård* som syftar till att stärka ledarskapet och öka kompetensen i att leda förändring,<sup>45</sup> och en stor del av regionerna och kommunerna beskriver denna utbildning som värdefull. Några efterlyser även utbildningar som är riktade till medarbetarna. Region Uppsala försöker ge chefer bättre förutsättningar genom att se över och förbättra deras utbildningar, uppdrag, avtal och arbetsvillkor.

Några regioner och kommuner redovisar insatser som syftar till att minska behovet av inhyrd personal i verksamheten. Region Skåne har skapat en samordnad avropsfunktion, med målet att alla beställningar av hyrpersonal ska administreras av en samlad enhet. Flera regioner skriver dock att behovet av hyrpersonal ökat eller kommer att öka under de närmaste åren.

## Utbildningsinsatser

Flera regioner och många kommuner redovisar språkstödande insatser. En vanlig form av insats i kommunerna är att ha så kallade språkombud som har uppdrag att stödja kollegor i språkutveckling.

Flera regioner redovisar att de inrättat läkartjänster för specialisttjänstgöring (ST), allmäntjänstgöring (AT) eller bastjänstgöring (BT). Region Norrbotten skriver exempelvis att man arbetat för att öka rekryteringen av AT-läkare och anställt tio BT-läkare för att på sikt öka andelen allmänläkare. Region Stockholm har gjort särskilda satsningar på handledarutbildningar för AT-, BT- och ST-läkare. För att öka antalet ST-tjänster i bristspecialiteter gjorde man även en riktad fördelning av resurser under 2022, och har i budgeten för 2023 tillfört ytterligare resurser för att finansiera fortsatta ökningsar av AT, BT och ST-tjänster i allmänmedicin.

Antalet ST-läkare i landet ökade med cirka 12 procent mellan 2019 och 2021 enligt kartläggningar som SKR genomfört. Ökningen var störst i Region Skåne och Region Jönköpings län. Flest ST-läkare i förhållande till folkmängden fanns 2021 i Jämtland Härjedalen följt av Jönköping och Västerbotten [16].

Några regioner, bland annat Kalmar, Skåne och Uppsala, redovisar att de arbetat med utlandsrekrytering eller med att ta tillvara utlandsutbildad personal i verksamheten. I Region Stockholm prövas en ny metod för central rekrytering för att underlätta utlandsutbildad hälso- och sjukvårdspersonals väg till svensk legitimation. I Region Norrbotten har nio läkare med utländsk

<sup>45</sup> SKR redovisar att de genomförde fyra digitala ledarskapsprogram under året. Totalt 2 122 personer deltog i två program som vände sig till ledare, chefer och förtroendevalda, och 244 personer deltog i de två andra programmen som vände sig till högsta tjänsteledningar. SKR, Överenskommelsen God och nära vård 2022 - En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav – Helårsrapport 2023-03-31, s. 4.

utbildning genomgått ett introduktionsprogram för att arbeta inom allmänmedicin.

Många regioner och kommuner erbjuder utbildningsanställningar eller utbildning på arbetstid. I några regioner har antalet som erbjudits, påbörjat eller avslutat en sådan utbildning ökat jämfört med förra året.<sup>46</sup> Region Skåne redovisar att 245 sjuksköterskor fullföljde sina studier till specialistsjuksköterska 2022, jämfört med 213 året före. Region Jönköpings län skriver att de varje år erbjuder cirka 120 medarbetare en betald specialistutbildning, och för några år sedan gällde det cirka 60 per år. Regionen menar att ökningen av utbildningsplatser avsevärt har förbättrat kompetensförsörjningsläget för flera grupper, bland annat barnmorskor. Allt fler regioner erbjuder nu utbildning till specialistsjuksköterska på betald arbetstid, och regionen menar att det lett till en kraftig minskning av antalet sjuksköterskor som läser till specialistsjuksköterska utan att ha anställning i en region. Det gör att det inte finns några specialistutbildade sjuksköterskor att tillgå på arbetsmarknaden, eftersom i stort sett hela kompetensförsörjningen av specialistsjuksköterskor sker via betald utbildning för redan anställda medarbetare.

## Efterfrågan på nationellt stöd

I redovisningarna efterfrågar regioner och kommuner nationellt stöd i kompetensförsörjningsarbetet. Flera tar upp att lärosätena behöver involveras tydligare i arbetet och att lärosätenas uppdrag behöver ses över. Några föreslår även att det tas fram en nationell kompetensförsörjningsplan eller att det nationella kompetensförsörjningsrådet stärks. Socialstyrelsen fick i januari 2023 i uppdrag av regeringen att ta fram ett förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning [17].<sup>47</sup>

## Insatser för resurssättning av primärvården

Många regioner och kommuner redovisar effektiviseringsinsatser som är riktade mot primärvården eller hälso- och sjukvårdssystemet i stort, för att skapa en ändamålsenlig och effektiv resurssättning av primärvården. Det handlar ofta om utbildningsinsatser eller samverkansinsatser för att använda resurser mer effektivt. Flera regioner vill också stärka primärvården genom konsultation mellan specialistvården och primärvården. Region Skåne har exempelvis drivit ett projekt som innebär att läkare på vårdcentral kontaktar sjukhusets specialistläkare via videolänk.

Regionerna Skåne, Kalmar, Östergötland, Värmland och Västra Götaland skriver att de har gett, eller planerar att ge, primärvården ökade resurser. De flesta regioner och kommuner har dock inte redovisat om sådana förstärkningar genomförts eller planeras att genomföras. I Uppsala finns ett mål om att 25 procent av budgeten ska gå till primärvården 2030.<sup>48</sup> I övrigt beskriver

<sup>46</sup> I förra årets uppföljning redovisas alla regioners och kommuners (länsvis) arbete med att erbjuda sjuksköterskor.

<sup>47</sup> Socialstyrelsen ska lämna delredovisningar till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 30 juni 2023 och den 7 december 2023. En slutredovisning ska lämnas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 maj 2024.

<sup>48</sup> Avser antagligen budgeten för hälso- och sjukvården, men det framgår inte av svaret.

få regioner om de har omfördelat resurser till primärvården eller tänker göra det.<sup>49</sup>

I redovisningarna från kommunerna är det ovanligt med uppgifter om ytterligare ekonomiska resurser till primärvården. I Kalmar län finns exempel på kommuner där den kommunala primärvården har fått mer resurser för att klara behovet av den alltmer avancerad vård som bedrivs i hemmet och på korttidsboende.

## Primärvårdens resurser

Socialstyrelsen har använt två olika mått för att analysera primärvårdens resurser. Det ena är regionernas kostnader för primärvården och det andra är regionernas och kommunernas personalresurser i form av legitimerad personal. Syftet med analyserna är att bedöma om primärvårdens resurser förändrats över tid, och inte att jämföra hur mycket resurser kommuner och regioner avsätter för primärvården. Därför har uppgifter om kostnader och personalresurser inte justerats för olika strukturella faktorer, vilket annars är vanligt i denna typ av analys.

När det gäller ekonomiska resurser har endast regionernas kostnader för primärvården analyserats. I de uppgifter som Statistiska centralbyrån (SCB) samlar in går det inte att särskilja kommunernas hälso- och sjukvårdskostnader. I SCB:s hälsoräkenskaper uppskattas dock att 14,4 procent av kommunernas vård- och omsorgskostnader gäller hälso- och sjukvård, utifrån en schablon som togs fram 2011. Samtidigt har Vård- och omsorgsanslys analyserat kommunernas kostnader för hälso- och sjukvård, och kommit fram till att de ökade påtagligt under 2017–2019.<sup>50</sup> Det finns därför skäl att tro att kostnaderna är högre än de som redovisas i SCB:s hälsoräkenskaper.

## Kostnaderna för regionens primärvård har ökat men ökningen beror delvis på pandemin

I tidigare analyser av primärvårdens kostnader jämförs ofta *nettokostnaderna*, som speglar regionens prioritering av verksamheten. För att beräkna nettokostnader har man dragit av de kostnader som finansieras av exempelvis riktade statsbidrag. Ett alternativt kostnadsslag är det som SCB benämner *kostnader för eget åtagande*. Det inkluderar kostnader som finansieras av riktade statsbidrag och speglar hur mycket resurser som använts för att tillhandahålla primärvården i regionen. En närmare förklaring finns i faktaruta 1.

---

<sup>49</sup> Regionerna Dalarna, Jämtland Härjedalen och Kalmar skriver dock att en sådan omfördelning inte genomfördes under 2022.

<sup>50</sup> Vård- och omsorgsanslys bedömde utifrån analysen att kostnaderna för den kommunala primärvården var cirka 29 miljarder 2019 och att de stod för 37 procent av totala kostnaderna för primärvården. Vård och omsorgsanslys, nära vård i sikte? – utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport 2021:8.



## Faktaruta 1: Regionernas redovisningar av kostnader för primärvården

Regionerna redovisar kostnader och intäkter för primärvården till SCB, inom ramen för räkenskapssammandraget. Primärvårdskostnaderna fördelas på ett antal delområden varav allmänläkarvård och sjuksköterskevård är de kostnadmässigt största.<sup>51</sup> Kostnaderna avser bland annat personalkostnader och köp av verksamhet. Intäkterna kan exempelvis handla om patientavgifter, försäljning av verksamhet och riktade statsbidrag. För att underlätta jämförelser över tid och mellan regioner används kostnadslagen *nettokostnad* och *kostnader för eget åtagande*.

Nettokostnad visar verksamheternas kostnad efter avdrag för externa och interna intäkter. Externa intäkter kan bland annat vara andra riktade statsbidrag och användaravgifter. Interna intäkter kan vara intäkter som verksamheten har från andra delar av regionen eller kommunen eller från andra regioner eller kommuner. Nettokostnaden speglar hur stor finansiering verksamheten behöver genom skatt och generella statsbidrag.

Kostnader för eget åtagande visar hur mycket det kostar att tillhandahålla en verksamhet, utan hänsyn till hur stor del som finansieras genom skatt och generella statsbidrag, eller genom användaravgifter och riktade statsbidrag.

För båda kostnadslagen är interna intäkter och försäljning till andra kommuner och regioner avdragna.

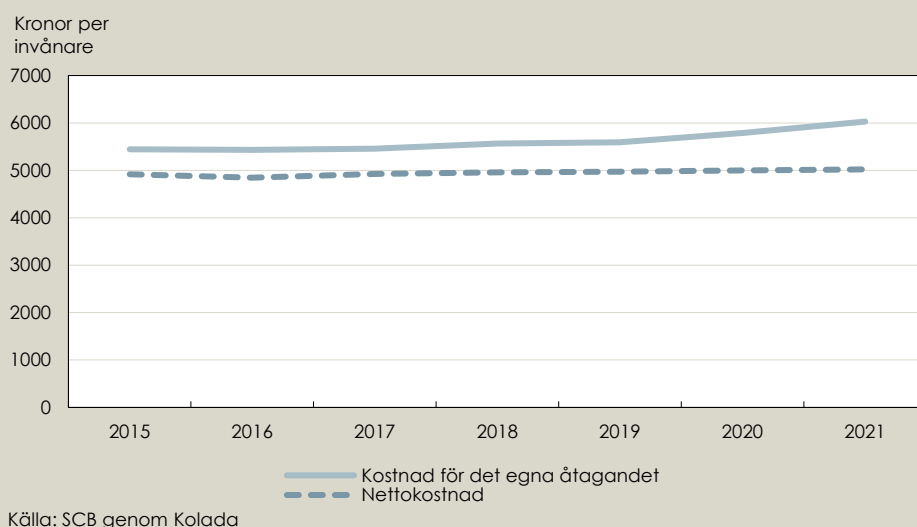
Kostnadsredovisningen i räkenskapssammandraget ska enligt anvisningarna inte vara beroende av hur regionen valt att organisera sin verksamhet. Det innebär exempelvis att kostnader för primärvård som drivs utanför hälso- och vårdcentraler ska räknas in och att specialistvård som drivs inom ramen för sådana centraler inte ska ingå i kostnaderna för primärvård.

Kostnaderna för primärvården i regionerna har ökat mätt i fasta priser<sup>52</sup>, oavsett vilket kostnadsdrag som analyseras, se figur 4. Kostnader för eget åtagande har ökat med 11 procent och nettokostnaderna med 2 procent, under 2015–2021, i relation till befolkningsutvecklingen. Eftersom befolkningen ökade med 6 procent under perioden är den absoluta ökningen av kostnaderna högre.

<sup>51</sup> Övriga delområden är mödrahälsovård, barnhälsovård, fysioterapi och arbetsterapi, primärvårdsansluten hemsjukvård, sluten primärvård och övrig primärvård. På delområdesnivå redovisas endast nettokostnader.

<sup>52</sup> För att räkna om till fasta priser har landstingsprisindex (LPIK) använts.

**Figur 4. Kostnader för regionens primärvård, fasta kostnader (LPIK)**



Skillnaden mellan kostnadsslagen har blivit större på senare år, se figur 4. Det förklaras av att många regioner redovisar allt större intäkter för primärvårdsverksamheten. SCB:s statistik visar inte vad intäktsökningen består av men en viktig förklaring torde vara de riktade statsbidragen för bland annat hanteringen av pandemin och satsningen på god och nära vård.

Norrbottnen och Jönköping är två av de regioner där skillnaden mellan kostnadsslagen ökat mest. I Norrbotten ansvarade primärvården för provtagning och vaccinering under pandemin, vilket förklarar att både kostnader och intäkter ökat mycket. Även i Jönköping förklaras skillnaden mellan de två kostnadsslagen av att primärvården fått mycket pandemirelaterad ersättning från staten.

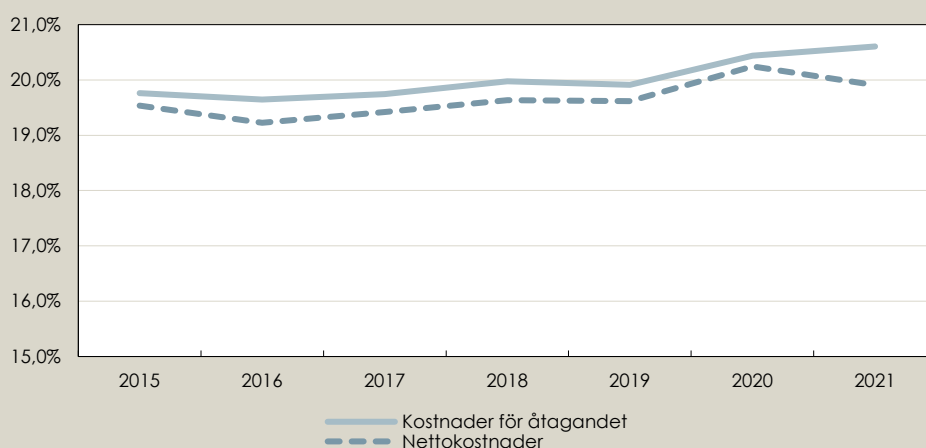
Pandemins påverkan gör sannolikt att uppgifter om kostnadsslaget kostnader för eget åtagande ger en överskattning av de resurser som gått till primärvården under senare år. Samtidigt är det troligt att nettokostnaderna ger en underskattning av de resurser som läggs på primärvården. Region Jönköpings län uppger exempelvis att statsbidragen för pandemirelaterade insatser varit större än de faktiska kostnaderna för dessa insatser. Det innebär i praktiken att statsbidragen finansierat en del av den reguljära primärvårdsverksamheten. Om man drar av för de riktade statsbidragen kommer det framstå som att resurserna till primärvården minskat. Det kan också vara en förklaring till att några regioner redovisar sjunkande nettokostnader under de senaste åren.

Statsbidragen och pandemihanteringen gör det sammanfattningsvis svårt att säga vilket kostnadsslag som ger den mest rättvisande bilden av hur mycket resurser som läggs på den regionala primärvården. Bedömningen beror även på om det är mest rättvist att redovisa hur mycket som regionerna lägger av sina egna resurser på primärvården eller hur mycket som läggs på primärvården oavsett finansiering.

## Den regionala primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdskostnaderna har ökat lite

Ett alternativt sätt att analysera utvecklingen är att jämföra kostnaderna för primärvården med kostnaderna för hälso- och sjukvården i stort i regionerna. En sådan analys visar att kostnadsandelen ökat lite sedan 2015, men ökningens storlek beror på vilket kostnadsslag som jämförs, se figur 5. Utvecklingen under de senaste åren är dock svårtolkad på grund av pandemin.

**Figur 5. Primärvårdens andel av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård**



Källa: SCB genom Kolada

I vissa regioner har primärvårdens andel av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården förändrats mycket under de senaste åren, se bilaga 1. I Västra Götalandsregionen ökade nettokostnadsandelen från 21,8 procent till 26,0 procent 2015–2021. I Skåne minskade i stället andelen från 19,9 procent till 16,7 procent. Förändringarna är så pass stora att Socialstyrelsen bedömer att de troligen inte endast beror på att regionerna förändrat sina ekonomiska prioriteringar. Ett skäl till bedömningen är att både Västra Götaland och Skåne redovisar stora intäkter för primärvården. Eftersom intäkterna påverkar beräkningen av kostnaderna varierar kostnaderna ganska mycket mellan åren. Beroende på vilka år man väljer att jämföra kan därför utvecklingen av primärvårdens kostnadsandel se olika ut. Utvecklingen förklaras inte endast av de statsbidrag som lämnats med anledning av pandemin, för Västra Götalandsregionen redovisar även stora intäkter för primärvården vissa år före pandemin.<sup>53</sup>

<sup>53</sup> Socialstyrelsen har varit i kontakt med ekonomiansvariga i respektive region men inte lyckats få klarhet vad de stora intäktsvariationerna beror på.

## Legitimerad personal har ökat i den regionala men minskat i den kommunala primärvården

Uppgifter om legitimerad personal i primärvården är hämtade från Socialstyrelsens register. I faktaruta 2 finns en närmare förklaring av vilka personalgrupper som ingår i analysen och hur uppgifterna är framtagna.

De insamlade uppgifterna i myndighetens register redovisas med en eftersläpning om två år, vilket gör att det senaste året som redovisas i denna uppföljning är 2020. Registret omfattar uppgifter om legitimerad personal och därmed ingår inte exempelvis undersköterskor. Det finns flera begränsningar i statistiken, se vidare faktarutan, vilket gör att slutsatser måste dras med viss försiktighet. Socialstyrelsen bedömer att begränsningarna främst gör det svårt att uttala sig om hur stora personalresurser som läggs på primärvården i regioner och kommuner och att jämföra länen. Begränsningarna har dock troligen mindre betydelse i analyser av utvecklingen över tid, vilket är syftet i denna rapport.

Socialstyrelsen fick i juni 2022 i uppdrag av regeringen att utveckla och presentera statistik om hälso- och sjukvårdspersonal som är verksam inom primärvården. I uppdraget ingår även att bedöma personaltillgången inom primärvården, främst den personal som arbetar med personer med psykisk ohälsa. Uppdraget ska slutredovisas 2026 [18].

## Faktaruta 2: Socialstyrelsens register över legitimerad personal i primärvården

Hos Socialstyrelsen finns register över legitimerad personal i hälso- och sjukvården, och i kartläggningen ingår sjuksköterskor, läkare, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, psykologer, barnmorskor, logopedier, examinerade läkare utan legitimation, dietister, och biomedicinska analytiker.<sup>54</sup> Genom att kombinera dessa uppgifter med SCB:s klassificering av enheter och företag utifrån näringsgren kan antalet sysselsatta inom primärvården uppskattas i regioner och kommuner. Statistiken avser sysselsatta personer, både i offentlig och i privat regi.

SCB:s klassificering utifrån näringsgren bygger på att arbetsställen har en så kallad SNI-kod.<sup>55</sup> För att kartlägga den regionala primärvården har följande SNI-koder använts: 86101 Sluten primärvård, 86211 Primärvårdsmottagningar med läkare m.m. och 86903 Primärvård ej läkare. För den kommunala primärvården ingår all legitimerad personal inom arbetsställen med SNI-kod som börjar på 87 och 88. För den regionala vården kan det finnas sysselsatta som är registrerade inom andra SNI-koder och som kan betraktas som en del av primärvården.

Det finns flera osäkerheter i personalstatistiken. Om en region har organiserat sin verksamhet så att både primärvård och specialistvård finns vid samma arbetsställen kan statistiken både överskatta och underskatta antalet personal, beroende på hur verksamheten blivit registrerad. Andra begränsningar är att statistiken i huvudsak inte inkluderar hyrpersonal<sup>56</sup> och inte säger något om tjänstgöringsgrad eller arbetsuppgifter hos de sysselsatta.

För kommunala verksamheter bör det beaktas att statistiken avser all legitimerad personal, oavsett var i kommunen personalen är sysselsatt. Det innebär att legitimerad personal som är sysselsatt inom exempelvis skolväsendet ingår.

Tabell 2 visar utvecklingen av antalet legitimerad personal i förhållande till befolkningmängden 2015–2020. I den regionala primärvården ökade antalet med cirka 9 procent samtidigt som den minskade med 7 procent i kommunerna. Minskningen i kommunerna gäller både sjuksköterskorna och annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Sammantaget ökade den legitimerade personalen med 1 procent om man slår ihop den regionala primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården.

<sup>54</sup> Hälso- och sjukvårdskuratorer har inte räknats med då de inte finns uppgifter för gruppen tidigare än 2019.

<sup>55</sup> SCB ansvarar för klassifikationen SNI som är en standard för svensk näringsgrensindelning. Det är Skatteverket som ansvarar för att inhämta SNI-koder i samband med att företagen registrerar sina verksamheter hos Skatteverket.

<sup>56</sup> Det är något osäkert om någon hyrpersonal ingår i personalstatistiken för den kommunala primärvården. I denna rapport har vi dock utgått från att hyrpersonal i huvudsak inte ingår i statistiken.

**Tabell 2: Antal sysselsatta per 100 000 invånare i primärvården 2020 i regioner och kommuner (länsvis)**

	Genomsnitt region/län	Förändring 2015–2020
<b>Regioner:</b>		
Sjuksköterskor	137	6 %
Varav distriktssköterskor	57	<sup>1</sup>
Läkare <sup>3</sup>	88	11 %
Varav specialister i allmänmedicin	43	-1 %
Övrig legitimerad personal <sup>2</sup>	74	10 %
All legitimerad personal	298	9 %
<b>Kommuner (länsvis):</b>		
Sjuksköterskor	163	-8 %
Övrig legitimerad personal <sup>2</sup>	73	-7 %
All legitimerad personal	239	-7 %
<b>Regioner och kommuner (länsvis):</b>		
Sjuksköterskor	301	2 %
Läkare	89	11 %
Övrig legitimerad personal <sup>2</sup>	147	1 %
All legitimerad personal	537	1 %

<sup>1</sup> Uppgift för 2015 saknas.

<sup>2</sup> Avser arbetsterapeuter, fysioterapeuter, psykologer, barnmorskor, logopedier, dietister, och biomedicinska analytiker.

<sup>3</sup> Inkluderar läkare utan legitimation.

Alla förändringar som redovisas i detta kapitel är i relation till befolkningens mängden. Eftersom befolkningens mängden i Sverige ökade med drygt 5 procent 2015–2020 skiljer sig de absoluta förändringarna en del från de relativa förändringar som redovisas här. I absoluta tal är det fråga om en mindre minskning av den legitimerade personalen i kommunerna.

I den regionala primärvården ökade antalet legitimerade i de flesta yrkeskategorier under 2015–2020. Antalet specialistläkare i allmänmedicin minskade dock lite, i relation till befolkningens mängden. Minskningen gäller för 15 av de 21 regionerna, se bilaga 2.<sup>57</sup> I Blekinge och på Gotland var minskningen över 30 procent.<sup>58</sup>

En möjlig felkälla är att hyrpersonal inte ingår i statistiken över antalet sysselsatta. Det saknas uppgifter om ifall kommunerna använde hyrpersonal i större eller mindre utsträckning 2015 jämfört med 2020. När det gäller regionerna finns statistik som visar att kostnaderna för hyrpersonal i den offentliga primärvården minskade med cirka 6 procent i fasta priser mellan 2015 till 2020, se bilaga 5.<sup>59</sup> Ökningen av antalet legitimerad personal i regionernas primärvård är därför troligen något mindre än vad som framgår av

<sup>57</sup> Att minskningen inte är större i riket som helhet beror på att antalet allmänläkare ökade i två av de större regionerna, nämligen Region Skåne och Västra Götalandsregionen.

<sup>58</sup> I Blekinge ökade kostnaderna för hyrpersonal med 50 procent 2015–2020. Eftersom hyrpersonal inte ingår i personalstatistiken kan anställda allmänspecialister ha ersatts av hyrläkare.

<sup>59</sup> Källa SKR. Egna bearbetningar

tabell 2. Förändringringen av hyrpersonalen är dock inte så stor att den på nationell nivå påverkar den övergripande bilden av att antalet sysselsatta i den regionala primärvården ökat mellan 2015 och 2020.<sup>60</sup>

Det går inte att utläsa utvecklingen för distriktssköterskor utifrån kartläggningen men Nationella vårdkompetensrådet har visat att antalet minskade 2016–2019 i den regionala primärvården, i relation till befolkningsmängden.<sup>61</sup>

Sysselsättningen i gruppen *övrig legitimerad personal* ökade med 10 procent mellan 2015 och 2020 i den regionala primärvården.<sup>62</sup> Nationella vårdkompetensrådet visade 2022 på ett liknande mönster för psykologer, fysioterapeuter, dietister och arbetsterapeuter, vars antal ökade relativt kontinuerligt i primärvården 2010–2019.<sup>63</sup>

De utvecklingstendenser som redovisas här för den regionala primärvården ligger i linje med de som påvisades i en analys av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys från 2023. I den jämförde man enkätsvar från vårdcentralchefer för 2017 och 2022. [3]

## Regioner och kommuner – kommunicerande kär!?

I flera län ökade antalet sysselsatta med legitimation i regionens primärvård under 2015–2020 samtidigt som antalet minskade i kommunerna, i relation till befolkningsmängden, se tabell 3. Detta mönster syns exempelvis i Uppsala, Södermanlands, Västra Götalands och Dalarnas län.

Utvecklingen i de enskilda länen får dock tolkas med försiktighet mot bakgrund av att hyrpersonal inte ingår i personalstatistiken. Som nämnts tidigare finns uppgifter om hyrkostnader inom den regionala primärvården som drivs i offentlig regi. I bilaga 5 finns uppgifter om hur dessa kostnader utvecklades mellan 2015 och 2020. De visar exempelvis att hyreskostnaderna minskade ganska mycket i den regiondrivna primärvården i Jämtland och Södermanland. Den ökning av antalet sysselsatta i den regionala primärvården som syns i dessa län antagligen motverkas av att regionerna anlitar färre hyrpersonal.

---

<sup>60</sup> Minskningen av hyreskostnader i fasta priser var knappt en miljon kronor per 100 000 invånare mellan 2015 och 2020, se bilaga 5. Samtidigt ökade antalet sysselsatta med 9 procent mellan samma år, se bilaga 2. Det sistnämnda innebär en genomsnittlig ökning av antalet sysselsatta med 23 personer per 100 000 invånare.

<sup>61</sup> Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet, 2022, Kompetensförsörjning inom primärvården -Delredovisning.

<sup>62</sup> Avser arbetsterapeuter, fysioterapeuter, psykologer, barnmorskor, logopeder, dietister och biomedicinska analytiker.

**Tabell 3: Förändring av antalet legitimerade i regional och kommunal primärvård (länsvis) mellan 2015 och 2020**

Procentuell förändring sett i relation till befolkningens mängden

Län	Region	Kommun	Totalt
Stockholm	4%	-8%	-1%
Uppsala	21%	-18%	-1%
Södermanland	12%	-16%	-2%
Östergötland	13%	4%	8%
Jönköping	6%	2%	4%
Kronoberg	4%	-13%	-6%
Kalmar	7%	-6%	0%
Gotland	-5%	-2%	-3%
Blekinge	-12%	12%	1%
Skåne	8%	-7%	0%
Halland	5%	7%	6%
Västra Götaland	13%	-13%	0%
Värmland	35%	1%	18%
Örebro	12%	-3%	5%
Västmanland	5%	0%	2%
Dalarna	17%	-10%	5%
Gävleborg	-2%	-17%	-9%
Västernorrland	0%	-11%	-6%
Jämtland	9%	-3%	2%
Västerbotten	8%	-5%	1%
Norrbottnen	5%	4%	4%
Totalt	9%	-7%	1%

Källa: Socialstyrelsens register

Den regionala primärvårdens andel av den legitimerade personalen i hälso- och sjukvården har ökat något

Andelen sysselsatta i den regionala primärvården av den legitimerade personalen i hälso- och sjukvård, med regionen som huvudman, ökade från 16,6 till 18,2 procentenheter 2015–2020. Andelen ökade lite för alla analyserade yrkesgrupper, se tabell 4.

**Tabell 4: Andel av sysselsatta i regionens hälso- och sjukvård som är sysselsatta i primärvården 2020 (både privat och offentlig regi)**

	Andel i procent	Absolut förändring i procentenheter 2015–2020
Sjuksköterskor	16,2	1,4
Läkare	19,4	1,4
Varav specialister i allmänmedicin	74,5	2,0
Annan legitimerad personal	18,7	1,3
All legitimerad personal	18,2	1,6



## Stora skillnader mellan antalet sysselsatta med legitimation i länen

Det finns stora variationer mellan regionerna och kommunerna vad gäller antalet sysselsatta med legitimation, i relation till befolkningens mängd. Särskilt stor är variationen när det gäller legitimerad personal vid sidan om läkare och sjuksköterskor. I bilaga 2, 3 och 4 finns uppgifter om legitimerade gruppers storlek i respektive län 2020 och hur de utvecklades 2015–2020. Som nämndes tidigare bör jämförelser mellan länen göras med försiktighet.

Om man ändå jämför länen framgår att flest sysselsatta med legitimation sammantaget i regioner och kommuner fanns i Jämtlands län (815 per 100 000 invånare) år 2020. Intervjuer bekräftar också att det finns en relativt stor primärvård i regionen. De hälsocentraler som finns runt om i länet beskrivs ha ett ganska brett uppdrag och gör insatser som i andra regioner vanligtvis genomförs inom specialistvården.<sup>64</sup>

Stockholm har enligt statistiken minst antal sysselsatta med legitimation i region och kommun (434 per 100 000 invånare). Den främsta förklaringen är att det finns få legitimerade i den kommunala hälso- och sjukvården, och det kan delvis bero på att kommunerna inte har ansvar för hemsjukvården. Det förklarar dock inte att det totalt sett finns få legitimerade i länet. Det kan dock vara så att uppgifterna för Stockholm underskattar antalet sysselsatta i den regionala primärvården; det är möjligt att vårdval som delvis är att betrakta som primärvård inte registreras som primärvård i SCB:s klassificering.

Vissa län har relativt många legitimerade inom den regionala primärvården och relativt få inom den kommunala, eller tvärtom. Det gäller exempelvis Dalarna där regionen har relativt många legitimerade i jämförelse med övriga regioner, medan kommunerna i länet har relativt få.

## Socialstyrelsens slutsatser

Tillräckliga ekonomiska och personella resurser är en av flera förutsättningar för att primärvården ska kunna fungera som ett nav i hälso- och sjukvården. En fungerande kompetensförsörjning är central för att resurserna ska finnas tillgängliga.

Några regioner redovisar att de har stärkt primärvården ekonomiskt eller ska göra det, men de flesta beskriver insatser för att effektivisera verksamheten eller stödja primärvården på andra sätt, exempelvis genom att primärvården i ökad utsträckning kan konsultera specialistvården.

Analysen av ekonomi- och personalstatistik indikerar att den regionala primärvårdens resurser ökade ungefär i linje med befolkningsutvecklingen under 2015–2020. Eftersom antalet invånare ökade ganska mycket under denna tidsperiod har primärvårdens resurser mätt i absoluta tal ökat mer. I vissa regioner ser det ut att skett lite större resurstillskott medan resurserna i andra regioner var relativt konstanta eller minskande i relation till befolkningens mängd.

---

<sup>64</sup>Att primärvården är väl utbyggd förklaras av att regionen endast har ett sjukhus och att det därför behövs en utbyggd primärvård runt om i länet.

Primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens totala resurser i regionerna tycks ha ökat något sedan 2015. Detta kan jämföras med att primärvårdens nettokostnadsandel minskade 2011–2015 [19].

De uppgifter som analysen bygger på är delvis osäkra. Den ekonomiska statistiken är starkt påverkad av riktade statsbidrag med anledning av pandemin och av andra nationella satsningar. Regionernas redovisade kostnader för primärvården tycks även påverkas av hur regionerna väljer att redovisa sina intäkter internt, något som gör att kostnaderna ser ut att variera från år till år, på ett oförutsägbart sätt.

Socialstyrelsen bedömer att personalstatistiken ger en något bättre bild av utvecklingen i regionernas primärvård. De tendenser som framgår stöds av Vård- och omsorgsanalys enkätundersökning till vårdcentralchefer som visar på liknande utveckling. Dock bör man beakta att personalstatistiken inte inkluderar alla yrkesgrupper i primärvården.

I kommunerna minskade den legitimerade personalen 2015–2020 i relation till befolkningmängden. Tidigare undersökningar har visat att kostnaderna för den kommunala hälso- och sjukvården ökade under ungefär samma tidsperiod. Det indikerar att resursförstärkningen inom den kommunala hälso- och sjukvården främst skett genom att personal som inte är legitimerad i större utsträckning genomför hälso- och sjukvårdsuppgifter.

En osäkerhet i analysen är att hyrpersonal inte ingår. Den minskning av legitimerad personal som syns i personalstatistiken för kommunerna kan alltså ha kompensats av en ökad användning av hyrpersonal.

Även om vissa regioners primärvård tycks ha fått ökade resurser anser verksamhetsföreträdare, enligt en del undersökningar, att det finns hög arbetsbelastning och stora rekryteringsbehov i primärvården och att problemet inte har minskat på senare år. En förklaring till detta kan vara att primärvårdens uppdrag i praktiken blivit större. [20] En annan förklaring kan vara att resursförstärkningen inte avser distriktssköterskor eller allmänspecialiserade läkare. Dessa yrkesgrupper har minskat i relation till befolkningsutvecklingen. I vissa regioner har denna minskning varit ganska stor.

Socialstyrelsen ser att mer resurser till primärvården är en av flera förutsättningarna för att den ska fungera som ett nav i hälso- och sjukvården. Samtidigt är det tydligt att kompetensförsörjningen påverkar de praktiska möjligheterna att förstärka resurserna. I flera av de län där regionerna verkar ha ökat primärvårdens resurser har också antalet legitimerade i kommunerna minskat. Det indikerar att regioner och kommuner delvis konkurrerar om samma personal. Om regioner och kommuner inte utbildar eller lyckas rekrytera ny personal finns alltså en risk för att en resursförstärkning i en del av primärvården påverkar en annan del negativt.

Socialstyrelsen anser det därför angeläget att regioner och kommuner arbetar med konkreta kompetensförsörjningsplaner och genomför utbildningsinsatser för att lösa problemen. En tänkbar åtgärd är att kommuner och regioner i ökad utsträckning samverkar länsvis i arbetet med kompetensförsörjningen. De kan bland annat ta fram gemensamma länsövergripande kompetensförsörjningsplaner, och sådana finns i dag i ett fåtal län.

## 6. Digitalisering och Vision e-hälsa 2025

Arbetet med digitaliserings berör omställningen på flera olika sätt. Det handlar både om att ta fram verktyg som exempelvis kan göra hälso- och sjukvården mer tillgänglig, och om att förbättra möjligheterna att överföra vårdinformation. Detta kan ge bättre förutsättningar för samverkan mellan vårdgivare och för att patienter är delaktiga i vården.

Den sistnämnda typen av arbete står i fokus i årets överenskommelse. Regionerna ska, inom ramen för utvecklingsområdet *insatser för Vision e-hälsa 2025*, bland annat arbeta mot en mer enhetlig och strukturerad vårdinformation samt kontinuerligt utveckla regiongemensamma arbetssätt och identifiera vilken information som bör dokumenteras på ett enhetligt sätt.

### Digitalisering och digital kommunikation – en central del av omställningen

Regionernas och kommunernas redovisningar av arbetet med omställningen omfattar många insatser för att införa digitala lösningar och förbättra digital informationsöverföring mellan olika vårdgivare och huvudmän. Digitala lösningar ingår ofta i de insatser som regioner och kommuner redovisar för målet att hälso- och sjukvården ska bli mer tillgänglig och personcentrerad samt präglad av delaktighet och kontinuitet.

I stort sett alla regioner svarar att man under 2022 påbörjade eller genomförde nya initiativ som är kopplade till digitalisering inklusive egenmonitorering och välfärdsteknik.<sup>65</sup> Regioner och kommuner lyfter även brister i informationsöverföring som en av de viktigaste utmaningarna i arbetet med omställningen.<sup>66</sup>

### Arbete med strukturerad vårdinformation sker ofta inom ramen för införande av nya journalsystem

Många regioner ska införa nya vårdinformationsstöd eller journalsystem, och en viktig del i detta arbete är att få standardiserad och enhetlig vårdinformation.

Nio regioner samarbetar i det så kallade SUSSA-samarbetet<sup>67</sup>, för att införa ett nytt journalföringssystem. Region Västerbotten beskriver att en mycket stor del av regionens hälsoinformatiska arbete bedrivs inom ramar för SUSSA:s samarbete, och att samarbetet innefattar en intensiv bearbetning av journalstruktur. Man strävar efter att förhålla sig till

<sup>65</sup> Alla regioner svarade ”ja”, förutom Region Norrbotten som inte gav något svar.

<sup>66</sup> Regioner och kommuner fick i delredovisningen ange vilka hinder och utmaningar som de upplevde fanns med olika delar av omställningen. Många svar gällde brister och svårigheter med digital informationsöverföring.

<sup>67</sup> SUSSA står för ”Strategisk utveckling av sjukvårdsstödjande applikationer”. De regioner som ingår i samarbetet är Norrbotten, Västerbotten, Västernorrland, Gävleborg, Dalarna, Örebro, Södermanland, Halland och Blekinge.

internationella och nationella standarder på området och till kvalitetsregister. Region Västernorrland anger att man inom SUSSA -samarbetet nyttjat Snomed CT<sup>68</sup> i arbetet med vårddokumentation med tillhörande kodverk. I Västra Götalandsregionen pågår ett arbete med informationshantering i samband med att man inför ett nytt journalsystem. Västra Götalandsregionen fattade 2022 beslut om att anta en handlingsplan för att öka användningen av begreppssystemet Snomed CT.

De regioner som inte är i färd med att införa nya journalsystem beskriver varierade insatser på området. Bland annat Västmanland, Kalmar och Jönköping beskriver att de arbetar med automatiserad överföring av information till kvalitetsregister. Region Jönköping har även arbetat fram systematik i journalmallar för patientkontrakt.

Region Stockholm arbetar med vad de kallar ”masterdataprogrammet” som handlar om att ta fram definitioner, processer, standarder och modeller för data om organisationer, enheter, personer, platser, avtalsområden, avtal, uppdrag och vårdtjänster.

## Nästan alla regioner har inlett arbete för att underlätta informationsutbyte

Enligt överenskommelsen ska regionerna, med stöd av SKR och tillsammans med kommunerna, påbörja ett arbete för att underlätta informationsutbyte över professions-, verksamhets- och huvudmannagränser. Alla regioner utom två svarar att ett sådant arbete påbörjades under 2022.<sup>69</sup> Det framgår dock inte alltid vad regionerna och kommunerna har gjort eller planerar att göra.

Det finns sedan tidigare möjlighet till elektroniskt informationsutbyte mellan regioner och kommuner genom nationell patientöversikt (NPÖ)<sup>70</sup> och sammanhållen journal.<sup>71</sup> Tidigare undersökningar visar att alla regioner både kan läsa (konsumera) och visa upp (producera) information i NPÖ. Majoriteten av kommuner är också anslutna till NPÖ, men de flesta kan endast läsa information i systemet. År 2021 kunde 41 kommuner visa upp information i NPÖ,<sup>72</sup> och antalet har ökat något enligt årets redovisningar från regionerna. Statistik från Inera visar även att antalet användare av NPÖ stadigt växer.<sup>73</sup>

Många regioner arbetar med att införa eller utöka möjligheterna till sammanhållen journalföring. Enligt en rapport från nätverket för Sveriges IT-direktörer (SLIT) beror denna utveckling på att NPÖ inte möjliggör vare sig tillägg eller ändringar av journalinformationen. Vårdpersonalen upplever

---

<sup>68</sup> Snomed CT är ett internationellt begreppssystem som är utvecklat för att användas i elektroniska informationssystem. Det syftar till att göra den kliniska dokumentationen inom hälso- och sjukvård enhetlig, entydig och ändamålsenlig.

<sup>69</sup> Två regioner, Norrbotten och Dalarna, svarade nej på frågan.

<sup>70</sup> Nationell patientöversikt gör det möjligt för vårdgivare att dela journalinformation från hälso- och sjukvården med varandra. Vårdpersonal kan ta del av journalinformation som finns hos andra vårdgivare, om patienten gett sitt samtycke till det.

<sup>71</sup> Med sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation avses ett elektroniskt system som gör det möjligt för en vårdgivare eller omsorgsgivare att ge eller få tillgång till personuppgifter hos andra vårdgivare eller omsorgsgivare, genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande. Den 1 januari 2023 trädde lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation i kraft.

<sup>72</sup> En närmare redogörelse för anslutningen till NPÖ lämnades i förra årets uppföljning. Socialstyrelsen, Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2021 s. 48.

<sup>73</sup> <https://www.inera.se/tjanster/statistik-for-ineras-tjanster/statistik-for-nationell-patientoversikt/anvandare/> läst 26 april 2023

därför inte att tjänsten är tillräckligt effektiv för informationsdelning och samarbete om patienten och dennes vård [21]. Detta utgör en risk utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv.

Några regioner beskriver att sammanhållen journal införts mellan regionen och en eller flera kommuner. I Västmanland har regionen och några av länets kommuner anslutits till systemet, och det skedde under 2022 eller tidigare. Fler kommuner ska anslutas under 2023.

Flera regioner beskriver arbete med förstudier eller pilotprojekt på området. Region Örebro avser exempelvis att via regionens kommande vårdinformatiönsstöd undersöka möjligheterna med informationsutbyte mellan regionerna och kommunerna. I Östergötland driver regionen tillsammans med kommunerna ett projekt om sammanhållen journalföring och planerar att starta pilotprojekt under 2023. I Västra Götalands län samverkar regionen med kommunerna för att konfigurera det nya journalsystemet, och genom det, underlätta sammanhållen planering.

## Fortsatt utveckling av egenmonitorering – distansmonitorering

De flesta regioner och några kommuner redovisar att de håller på att införa egenmonitorering eller distansmonitorering i någon form, och många arbetar med olika tester och pilotprojekt på området. I Västerbotten har exempelvis regionen och flera kommuner startat en pilotverksamhet där egenmonitorering ingår. I Sörmland har regionen tillsammans med Eskilstuna och Trosa kommuner testat en egenmonitoreringslösning för äldre multisjuka patienter. Västra Götalandsregionen har också fortsatt att driva pilotprojekt med egenmonitorering inom primärvård och specialistvård. Parallellt har regionen också upphandlat och utvecklat en digital plattform för detta.

SLIT anger att de flesta regioner i dag kan erbjuda egenmonitorering för några av de vanligast förekommande folksjukdomarna [21]. Region Östergötland menar att de ligger i framkant vad gäller egenmonitorering, och att antalet patienter med digitalt uppkopplad egenmonitorering ökade under 2022.

## Digitala vårdbesök minskar efter pandemin

Många regioner beskriver insatser som syftar till att underlätta för digitala vårdmöten. Enligt data från SKR:s väntetidsdatabas ökade andelen hälso- och vårdcentraler som erbjuder distansbesök under pandemin, till 55 procent 2022. Denna andel har inte förändrats under det senaste året.

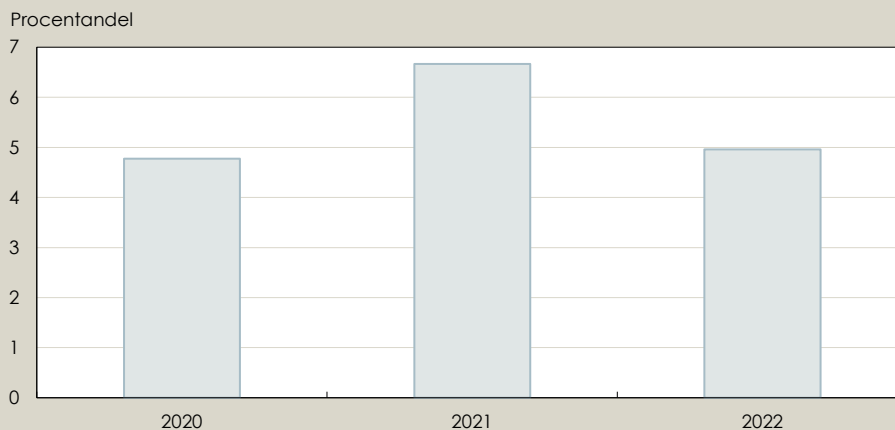
Andelen rapporterade distansbesök i primärvården ökade mycket under 2020.<sup>74</sup> Mellan 2021 och 2022 minskade istället antalet sådana besök, se figur 6. Variationerna beror troligen på pandemins påverkan på samhället och vården.

---

<sup>74</sup> Se Socialstyrelsen, 2021, Analys av första och andra covid-19-vågen – produktion, köer och väntetider i vården. Analysen bygger på uppgifter i väntetidsdatabasen. Tyvärr går det inte att jämföra med 2019 eftersom det saknas inrapportering av flera regioners primärvårdskontakter till väntetidsdatabasen för 2019.

### Figur 6. Rapporterade distansbesök i primärvården (region)

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



Källa: Vänstertidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

## Ojämna utveckling av välfärdsteknik i kommunerna

Socialstyrelsen gör årligen en uppföljning av den digitala utvecklingen i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård, utifrån en enkät till kommunerna. I den senaste rapporten för 2023 konstaterar Socialstyrelsen att det kommunernas användning av välfärdsteknik har ökat tydligt sedan 2014 men att utvecklingen efter 2021 inte är lika tydlig och att det skett en nedgång för vissa tekniker under det senaste året.

Utvecklingen skiljer sig åt mellan olika verksamhetsområden och tekniker. Generellt sett är välfärdsteknik vanligare inom äldreomsorgen än inom funktionshindersverksamheten. Särskilda boendeformer för äldre är det verksamhetsområde som visar den tydligaste uppgången, medan tydliga nedgångar ses inom både funktionshindersområdet och den kommunala hälso- och sjukvården [22].

## Socialstyrelsens slutsatser

Uppföljningen visar att många regioner och kommuner prioriterar att utveckla digitala lösningar och underlätta digital kommunikation, och att det betraktas som en central del i arbetet med omställningen. Brister i den digitala kommunikationen beskrivs av många som en stor utmaning och kan utgöra risker utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv.

I många regioner pågår ett arbete med att förbättra den digitala vårdinformationen och underlätta digital kommunikation mellan olika vårdgivare. En del av detta arbete är invävt i utvecklingen av de journal- och vårdinformationssystem som för närvarande håller på att utvecklas och implementeras i många regioner. Det är av redovisningarna svårt att bedöma hur långt arbetet kommit.

Uppföljningen visar även att användandet av digitala verktyg och digitala tjänster inom hälso- och sjukvården ökat under senare år men att vissa

minskade mellan 2021 och 2022. Både ökningen och minskningen beror troligen på att pandemin har påverkat hälso- och sjukvården och samhället i stort.

## 7. En utvecklad ambulanssjukvård

Regionerna fick 2022 bidrag om 85 miljoner kronor för utvecklingsområdet ”En förstärkt ambulanssjukvård”. Regionerna fick ett motsvarande bidrag med samma inriktning, i överenskommelsen för 2021. Regionernas insatser för 2021 finns beskrivna i föregående års uppföljning av överenskommelsen [9]. Socialstyrelsens bedömning är att de insatser som regionerna redovisar för 2022 i huvudsak ligger i linje med de som redovisades för 2021. Detta kapitel innehåller därför endast en kortfattad beskrivning av regionernas insatser för 2022.

Socialstyrelsen har också ett regeringsuppdrag om att kartlägga den prehospitla vården och att följa upp och utvärdera regeringens satsningar på ambulanssjukvården 2021–2023 [23]. I uppdraget ingår att följa upp satsningarna utifrån överenskommelsen mellan staten och SKR.<sup>75</sup> Kartläggningen av den prehospitla akutsjukvården avrapporterades till regeringen i februari 2023 [24]. I slutredovisningen i mars 2024 kommer Socialstyrelsen att lämna en fördjupad analys av regeringens satsningar på ambulanssjukvården.

### Regionernas insatser för att utveckla ambulanssjukvården

Många regioner redovisar utbildningsinsatser för att förbättra ambulanssjukvårdens prehospitla förmåga, bland annat utbildningar i akut omhändertagande för medarbetare. I likhet med föregående år redovisar flera regioner utbildningsinsatser som rör omhändertagande av personer med psykisk ohälsa.

Flera regioner har köpt olika tekniska system för att underlätta ambulansverksamheten. Region Jämtland Härjedalen har exempelvis köpt in routrar för att ge bättre bredbandsuppkoppling i ambulanserna. I Region Kalmar arbetade man under 2022 med att få in journalsystemet i alla ambulanser.

Flera regioner beskriver insatser för att stärka samverkan mellan å ena sidan ambulanssjukvården och å andra sidan den kommunala hälso- och sjukvården eller den regionala primärvården. Enstaka regioner lyfter exempelvis fram pilotprojekt om möjligheten för ambulanssjukvårdare att skriva meddelande direkt till ansvariga vid regional eller kommunal primärvård. Ett annat typ av projekt handlar om att ambulanspersonalen ska kunna hänvisa patienter direkt till vårdcentraler.

Många regioner anger att de har infört olika bedömningsenheter, bedömningsresurser eller bedömningsbilar – enheter som kan hjälpa patienter till rätt vårdnivå och därmed avlasta ambulanssjukvården.<sup>76</sup>

<sup>75</sup> Uppdraget om uppföljningen och utvärderingen av regeringens satsningar på ambulanssjukvården ska slutredovisas senast den 1 mars 2024. Socialdepartementet, 2022, Ändring av regleringsbrev för Socialstyrelsen avseende 2022. Dnr. S2022/01260.

<sup>76</sup> I föregående års uppföljning finns en närmare beskrivning av arbetet med bedömningsbilar eller bedömningsresurser, se Socialstyrelsen, Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2021. s. 54.



Bedömningsenheterna bemannas av ofta av en specialistsjuksköterska och kan bland annat användas i situationer då det är osäkert om en patient behöver en ambulans eller kan stanna kvar i hemmet.

I likhet med 2021 redovisar flera regioner att de arbetat med inre befäl eller liknande funktioner hos larmoperatören, i syfte att förbättra prioriteringen och dirigeringen av ambulansresurser. Inre befäl har speciell utbildning inom ledning, vilket konkret innebär att ambulanssjukvården också får en direkt operativ ledning vid större händelser. Enligt regionerna kan dessa befäl spela en viktig roll i god och nära vård eftersom de larmar ut lämplig resurs till patienten. Flera regioner beskriver att funktionen sannolikt bidrar till en högre tillgänglighet eftersom den tidig bedömningen i många fall kan bli att patienten ska åka till en vårdinrättning med annan sjuktransport än ambulans.

## Resultat av insatserna

I årets redovisning ombads regionerna att redovisa effekter och resultat av sina insatser för att utveckla ambulansvården. Flera regioner anger dock att de ännu inte hunnit följa upp eller utvärdera insatserna, men några regioner redovisar statistik som visar att exempelvis responstiderna förbättrats i ambulanssjukvården. Region Stockholm anger att uppdragsvolymen i ambulanssjukvården har ökat påtagligt under de senaste åren och att resultaten pekar på en bättre tillgänglighet och en mer jämlik vård över hela regionen.

Några regioner lyfter fram att det är svårt att utvärdera de insatser som genomförs, bland annat på grund av att ambulansvården påverkas av andra delar av hälso- och sjukvården. Det kan vara överflyttningar av patienter mellan sjukhus, omdirigeringar till andra akutmottagningar på grund av för hög belägningsgrad, samt stängning av sjukhus och akutmottagningar.

## Socialstyrelsens slutsatser

I uppföljningen för 2021 noterades två utvecklingstendenser för ambulanssjukvården, dels att ambulanssjukvården har ett närmare samarbete med den regionala primärvården och den kommunala vården och omsorgen, dels att ambulanssjukvården får en tydligare roll i att styra patienter till rätt vårdnivå. Regionernas redovisningar för 2022 visar att dessa utvecklingstendenser kvarstår. Det är svårt att dra slutsatser om insatsernas resultat och effekter, men några regioner redovisar bättre responstider i ambulanssjukvården. Socialstyrelsen återkommer till detta i det regeringsuppdrag som ska redovisas i mars 2024, om den prehospitala vården och ambulanssjukvården.

# Referenser

1. Socialdepartementet. Överenskommelse mellan staten och SKR; God och nära vård 2021 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. 2022.
2. Socialstyrelsen, 2022, Uppföljning nära vård. Deluppdrag II. Nationella indikatorer, slutrapport.
3. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2023, Ordnat för omställning.
4. Sveriges Kommuner och Regioner, Överenskommelsen God och nära vård 2022 - En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav – Helårsrapport 2023-03-31.
5. Socialstyrelsen, 2023, Insatser under 2022 för att främja omställningen till en god och nära vård – slutrapport.
6. Sveriges Kommuner och Regioner, 2020, Att driva omställningen till Nära vård. Handbok om att hantera komplexa system.
7. Socialstyrelsen, 2021, Uppföljningen till en mer nära vård 2020.
8. Blomqvist, Paula & Winblad, Ulrika, 2023, Samverkan kring multisjuka äldre: lärdomar från praktik och forskning.
9. Socialstyrelsen, 2022, Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2021.
10. Socialstyrelsen, 2022, Nationellt riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården, Art.nr: 2022-4-7896.
11. Sveriges läkarförbund, 2022, Beslut om riktvärdet 1 100 invånare per läkare.
12. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Kontinuitet och fast läkarkontakt PM 2022:5.
13. Socialstyrelsen, 2023, Redovisning av 2022 års uppdrag att betala ut statsbidrag till regioner och kommuner för utökad verksamhetsförlagd utbildning (S2022/02783 (delvis)) Dnr 9.1-24125/2022.
14. Socialstyrelsen, 2023, Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård – Nationella planeringsstödet 2023
15. Nationella vårdkompetensrådet och Socialstyrelsen, Kompetensförsörjning inom primärvården – delredovisning
16. Sveriges Kommuner och Landsting, Läkartillgång i primärvården.
17. Socialdepartementet, Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning 2023-01-19 S2023/00256 (delvis).
18. Socialdepartementet, Uppdrag att utveckla och presentera statistik avseende hälso- och sjukvårdspersonal verksam inom primärvården, S2022/03179.
19. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2017, Primärvården i belysning – Jämförelser mellan landsting och regioner 2011-2015.
20. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2021, Nära vård i sikte,
21. SLIT, IT och digitalisering i hälso- och sjukvården 2022.

22. Socialstyrelsen, 2023, E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2023 - Uppföljning av den digitala utvecklingen i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård.
23. Socialdepartementet, Uppdrag att kartlägga den prehospitla vården samt att följa upp och utvärdera regeringens satsningar på ambulanssjukvården 2021–2023, S2021/02144 (delvis).
24. Socialstyrelsen 2023, Sveriges prehospitla akutsjukvård – nulägesbild, bedömning och utvecklingsförslag.

# Bilagor

**Bilaga 1: Primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens kostnader, exklusive läkemedel och tandvård**

Region	Kostnad för åtagandet		Nettokostnad	
	Andel 2021	Absolut förändring procentenhet 2015-2021	Andel 2021	Absolut förändring procentenhet 2015-2021
Blekinge	17,4%	0,7	17,2%	0,2
Dalarna	22,1%	2,8	18,8%	0,3
Gotland	0,0%	0,0	15,8%	0,6
Gävleborg	22,0%	0,0	20,3%	-1,1
Halland	19,4%	-0,6	21,2%	1,3
Jämtland Härjedalen	20,5%	-0,2	20,1%	-0,6
Jönköpings län	22,8%	4,0	17,4%	-1,3
Kalmar	22,1%	1,7	21,2%	1,6
Kronoberg	19,9%	0,9	16,1%	-2,0
Norrbottnen	24,0%	3,1	19,0%	-1,3
Skåne	17,6%	-2,2	16,7%	-3,2
Stockholm	20,4%	-0,1	20,3%	0,1
Sörmland	20,8%	2,1	18,7%	1,5
Uppsala	15,0%	-0,2	16,7%	0,5
Värmland	20,6%	2,4	18,6%	1,0
Västerbotten	19,3%	1,4	19,0%	1,0
Västra Götaland	24,6%	3,0	26,0%	4,2
Västernorrland	18,2%	0,2	15,1%	-1,1
Västmanland	21,9%	3,0	20,2%	2,5
Örebro län	20,2%	1,7	18,8%	1,4
Östergötland	17,8%	0,2	18,4%	0,3
Riket	20,6%	0,8	19,9%	0,4

Källa: Kolada

**Bilaga 2: Antalet sysselsatta per 100 000 invånare i regional primärvård 2020 (både privata och offentliga utförare)**

Region	Sjuksköterskor		Läkare		Allmänläkare		Övriga legitimerade		Alla legitimerade	
	Antal 2020	Utveckling 2015-2020	Antal 2020	Utveckling 2015-2020	Antal 2020	Utveckling 2015-2020	Antal 2020	Utveckling 2015-2020	Antal 2020	Utveckling 2015-2020
Stockholm	116	7%	90	3%	43	-4%	70	3%	276	4%
Uppsala	110	14%	77	26%	43	-2%	88	25%	275	21%
Södermanland	145	9%	93	17%	47	20%	65	15%	303	12%
Östergötland	125	7%	93	54%	45	2%	31	-29%	248	13%
Jönköping	152	2%	86	6%	50	-3%	95	13%	333	6%
Kronoberg	137	12%	62	-8%	38	-22%	32	-4%	231	4%
Kalmar	148	6%	84	10%	38	-14%	51	4%	284	7%
Gotland	86	-6%	52	-13%	25	-32%	32	13%	170	-5%
Blekinge	109	-7%	50	-21%	28	-34%	17	-5%	177	-12%
Skåne	119	2%	86	16%	44	11%	64	8%	268	8%
Halland	179	10%	99	-2%	48	-6%	96	6%	374	5%
Västra Götaland	144	3%	95	14%	45	5%	97	28%	336	13%
Värmland	178	40%	79	9%	41	-4%	76	62%	333	35%
Örebro	186	10%	105	25%	48	0%	127	6%	418	12%
Västmanland	121	-2%	72	11%	36	-8%	57	13%	250	5%
Dalarna	179	15%	75	12%	36	-5%	68	29%	323	17%
Gävleborg	174	11%	76	-3%	45	-7%	69	-23%	320	-2%
Västernorrland	134	-8%	70	15%	35	-6%	56	2%	260	0%
Jämtland	194	-1%	136	31%	64	12%	87	4%	417	9%
Västerbotten	160	8%	100	7%	52	-6%	79	8%	339	8%
Norrbottnen	159	2%	75	25%	38	-17%	77	-3%	311	5%
Totalt	137	6%	88	11%	43	-1%	74	10%	298	9%

**Bilaga 3: Antalet sysselsatta per 100 000 invånare i kommunal primärvård (både privata och offentliga utförare)**

Region	Sjuksköterskor		Övriga legitimerade		Alla legitimerade	
	Antal 2020	Utveckling 2015-2020	Antal 2020	Utveckling 2015-2020	Antal 2020	Utveckling 2015-2020
Stockholm	105	-9%	49	-10%	159	-8%
Uppsala	144	-21%	82	-15%	229	-18%
Södermanland	162	-7%	51	-36%	214	-16%
Östergötland	143	-4%	92	16%	237	4%
Jönköping	205	7%	92	-9%	299	2%
Kronoberg	205	-11%	55	-20%	260	-13%
Kalmar	197	-1%	77	-16%	275	-6%
Gotland	301	-8%	181	4%	546	-2%
Blekinge	192	16%	65	0%	259	12%
Skåne	154	-11%	89	0%	244	-7%
Halland	176	6%	72	11%	250	7%
Västra Götaland	186	-12%	76	-16%	264	-13%
Värmland	182	0%	70	2%	253	1%
Örebro	211	-6%	95	3%	307	-3%
Västmanland	188	3%	73	-8%	263	0%
Dalarna	144	-14%	54	2%	200	-10%
Gävleborg	176	-18%	49	-14%	226	-17%
Västernorrland	185	-20%	74	18%	262	-11%
Jämtland	281	-8%	117	10%	400	-3%
Västerbotten	239	-4%	109	-6%	349	-5%
Norrbottn	225	8%	105	-4%	329	4%
Totalt	163	-8%	73	-7%	239	-7%

**Bilaga 4: Antalet sysselsatta per 100 000 invånare i regional och kommunal primärvård (både privata och offentliga utförare)**

Region	Sjuksköterskor		Läkare		Övriga legitimerade		Alla legitimerade	
	Antal 2020	Utveckling 2015-2020	Antal 2020	Utveckling 2015-2020	Antal 2020	Utveckling 2015-2020	Antal 2020	Utveckling 2015-2020
Stockholm	221	-1%	94	4%	119	-3%	434	-1%
Uppsala	254	-9%	79	27%	170	2%	503	-1%
Södermanland	307	0%	93	15%	116	-15%	516	-2%
Östergötland	268	1%	94	53%	122	0%	484	8%
Jönköping	357	5%	87	7%	186	1%	631	4%
Kronoberg	342	-3%	62	-8%	87	-15%	491	-6%
Kalmar	346	2%	85	11%	128	-9%	559	0%
Gotland	388	-7%	110	-3%	213	5%	710	-3%
Blekinge	302	6%	51	-22%	82	-1%	434	1%
Skåne	273	-6%	86	15%	153	3%	512	0%
Halland	355	8%	100	-4%	168	8%	623	6%
Västra Götaland	331	-6%	96	14%	173	4%	599	0%
Värmland	361	16%	79	9%	146	26%	585	18%
Örebro	397	1%	105	25%	222	4%	725	5%
Västmanland	308	1%	73	11%	131	0%	512	2%
Dalarna	324	0%	76	11%	122	15%	522	5%
Gävleborg	350	-6%	77	-3%	119	-19%	545	-9%
Västernorrland	319	-15%	72	15%	130	10%	521	-6%
Jämtland	475	-5%	136	31%	204	8%	815	2%
Västerbotten	399	0%	100	7%	188	0%	687	1%
Norrbottnen	384	5%	75	25%	182	-4%	641	4%
Totalt	301	-2%	89	11%	147	1%	537	1%

**Bilaga 5: Kostnad för hyrpersonal per 100 000 invånare i regional primärvård (endast offentliga utförare)**

Region	Kostnad 2020 i tusentals kronor	Procentuell kostnadsförändring 2015-2020 i fasta priser (LPIK)	Absolut kostnadsförändring i tusentals kronor 2015-2020 i fasta priser (LPIK)
Stockholm	2518	-13%	-388
Uppsala	4822	-22%	-1383
Södermanland	15922	-40%	-10621
Östergötland	7503	-8%	-634
Jönköping	15070	42%	4482
Kronoberg	29085	26%	5978
Kalmar	21026	-6%	-1253
Gotland	43103	-2%	-678
Blekinge	43160	33%	10719
Skåne	11841	-4%	-499
Halland	8040	1%	52
Västra Götaland	12270	-19%	-2913
Värmland	29406	6%	1668
Örebro	30672	4%	1232
Västmanland	21653	-19%	-5003
Dalarna	35628	-15%	-6229
Gävleborg	44273	22%	7870
Västernorrland	37879	7%	2580
Jämtland	31452	-47%	-27752
Västerbotten	43168	44%	13234
Norrbottn	39670	-17%	-8280
Totalt	15837	-6%	-989

Källa: SKR, egna bearbetningar