

Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2023

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

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

Artikelnummer: 2024-8-9188

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, augusti 2024

Förord

Regeringen beslutade den 2 februari 2023 att ge Socialstyrelsen ett uppdrag att följa upp regionernas och kommunernas insatser inom ramen för överenskommelsen God och nära vård 2023. Den 8 juni 2023 beslutade regeringen att ge myndigheten i uppdrag att främja, stödja och följa upp omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård. Myndigheten ska enligt uppdragen följa upp och analysera hur omställningen till en mer nära vård i regioner och kommuner utvecklas.

Rapporten vänder sig till regeringen, huvudmän inom hälso- och sjukvården, företrädare för professionen och patienter samt andra aktörer som berörs av arbetet med omställningen till en mer nära vård. Utredarna Ann Bergman och Johan Lantto har varit projektledare. Martin Lindblom har bidragit i framtagandet av rapporten. Ansvarig enhetschef har varit Petra Rinman.

Björn Eriksson

Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	6
Uppdrag och genomförande	17
Målen för omställningen till en god och nära vård.....	17
Två regeringsuppdrag	17
Socialstyrelsens genomförande av uppdragen.....	18
Indikatorer för att följa målen för god och nära vård	19
Utveckling av resultatet för kärnindikatorerna	20
Vidare uppföljning utifrån övergripande resultat för kärnindikatorerna	24
Utveckling av den nära vården med primärvården som nav	27
Insatser som regioner och kommuner genomfört.....	27
Uppföljningar av omställningen genomförs på olika sätt	33
Sammanfattning och slutsatser	36
Styrning mot en god och nära vård.....	38
Styrningen av omställningen på länsnivå	38
Styrning av primärvården i regionerna	40
Resurserna till primärvården i regionerna och kommunerna	43
Revisorernas granskningar av regionernas styrning	45
Sammanfattning och slutsatser	46
Samverkan mellan region och kommun.....	49
En länsgemensam samverkansstruktur har byggts upp	49
Samordningstjänster och vårdkoordinatorer vanliga	50
Breddinförda samverkansprojekt.....	50
Erfarenheter av samverkan och omställningsarbetet i tre län	52
Utmaningar med samverkan	55
Uppföljning av samverkansinsatser	58
Slutsatser och sammanfattning	62
Arbete med kontinuitet och delaktighet.....	65
Fast läkarkontakt.....	65
Kontinuitetsindex på oförändrad nivå	71
Fasta vård- och omsorgskontakter har ökat enligt kommunerna	72
Olika sätt att arbeta med sammanhållen planering	73
Sammanfattning och slutsatser	75

Goda förutsättningar för vårdens medarbetare	77
Insatser som regioner och kommuner genomfört.....	77
Vidareutbildning av sjuksköterskor.....	79
Arbete för att öka antalet VFU-platser	82
Sammanfattning och slutsatser	85
Digitalisering, välfärdsteknik och e-hälsa.....	86
Användning av digitala verktyg och välfärdsteknik	86
Arbete med enhetligare begreppsanvändning och strukturerade hälsodata	88
Sammanfattning och slutsatser	91
En utvecklad ambulanssjukvård.....	93
Insatser för en förstärkt ambulanssjukvård	93
Resultat av insatserna	94
Sammanfattning och slutsatser	95
Referenser.....	96
Bilaga 1. Metod.....	98
Redovisningar av insatser från regioner och kommuner	98
Redovisningar av resultat utifrån uppföljningar och indikatorer	98
En fördjupad undersökning i tre län med fokus på samverkan mellan regioner och kommuner	99
Bilaga 2. Om urvalet av kärnindikatorer för att följa målen för god och nära vård	100
Kärnindikatorernas målkoppling	101
Urvalets balans och bredd	103
Fokus på resultat för patienterna	104
Datatillgång och datakvalitet	105
Fokus på den mest övergripande nivån av uppföljning i urvalet	105
Samverkan och dialog	106
Om enskilda indikatorer.....	106
Referenser	120
Bilaga 3. Tabeller.....	121

Sammanfattning

Socialstyrelsen har sedan år 2019 haft i uppdrag att årligen följa upp och redovisa omställningen till en god och nära vård. Sedan 2020 har socialstyrelsen ett bredare uppdrag att främja, stödja och följa upp omställningen till en god och nära vård. Den del av uppdraget som handlar om att följa upp omställningen ska Socialstyrelsen delredovisa till Regeringskansliet i augusti varje år under perioden 2024-2027 och en slut redovisning av denna del av uppdraget ska lämnas senast den 30 augusti 2028.

I delredovisningen ska Socialstyrelsen redogöra för regioners och kommuners utveckling på nationell nivå. Socialstyrelsen ska även genomföra analyser.

I årets uppföljning redovisas ett urval av 12 nationella kärnindikatorer, utifrån Socialstyrelsens tidigare förslag på indikatorer för att följa målen i arbetet med omställningen, samt en analys av utvecklingen som tar sin utgångspunkt i dessa indikatorer. Övriga delar av uppföljningen bygger främst på redovisningar som regioner och kommuner lämnat till Socialstyrelsen. Utöver det har en fördjupad undersökning genomförts i tre län med särskilt fokus på hur samverkan mellan region och kommun utvecklats.

Målen med omställningen

Målet med omställningen av hälso- och sjukvården är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att en effektivare användning av hälso- och sjukvården resurser ska uppnås.

En primärvårdsreform är kopplad till omställningen. Målen för primärvårdsreformen är:

- Tillgänglighet till primärvården ska öka
- En mer delaktig patient och en personcentrerad vård
- Kontinuitet i primärvården ska öka

Socialstyrelsens främsta slutsatser

- **Förbättrad samverkan och samordning**

En stor del av de insatser regioner och kommuner genomfört inom ramen för omställningen syftar till att förbättra eller underlätta samverkan mellan vårdgivare och huvudmän. Vissa av de kvantitativa indikatorer som Socialstyrelsen analyserat tyder på att samverkan utvecklats positivt under senare år. Samverkan mellan den kommunala och regionala primärvården uppfattas även ha utvecklats positivt av verksamhetsföreträdare som myndigheten intervjuat.

- **Arbete med fasta kontakter är centralt i omställningen men ännu inga tydliga tecken på att kontinuiteten förbättrats utifrån ett patientperspektiv**

Regioner och kommuner uppger att de i stor utsträckning arbetat med att utveckla fasta kontakter i form av fast läkarkontakt¹, fast vårdkontakt² eller fast omsorgskontakt³. Socialstyrelsen bedömer att fler fasta kontakter och en förbättrad samverkan och samordning mellan olika delar av vården innebär att förutsättningarna för att nå målet om förbättrad kontinuitet blivit bättre. Mätningar utifrån ett patientperspektiv visar dock inte ännu på några tydliga förändringar av läkarkontinuitet.

- **Arbete med att förbättra delaktighet och personcentrering pågår men ännu inga tydliga tecken på att målen om förbättrad delaktighet och personcentrering uppnåtts**

Arbete med att förbättra delaktighet och personcentrering pågår, bland annat genom att införa så kallade dokumenterade överenskommelser (patientkontrakt). I flertalet regioner har sådana överenskommelser ännu inte införts brett i regionernas hälso- och sjukvårdsverksamhet. De kvantitativa indikatorer som kan antas visa på förbättrad delaktighet och personcentrering visar inte på några större förändringar över tid.

- **Tillgängligheten till primärvården har utvecklats i olika riktning**

Många av de insatser som regioner och kommuner genomfört inom ramen för arbetet med nära vård syftar till att förbättra tillgängligheten till primärvården. Utvecklingen av vissa kvantitativa indikatorer tyder på att tillgängligheten förbättrats medan utvecklingen av andra tyder på att tillgängligheten försämrats. Andelen medicinska bedömningar som

¹ 7 kap. 3 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och 6 kap. 3 § patientlagen (2014:821).

² 6 kap. 2 § patientlagen och 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF.

³ 4 kap. 2 b § socialtjänstlagen (2001:453), SoL.

genomfördes inom tre dagar har exempelvis ökat medan andelen som svarar att de vid behov är lätt att träffa läkare inom särskilt boende har minskat.

- **Målbilder har kompletterats med handlingsplaner och strategier**

Regioner och kommuner har i varierande utsträckning beslutat om konkreta och tidsatta planer och strategier för arbetet med omställningen som kompletterar tidigare beslutade målbilder. I likhet med förra årets uppföljning bedömer Socialstyrelsen att det på ledningsnivå i kommuner och regioner behövs vidare arbete med att konkretisera och tidsätta arbetet med omställningen.

- **Ekonomiska utmaningar kan komma att påverka arbetet med omställningen**

De ekonomiska ramarna för hälso- och sjukvården i regioner och kommuner kan komma att påverka förutsättningarna för arbetet med omställningen och förutsättningarna att utveckla samverkan mellan vårdgivare.

Utgångspunkten för omställningen är att hälso- och sjukvårdens resurser används mer effektivt om huvudmännen stärker den nära vården och förbättrar samverkan mellan vårdgivare och med socialtjänsten när det är aktuellt. Primärvårdens kostnader mätt i fasta priser har ökat något mellan 2019 och 2023 men dess andel av kostnaderna för hälso- och sjukvården har inte förändrats i någon större utsträckning i en majoritet av regioner. Socialstyrelsen bedömer att primärvårdens förmåga att fungera som nav i hälso- och sjukvården kan påverkas negativt om primärvården inte får tillräckliga resurser. Det påverkar även förutsättningarna att leva upp till riktvärdet för fast läkarkontakt och att säkerställa bemanningen av andra personalkategorier exempelvis sjuksköterskor och psykologer.

Urval av nationella kärnindikatorer och övergripande utveckling för dem

Socialstyrelsen har gjort ett urval av 12 så kallade kärnindikatorer för att följa målen med god och nära vård på en övergripande nivå. Urvalet ska göras utifrån det tidigare förslag Socialstyrelsen presenterat i rapporten *Uppföljning nära vård. Deluppdrag II. Nationella Indikatorer, slutrapport. 2022*. De indikatorer som valts ut framgår i tabell 1. Här framgår också vilka nyckelord från målen för god och nära vård vi framförallt kopplar respektive indikator till och utvecklingen för respektive indikator. Om värdet för den senaste mätpunkten är sämre än den första mätpunkten i serien så har indikatorn en röd text.

För flera indikatorer där resultatet är beroende av samordning och kontinuitet i vården, ses en positiv utveckling. Det gäller indikatorerna påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom, läkemedel som bör undvikas till äldre i hemsjukvården och oplanerade återinskrivningar hos äldre. Denna utveckling påbörjades dock redan innan exempelvis den nationella färdplanen för god och nära vård hade tillkommit 2017.

De patientrapporterade måtten om läkartillgänglighet på särskilda boenden samt tillgodosett vårdbehov och delaktighet i regionernas primärvård visar inte en positiv utveckling. Dessa indikatorer bedöms också koppla till om vården är personcentrerad.

Indikatorn överbeläggningar och utlokalisering har också tydligt försämrats sedan 2014. Indikatorn kopplar till målet om tillgänglighet särskilt för den specialiserade slutna vården men kan också ses som en övergripande systemindikator för arbetet med omställningen. En utveckling mot god och nära vård med primärvården som nav bör leda till en mer effektiv vård där trycket på slutenvården kan minska, vilket i sin tur kan bidra till färre överbeläggningar och utlokaliseringar i slutenvården.

Tabell 1. 12 kärnindikatorer för målen för god och nära vård

Nationella kärnindikatorer för att övergripande följa målen för god och nära vård, med nyckelord från regeringens mål samt utvecklingen över tid.

Namn	Nyckelord (mål)	Utveckling	Mätperiod
Förtroende för hälso- och sjukvården i befolkningen. Procent	Tillgänglig, Kontinuitet	59,7 → 60,9	2016–2023
Medicinsk bedömning inom tre dagar. Procent	Tillgänglig	81,4 → 87,2	2020–2023
Medicinsk bed. 3 dagar vid psykisk ohälsa hos barn och unga. Procent	Tillgänglig, Stärker hälsan	70,9 → 81,5	2021–2024
Möjlighet att träffa läkare vid behov i särskilt boende. Procent	Tillgänglig, Personcentrerad, Samordnad	60 → 49	2013–2023
Ordinarie läkare för personer 65 år eller äldre. Procent	Kontinuitet, Personcentrerad, Delaktig, Samordnad, Tillgänglig	60,5 → 66	2017–2021
Tillgodosett vårdbehov, patientrapporterat, primärvård (region). Procent	Tillgänglig, Personcentrerad	77,9 → 76,2	2015–2023
Delaktighet, patientrapporterat, primärvård (region). Procent	Delaktig, Personcentrerad	83,8 → 83,5	2015–2023
Diskuterat levnadsvanor, patientrapporterat, primärvård (region). Procent	Stärker hälsan, Personcentrerad, Delaktig	50,4 → 51,2	2015–2023
Påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom. Per 100 000 invånare	Samordnad, Tillgänglig, Kontinuitet, Stärker hälsan	862 → 583	2013–2023
Oplanerade återinskrivningar bland äldre. Procent	Tillgänglig, Kontinuitet, Samordnad	9,7 → 8,8	2013–2023
Äldre med läkemedel som bör undvikas, hemsjukvård i ordinärt boende. Procent	Samordnad, Kontinuitet, Stärker hälsan	16,1 → 9,5	2013–2023
Överbeläggningar och utlokaliseringar. Per 100 disponibla vårdplatser	Tillgänglig	4,2 → 8,9	2014–2023

Omställningsarbetet inriktas på många förändringar samtidigt

Uppföljningen visar att arbetet med omställningen i många regioner och kommuner är ett mycket omfattande och brett arbete som tar sig uttryck i många olika typer av insatser. Alla eller en stor andel av regionerna och kommunerna har genomfört insatser som syftar till att förbättra samverkan mellan region och kommun eller internt inom den egna organisationen. Arbete med utskrivningsprocessen, hälsofrämjande insatser och arbete med fasta kontakter tillhör också de vanligaste insatstyperna i regioner och kommuner. I regionerna är också arbete med digitala vård- och omsorgsbesök och distansmonitorering vanligt förekommande.

Socialstyrelsen bedömer att det behövs insatser inom många områden för att svara mot målen för omställningen. Om arbetet med omställningen splittras på många olika projekt som berör begränsade delar av verksamheten, kan det dock finnas en risk att resurserna inte används optimalt. I takt med att arbetet med omställningen utvärderas så bör det finnas möjligheter att välja ut insatser som kan genomföras brett i verksamheten och samtidigt utmönstra insatser som inte visats sig ge goda effekter. Regioner och kommuner uppger att de har påbörjat ett sådant arbete genom att breddinföra många insatser som tidigare bedrevs i projektform.

Fokus på äldre, barn, unga och personer med psykisk ohälsa vanligt i omställningsarbetet

Många regioner och kommuner uppger att de har specifikt fokus på flera olika målgrupper i arbetet med omställningen. I kommunernas arbete med omställningen är gruppen äldre och/eller personer med komplexa behov den vanligaste målgruppen för arbetet. För regionerna är denna grupp också central men även barn och unga och personer med psykisk ohälsa är vanliga målgrupper. Flera regioner beskriver arbete inriktade på att förbättra barn- och ungas psykiska hälsa. I jämförelse med andra målgrupper anges personer med funktionsnedsättning i något mindre utsträckning vara en särskild målgrupp i arbetet med omställningen.

Fortsatt behov av att utveckla uppföljningar som kopplar till målen för omställningen

Regioner och kommuner har följt upp och utvärderat arbetet med omställningen på olika sätt och i olika omfattning. I de uppföljningar som genomförs följer regioner och kommuner ofta vilka insatser som genomförts men av redovisningarna framgår oftast inte vilka effekter arbetet med omställningen haft på målen för omställningen i form av kontinuitet, tillgänglighet och delaktighet eller för olika målgrupper som äldre, barn- och unga eller personer med funktionsnedsättning. Det är därför ännu inte möjligt att, utifrån redovisningarna, bedöma i vilken utsträckning målen för omställningen uppnåtts. I flertalet län uppger regioner och kommuner att ett arbete bedrivits med att ta fram indikatorer för att underlätta uppföljningen av omställningen.

Socialstyrelsen ser ett fortsatt behov av att regioner och kommuner utvecklar uppföljningen och utvärderingen av arbetet med omställningen. Socialstyrelsen bedömer att det krävs att indikatorer används över en längre tid för att omställningen ska kunna följas och effekter av insatserna kunna uppmätas.

Olika sätt att förändra styrningen av primärvården i regionerna

Kartläggningen visar att regionerna har förändrat sin styrning av primärvården på olika sätt med anledning av omställningen. En vanlig förändring är att öka den andel av ersättningen till primärvården som bygger på antalet listade patienter (kapitationsersättning) ofta i syfte att minska detaljstyrningen och ge förutsättningar för lokal anpassning och en mer personcentrerad vård. Samtidigt har flera regioner infört särskild ersättning för antalet patienter med fast läkarkontakt, antalet genomförda hembesök med mera. Många regioner har också stärkt uppföljningen av primärvården.

Socialstyrelsen ser risker med en styrning som endast handlar om att minska detaljstyrningen och ge ökad frihet för exempelvis vårdcentraler att helt på egen hand välja hur man vill utforma sin verksamhet i riktning mot en god och nära vård. Ledningen i regioner och kommuner behöver även ha verktyg för att styra mot en sådan utveckling om det bedöms som nödvändigt.

Samverkan mellan primärvården och den specialiserade vården behöver utvecklas

Socialstyrelsen har genomfört en fördjupad undersökning i Stockholms, Värmlands och Kalmar län som visar att samverkan mellan primärvården i regioner och kommuner har förbättrats. Analysen visar samtidigt att samverkan mellan primärvården och den regionala specialistvården behöver utvecklas och förbättras. Utvecklingen i dessa tre län bekräftar den bild som påvisats i tidigare genomförda uppföljningar av omställningen.

Av den fördjupade undersökningen framgår även att det finns lokala variationer i arbetet med omställningen inom länen. Samverkan mellan kommun och region kan exempelvis fungera väl i en del av ett län men mindre bra i en annan del. Uppföljningar och utvärderingar som regioner och kommuner genomfört visar på liknande mönster. Utvecklingen mot att insatser som tidigare bedrivits i projektform i större utsträckning breddinförs kan dock tala för att variationen inom regionerna eller kommunerna är på väg att minska.

Teamarbete bedöms vara en framgångsfaktor

Uppföljningen visar att det bedrivs många samverkansprojekt i form av teamarbete. Många av dessa projekt har under det senaste året breddinförts enligt regionernas och kommunernas redovisningar och intervjuer med verksamhetsföreträdare. I uppföljningar som regioner och kommuner har genomfört bedöms teamarbete i olika former som en framgångsfaktor i omställningen till en god och nära vård. Även regioner och kommuners gemensamma arbete med inskrivning- och utskrivningsprocessen mellan primärvården och slutenvården bedöms som en sådan faktor.

Ekonomiska och kompetensmässiga utmaningar i arbetet med omställning

Av de intervjuer Socialstyrelsen genomfört med verksamhetsföreträdare för regioner och kommuner i de tre länen som Socialstyrelsen särskilt undersökt framgår att ekonomiska utmaningar kan påverka hur samverkan mellan regionen och kommunerna kommer att utvecklas. Det handlar dels om det

ekonomiska läget i stort för hälso- och sjukvården, men även om att verksamhetsföreträdare bedömer att otillräckliga resurser tilldelas verksamheterna för arbetet med omställningen.

I kommunerna finns även utmaningar till följd av att allt fler patienter med omfattande hälso- och sjukvårdsbehov kommer att skrivas ut till kommunerna. För att kommunerna ska ha möjlighet och förmåga att omhänderta patienter med omfattande hälso- och sjukvårdsbehov kommer de behöva ökade resurser, både för att rekrytera och utbilda personal. Ytterligare utmaningar som kan försvåra samverkan mellan regionen och kommun är att respektive part saknar kunskap om varandras uppdrag och verksamheter och om många utförare är involverade i den enskildes vård och omsorg.

Ytterligare insatser krävs för att leva upp till kravet på fast läkarkontakt

Totalt 16 regioner har redovisat uppgifter om hur stor andel av befolkningen som har en namngiven fast läkarkontakt⁴. Enligt dessa redovisningar hade i genomsnitt 59 procent av befolkningen en sådan kontakt. Det är något högre än motsvarande andelstal i förra årets uppföljning. Socialstyrelsen bedömer att regionernas uppgifter i huvudsak speglar att invånaren har en namngiven läkare i exempelvis regionens interna listningssystem. Det innebär inte nödvändigtvis att den enskilde invånaren har valt en namngiven fast läkarkontakt eller uppfattar att denne har en sådan. Att en region uppger att en hög andel av befolkningen har en fast läkare påverkar inte heller i någon större utsträckning sannolikheten att en enskild patient i regionen får träffa samma läkare vid olika tillfällen.

Socialstyrelsen bedömer att det krävs ytterligare insatser i regionerna för att fast läkarkontakt ska bli verklighet för fler invånare. Däribland åtgärder för att fler ska få information om möjligheten att välja en fast läkarkontakt.

Fler sjuksköterskor har beviljats stöd till vidareutbildning

Regionerna och kommunerna genomför många olika typer av insatser för att skapa goda förutsättningar för vårdens medarbetare. Som ett sätt att samverka kring kompetensförsörjningen har regionen och kommunerna i några län tagit fram länsgemensamma kompetensförsörjningsplaner.

⁴ 7 kap. 3 § första stycket HSL och 6 kap. 3 § patientlagen.

Antalet sjuksköterskor som i regionerna beviljats ekonomiskt stöd till vidareutbildning till specialistsjuksköterska har ökat. Det var mer än dubbelt så många sjuksköterskor som fick sådant stöd 2023 jämfört med 2020. Regionerna i Stockholm och Skåne län står för större delen av ökningen men det finns även flera regioner där antalet sjuksköterskor som beviljades ekonomiskt stöd minskade mellan 2020 och 2023. Ungefär hälften av kommunerna erbjuder ekonomiskt stöd för studier till specialistsjuksköterska. Regioner och kommuner bedömer att erbjudande om ekonomiskt stöd för vidareutbildning kan vara avgörande för kompetensförsörjningen men att det samtidigt skapar en förväntan bland personalen om sådant stöd och att incitamenten för att utbilda sig på egen bekostnad därmed minskar.

Uppföljningen visar även att antalet platser och veckor för verksamhetsförlagd utbildning (VFU) ökat jämfört med föregående år. De regioner som ökat sina VFU-veckor lyfter fram att god samverkan mellan region, kommuner, lärosäten och utbildningssamordnare är en framgångsfaktor. Det största hindret för att utöka antalet VFU-veckor är, enligt regioner och kommuner, bristen på bemanning och erfarna sjuksköterskor som kan handleda studenter.

Arbete med att underlätta digital kommunikation stödjer omställningen

Som en del i arbetet med att underlätta digital kommunikation⁵ deltar många regioner direkt eller indirekt i det arbete som leds av den nationella samverkansgruppen för strukturerad vårdinformation. Mycket av regionernas arbete med att strukturera vårdinformation sker inom ramen för de journal- och vårdinformationssystem som för närvarande håller på att utvecklas och implementeras i många regioner. Det gäller även arbete med att öka användningen av Snomed CT som är ett begreppssystem som syftar till att underlätta kommunikation av vårdinformation mellan olika system. Flera regioner har även genomfört utbildningar och tagit fram handlingsplaner för att öka användningen av detta begreppssystem.

Många regioner har börjat med att analysera vilka möjligheter som den nya lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation ger att dela information över verksamhetsgränser. Flera har under 2023 förberett pilotprojekt som i flertalet fall planeras att genomföras under 2024.

⁵ Arbetet har under 2023 bedrivits som en del av arbetet med Vision E-hälsa 2025 som finns med som ett av utvecklingsområdena i överenskommelsen mellan staten och SKR om god och nära vård 2023.

Insatser görs för att förbättra samverkan mellan ambulanssjukvård och övrig hälso- och sjukvård

Årets uppföljning visar, i likhet med tidigare uppföljningar, att regioner har genomfört insatser som syftar till att förbättra samverkan mellan ambulanssjukvården och övriga delar av hälso- och sjukvården. Många regioner har även genomfört insatser som bland annat syftar till att styra patienter till rätt vårdnivå, det handlar bland annat om att utveckla så kallad inre prehospital sjukvårdsledning och arbete med bedömningsbilar eller bedömningsresurser.

Regionerna har följt upp och utvärderat sina insatser under 2023 på olika sätt. Det gör det svårt att dra slutsatser om resultat eller effekter av årets insatser. Socialstyrelsen har dock i en fördjupad utvärdering av regeringens satsningar på ambulanssjukvården bedömt att de bidragit till att stärka och utveckla ambulanssjukvården i enlighet med satsningarnas syfte och intentioner.⁶

⁶ Socialstyrelsen, 2024, Regeringens satsningar på ambulanssjukvården, s. 73.

Uppdrag och genomförande

I detta avsnitt beskrivs regeringsuppdragen och hur Socialstyrelsen genomfört dem.

Målen för omställningen till en god och nära vård

Målet med omställningen av hälso- och sjukvården till en god och nära vård är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska uppnås.

En primärvårdsreform är kopplad till omställningen. Målen för primärvårdsreformen är:

- Tillgängligheten till primärvården ska öka
- En mer delaktig patient och en personcentrerad vård
- Kontinuiteten i primärvården ska öka

Två regeringsuppdrag

I juni 2023 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att främja, stödja och följa upp omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård (S2023/01930, delvis). Den del av uppdraget som handlar om att följa upp omställningen ska Socialstyrelsen delredovisa till Regeringskansliet i augusti varje år under perioden 2024–2027. En slutredovisning av denna del av uppdraget ska lämnas senast den 30 augusti 2028.

I delredovisningarna ska Socialstyrelsen redogöra för regioners och kommuners utveckling på nationell nivå. Socialstyrelsen ska även genomföra analyser som grundar sig på uppföljningen av utvalda indikatorer och mått, redovisning från regioner och kommuner om insatser som har vidtagits med anledning av statliga stöd till omställningen.

I uppdraget ingår att följa omställningen med hjälp av indikatorer. Indikatorsuppföljningen ska göras med utgångspunkt i de centrala mått och kärnindikatorer som Socialstyrelsen redovisade i rapporten *Uppföljning nära vård. Deluppdrag II. Nationella indikatorer. Slutrapport (2022-8-8071)*, (S2019/03056 och S2020/03319). Socialstyrelsen ska göra ett urval av dessa mått och indikatorer, vilket regelbundet ska redovisas digitalt. Det mindre urvalet av mått och indikatorer ska användas för att följa omställningens utveckling och kunna utgöra underlag för gemensam diskussion och

reflektion mellan olika aktörer på en övergripande nivå. Uppföljningen med indikatorer ska särskilt beakta behovet av att belysa patientperspektivet. Socialstyrelsen ska vidare utveckla sin digitala presentation av uppföljningen så att den blir kontinuerlig, lättillgänglig och publik.

Uppdraget att följa omställningen ska utföras både på nationell nivå och i regioner och kommuner. Analyserna bör även omfatta utvecklingen för olika målgrupper och bland annat beakta ett barnrätts- och ungdomsperspektiv samt ett funktionshinderperspektiv. I möjligaste mån bör analyserna också beakta huvudmännens egna uppföljningar av omställningen.

Regeringen gav redan i februari 2023 Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp regionernas och kommunernas insatser inom ramen för överenskommelsen God och nära vård 2023 (S2023/00372, delvis). I uppdraget ingår att följa upp regioners och kommuners arbete inom alla utvecklingsområden i överenskommelsen:

- 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.

Inom ramen för uppföljningen av utvecklingsområdet ”goda förutsättningar för vårdens medarbetare” ska Socialstyrelsen särskilt följa upp dels insatser som syftar till att fler ska utbildas till specialistsjuksköterska dels insatser som utökar antalet veckor med verksamhetsförlagd utbildning (VFU) för studenter på utbildning mot sjuksköterskeexamen. För detta uppdrag ska Socialstyrelsen lämna en slutredovisning till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 30 augusti 2024.

Socialstyrelsens genomförande av uppdragen

Socialstyrelsens uppföljning bygger på redovisningar som regioner och kommuner lämnat till Socialstyrelsen utifrån en enkät, en fördjupad undersökning i tre län och en analys av vissa kvantitativa uppgifter. Närmare beskrivning av de metoder som använts lämnas i Bilaga 1.

Socialstyrelsen har även gjort ett urval av 12 kärnindikatorer för att på ett övergripande sätt kunna följa målen för god och nära vård. Motivering och metod för urvalet finns samlat i Bilaga 2.

Indikatorer för att följa målen för god och nära vård

I uppdraget framgår att ett mindre urval⁷ indikatorer bör identifieras för att målen för god och nära vård ska kunna följas på ett övergripande vis, och att dessa indikatorer regelbundet ska redovisas digitalt. I detta kapitel presenteras därför Socialstyrelsens urval av sådana indikatorer⁸, som benämns *nationella kärnindikatorer*. Här redovisas även övergripande utvecklingen för dessa samt hur de är tänkta att redovisas framöver.

Tabell 2. 12 kärnindikatorer för målen för god och nära vård

Nationella kärnindikatorer för att övergripande följa målen för god och nära vård, med nyckelord från regeringens mål för god och nära vård.

Indikator	Nyckelord (mål)
Förtroende för hälso- och sjukvården	Tillgänglig, Kontinuitet
Medicinsk bedömning inom tre dagar	Tillgänglig
Medicinsk bedömning inom tre dagar vid psykisk ohälsa hos barn och unga	Tillgänglig, Stärker hälsan
Möjlighet att träffa läkare i särskilt boende	Tillgänglig, Personcentrerad, Samordnad
Ordinarie läkare för personer 65 år eller äldre	Kontinuitet, Personcentrerad, Delaktig, Samordnad, Tillgänglig
Tillgodosett vårdbehov, regionernas primärvård	Tillgänglig, Personcentrerad
Delaktighet, regionernas primärvård	Delaktig, Personcentrerad
Diskuterat levnadsvanor, regionernas primärvård	Stärker hälsan, Personcentrerad, Delaktig, Tillgänglig
Påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom	Samordnad, Tillgänglig, Kontinuitet, Stärker hälsan
Oplanerade återinskrivningar bland äldre	Tillgänglig, Kontinuitet, Samordnad
Äldre med läkemedel som bör undvikas, personer med hemsjukvård	Samordnad, Kontinuitet, Stärker hälsan, Tillgänglig
Överbeläggningar och utlokaliseringar	Tillgänglig

I tabell 2 framgår Socialstyrelsens urval av nationella kärnindikatorer för att följa målen för god och nära vård. Här visas även de nyckelord som vi

⁷ I kommunikation med Socialdepartementet har det förtydligats att ett sådant antal bör vara kring tio stycken eller helst ännu färre. Möte med Socialdepartementet 2024-02-22.

⁸ Urvalet är gjort utifrån tidigare förslag på indikatorer som presenterades i rapporten: *Uppföljning nära vård. Deluppdrag II. Nationella Indikatorer, slutrapport. 2022.*

bedömer att varje indikator främst indikerar, exempelvis tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet. Nyckelorden utgår från målformuleringarna om god och nära vård i prop. 2019/20:164 *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – En primärvårdsreform*⁹. För de flesta av indikatorerna i urvalet bedömer vi att de indikerar flera nyckelord. Det innebär att ett förbättrat värde på en indikator kan innebära att flera aspekter av målen uppnåtts i större utsträckning. Flera av indikatorerna bedömer vi även vara beroende av många samverkande faktorer och verksamheter. Resonemanget för hur indikatorerna kopplar till målen och andra överväganden för urvalet framgår i *Bilaga 2. Om urvalet av kärnindikatorer för att följa målen för god och nära vård*.

Utveckling av resultatet för kärnindikatorerna

Framöver kommer resultat för indikatorerna främst att redovisas genom att visualiseras och uppdateras digitalt via Socialstyrelsens webbplats. I figur 1 ges dock en komprimerad bild av utvecklingen.

I figur 1 redovisas den procentuella förändringen för de 12 kärnindikatorerna i urvalet. Startåret, eller referensåret, är 2013¹⁰ i de fall jämförbara data finns tillgängliga, annars är referensåret det tidigaste året sådana data finns tillgängliga för indikatorn. I diagrammet visas en svart streckad linje vid år 2017 vilket var det år färdplanen och den första målbilden för god och nära vård presenterades av utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* (S2017:01).¹¹

Den procentuella förändringen visas så att riktningen är bättre eller sämre värden istället för högre eller lägre. Ett positivt värde innebär alltså att värdet var bättre än referensårets värde. Exempelvis betyder värdet +41 procent för läkemedel som bör undvikas till äldre i hemsjukvården att *färre* personer har sådana läkemedel 2023jämfört med 2013.

I tolkningen av figur 1 ska det beaktas att det för indikatorer med låga värden lättare kan förekomma större procentuella förändringar än för sådana med högre värden. Procentuella förändringar visas här för att kunna ge en komprimerad och samlad bild. Denna bör dock kompletteras med att se utvecklingen med de faktiska värdena för de olika indikatorerna.¹² I tolkningen bör också beaktas att vissa indikatorer kan påverkas av exempelvis skillnader i förväntningar medan andra indikatorer mer entydigt

⁹ Se s. 17–40.

¹⁰ År 2013 var det år direktiven till utredningen *Effektiv vård* beslutades, 2013 medger också att nivån och i viss mån utvecklingen innan färdplanen för god och nära vård presenterades 2017.

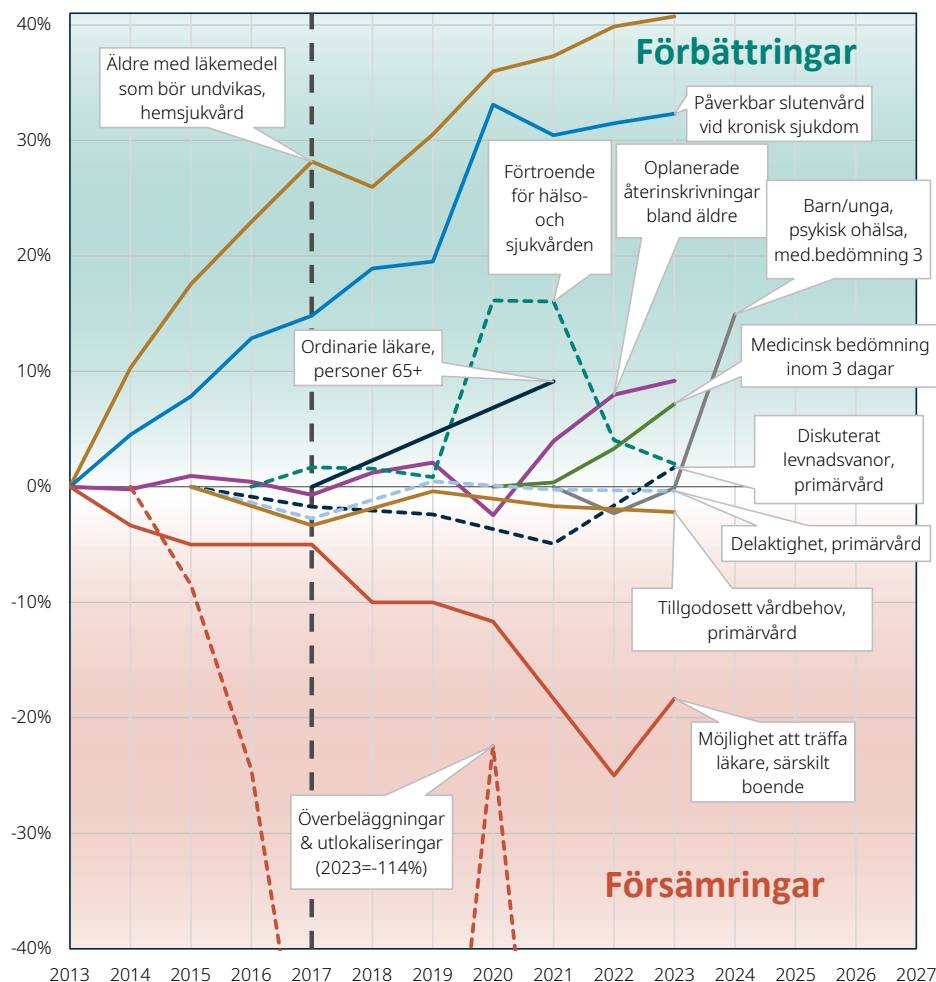
¹¹ God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53).

¹² Detta kommer att vara möjligt via Socialstyrelsens webbplats under området Statistik och data från och med september 2024. Faktiska värdena för det sista och första redovisade året framgår även i sammanfattningens tabell 1.

beror på vårdens prestationer och organisering. I bilaga 2 beskrivs fler faktorer som kan påverka tolkningen för enskilda indikatorer.

Figur 1. Utveckling för de 12 kärnindikatorerna

Procentuell förändring för de 12 kärnindikatorerna för att följa målen för god och nära vård jämfört med nivån 2013 eller det tidigaste året därefter med tillgängliga data.



Källor: Socialstyrelsen: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Patientregistret, Läkemedelsregistret och Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys: International Health Policy Survey. Sveriges Kommuner och Regioner: Väntetidsdatabasen, Hälso- och sjukvårdbarometern och Nationell patientenkät.

I diagrammet framgår att fyra av indikatorerna pekar på en utveckling som inte skett mot de mål som anges för god och nära vård i prop. 2019/20:164¹³. För en del av indikatorerna är förändringen liten och för de som visar en ”positiv” utveckling kan det vara så att denna borde vara än större för att tolkas som ett gott resultat, specifika kvantitativa mål för utvecklingen saknas.

¹³ Se s. 17–40.

Förbättringar för breda resultatmått som kräver kontinuitet och samverkan

De indikatorer som främst visar positiva resultat är läkemedel som bör undvikas till äldre för personer i kommunernas hemsjukvård samt påverkbar slutenvård för personer med kroniska sjukdomar. Dessa indikatorer kan påverkas av en rad faktorer men goda resultat kräver bland annat samverkan och kontinuitet i vården. Båda måtten kopplar också till målet om att stärka hälsan. Här har dock en stor del av förbättringen skett redan innan 2017.

Även måttet om oplanerade återinskrivningar bland äldre visar på en förbättring och här är det under de senaste tre åren som förbättringen ses. Även detta är ett brett resultatmått som kan påverkas av flera faktorer, men en förbättrad samverkan mellan kommunal och regional vård kan bidra till resultatet eftersom äldre patienter som skrivs ut från sjukhus ofta är i behov av fortsatt stöd av den kommunala hälso- och sjukvården – läs mer om vad som sker inom området i kapitlet *Samverkan mellan region och kommun*.

Delaktighet och personcentrering

För de patientrapporterade måtten delaktighet och tillgodosett vårdbehov inom regionernas primärvård ses inga förbättringar jämfört med referensåret 2015, vilket bland annat kan indikera att det finns förbättringsbehov vad gäller personcentrering. Här är det viktigt att beakta att dessa kärnindikatorer enbart avser regionernas primärvård. För kommunal primärvård finns inte motsvarande fråga om delaktighet men uppgifter om bemötande, trygghet och förtroende för personer på särskilda boenden från undersökningen *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* visar också genomgående försämrade resultat för 2023 jämfört med 2016.¹⁴

Även kärnindikatorn *Diskuterat levnadsvanor i primärvård*¹⁵ kan sägas spegla en form av delaktighet, här ses en liten ökning för just det senaste året jämfört med 2016.

En indikator som berör arbetet med fast läkarkontakt¹⁶ är andelen personer 65 år eller äldre som svarar att de har en ordinarie läkare de vanligtvis kontaktar i primärvården. Måttet och arbetet med fast läkarkontakt berör förutsättningar för flera av målen för god och nära vård, så som delaktighet, personcentrering och kontinuitet. För den valda kärnindikatorn avser den senaste uppdateringen dock förhållandet några år tillbaka, 2021 (vilket då innebar en viss ökning sedan den tidigare mätpunkten 2017). Nästa

¹⁴ Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Socialstyrelsen, uppgifter över tid har hämtats från webbplatsen <https://kolada.se/> (2024-06-05).

¹⁵ Måttet visar patienternas uppfattning om huruvida levnadsvanor har diskuterat vid besöket, inte att man har fått rådgivning i enlighet med rekommendationerna i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor.

¹⁶ 7 kap. 3 § HSL och 6 kap. 3 § patientlagen.

uppdatering av denna indikator kommer enligt plan att avse 2024 och publiceras i mars 2025.¹⁷ I kapitlet *Arbete med kontinuitet och delaktighet* redovisar och analyserar vi dock flera mått med mer aktuella mätningar som berör arbetet med fast läkarkontakt och kontinuitet.

Bristande tillgänglighet, trots minskade väntetider till regionernas primärvård

Tydliga försämringar ses vad gäller hur personer i särskilda boenden bedömer tillgången till läkare och situationen med överbeläggningar och utlokaliseringar på sjukhusen. Diagrammets värdeaxel (figur 1) har kapats för att inte ta för stor plats – värdet för indikatorn överbeläggningar och utlokaliseringar visar på en procentuell försämring med 114 procent 2023 jämfört med 2014. Båda dessa mått indikerar i hög grad tillgång till hälso- och sjukvården. Tillgänglighet är en grundläggande förutsättning för att vården ska kunna vara, och uppfattas, som god och nära. Tillgänglighet förekommer både i målformuleringarna för primärvården och indirekt även i den övergripande målbilden för god och nära vård.¹⁸ För kärnindikatorerna om väntetider till medicinsk bedömning i primärvården eller första besök vid psykisk ohälsa hos barn och unga ses visserligen förbättringar – men det är fortsatt flera av personerna som söker sig primärvården som inte får medicinsk bedömning inom vårdgarantins gräns på 3 dagar.¹⁹

För kärnindikatorerna som avser väntetider fokuseras på primärvården eftersom detta är särskilt i fokus för arbetet och de formulerade primärvårdsmålen för god och nära vård. Men dessa mått kan med fördel kompletteras med väntetidsmått för den specialiserade vården, där målluppfyllelsen är lägre, inte minst vad gäller väntetiderna till specialiserad barn- och ungdomspsykiatri.²⁰

Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården ökade i samband med covid-19-pandemin men är 2023 åter på en lägre nivå. Det finns en rad faktorer som kan påverka förtroendet för hälso- och sjukvården. Men den faktiska och upplevda tillgängligheten antas vara en central faktor.

¹⁷ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Besökt 2024-06-20 <https://www.vardanalys.se/pagaende-projekt/ihp2024/>.

¹⁸ Prop. 2019/20:164.

¹⁹ 9 kap. 1 § HSL och 6 kap. 1 § 2 HSF.

²⁰ <https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/aktuelltvardgarantilage.46227.html> (2024-06-03)

Vidare uppföljning utifrån övergripande resultat för kärnindikatorerna

Utvecklingen som beskrivs ovan för de 12 indikatorerna på riksnivå bör snarare ses som en ingång för vidare analys och fördjupning, än en slutgiltig redovisning av utvecklingen av omställningen. Kärnindikatorerna ger ofta punktvisa nedslag, exempelvis för patientrapporterade resultat just kopplat till regionernas primärvård, här kan kompletterande data för utvecklingen av andra delar av vården behövas för att nyansera bilden. För andra bredare resultatmåt är det istället så att de i ett nästa steg kan behöva brytas ned om man vill koppla resultaten till enskilda verksamheter eller specifika aspekter av målen för god och nära vård. Vidare är indikatorerna valda främst för att följa målen. Om syftet är att följa resultaten kopplade till vad som görs och om någon omställning faktiskt sker, behöver mer kvantitativa och kvalitativa uppgifter om resultat, processer och strukturer tas med i sådana analyser. Vidare kan resultaten behöva brytas ned på olika organisatoriska fördelningar och olika grupper av individer.

Socialstyrelsen ämnar fortsätta att utveckla sådana beskrivningar och analyser med utgångspunkt i de kärnindikatorer som nu tagits fram på övergripande nivå. Redan på kort sikt kommer fler möjligheter till att bryta ned och jämföra resultaten på olika vis att underlättas av att sådana data kommer att göras tillgängliga digitalt via Socialstyrelsens webbplats under september 2024.

Presentation av indikatorerna på Socialstyrelsens webbplats

I regeringsuppdraget S2023/01930 framgår att indikatorerna framöver ska redovisas digitalt. Här pågår ett utvecklingsarbete hos Socialstyrelsen där en första publicering ska göras under september 2024. Vi har prioriterat fyra olika ”vyer” i utvecklingsarbetet för att kunna visa resultat för indikatorerna och området god och nära vård:

- översiktssida god och nära vård
- indikatorsida
- kommunprofiler
- regionprofiler

I samband med att vi publicerar visualiseringar av data för indikatorerna kommer även detaljerade och sökbara beskrivningar av indikatorerna göras tillgängliga i ett indikatorbibliotek.

Översiktssida god och nära vård

Denna sida visar utvecklingen för de 12 indikatorerna, i nuläget är tanken att detta görs i exempelvis en tabell eller mindre diagram med utvecklingen över tid med en visuell signal om utvecklingen går åt önskat håll.

Indikatorsida

För respektive indikator är tanken att det ska finnas en separat sida där indikatorn har en standardvisualisering med någon eller flera jämförelser i startläget, exempelvis jämförelser över tid uppdelat efter kön, ålder, kommuner eller för Sverige jämfört med andra länder. Vilken typ av visualisering som visas i utgångsläget beror på vad som är möjligt och mest relevant givet tillgängliga data för respektive indikator. På sidan ska det också vara möjligt att sedan visa flera nedbrytningar och jämförelser om det finns sådana data. På indikatorsidorna ska man även kunna se (eller hitta vidare till) detaljerade beskrivningar för respektive indikator.

Kommun- och regionprofiler

De två profilvyerna är tänkta att motsvara den information och funktionalitet som tidigare publicerats som Excelfiler. Här visas flera diagram med utvecklingen över tid för en vald kommun/region jämfört med riket eller annat referensvärde. Här ingår indikatorer från de 12 nationella kärnindikatorerna där data finns för respektive huvudman, men också andra indikatorer. I första hand gäller det de indikatorer avseende god och nära vård från Socialstyrelsens register som inte finns tillgängliga på annat håll. Vi ser att andra indikatorer har en stor, och kanske till och med större nytta, än de 12 nationella kärnindikatorerna, att följa över tid för olika huvudmän och verksamheter.

Indikatorer för olika syften på olika nivåer

Figur 2 visar en schematisk bild över relationen mellan antalet och typen av indikatorer som är viktiga på olika nivåer. Socialstyrelsen ser att det mindre urvalet nationella kärnindikatorer kan spela en viktig roll för den övergripande diskussion och reflektion som efterfrågas i regeringsuppdraget, och utgöra toppen av pyramiden (i figur 2). Men de övergripande indikatorerna bör även kunna fungera som en hjälp för att visa på en riktning för styrning och utvecklingsarbete på andra nivåer. På de andra nivåerna i figur 2 behövs flera och andra typer av indikatorer och mått, men förhoppningen är att dessa kan hakas på de mer övergripande indikatorerna.

I arbetet med omställningen till en god och nära vård finns olika regionala målbilder och handlingsplaner om vad som behöver göras på olika håll för att nå målen för god och nära vård. Detta understryker ytterligare att fler,

och olika, kompletterande indikatorer är viktiga på regional och lokal nivå såväl som på verksamhetsnivå.

Figur 2. Indikatorbaserad uppföljning och kommunikation på olika nivåer, en schematisk bild



De 12 indikatorerna som föreslås på övergripande nivå är utvalda som indikatorer kopplade till målen för omställningen till en god och nära vård. Socialstyrelsen bedömer att det krävs komplettering med andra mått och analyser än enbart dessa indikatorer för att avgöra om utfallet också har att göra med en omställning med ändrade arbetssätt och tankesätt under beteckningen god och nära vård.

Det är viktigt att indikatorer på alla nivåer hänger ihop och pekar i samma riktning. På det mest övergripande planet är fokus i uppföljningen på vad de samlade resultaten är, medan det ju närmare olika delar och verksamheter i systemet vi rör oss alltmer handlar om vad som görs och hur.

Utveckling av den nära vården med primärvården som nav

Ett av utvecklingsområdena i överenskommelsen mellan staten och Sveriges kommuner och regioner om god och nära vård 2023 [1] är utvecklingen av den nära vården med primärvården som nav. Målet är bland annat att förbättra tillgängligheten i primärvården och öka kontinuiteten i kontakterna mellan patienterna och vårdpersonalen. Omställningen syftar även till ökad delaktighet i hälso- och sjukvården vilket kan handla om att patienterna får stöd och verktyg att bli medskapare i sin egen vård och hälsa.

I detta kapitel beskrivs insatser, uppföljningar och resultat som regioner och kommuner redovisat inom utvecklingsområdet. En del insatser och resultat som berör området redovisas mer i detalj i andra kapitel i rapporten. Det gäller insatser för att förbättra samverkan mellan regioner och kommuner som redovisas i kapitlet *Samverkan mellan region och kommun*, insatser som syftar till att förbättra kontinuitet, delaktighet och medskapande som redovisas i kapitlet *Arbete med kontinuitet och delaktighet* och insatser som berör digitalisering och välfärdsteknik som redovisas i kapitlet *Digitalisering, välfärdsteknik och e-hälsa*.

Insatser som regioner och kommuner genomfört

I årets uppföljning har regioner och kommuner fått ange områden eller arbetssätt som de antingen initierat eller förstärkt sedan starten på omställningen (ca 2019). De har fått välja utifrån en lista på cirka 30 områden och arbetssätt som Socialstyrelsen valt ut utifrån sådana insatser som regioner och kommuner nämnt i tidigare års redovisningar. Med *initierat* och *förstärkt* avses att regionen eller kommunen under tidsperioden antingen påbörjat ett nytt arbetssätt eller utvecklat ett redan existerande område eller arbetssätt. Syftet med frågorna har varit att få svar på hur vanligt förekommande olika typer av insatser varit i arbetet med omställningen.²¹

Många olika typer av insatser i arbetet med omställningen

I kartläggningen uppger alla eller nästan alla regioner att de initierat eller förstärkt olika samverkansinsatser, arbete med digitala vård och

²¹ Tidigare uppföljningar som Socialstyrelsen genomfört har byggt på frågor där regioner och kommuner i fritext beskrivit sina insatser i arbetet med omställningen. Det har medfört att det varit svårt att dra slutsatser om hur vanligt förekommande en viss insats eller arbetssätt är.

omsorgsbesök, fasta läkar- eller vårdkontakter,²² arbete med utskrivningsprocessen, mobila team, riktade hälsosamtal och/eller hälsoundersökningar och patientkontrakt, se tabell 1 i bilaga 3.

Samverkansinsatser handlar om att regionerna skapat samverkansforum med kommunerna eller inom regionen och samverkat kring olika målgrupper, exempelvis barn och unga, se vidare kapitlet *Samverkan mellan region och kommun*.

Insatser för att förbättra samverkan är också en central del i regionernas arbete med att förbättra tillgängligheten. Socialstyrelsen har under 2023 fört strategiska dialoger med samtliga 21 regioner i syfte att stödja regionernas utvecklings- och förändringsarbete med att förbättra tillgängligheten. I dialogerna har samverkansinsatser varit ett återkommande tema. Det handlar bland annat om att regionerna skapat mobila team och beslutat om samverkansavtal mellan regional och kommunal hälso- och sjukvård.²³

Samverkansinsatser och arbete med hälsofrämjande, förebyggande och fasta kontakter är sådant som även kommunerna i hög utsträckning uppger att de initierat eller förstärkt. Många kommuner anger även att de arbetat med utskrivningsprocessen, vårdplanering (exempelvis samordnade individuella planer (SIP)²⁴ och patientkontrakt) och uppsökande verksamhet, se tabell 2 i bilaga 3.

Till områden och arbetsätt som regioner och kommuner i mindre utsträckning uppger att de initierat eller förstärkt hör bland annat att regioner och kommuner gemensamt anställt personal eller gemensamt skapat så kallade äldrecentraler, se tabell 1 och 2 i bilaga 3.

Många regioner uppger att de initierat eller förstärkt insatser inom ett stort antal områden. Regionerna i Jönköpings, Värmlands och Skåne län uppger att de initierat eller förstärkt sitt arbete på nästan alla de 30 områden eller arbetsätt som kunde anges i enkäten till regionerna.²⁵ De som uppgett minst antal områden är regionerna i Västra Götalands och Stockholms län som uppgett 15 respektive 17 områden eller arbetsätt.

I vissa län är det också en stor andel av kommunerna som anger att de initierat eller förstärkt något av de 28 områden eller arbetsätt som kunde anges i enkäten till kommunerna. Det gäller särskilt kommunerna i Jönköpings och Uppsala län.²⁶ Lägst andel kommuner som anger att de

²² 7 kap. 3 § första stycket HSL, 6 kap. 2-3 §§ patientlagen och 4 kap. 1 § HSF.

²³ Socialstyrelsen, Att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet - Delredovisning mars 2024

²⁴ 16 kap. 4 § HSL och 2 kap. 7 § SoL.

²⁵ Regionerna i Jönköpings och Värmlands län uppger att de initierat eller förstärkt arbetet inom 29 av de 30 områden som kunde anges i enkäten. Regionen i Skåne län uppgav 28 av 30.

²⁶ I Jönköpings län uppgav kommunerna att de initierat eller förstärkt i genomsnitt 85 procent av de 28 insatser som kunde anges i enkäten. I Uppsala län var motsvarande andel 80 procent. För alla län var det genomsnittliga andelstalet 52 procent.

förstärkt eller initierat insatser återfinns i Skaraborgs RSS²⁷-område och i Stockholms län.²⁸

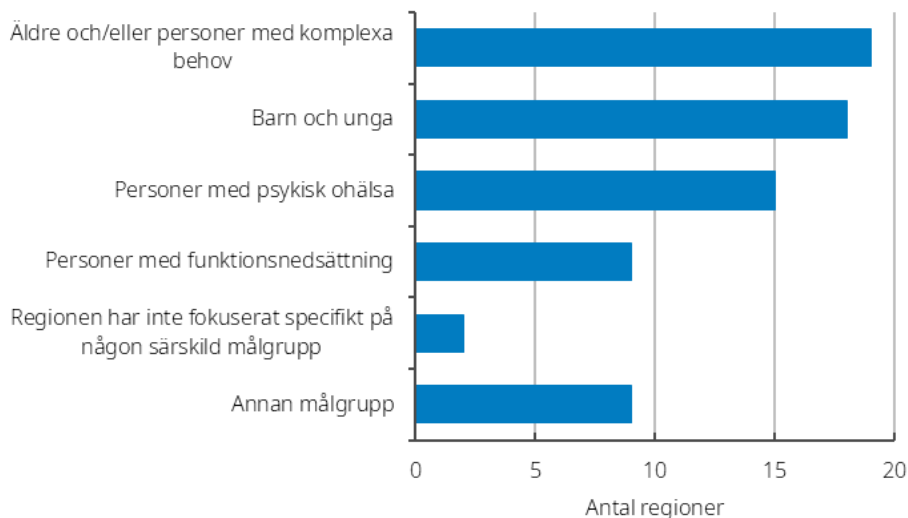
Många målgrupper är i fokus för arbetet med omställningen

I enkäten till regionerna och kommunerna ställdes frågan om de i arbetet med omställningen till en god och nära vård haft ett specifikt fokus på någon målgrupp under 2023. Med specifikt fokus menas att regionen eller kommunen centralt beslutat om att inrikta insatser på en målgrupp eller lagt särskilda resurser på arbetet med målgruppen.

Äldre och/eller personer med komplexa behov samt barn och unga²⁹ är de målgrupper som flest regioner har uppgett att de haft specifikt fokus på och personer med funktionsnedsättning är den grupp minst antal regioner uppgett, se figur 3.³⁰ Regioner som uppger ”Annan målgrupp” nämner bland annat sjukskrivna, personer i ensamhet och nationella minoriteter. Många regioner (9 av 21) uppger dock att de haft ett specifikt fokus på alla målgrupper som särskilt kunde anges i enkäten.

Figur 3: Olika målgrupper, regioner

Antal regioner som uppger att de i arbetet med omställningen till en god och nära vård haft ett specifikt fokus på en målgrupp under 2023 (regionerna har kunnat ange flera målgrupper)



Källa: Regionernas redovisningar av insatser inom god och nära vård 2023.

²⁷ Regionala samverkans- och stödstrukturer (RSS).

²⁸ I Skaraborgs RSS-område uppgav kommunerna att de initierat eller förstärkt i genomsnitt 36 procent av de 28 insatser kunde anges i enkäten. I Stockholms län var motsvarande andel 42 procent.

²⁹ I frågorna till regioner och kommuner specificerades inte ålder på barn och unga, det går därför inte utifrån svaren säga vilka åldersgrupper av barn och unga som regioner och kommuner specifikt fokuserat på.

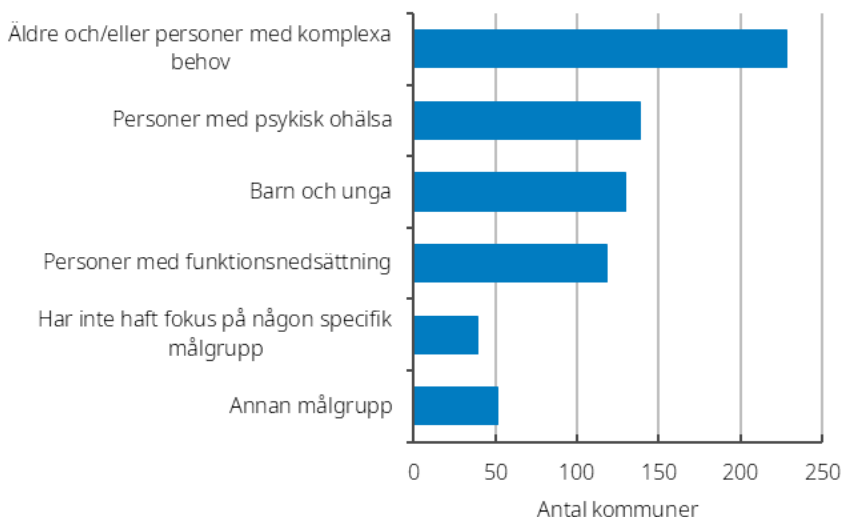
³⁰ Avser bland de grupper som kunde väljas i enkäten.

Äldre och/eller personer med komplexa behov är den målgrupp som flest kommuner uppger att de haft ett specifikt fokus på i arbetet med omställningen, se figur 4. Enligt en fördjupningsstudie som genomförts av kommunerna i Stockholms län har dock arbetet med god och nära vård och omsorg nu gått från att vara en fråga främst för äldreomsorgen till att inkludera flera verksamhetsområden, så som andra delar av socialtjänsten samt stöd och service till personer med funktionsnedsättning.

Kommuner som uppger ”Annan målgrupp” nämner bland annat arbetslösa, anhöriga och demenssjuka. Av redovisningen framgår att det finns kommuner som haft ett specifikt fokus på flera olika målgrupper i sitt arbete med omställningen.³¹

Figur 4: Målgrupper, kommuner

Antal kommuner som uppger att de i arbetet med omställningen till en god och nära vård haft ett specifikt fokus på en målgrupp under 2023 (kommunerna har kunnat ange flera målgrupper)



Källa: RSS-organisationernas redovisning av kommunernas insatser inom god och nära vård 2023.

Hälsofrämjande och förebyggande insatser fokuserar också på många målgrupper

Regioner och kommuner bör enligt överenskommelsen om god och nära vård mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) för 2023 särskilt arbeta med att utveckla hälsofrämjande och förebyggande insatser. Som framgått uppger både regioner och kommuner att sådana insatser är bland de vanligaste som de initierat eller förstärkt sedan arbetet med

³¹ Det följer av att det sammanlagda andelstalet är över 200 procent för de målgrupper som kunde anges i enkäten. Det går dock inte av redovisningen att säga hur vanligt det är att enskilda kommuner har ett specifikt fokus på alla målgrupper i sitt omställningsarbete eftersom svaren från kommunerna redovisas samlat på länsnivå. Av svaren framgår dock att alla kommuner i Jönköpings län har svarat att de haft ett specifikt fokus på alla de målgrupper som kunde anges i enkäten.

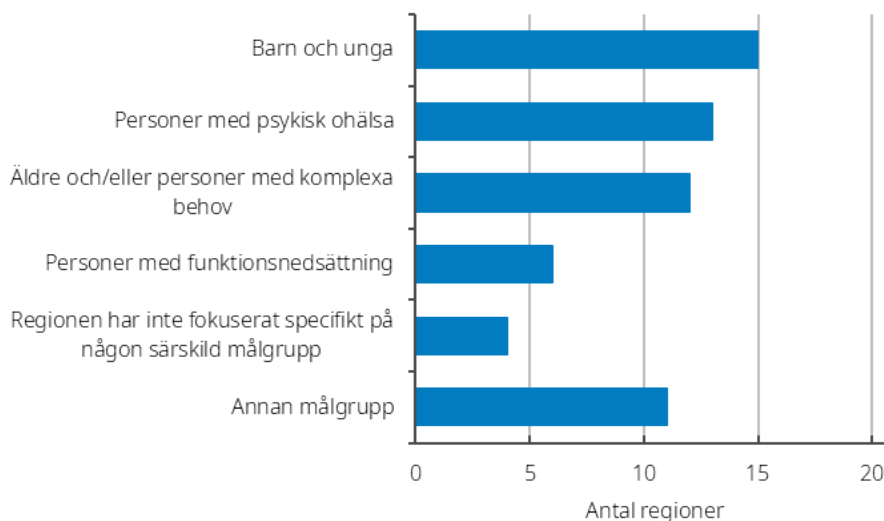
omställningen inleddes. I förra årets uppföljning uppgav många företrädare för regionerna att det blivit ett ökat fokus på hälsofrämjande och förebyggande insatser i primärvården och flera regioner redovisade även en ökning av antalet hälsosamtal, hälsoundersökningar eller liknande [2].

Regioner och kommuner har fått ange om de i sitt hälsofrämjande och förebyggande arbete haft ett specifikt fokus på någon målgrupp under 2023. De målgrupper som flest regioner har uppgett att de haft ett särskilt fokus på är barn och unga³² och personer med psykisk ohälsa, se figur 5. Personer med funktionsnedsättning är den grupp som minst antal regioner uppger att de haft ett specifikt fokus på. Flera regioner, bland annat regionerna i Blekinge, Jönköpings och Örebro län beskriver arbete eller projektverksamhet som är inriktade på barn- och ungas psykiska hälsa.

Flertalet regioner uppger dock att de haft ett specifikt fokus på flera målgrupper och några regioner (5 av 21) uppger att de haft ett specifikt fokus på alla målgrupper som särskilt kunde anges i enkäten. Ett undantag från detta mönster är regionen i Kronobergs län som uppger att de endast haft ett specifikt fokus på gravida i sitt hälsofrämjande och förebyggande arbete. Av de regioner som angett ”Annan målgrupp” har flera uppgett att de genomfört riktade hälsosamtal till 40- eller 50-åringar.

Figur 5: Målgrupp hälsofrämjande och förebyggande arbete, regioner

Antal regioner som uppger att de i sitt hälsofrämjande och förebyggande arbete haft ett specifikt fokus på en målgrupp under 2023 (regionerna har kunnat ange flera målgrupper)



Källa: Regionernas redovisningar av insatser inom god och nära vård 2023.

Bland kommunerna är den vanligaste målgruppen äldre och/eller personer med komplexa behov, se Figur 6. Av de kommuner som angett ”Annan

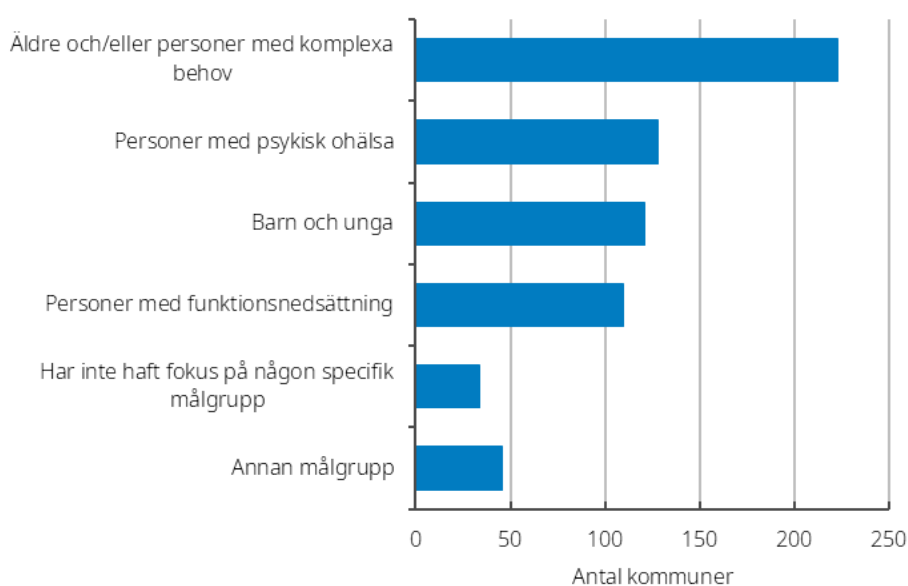
³² I frågorna till regioner och kommuner specificerades inte ålder på barn och unga, det går därför inte utifrån svaren säga vilka åldersgrupper av barn och unga som regioner och kommuner specifikt fokuserat på

målgrupp” har flera uppgett personer med demenssjukdom, personer som är ensamma, och anhöriga. Av redovisningen framgår att det finns kommuner som haft ett specifikt fokus på flera olika målgrupper i sitt arbete med omställningen.³³

Förra årets uppföljning visade även att regioner och kommuner redovisar en stor mångfald av hälsofrämjande och förebyggande insatser. Det gäller inte minst kommunerna som redovisade insatser som berörde verksamhet i många olika kommunala förvaltningar [2].

Figur 6: Antal kommuner som uppger att de i sitt hälsofrämjande och förebyggande arbete haft ett specifikt fokus på målgrupp under 2023

Antal kommuner som uppger att de i sitt hälsofrämjande och förebyggande arbete haft ett specifikt fokus på målgrupp under 2023 (kommunerna har kunnat ange flera målgrupper)



Källa: RSS-organisationernas redovisning av kommunernas insatser inom god och nära vård 2023.

Olika typer av insatser för att utveckla primärvården i landsbygd

I överenskommelsen för 2023 [1] har 300 miljoner kronor avsatts till regionerna för insatser att utveckla primärvården i landsbygd. Medlen kan exempelvis användas för att utveckla nya arbetssätt och modeller, införa eller utveckla digitala lösningar samt stärka teambaserade arbetssätt och samverkan mellan huvudmännen. Nedan redovisas några insatser som regionerna uppger att de genomfört under 2023.

³³ Det följer av att det sammanlagda andelstalet är över 200 procent för de målgrupper som kunde anges i enkäten. Det går dock inte att av redovisningen utläsa hur vanligt det är att enskilda kommuner har ett specifikt fokus på alla målgrupper i sitt hälsofrämjande och förebyggande arbete eftersom svaren från kommunerna redovisas samlat på länsnivå. Av svaren framgår dock att alla kommuner i Jönköpings län har svarat att de haft ett specifikt fokus på alla de målgrupper som kunde anges i enkäten.

Bland annat regionerna i Östergötlands, Jönköpings och Västra Götalands län redovisar att de på olika sätt ökat ersättning för vårdcentraler som ligger i landsbygdsområden. Västra Götalandsregionen stimulerar exempelvis primärvård i landsbygd genom så kallad geografiersättning.

Flera regioner beskriver att de arbetat med digitala stöd och lösningar, som exempelvis digitala vårdmöten. Region Västmanland har infört så kallade digitala vårdtrum, där patienter på distans kan träffa läkare via en skärm. Några regioner anger även att de arbetat med distans- och egenmonitorering, se vidare kapitlet *Digitalisering, välfärdsteknik och e-hälsa*.

Regionerna beskriver även olika projekt som pågår i landsbygdsområden. Region Västerbotten beskriver den förstudie om gemensam systemledning för hälso- och sjukvård och omsorg som genomförts i Dorotea kommun. Region Norrbotten beskriver nära vårdteam som skapats av regionen och fyra kommuner i östra delen av Norrbotten, se vidare kapitlet *Samverkan mellan region och kommun*.

Från projektverksamhet till breddinförande

Tidigare uppföljningar har visat att 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 arbetsätt, exempelvis mobila team, egenmonitorering eller hälsofrämjande och förebyggande insatser.

Flertalet regioner (16 av 21) uppger att de under 2023 har breddinfört insatser som tidigare bedrivits i projektform. Regioner och kommuner har också fått ange exempel på breddinförda insatser under 2023. Redovisningarna visar på en stor mängd insatser som breddinförts inom många olika verksamhetsområden. Det gäller inte minst kommunernas redovisningar. I kapitlet *Samverkan mellan region och kommun* återges exempel på breddinförda insatser som berör samverkan mellan region och kommun.

Uppföljningar av omställningen genomförs på olika sätt

Cirka hälften av regionerna respektive hälften av RSS-organisationerna anger att de inom regionen eller inom länet genomfört övergripande utvärderingar eller uppföljningar av arbetet med omställningen sedan arbetet inleddes runt 2019.³⁴ Utöver detta följer man ofta upp och utvärderar

³⁴ Svaren avser regionerna i länen Stockholm, Uppsala, Jönköping, Västra Götaland, Dalarna, Västerbotten, Örebro, Gävleborg och Västernorrland och RSS-organisationerna i länen Stockholm,

enskilda insatser, som exempelvis mobila team, utskrivningsprocessen, se vidare kapitlet *Samverkan mellan region och kommun*.

I cirka två tredjedelar av länen (15 av 21) uppger regionerna att de tillsammans med kommunerna i länet tagit fram indikatorer och nyckeltal i syfte att följa omställningen. Flera regioner uttrycker att ett arbete med att utveckla indikatorer pågått under 2023 och kommer att fortsätta under 2024.

Nedan följer en redogörelse för de övergripande uppföljningar som kommunerna och regionerna genomfört och vilka slutsatser som de dragit i dessa uppföljningar. I redovisningarna beskriver regioner och kommuner ofta hur de genomfört uppföljningarna och vilka slutsatser de dragit för utformningen av den egna verksamheten. De kan även innehålla beskrivningar av vilka insatser som genomförts och om de insatser som beslutats i handlings- eller verksamhetsplaner har genomförts. I de redovisningar som lämnats till Socialstyrelsen är det dock ovanligt att regioner och kommuner redovisar vilka effekter arbetet haft på målen för omställningen i form av exempelvis kontinuitet, delaktighet och tillgänglighet.

I Västra Götalands län har regionen och kommuner följt omställningen med hjälp av indikatorer. Bland annat utifrån en analys av indikatorerna bedömer regionen att det sker en förflyttning i rätt riktning, men att den inte genomförs i önskvärd takt, och inte heller tillräckligt samordnat. Enligt kommunerna finns stora skillnader i resultat mellan kommunerna i länet. Kommunerna konstaterar också att det är svårt att följa kvalitet och kostnader i verksamheten och att det finns behov av att ta fram nya indikatorer och mått.

I Uppsala län har regionen och kommunerna gemensamt följt upp omställningsarbetet; uppföljningen bygger delvis på en analys av indikatorer. Några av slutsatserna är att vård, stöd och omsorg fortfarande inte är tillräckligt personcentrerad och samordnad och att det finns skillnader mellan olika delar av länet vad gäller hälsa och hur väl primärvården tar hand om sina invånare.³⁵

Kommunerna i Stockholm skriver att de under 2023 genomförde en fördjupningsstudie där de konstaterade att länet tagit viktiga steg framåt. Sådana steg var, dels att de tagit fram och implementerat en överenskommelse om länsövergripande samverkan kring hälsa, vård och omsorg, dels att de tagit fram en länsgemensam handlingsplan för god och nära vård och omsorg.

Uppsala, Södermanland, Östergötland, Jönköping, Kalmar, Västra Götaland, Dalarna, Västernorrland och Västerbotten.

³⁵ Utöver detta har även enskilda förändringsinitiativ som införande av äldremottagningar och mobila närårdsteam följts upp.

I Jönköpings län följs den gemensamma handlingsplanen upp och revideras årligen. Regionen uppger att varje utvecklingsaktivitet i handlingsplanen följs upp med indikatorer eller en skriftlig rapport. Regionen och kommunerna i länet har också i en rapport beskrivit viktiga insatser som genomförts sedan 2019 i arbetet med omställningen [3]. Regionen och RSS-organisationen för kommunerna i Jönköpings län har även följt upp ett nytt arbetssätt i länet som syftar till förstärkt lokal samverkan.

Verksamhetsansvariga för vårdcentraler och kommunal hälso- och sjukvård har vid två tillfällen fått besvara enkätfrågor om det nya arbetssättet. Uppföljningen visade, enligt regionen och kommunerna, att mycket fungerar bra men att det finns en variation i länet och behov av att utveckla lokala mötesplatser med strukturerad agenda och följa upp gemensamma mätetal samt arbetssätt för lokal samordning på primärvårdsnivå.

I Gävleborg följs arbetet på två sätt. Dels görs det med hjälp av indikatorer och statusbedömningar i de sju programområden som arbetet med nära vård är organiserat i, dels görs det genom att man skriver statusrapporter för alla projekt som bedrivs inom ramen för arbetet. Regionens slutsatser av uppföljningen berör främst hur arbetet med omställningen bedrivits men det framgår även att det formulerats många mål inom respektive programområde och att ungefär en tredjedel av målen har nåtts under respektive år som utvärderats [4].

Forskning och extern uppföljning

Det finns några exempel på uppföljningar eller utvärderingar som genomförts av externa forskare eller utredare. I några regioner har omställningsarbetet även granskats av regionrevisionen i respektive region. Resultat av regionrevisionernas granskningar redovisas i kapitlet *Styrning mot en god och nära vård i regioner och län*.

I Södermanland län pågår så kallad deltagarbaserad följeforskning. En preliminär slutsats av forskningen är att SKR:s definitioner av nära vård har fått genomslag främst på en övergripande ”vad” nivå men att det fortfarande finns en osäkerhet om ”hur” nära vård ska implementeras rent operativt.

I Västerbotten har en extern utredare följt upp länsamverkansstrukturen i länet. Uppföljningen visade bland annat att betydligt fler ärenden kommit till avslut i det så kallade samverkanssystemet och att tilliten mellan olika parter ökat över tid. Uppföljningen pekade även på ett glapp mellan överenskommelser i samverkanssystemet och beslut och verkställighet i linjeorganisationen.

Sammanfattning och slutsatser

Uppföljningen visar att arbetet med omställningen i många regioner och län är ett mycket omfattande och brett och att det bedrivs genom många olika typer av insatser. Regionerna och kommunerna har i stor utsträckning genomfört insatser som syftar till att förbättra samverkan mellan region och kommun eller samverkan internt inom den egna organisationen. Arbeta med utskrivningsprocessen, hälsofrämjande insatser och arbete med fasta kontakter³⁶ tillhör också de vanligaste insatstyperna i regioner och kommuner. I regionerna är också arbete med digitala vård- och omsorgsbesök och distantsmonitorering vanligt förekommande.

Socialstyrelsen bedömer att det behövs insatser inom många områden för att svara mot målen för omställningen. Om arbetet med omställningen splittras på många olika projekt, som berör begränsade delar av verksamheten, kan det dock finnas en risk att resurserna inte används optimalt. I takt med att arbetet med omställningen utvärderas så bör det finnas möjligheter att välja ut insatser som kan genomföras brett i verksamheten och samtidigt utmönstra insatser som inte visats sig ge goda effekter. Som framgått har regioner och kommuner påbörjat ett sådant arbete och breddinfört många insatser som tidigare bedrevs i projektform.

Många regioner och kommuner uppger även att de har haft specifikt fokus på flera målgrupper. I kommunernas arbete med omställningen är gruppen äldre och/eller personer med komplexa behov den vanligaste målgruppen. För regionerna är denna grupp också central men här är ofta även barn och unga och personer med psykisk ohälsa särskilt utpekade målgrupper. Personer med funktionsnedsättning anges i något mindre utsträckning vara en särskilt utpekad målgrupp i både i regionernas och i kommunerna redovisningar.

Socialstyrelsens tidigare uppföljningar har visat att kommunerna och regionernas arbete med att följa upp och utvärdera omställningen befinner sig i ett tidigt skede och att detta arbete av många regioner och kommuner uppfattas som en av de större utmaningarna i arbetet med att styra i riktning mot en god och nära vård [2]. Årets uppföljning visar att regionerna och kommunerna i länen kommit olika långt och utformat uppföljningarna på olika sätt, vilket försvårar möjligheten att dra mer generella slutsatser på nationell nivå. I de uppföljningar som genomförs följer regioner och kommuner ofta vilka insatser som genomförts men av redovisningarna framgår oftast inte vilka effekter arbetet med omställningen haft på målen för omställningen i form av exempelvis kontinuitet, tillgänglighet och delaktighet eller för olika målgrupper som äldre, barn- och unga och personer funktionsnedsättning. I flertalet län uppger dock regioner och

³⁶ 7 kap. 3 § första stycket HSL, 6 kap. 2-3 § patientlagen 4 kap. 1 § HSF och 4 kap. 2 b § SoL.

kommuner att de tagit fram egna indikatorer för att underlätta uppföljningen av omställningen.

I flera uppföljningar pekar regioner och kommuner på att det finns lokala variationer i arbetet med omställningen inom länen. Samverkan mellan kommun och region kan exempelvis fungera väl i en del av ett län men mindre bra i en annan del. Kartläggningen visar samtidigt att många regioner och kommuner uppger att de breddinfört insatser som tidigare bedrivits i projektform. Det kan tala för att variationen inom regionen eller kommunerna är på väg att minska.

Socialstyrelsen bedömer att det för att kunna följa omställningen och dra mer generella slutsatser krävs att indikatorer används över tid så att förändringar kan mätas. Det kan även krävas att verksamhetsstatistiken, särskilt för den kommunala primärvården, utvecklas så att utvecklingen kan följas samlat regionalt i länen.

Styrning mot en god och nära vård

I detta kapitel beskrivs dels hur regioner och kommuner på länsövergripande nivå gemensamt arbetar med att styra mot en god och nära vård, dels hur regionerna styr mot en god och nära vård - främst av primärvården.

Styrningen av omställningen på länsnivå

I förra årets uppföljning [2] visades att regioner och kommuner på länsnivå byggt upp en organisationsstruktur för gemensamt beslutsfattande av omställningen. I nästan alla län hade regioner och kommuner även beslutat om gemensamma målbilder för arbetet. En viktig del av styrningen har handlat om att förbättra samverkan mellan regioner och kommuner. Dessa insatser beskrivs närmare i kapitel *Samverkan mellan region och kommun*.

Handlingsplaner eller strategidokument finns nu i flertalet län

Årets uppföljning visar att regioner och RSS-organisationer i nästan alla län anger att det finns en beslutad länsgemensam handlingsplan, strategi, färdplan eller liknande för arbetet med omställningen.³⁷ Det kan jämföras med att i förra årets uppföljning där regionerna och kommunerna i cirka hälften av länen uppgav att de beslutat om en länsgemensam handlingsplan kopplat till målbilden.

Begreppen handlingsplan, färdplan, strategi med mera har dock inte någon entydig betydelse och planerna och strategierna är utformade på olika sätt. Planerna eller strategierna innehåller ofta en beskrivning av målet och syftet med omställningen, prioriterade områden och målgrupper, samt beskriver organisatoriska lösningar för samverkan och samarbete. Det är exempelvis vanligt att planerna lyfter fram multisjuka äldre, barn och unga, psykisk ohälsa och förebyggande arbete. Hur konkreta planerna och strategierna är varierar. Flera planer som lämnats till Socialstyrelsen är relativt övergripande till sin karaktär och innehåller inte konkreta och tidsatta

³⁷ 18 av 21 regioner svarar att det finns en beslutad länsgemensam handlingsplan, strategi, färdplan eller liknande för arbetet mot en god och nära vård. Regionerna i Södermanlands och Västernorrlands län har svarat att ett förslag är framtaget men ännu inte beslutat. Region Jämtland Härjedalen svarar att inget sådant dokument finns framtaget eller beslutat. Av kommunerna är det endast RSS-organisationen i Västernorrland som anger att de inte har en beslutad handlingsplan eller motsvarande. Oklarheter om vad som är att betrakta som en handlingsplan, strategi eller motsvarande kan möjligen förklara att regioner och RSS-organisationer i ett par län svarar olika på frågan om det finns en länsgemensam handlingsplan eller strategi.

åtgärder men det finns exempel på mer konkreta planer.³⁸ I vissa planer och strategier hänvisas även till andra dokument där mer konkreta insatser kan vara beslutade.³⁹

I flera planer och strategier pekas prioriterade målgrupper, målområden eller utvecklingsområden ut. Ett exempel är Stockholms län där regionen och kommunerna formulerat målområden på rubriknivå som exempelvis ”sömlös vård och omsorg” som ska kännetecknas av att invånaren möts av en samordnad och integrerad vård och omsorg med primärvården som nav. Till målområdet finns strategiska inriktningar för länsövergripande och lokal samverkan, exempelvis:

- Förstärka och ytterligare utveckla den lokala samverkan mellan kommunerna och regionen med utgångspunkt i det geografiskt samordnade ansvaret hos vårdcentral och kommun.
- Vård och omsorg för individen ska samordnas och utgå från personens behov vid olika typer av vårdövergångar och samtidigt insatser [5].

I Örebro län har regionen och kommunerna i sin färdplan beslutat om vägledande principer. Exempel på sådana principer är att individens behov är en gemensam utgångspunkt och att parterna är likvärdiga parter och informerar varandra. I länets färdplan beskrivs även aktiviteter som ska genomföras under 2023. Det handlar bland annat om att ta fram eller se över överenskommelser mellan regionen och kommunerna.⁴⁰

Gemensamt arbete med uppföljningar och indikatorer i några län

Socialstyrelsens tidigare uppföljningar av omställningen har visat att regionernas och kommunernas arbete med uppföljningar är i ett tidigt skede och ofta beskrivs som en stor utmaning. Årets kartläggning visar att regioner och kommuner i många län arbetar gemensamt med att utveckla uppföljningen. Det gäller bland annat i Uppsala, Dalarnas, Västra Götalands, Västerbottens och Jönköpings län. I flertalet län (15 av 21) har regionen och kommunerna gemensamt tagit fram indikatorer för att följa omställningen.

³⁸ Förra årets uppföljning visade dock att i Skåne och Jönköpings län hade regionerna och kommunerna beslutat om handlingsplaner med mer konkreta och tidsatta insatser.

³⁹ I den länsgemensamma strategin för god och nära vård i Västra Götalands län hänvisas exempelvis till handlingsplaner utifrån målgrupp med gemensamt framtagna aktiviteter, mål och indikatorer. I färdplanen i Örebro län hänvisas till att vissa aktiviteter konkretiseras i andra för regionen och kommunerna gemensamma handlingsplaner. Region Örebro och Örebro läns kommuner i samverkan, 2023, Färdplan för omställningen till nära vård i Örebro län, s. 12

⁴⁰ Region Örebro och Örebro läns kommuner i samverkan, 2023, Färdplan för omställningen till nära vård i Örebro län

Styrning av primärvården i regionerna

Ett sätt att styra i riktning mot en god och nära vård är att förändra styrningen av primärvården. Som framgår av tabell 3 uppger nästan alla regioner att de förändrat styrningen av primärvården i något avseende med anledning av omställningen. Sammanfattningsvis redovisar 16 av 21 regioner att de genomfört förändringar av primärvårdsuppdraget⁴¹, 17 av 21 att de förändrat ersättningsmodellen⁴² och 19 av 21 att de förändrat uppföljningen.

Tydligare krav på genomförande av omställningen

Flera regioner beskriver att de i ökad utsträckning ställer krav om arbete med omställningen i förfrågningsunderlag eller liknande till primärvården. Tydligare krav kan exempelvis handla om att regionerna krävställt arbete med fast läkarkontakt⁴³, hälsosamtal, dokumenterad överenskommelse (patientkontrakt) eller samverkan med kommuner. Ett par regioner har lagt in krav på digitala lösningar eller distanskontakter. Flera regioner uppger att de lagt in krav om att primärvården i omställningsarbetet ska främja centrala mål som delaktighet, kontinuitet och personcentrering.

Region Kalmar har genomlyst styrningen av primärvården. I den nya uppdragsbeskrivningen för primärvården ställer regionen bland annat tydligare krav på samverkan med andra aktörer och förebyggande arbete. Samtliga vårdenheter ska även ha en namngiven vårdsamordnare och initiera eller delta när en SIP⁴⁴ behöver upprättas.

Andra regioner har infört krav som innebär att primärvårdens uppdrag specificeras eller breddas. Det finns också exempel på mer specifika krav, exempelvis på rehabiliteringskoordinatorer, inrättande av äldreomsorgar med mera.

⁴¹ Med formella förändringar avses förändringar i förfrågningsunderlag, regelböcker eller motsvarande som berör primärvården.

⁴² Med ersättningsmodellen avses här sättet att ersätta primärvården inte om ersättningen till primärvården höjts eller sänkts. Det kan exempelvis handla om primärvården i större eller mindre utsträckning ersätts genom kapitationsersättning, det vill säga ersättning per listad patient eller besöksersättning och om det utgår ersättningar för andra insatser som genomförs i primärvården.

⁴³ 7 kap. 3 § första stycket HSL och 6 kap. 3 § patientlagen.

⁴⁴ 16 kap. 4 § HSL och 2 kap. 7 § SoL.

Tabell 3. Förändrad styrning av primärvården eller vårdvalen i regionerna

Regioner som angett att de förändrat styrningen av primärvården eller vårdvalen sedan 2019 i syfte att ställa om till en god och nära vård

Region	Förändrat uppdrag ⁴⁵	Förändrad ersättningsmodell ⁴⁶	Förändrad uppföljning ⁴⁷
Blekinge	Nej	Nej	Ja
Dalarna	Nej	Ja	Nej
Gotland	Ja	Ja	Ja
Gävleborg	Ja	Nej	Ja
Halland	Ja	Ja	Ja
Jämtland Härjedalen	Ja	Ja	Ja
Jönköping	Ja	Ja	Ja
Kalmar	Ja	Ja	Ja
Kronoberg	Nej	Nej	Nej
Norrbotten	Ja	Ja	Ja
Skåne	Ja	Ja	Ja
Stockholm	Ja	Ja	Ja
Södermanland	Nej	Ja	Ja
Uppsala	Ja	Ja	Ja
Värmland	Ja	Ja	Ja
Västerbotten	Ja	Ja	Ja
Västernorrland	Ja	Ja	Ja
Västmanland	Ja	Ja	Ja
Västra Götaland	Ja	Ja	Ja
Örebro	Nej	Nej	Ja
Östergötland	Ja	Ja	Ja

Källa: Socialstyrelsens enkät till regioner, uppföljning god och nära vård 2023.

⁴⁵ Fullständig fråga i enkät: Har regionen gjort några formella förändringar av primärvårdsuppdraget i syfte att ställa om till en god och nära vård sedan arbetet med omställningen inleddes ca 2019

⁴⁶ Fullständig fråga i enkät: Har regionen genomfört några ändringar av ersättningsmodellen till primärvården i syfte att ställa om till en god och nära vård sedan arbetet med omställningen inleddes ca 2019

⁴⁷ Fullständig fråga i enkät: Har regionen genomfört några förändringar av hur vårdvalet för primärvård följs upp i syfte att ställa om till en god och nära vård sedan arbetet med omställningen inleddes ca 2019?

Strävan efter mindre detaljstyrning i några regioner

Några regioner uppger att de genomfört förändringar av antingen primärvårdsuppdraget eller av ersättningsystemet till primärvården som syftar till att minska detaljstyrningen och ge större utrymme för utförare att utforma verksamheten. Region Västmanland skriver exempelvis att graden av detaljstyrning av vissa delar i uppdragen minskat. Syftet är att möjliggöra för anpassningar utifrån lokala förutsättningar och personcentrering och på så sätt främja en jämlik vård.

Flera regioner, bland annat de i Stockholms, Uppsala och Hallands län redovisar att de ökat andelen kapitationsersättning, det vill säga ersättning som utgår per listad patient. Några anger även att de minskat eller tagit bort ersättning som bygger på antalet besök. Att öka andelen kapitationsersättning beskrivs av vissa regioner syfta till att minska detaljstyrningen till förmån för en mer tillitsbaserad styrning. Svaren ligger i linje med den kartläggning SKR genomförde 2021 som visade på en trend mot lägre grad av komplexitet och mindre detaljstyrning i utformningen av ersättningsystemen. I rapporten visade SKR att andelen kapitationsersättning ökade medan andelen besöksersättning minskade [6].

Det finns även flera exempel på regioner som infört särskilda ersättningar för insatser som kan knytas till omställningen mot en god och nära vård. Regionerna i Skåne och Östergötlands län har exempelvis infört särskilda ersättningar för hembesök. Västra Götalandsregionen och Region Stockholm ger målrelaterad ersättning för fast läkarkontakt⁴⁸.

Flera regioner uppger även har även förstärkt den åldersrelaterade ersättningen eller ersättningen för insatser till särskilt boende och/eller stärkt ersättningen till vårdcentraler som ligger i glesbefolkade områden eller landsbygd.

Ökad betoning på uppföljningen

Nästan alla regioner uppger att de förändrat hur de följer upp vårdvalet för primärvården. Det kan exempelvis handla om att de följer upp hur vårdcentraler arbetar med centrala delar av omställningen som personcentrering och kontinuitet.

Flera regioner uppger att de lägger mer resurser på uppföljningen än tidigare. Region Skåne anger exempelvis att uppföljningsfrekvensen ökat, och i Region Norrbotten har ansvarig nämnd avsatt mer tid för uppföljningen. Bland annat Region Gotland beskriver att de lägger större

⁴⁸ 7 kap. 3 § första stycket HSL och 6 kap. 3 § patientlagen.

betoning på dialog i uppföljningen och Region Uppsala har sedan 2019 genomfört så kallade dialoguppföljningar av vårdvalen inom primärvården.

Flera regioner, exempelvis de i Stockholms och Jämtlands län nämner att de i ökad utsträckning använder indikatorer från Primärvårdskvalitet⁴⁹ i sin uppföljning av vård- eller hälsocentraler. Användningen av dessa indikatorer betraktas även som ett sätt att åstadkomma ett lokalt kvalitets- och förbättringsarbete på verksamhetsnivå. Region Västmanland ser detta som del i en omställning mot en mer tillitsbaserad styrmodell.

Resurserna till primärvården i regionerna och kommunerna

Hur regioner och kommuner utnyttjar de samlade resurserna inom hälso- och sjukvården och resursätter primärvården har betydelse för primärvårdens förutsättningar att fungera som ett nav i hälso- och sjukvården. I det följande beskrivs hur resurserna främst i form av de kostnader som regionerna har för den regionala primärvården utvecklats. Tyvärr saknas uppgifter om kostnaderna för hälso- och sjukvård i kommunerna vilket gör att det inte är möjligt att kontinuerligt följa resursutvecklingen av den kommunala primärvården.⁵⁰

Primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens kostnader har förändrats i liten utsträckning

Regionernas redovisade nettokostnader för primärvård ökade med cirka 6 procent mellan 2019 och 2023 mätt i fasta priser per invånare.⁵¹ Primärvårdens andel av de totala nettokostnaderna för hälso- och sjukvård i regionerna utgjorde 20,0 procent 2023. Andelstalets utveckling sedan 2015 illustreras i Figur 7.

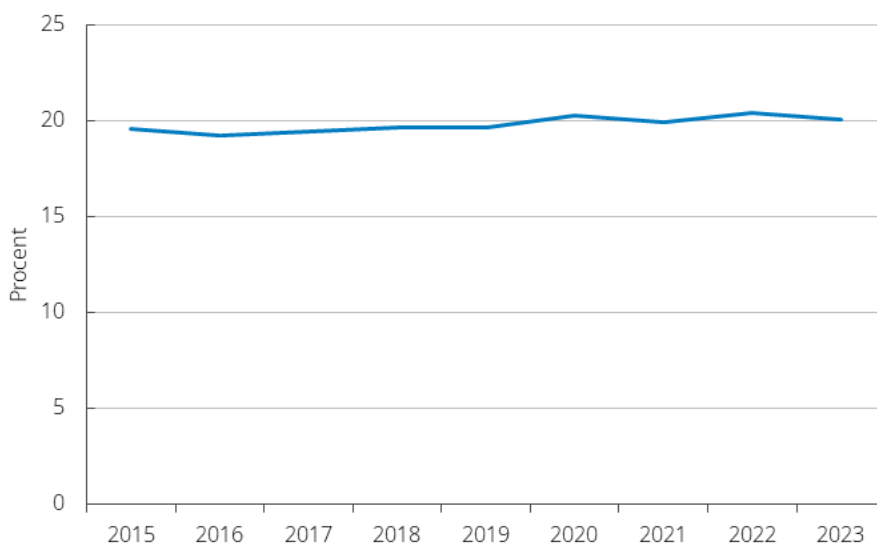
⁴⁹ Primärvårdskvalitet är ett kvalitetsregisterliknande kvalitetsutvecklings-verktyget för primärvård såväl nationellt som internationellt och har varit del av den nationella satsningen på kvalitetsregister.

⁵⁰ Uppgifter om kommunernas kostnader för hälso- och sjukvård redovisas i SCB:s hälsoräkenskaper. Dessa uppgifter bygger dock på en schablonberäkning utifrån kommunernas kostnader för vård och omsorg.

⁵¹ Kostnaderna ökade från 5642 kronor per invånare 2019 till cirka 6001 kronor år 2023. Kostnaderna för 2019 är inflationsjusterad enligt landstingsprisindex LPIK. Kostnader för läkemedel är exkluderade. Observera att uppgifterna för 2023 är preliminära.

Figur 7: Kostnadsandel regionernas primärvård

Primärvårdens andel av de totala nettokostnaderna för hälso- och sjukvård i regionerna



Källa: Räkenskapsammandrag för regioner, Statistiska centralbyrån.

Mellan 2019 och 2023 var den andelen oförändrad eller minskande i mer än hälften av regionerna (14 av 21) och ökade i övriga regioner. Den största ökningen står Västra Götalandsregionen för vars andel ökade från 22,2 procentenheter till 25,5 procentenheter. Det är också den region som redovisade det högsta andelstalet 2023. I tabell 3 i bilaga 3 framgår den regionala primärvårdens andel av nettokostnaderna och utvecklingen över tid i respektive region. Det bör beaktas att analysen av kostnader för primärvården inte tar hänsyn till vilka förändringar av primärvårdens uppdrag som genomförts.

Det är vanskligt att jämföra regionernas kostnader med varandra eftersom regionerna har olika sätt att organisera sin primärvård och även kan ha olika sätt att redovisa vilka verksamheter och därmed kostnader som räknas som primärvård. Enskilda regioners kostnadsutveckling måste också tolkas med viss försiktighet. Kostnadsförändringar över tid kan exempelvis bero på att verksamheter inom specialist- eller primärvården omklassificeras över tid utan att primärvården i praktiken fått ökade eller minskade ekonomiska resurser. Nettokostnadsförändringar kan även bero på att finansieringen med riktade statsbidrag ökar eller minskar över tid, detta eftersom kostnader som finansieras med hjälp av sådana bidrag räknas bort från kostnaderna.

Cirka en tredjedel av regionerna uppger att de under 2023 fattade beslut om att budgetera en högre andel av hälso- och sjukvårdens resurser till primärvården se tabell 3 i bilaga 3. Region Uppsala och Region Stockholm har även fastställt mål om att primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens resurser ska vara 25 procent 2030.

Flertalet regioner (15 av 21) redovisar att de under 2023 har beslutat om andra insatser än att tillföra ekonomiska resurser, för att skapa en ändamålsenlig och effektiv resurssättning av primärvården, se tabell 3 i bilaga 3. Det handlar bland annat om insatser för att förbättra kompetensförsörjningen, utveckling av digitala hjälpmedel, samverkansinsatser, och arbete med fast läkarkontakt⁵².

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

Ett annat sätt att följa hur primärvårdens resurser utvecklats är att analysera hur personalresurserna förändrats över tid. Socialstyrelsen har jämfört hur antalet legitimerad personal i den regionala och kommunala primärvården har förändrats mellan 2015 och 2021 sett i relation till befolkningen. Analysen visar att i den regionala primärvården så ökade antalet med cirka 13 procent samtidigt som den minskade med 8 procent i kommunerna. Minskningen i kommunerna gäller både sjuksköterskorna och annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Sammantaget ökade den legitimerade personalen med 3 procent om man slår ihop den regionala primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården.

Uppgifterna är hämtade från Socialstyrelsens register och avser legitimerad personal och därmed ingår inte exempelvis undersköterskor. Det finns flera begränsningar i statistiken vilket gör att slutsatser måste dras med viss försiktighet. I förra årets uppföljning lämnades en närmare redogörelse för hur dessa uppgifter tagits fram [2].

Revisorernas granskningar av regionernas styrning

I flera regioner har regionrevisorerna granskat eller låtit granska arbetet med omställningen. Det övergripande syftet med flera av dessa granskningar har varit att bedöma om regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden i respektive region säkerställer att omställningen till god och nära vård med primärvården som nav planeras och styrs ändamålsenligt. Revisorerna har bland annat bedömt om styrelser eller nämnder har fattat beslut om mätbara mål, aktiviteter och planer, om det genomförs en ändamålsenlig uppföljning och om det finns kompetens och kapacitet att arbeta med omställningen till en god och nära vård.

I flera regioner bedöms det finnas en organisation och en formell styrning och uppföljning som stöder arbetet med omställningen. Samtidigt finns det brister i implementeringen av besluten, och det saknas i viss utsträckning

⁵² 7 kap. 3 § första stycket HSL och 6 kap. 3 § patientlagen.

förutsättningar och resurser i verksamheterna för att ställa om till en nära vård.

I Västra Götalandsregionen bedöms exempelvis de granskade nämnderna och styrelserna till stora delar ha en ändamålsenlig organisation, styrning och uppföljning av arbetet. Dock finns det otydligheter i implementeringen och genomförandet av omställningen, främst när det gäller ansvars- och rollfördelning mellan nämnder och styrelser. Revisionen pekar också på att omställningen ska genomföras decentraliserat genom målstyrning men att detta arbetssätt bland annat skapar tolkningar och varierande angreppssätt mellan olika nivåer i organisationen [7].

En granskning av Region Östergötland visar att det finns politiska beslut som stödjer processerna till en omställning men att det finns indikationer på att de medel som kommer verksamheterna till del inte motsvarar de resurser som krävs för att skapa bestående förändring utifrån verksamheternas behov [8].

Av granskningarna som genomförts i regionerna i Norrbotten och Örebro län framgår att kommuner och regioner i länen tagit fram målbilder, strategier och färdplaner men att det finns behov av att ta fram konkreta och mätbara mål, aktiviteter och planer [9,10].

I flera granskningar har regionens uppföljningssystem bedömts. I Östergötland bedömer revisorerna exempelvis att regionen utvecklat indikatorer för att följa omställningen men att delar av omställningen är svåra att mäta. Vårdcentralerna i regionen har också formulerat mål och aktiviteter på olika sätt, vilket försvårar en samlad utvärdering av omställningen [8].

Sammanfattning och slutsatser

Sammanfattningsvis har regionerna och kommunerna i många län beslutat om länsgemensamma handlingsplaner, strategier eller liknande. Syftet är att stärka samverkan och förbättra vården för invånare med komplexa hälsoproblem. Regioner och kommuner i flera län har även arbetat aktivt med att utveckla uppföljningen och ta fram indikatorer som gör det möjligt att följa omställningen. Många regioner uppger även att de förändrat sin styrning av primärvården med anledning av arbetet att ställa om i riktning mot en god och nära vård. Primärvårdens kostnader mätt i fasta priser har ökat något under senare år men dess andel av kostnaderna för hälso- och sjukvården har inte förändrats i någon större utsträckning i en majoritet av regioner. Vissa regioner uttrycker en ambition om att primärvården ska ges ökade resurser.

Kartläggningen visar att det finns olika sätt att styra mot en omställning till en god och nära vård i primärvården. Ett sätt är att ledningsnivån i länet eller

regionen i strategidokument eller i primärvårdens förfrågningsunderlag anger inriktningen men inte närmare anger hur omställningen ska genomföras på verksamhetsnivå. Detta sätt att styra kan kombineras med att ledningen tar bort hinder i form av detaljregler och ersättningssystem som hindrar en lokal anpassning på verksamhetsnivå och samtidigt lägger större vikt vid uppföljning. Ett annat sätt att styra är att ledningsnivån istället tydligare anger hur förändringar ska genomföras. Det kan handla om att ledningen fattar beslut om strukturella förändringar eller ställer krav på vissa utpekade arbetssätt exempelvis inrättande av familjecentraler, äldreomsorgar, mobila team med mera. Det kan också handla om att regioner ger särskild ersättning för antalet patienter med fast läkarkontakt⁵³, antalet genomförda SIP⁵⁴ med mera.

I praktiken förekommer ofta blandningar av dessa sätt att styra. Regioner som uppger att de minskat detaljstyrningen kan samtidigt ha infört krav som innebär att man i verksamheten ska arbeta med en viss utpekad metod eller arbetssätt i syfte att ställa om i riktning mot en god och nära vård.

Regioner och kommuner har beslutat om länsgemensamma målbilder och handlingsplaner. Det förekommer också att de har kompletterats med mer detaljerade planer som kan avse särskilda frågor eller målgrupper. Mot bakgrund av att regioner och kommuner arbetar med olika strukturer och hierarkier av planer är det svårt att bedöma hur stort arbete som återstår för att skapa konkreta och tidsatta planer inom strategiska områden. Bilden är dock att regioner och kommuner i länen kommit olika långt och i likhet med förra årets uppföljning bedömer Socialstyrelsen att det krävs vidare arbete i kommuner och regioner på ledningsnivå med att konkretisera och tidsätta arbetet med omställningen.

Socialstyrelsen konstaterar att många regioner uppger att de genomfört formella förändringar av hur primärvården styrs i uppdrag och ersättningssystem. Socialstyrelsen bedömer att en förändring av den formella styrningen sannolikt är en förutsättning för att insatser som syftar till att ställa om vården breddinförs och inte endast pågår i projektform eller drivs av enskilda medarbetare. En förändrad formell styrning är också en förutsättning för att säkerställa att både offentliga och privata vårdgivare involveras i arbetet med omställningen.

Det finns dock olika sätt att utforma styrningen av primärvården och det är inte givet vilket sätt som är mest ändamålsenligt för att styra i riktning mot en god och nära vård. Socialstyrelsen noterar att det är relativt vanligt med insatser som syftar till att minska detaljeringsgraden och ge större utrymme

⁵³ 7 kap. 3 § första stycket HSL och 6 kap. 3 § patientlagen.

⁵⁴ 16 kap. 4 § HSL och 2 kap. 7 § SoL.

för lokal anpassning och därmed bättre förutsättningar för exempelvis samverkan och personcentrerade arbetssätt.

Socialstyrelsen ser dock risker med en styrning som endast handlar om att ge ökad frihet för exempelvis vårdcentraler att helt på egen hand välja hur man vill utforma sin verksamhet i riktning mot en god och nära vård. Som bland annat framgår av flera revisionsrapporter kan en långtgående målstyrning skapa olika tolkningar och varierande angreppssätt i organisationen. Det kan också leda till en spretighet i utbudet av vårdtjänster som gör att vården blir ojämlig och mindre resurseffektiv. Socialstyrelsen anser att insatser för att ge utrymme för större frihet och lokal anpassning i verksamheten inte får innebära att ledningen i regionen avsägar sig ansvaret för hur arbetet med omställningen genomförs i praktiken. Sådana förändringar behöver åtföljas av en tät dialog och uppföljning mellan å ena sidan ledningsnivån i regionen och kommunerna och å andra sidan företrädare för verksamheten. I grunden är det bra med en konstruktiv lärandeprocess som grund för dialogerna men det behöver också finnas verktyg att tillgripa i det fall det bedöms som nödvändigt för att uppnå de gemensamma målen för omställningen.

Samverkan mellan region och kommun

Regioner och kommuner ska enligt överenskommelsen om god och nära vård utveckla och förbättra samverkan, eftersom det är en förutsättning för att kunna ställa om till en nära vård. Huvudmännen behöver ha en gemensam struktur för att planera hur primärvården ska utformas och utvecklas för att bli sammanhängande. Förutom att utveckla samverkan mellan regionernas och kommunernas primärvård bör samverkan ske med andra berörda verksamheter och aktörer, till exempel socialtjänsten, specialiserade vården samt skola och elevhälsa.

I detta kapitel beskrivs bland annat de insatser som regioner och kommuner har vidtagit när det gäller att förbättra samverkan mellan region och kommun både på central nivå och på verksamhetsnivå. Här beskrivs också en fördjupad undersökning som genomförts i tre län. I kapitlet beskrivs även ett avsnitt som beskriver regionernas och kommunernas uppföljningar och resultat av samverkan.

En länsgemensam samverkansstruktur har byggts upp

Att forma, etablera och/eller utveckla gemensamma samverkanstrukturer i länet har, enligt flertalet regioner och kommuner varit den viktigaste insatsen för att förbättra samverkan mellan regioner och kommuner. Årets redovisningar visar att regioner och kommuner i flera län har gemensam ledning för arbetet med god och nära vård och att arbete med att ta fram en gemensam plan för primärvården pågår eller redan är slutfört. Utifrån länets målbild har flera län tagit fram gemensamma aktiviteter och upprättat aktivitetsplaner inom olika fokusområden som olika samverkansgrupper arbetar med att utveckla och förbättra.

I flera län finns en utvecklad struktur med samverkans- eller processgrupper som driver gemensamt utvecklingsarbete inom specifika områden till exempel om vårdövergångar, psykisk hälsa samt barn och unga. Det finns också exempel att det pågår arbete med att ta fram gemensamma samverkansmodeller, exempelvis med fokus på vård i hemmet, barn och unga, palliativ vård och närsjukvård. Det har också genomförts gemensamma informations- och utbildningsinsatser i syfte att förbättra samverkan vid exempelvis utskrivningsprocessen och arbetet med SIP⁵⁵. Av redovisning framkommer att regioner och kommuner i vissa län har haft

⁵⁵ 16 kap. 4 § HSL och 2 kap. 7 § SoL.

gemensamma planerings- och utvecklingsdagar samt workshoppar där olika professioner deltar i syfte att utveckla samverkan i länet.

Samordningstjänster och vårdkoordinatorer vanliga

Många regioner och kommuner anger att de har utsedda personer med någon form av ansvar för samordningen mellan region och kommun. Dessa benämns ofta samordningssjuksköterska eller vårdkoordinator och samverkar exempelvis när en patient med fortsatt behov av hälso- och sjukvård och omsorgsinsatser skrivs ut från slutenvården till hemmet.

Det finns flera exempel på samverkan mellan region och kommun där de tillsammans har finansierat gemensamma tjänster. Detta har exempelvis gjorts i Skåne och Norrbottens län. Gemensamma tjänster syftar till att bland annat att vara ett stöd för att uppnå den gemensamma målbilden med tillhörande handlings- och aktivitetsplaner avseende omställningsarbetet till en god och nära vård. I några regioner och kommuner utbildas personal gemensamt i till exempel sårvård och ergonomi vid kliniska träningscentrum. Detta som ett sätt att stärka samverkan och utbyta kunskap mellan regioner och kommuner. Det drivs också gemensamma mottagningar där den enskilde får hjälp och stöd när det gäller både vård och omsorg, exempelvis äldremottagningar, seniormottagningar och familjecentraler.

Breddinförda samverkansprojekt

Många regioner och kommuner anger att de breddinfört samverkansinsatser som tidigare bedrivits i projektform.

Många regioner och kommuner har exempelvis breddinfört olika typer av team i sina verksamheter. Det kan exempelvis vara olika former av team och mobila team som bemannas med olika professioner från samma huvudman. Det kan också vara team där professioner från både regionen och kommunen ingår och samverkar. Det kan även vara team med ett specifikt fokus på en diagnos, målgrupp eller funktion till exempel demensteam, geriatriska team, psykiatriteam, tryggt hemgångsteam, sårteam samt mobila närsjukvårdsteam.

Det finns även andra samverkansprojekt som nu är breddinförda, exempelvis samfinansierade mottagningar för barn och unga, kliniska träningscentrum och familjecentraler. Det finns även flera exempel på breddinförda samverkansprojekt som berör digitala arbetssätt, bland annat digital vårdplanering i samband med exempelvis utskrivning från slutenvården till primärvården och digitala konsultationer. Ytterligare exempel på breddinförda arbetssätt är bedömningssamtal mellan läkare på vårdcentral

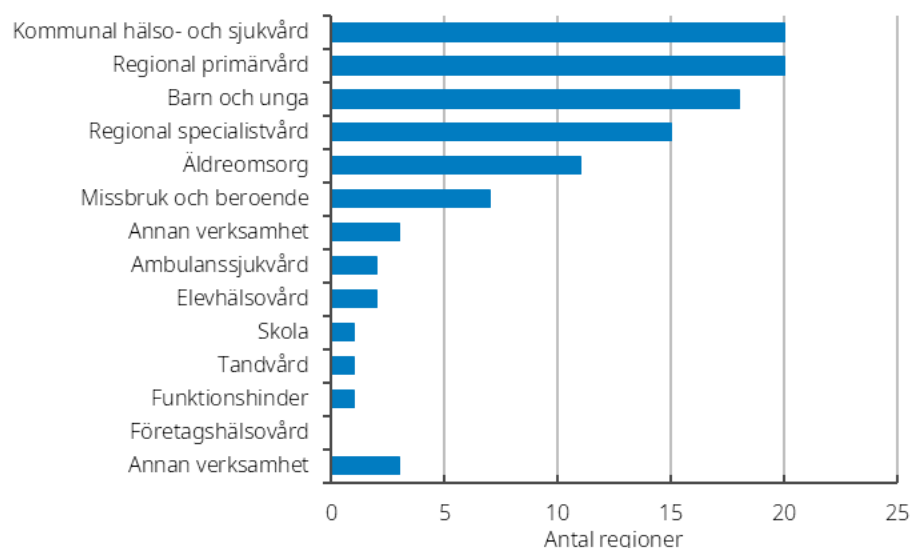
och kommunala verksamheter och ”Barnsäkert” som är en arbetsmodell med syfte att upptäcka psykosociala riskfaktorer i små barns uppväxtmiljö.

Områden som är berörda av samverkan

I årets uppföljning ombads regioner och RSS-organisationer att ange vilka områden som främst berörs av olika samverkansinsatser. Svaren visar att den regionala primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården är central i alla län, se Figur 8 och 9. I omkring en fjärdedel av länen tillhör den regionala specialistvården inte de områden som berörs mest av samverkan. Svaren visar att barn och unga är en grupp som ofta berörs av samverkansinsatser. Flera andra verksamheter och grupper exempelvis personer med funktionshinder berörs i mindre utsträckning av samverkansinsatserna.

Figur 8: Områden för samverkansinsatser, regioner

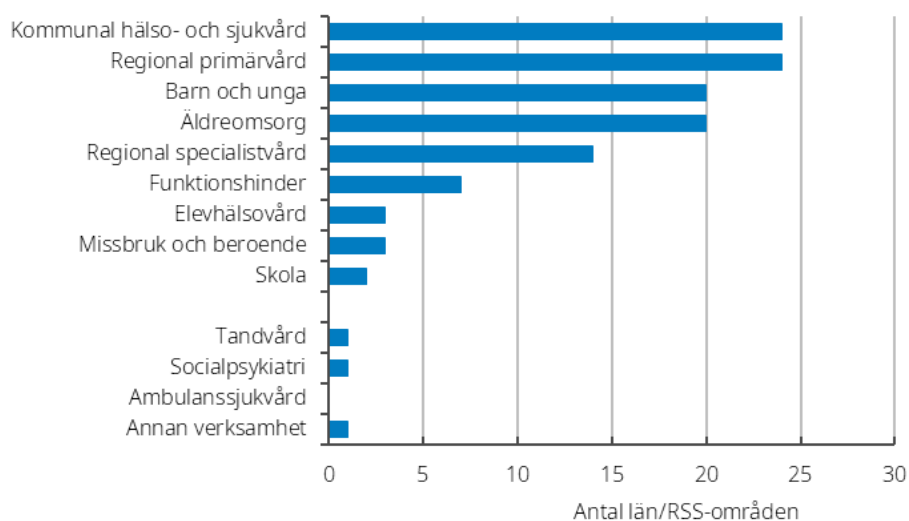
Antal regioner som angivit område som ett av de fem områden som främst berörts av samverkansinsats under 2023



Källa: Regionernas redovisningar av insatser inom god och nära vård 2023.

Figur 9: Områden för samverkansinsatser, RSS-organisationer

Antal RSS-organisationer som angivit område som ett av de fem områden som främst berörts av samverkansinsats 2023



Källa: RSS-organisationernas redovisning av kommunernas insatser inom god och nära vård 2023

Erfarenheter av samverkan och omställningsarbetet i tre län

Socialstyrelsen har valt att komplettera enkätundersökningen med en fördjupad undersökning av hur samverkan mellan regionerna och kommunerna har utvecklats på verksamhetsnivå. Denna fördjupade undersökning har genomförts i Stockholms, Värmlands och Kalmar län.

Nedan följer en redogörelse för det som framkommit i de intervjuer som Socialstyrelsen genomfört med verksamhetsföreträdare i regioner och kommuner i dessa tre län. Redogörelsen är främst inriktad på att beskriva erfarenheter av arbetet med att förbättra samverkan mellan regioner och kommuner men den innehåller även beskrivningar av hur regioner och kommuner i länet arbetat med omställningen i stort.

Kommunerna drivande i arbetet med omställningen i Stockholm

Av intervjuerna framgår att regionen och kommunerna i Stockholms län gemensamt tagit fram en samverkansordning för god och nära vård. Samverkansordningen innehåller en beskrivning av organisationen för samverkan och hur samverkan ska ske samt en gemensam överenskommelse och handlingsplan som beslutades i december 2023.

Våra intervjuer visar att det pågår olika projekt, upprättas handlingsplaner och genomförs samverkansmöten i länet, men den generella bilden som framträder är att målet med omställningen och den centrala styrningen inte är helt tydligt. Det innebär att det är mycket upp till verksamheterna själva vilka samverkanskontakter som knyts och vad som genomförs.

I arbetet med omställningen till en god och nära vård har regionen utsett vårdcentraler som har ett geografiskt samordningsansvar i kommunen eller stadsdelen. Av intervjuerna framgår att det inte är tydligt vad som ingår i uppdraget att vara utsedd geografisk vårdcentral, mer än att samordningsansvaret ligger där. På vårdcentralen med geografiskt samordningsansvar utses en person som är kontaktperson. Kontaktpersonens uppgift är att exempelvis förmedla information från central nivå i regionen och skapa gemensamma rutiner med övriga vårdcentraler inom det geografiska området, oavsett driftsform. I kommunerna är det vanligt att det finns en samordnare i varje kommun. Samordnaren i kommunen och kontaktpersonen vid utsedd vårdcentral samverkar i olika frågor och i olika grad.

Arbetet med omställningen bedrivs på olika sätt i länet och styrs till stor del lokalt. För att nämna några exempel har en kommun sedan 2022 en projektledare på övergripande nivå för arbetet med omställningen och kommunen har även anställt olika stödfunktioner till exempel vårdkoordinatorer och SIP-samordnare⁵⁶. I en annan del av länet arbetas det med att ta fram lokala samverkansöverenskommelser och skapa en struktur för regelbundna samverkansmöten mellan vårdcentralerna och kommunen.

De flesta av de intervjuade anser att samverkan mellan regionerna och kommunerna har utvecklats och generellt blivit bättre under senare år. Främst har samverkan utvecklats och förbättrats mellan den regionala primärvården och kommunerna. Samverkan mellan slutenvården och den regionala och kommunala primärvården uppfattas inte ha utvecklats i samma utsträckning.

Flera av de intervjuade beskriver kommunerna som mer drivande än regionen i arbetet med omställningen. Ett skäl är att regionens vårdcentraler saknar tillräckliga ekonomiska resurser för arbetet. Detta på grund av att regionens statsbidrag för arbetet med omställningen i huvudsak ligger på central nivå och inte fördelas ut till verksamheterna för att finansiera särskilda insatser inom ramen för omställningen till en god och nära vård. Ett annat skäl som nämns är att regionen har varit mer passiv och inte har utvecklat samverkansytor med kommunerna. Detta på grund av att regionen fortfarande ansvarar för hemsjukvården och därför har mindre behov av

⁵⁶ 16 kap. 4 § HSL och 2 kap. 7 § SoL.

samverkan med kommunerna jämfört med vad som är fallet i andra län där hemsjukvården kommunaliserats.

Samverkan på verksamhetsnivå i Kalmar län

I Kalmar län framgår av intervjuerna att arbetet med omställningen ingår i den ordinarie styrningen, länsgemensam ledning i samverkan.

I länet har slutenvården, hälsocentralerna och kommunerna olika former av forum för samverkan. Det framkommer exempelvis att hälsocentralens sjuksköterskor och kommunens sjuksköterskor har regelbundna möten under året och det sker gemensamma arbeten i projektform till exempel med fokus på fast läkarkontakt⁵⁷ och SIP⁵⁸.

Det finns utsedda koordinatörer i både regionen och kommunerna och de samverkar exempelvis när den enskilde har behov av både hälso- och sjukvård och omsorgsinsatser efter utskrivning från slutenvården.

Vid intervjuerna med företrädare för regionen har det framkommit olika uppfattningar om hur samverkan har utvecklats mellan regionen och kommunerna med anledning av omställningen. En uppfattning är att den lokala samverkan med kommunerna inte förändrats i någon större omfattning. Det beror på att samverkan sedan tidigare är väl utvecklad och att arbetssätten sedan länge utgår från personcentrering och kontinuitet. En annan uppfattning är att samverkan mellan primärvården och kommunen har utvecklats och att patientperspektivet beaktas mer samt att tankesättet är helt annorlunda än för tre år sedan. Även i intervjuerna med företrädare för kommunerna framkommer olika uppfattningar om hur arbetet med samverkan eller omställningsarbetet utvecklats. I en kommun uppfattas arbetet med att utveckla samverkan mellan regionen och kommunen ha påbörjats redan när primärvårdens ansvar för utskrivningsprocessen förändrades i samband med att lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård trädde i kraft den 1 januari 2018. I en annan kommun uppfattas arbetet med omställningen ha påbörjats först 2022 och man menar att kommunen ligger efter i arbetet med omställningen.

Generellt framkommer dock att samverkan mellan regionen och kommunerna har förbättrats, men att det finns behov av att utveckla samverkan med slutenvården.

⁵⁷ 7 kap. 3 § första stycket HSL och 6 kap. 3 § patientlagen.

⁵⁸ 16 kap. 4 § HSL och 2 kap. 7 § SoL.

Utvecklad samverkan på ledningsnivå i Värmland

I Värmlands län framgår av intervjuerna att samverkan de sista åren har förbättrats generellt i länet, men att den främst har utvecklats på högsta chefsnivå. På verksamhetsnivå uppfattas arbetet med omställningen mot en god och nära vård ofta ledas av driftiga chefer eller eldsjälar.

Det framgår av intervjuerna med företrädare för både regionen och kommunerna att länet inte har behövt bygga upp nya samverkansstrukturer för arbetet med omställningen i länet. Uppbyggnaden av samverkansstrukturerna påbörjades redan 2007 i samband med införandet av samverkansarenan ”Nya perspektiv”. I detta forum samverkar regionen och kommunerna på politisk nivå- och tjänstepersonsnivå.

Många beskriver att arbetet med omställningen i länet utvecklades i samband med pandemin. Det finns en gemensam målbild och, färdplan, och arbetet med omställningen har kommit närmare det operativa arbetet i verksamheterna än för några år sedan. Dock efterfrågar företrädare för både regionen och kommunerna mer konkret information om vad som förväntas av dem.

Det framgår att det pågår arbete för att implementera begrepp som används i arbetet med omställningen, till exempel ”personcentrering” och att minska ”stuprören” mellan regionen och kommunerna. Centralt har det genomförts exempelvis gemensamma workshoppar och inspirationsdagar för de som arbetar med omställningen i regionerna och kommunerna, där de bland annat har delat goda exempel.

För att även inkludera verksamhetens medarbetare i arbetet med omställningen har det tagits fram enhetligt material till workshoppar att genomföra på till exempel arbetsplatsträffar, vilket vid intervjuerna framkommer är positivt.

Företrädare för regionen och kommunerna i länet bedömer att olika verksamheter har kommit olika långt i arbetet med omställningen och med samverkan. Arbetet är ofta olika organiserat och sker på olika sätt i och mellan verksamheterna. Generellt uppfattas samverkan mellan regionen och kommunerna ha förbättrats, men många intervjuade menar att det finns behov av att utveckla samverkan med slutenvården.

Utmaningar med samverkan

I intervjuerna framträder en bild av att samverkan mellan regionen och kommunerna generellt har förbättrats i de tre länen. Trots detta finns det

fortfarande utmaningar och utvecklingsområden för arbetet med omställningen.

Arbetet med omställningen behöver bli mer tydligt i Stockholms län

I Stockholms län anser företrädare för både regionen och kommunerna att det är svårt att utveckla samverkan mellan verksamheterna eftersom regionens vårdcentraler saknar finansiering för arbetet med omställningen. En av de intervjuade i regionen uttryckte det: ”Vi har flera goda idéer, men inga resurser”. En vanlig uppfattning är också att arbetet med omställningen generellt i Stockholms län inte är tydligt och det efterfrågas bland annat central och mer konkret styrning och riktning i arbetet.

Företrädare för både regionen och kommunerna beskriver att det är en utmaning att i större omfattning få in patient- och brukarperspektivet i arbetet med omställningen mot en god och nära vård. Det menar att det finns en hel del ”stuprörstänk” kvar i organisationerna. Ett utvecklingsområde för både regionen och kommunerna i länet är att verksamheterna behöver arbeta mer utifrån ett helhetsperspektiv på den enskilde. En uppfattning är att samverkan inte alltid fungerar optimalt för en patient/brukare som behöver både hälso- och sjukvård och omsorgsinsatser där många olika utförare behöver samverka och är involverade i vården och omsorgen.

Företrädare för kommunerna ger också uttryck för att kompetensen behöver höjas inom de kommunala verksamheterna om arbetet med omställningen resulterar i att patienter med omfattande behov av hälso- och sjukvård skrivs ut tidigare från slutenvården.

Det framgår av intervjuerna att det är en utmaning för ledningen i både regionen och kommunerna att nå ut och få personalen i verksamheterna att fullt ut bli delaktiga i arbetet med omställningen till en god och nära vård. Utifrån att regionen och kommunerna har olika dokumentationssystem kan även informationsöverföringen vara en utmaning. Både vårdcentraler och kommuner beskriver att utveckling och förbättrad samverkan med slutenvården är ett viktigt utvecklingsområde.

Kalmar län efterfrågar tydligare krav

Enligt flera av de som Socialstyrelsen intervjuat är en av Kalmar läns utmaningar att förändra en kultur och ett tankesätt i samband med arbetet med omställningen till en god och nära vård. Verksamhetschefer beskriver att det är svårt att nå ut och förankra arbetet med omställningen hos personalen längst ut i verksamheterna.

Det efterfrågas även tydligare krav och mer nationell styrning för att underlätta samverkan, exempelvis hjälp med att kunna mäta samverkan mellan region och kommun.

Andra utmaningar som framkommer i intervjuerna är bland annat att primärvårdsförvaltningen inte får tillräckliga resurser för att bedriva arbetet med omställningen. Även kommunerna behöver resurser för att rekrytera och utbilda personalen när patienter med omfattande hälso- och sjukvårdsbehov flyttas över till kommunen. Företrädare för kommunerna beskriver att det är problematiskt när slutenvården skickar hem patienterna innan de är utskrivningsklara: ”Slutenvården flyttar problemen och ansvaret till kommunerna”. Detta leder ofta till att patienten behöver uppsöka sjukhuset igen. Kommunföreträdarna menar att regionen många gånger saknar kunskap om och förståelse för kommunernas uppdrag och olika verksamheter.

Företrädare för både kommunal och regional primärvård anser att det är en större utmaning att samverka med det större sjukhuset i regionen än med varandra. En annan utmaning är att informationsöverföringen försvåras på grund av olika dokumentationssystem. Ytterligare utvecklingsområden som nämns i intervjuerna är att de i länet behöver utveckla arbetet med SIP⁵⁹, öka patient- och brukarmedverkan och få fast läkarkontakt⁶⁰ att fungera fullt ut.

Det ekonomiska läget skapar oro i Värmland

Det framkommer att en stor utmaning i Värmlands län är den försämrade ekonomin. Av intervjuerna framgår att situationen kan leda till att det kommer att saknas resurser för att arbeta med omställningen, vilket kan påverka och försämra samverkan mellan region och kommuner. Det förs även fram att det ekonomiska läget också kan leda till omorganisationer och till att gränserna mellan verksamheterna och mellan regionen och kommunerna blir tydligare, vilket kan påverka samverkan mellan region och kommuner negativt.

Ytterligare en utmaning som framkommer vid intervjuerna är att ha kompetens och resurser för att ta hand om den åldrande befolkningen. Regionen och kommunerna konkurrerar också om samma sjuksköterskor och det förekommer att kommunerna lockar med högre löner. Företrädare för kommunerna beskriver att det ekonomiska läget bidrar till en ökad oro över att slutenvården kommer flytta över fler patienter som inte är utskrivningsklara till kommunerna.

Generellt beskrivs att samverkan med slutenvården är den största utmaningen för både vårdcentraler och kommuner. Det framkommer också att regionen och kommunerna ibland saknar kunskap om varandras ansvar,

⁵⁹ 16 kap. § 4 HSL och 2 kap. § 7 SoL.

⁶⁰ 7 kap. 3 § första stycket HSL och 6 kap. 3 § patientlagen.

uppdrag och verksamheter, vilket kan försämra verksamheternas möjlighet till att samverka. Utmanande är också att regionen och kommunerna har olika dokumentationssystem, vilket försvårar informationsöverföringen. Ytterligare utvecklingsområden som framkommer i intervjuer i länet är till exempel att utveckla SIP, identifiera sköra patienter och utöka patient- och brukarmedverkan.

Uppföljning av samverkansinsatser

Av förra årets uppföljning framkom att det saknades systematiska uppföljningar av om insatserna ledde till en utveckling av samverkan eller samordningen i regionerna och kommunerna.

Årets uppföljning visar att regioner och kommuner under 2023 har följt upp särskilda områden eller arbetssätt inom ramen för arbetet med omställningen. Regioner och kommuner har främst följt upp sina egna aktiviteter eller insatser avseende hur arbetet med omställningen till en god och nära vård utvecklats men det finns exempel på att regioner och kommuner har följt upp eller utvärderat gemensamma arbetssätt eller projekt i samverkan. Många av de indikatorer eller nyckeltal som tagits fram i länen mäter eller berör samverkan eller samordning mellan vård- och omsorgsgivare. Det gäller exempelvis mått på antal genomförda SIP⁶¹ och mått som avspeglar utskrivningsprocessen.

I regionernas och kommunernas redovisningar bedöms olika former av teamarbete ofta vara en framgångsfaktor för att förbättra samverkan i arbetet med omställningen mot en god och nära vård. Det finns exempel på att det har skapats team inom regioner respektive kommuner samt mellan regioner och kommuner. Det kan till exempel vara team med olika professioner från samma huvudman eller team där samma eller olika professioner från både regionen och kommunen ingår och samverkar.

Här följer exempel på där regionen och kommunen har följt upp och utvärderat gemensamma arbetssätt med fokus på samverkan och team. I modellområde Östra Norrbotten har hälsocentraler och kommuner startat upp mobila nära vårdteam med gemensam finansiering. Teamen består av sjuksköterskor och syftet är bland annat att förstärka vården i hemmet för hela befolkningen och bidra till sömlös vård mellan olika vårdgivare och aktörer. Teamen erbjuder bland annat bedömningar, vård och behandling i hemmet under en begränsad tid. En uppföljning av arbetet har genomförts, och den visar att en stor del av patienterna fått sina medicinska behov tillgodosedda i det egna hemmet. Det framkommer även att

⁶¹ 16 kap. § 4 HSL och 2 kap. § 7 SoL.

hemtjänstpersonal upplever en trygghet när det snabbt går att få kontakt med teamen för en bedömning om den enskildes hälsa förändras eller försämras.

I Västra Götalands län samverkar team som arbetar med förebyggande arbete och team som arbetar med rehabilitering och personcentrering efter hemgång till exempel efter en sjukdomsperiod eller sjukhusvistelse. Uppföljningen visar att det teambaserade arbetssättet har fått positiv effekt för den enskilde individen och för samhällsekonomin, eftersom färre insatser behövts från region och kommun.

Av redovisningarna framgår att många regioner och kommuner i landet registrerar olika typer av statistik kontinuerligt. Det kan till exempel handla om att följa antal vårddygn, antal dagar patienten är utskrivningsklar, antal återinskrivningar till slutenvården och antal SIP. Dock redovisas inte alltid någon uppföljning eller utvärdering av denna statistik. En förklaring kan vara att statistiken endast registreras och inte systematiskt följs upp eller utvärderas.

Det finns exempel på att regioner och kommuner i samverkan följer upp och utvärderar denna statistik i hela eller delar av processerna som berör inskrivning- och utskrivningsprocessen mellan primärvården och slutenvården. I Uppsala finns till exempel en gemensam analysgrupp för samverkansprocesser i länet som bland annat följer upp utskrivnings- och SIP-processen löpande och genom årlig verksamhetsberättelse.

En uppföljning från Västmanlands län visar att införandet av gemensamma närvårdsteam minskat antalet akuta besök för patienter som är anslutna till närvårdsteamet och att behov av vård på sjukhus har mer än halverats. Av redovisningen framgår även att det har skett en minskning av antalet besök både till vårdcentral och till specialistvård, och även antalet ambulansresor har minskat.

Flera kommuner i Hallands län har tillsammans med regionen gemensamt följt upp hur patienter uppfattar utskrivningsprocessen. Resultatet visar att majoriteten av patienterna upplever utskrivningsprocessen som trygg och säker och att de vet vart de ska vända sig med frågor efter hemkomst från sjukhusvistelse.

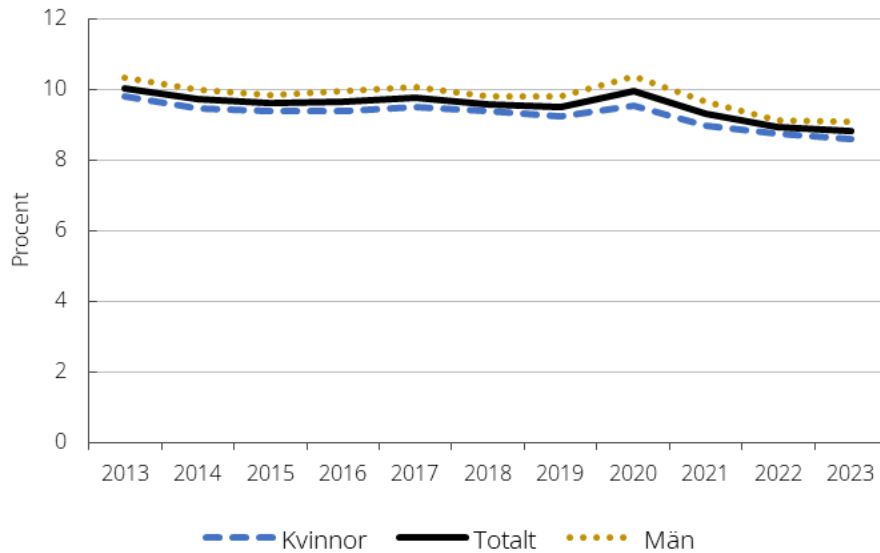
Socialstyrelsen lämnar i denna rapport förslag på indikatorer som kan användas för att följa omställningen till en god och nära vård. Några av dessa berör in- och utskrivningsprocessen och kan vara indikator på hur samordnad vården är. En närmare beskrivning av indikatorerna finns i Bilaga 2.

Uppgifter från patientregistret visar att oplanerade återinskrivningar bland äldre har minskat något sett över en längre tidsperiod, men inte förändrats i någon större utsträckning mellan 2022 och 2023, se Figur 10. Indikatorn belyser allt för tidig utskrivning från slutenvård, eller utskrivning där

uppföljning och fortsatt omhändertagande via regionernas öppenvård eller kommunal hälso- och sjukvård inte är tillräckligt samordnad.

Figur 10: Oplanerade återinskrivningar bland äldre

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

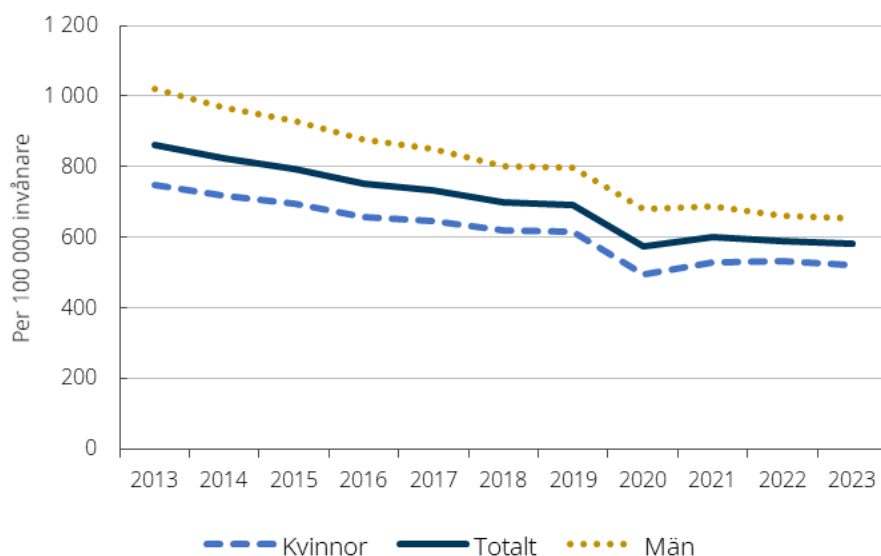


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

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 11.

Figur 11: Påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom

Antal slutenvårdsperioder för patienter med diagnosen hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL per 100 000 invånare 20 år eller äldre, åldersstandardiserade värden

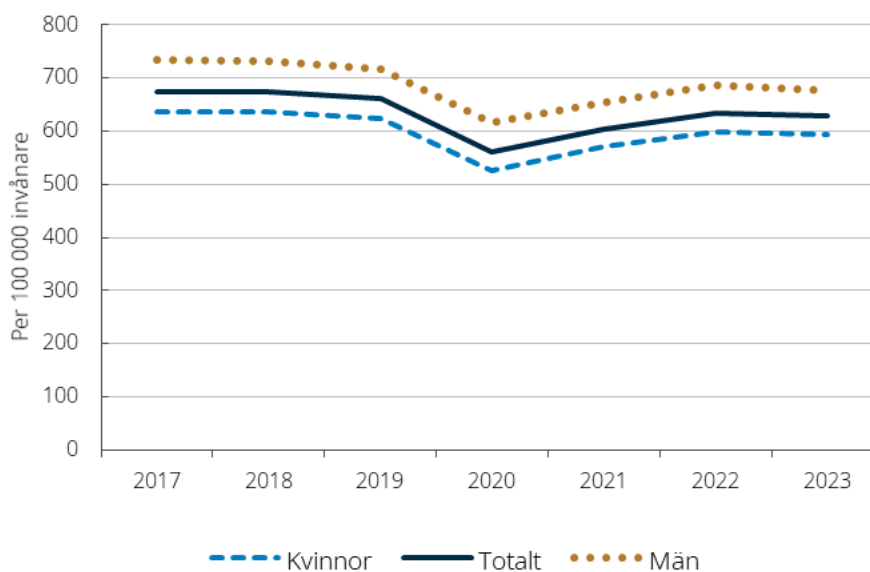


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

En tredje indikator är antalet besök på akutmottagning – 80 år eller äldre. Den visar att sådana besök varierat över tid, troligen på grund av pandemin, men inte har förändrats i någon större utsträckning mellan 2022 och 2023, se Figur 12. Denna indikator ingår inte i det urval av 12 kärnindikatorer som Socialstyrelsen valt ut och redovisar i Bilaga 2.

Figur 12: Besök på akutmottagning – 80 år eller äldre

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



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Sammantaget ger indikatorerna visst stöd för att samordningen kan ha förbättrats sett över en längre tidsperiod. Mellan 2022 till 2023 syns dock ingen tydlig förändring.

Slutsatser och sammanfattning

I förra årets uppföljning framkom vissa tecken på att samverkan och samarbetsklimatet mellan regioner och kommuner har utvecklats och blivit bättre. Årets uppföljning bekräftar i stort denna bild. Undersökningen visar att samverkan mellan den regionala och kommunala primärvården har fortsatt att förbättras. Utvecklingen av samverkan mellan primärvården och regionala specialistvården har inte kommit lika långt och behöver utvecklas.

Av tidigare uppföljningar framgår att många regioner och kommuner hade utsedd personal som arbetade med någon form av samordningsinsatser, exempelvis vårdkoordinatorer och samordnare. Enligt årets redovisning har den utvecklingen fortsatt, och det är vanligt att regioner och kommuner har olika samordningspersoner/funktioner som exempelvis ska samverka och utifrån patientens behov planera fortsatt vård och omsorg efter utskrivning från slutenvården. Många regioner och kommuner redovisade redan vid förra årets uppföljning att de bedrev olika samverkansprojekt med fokus på former av teamarbete. Nu framkommer att många regioner och kommuner har breddinfört samverkansprojekt, exempelvis med fokus på olika typer av team, samfinansierade mottagningar och samverkansprojekt som berör digitala arbetssätt. Det finns också exempel på att regioner och kommuner i

samverkan har följt upp eller utvärderat gemensamma arbetssätt eller projekt.

Det finns skillnader och likheter i hur arbetet med omställningen och samverkansinsatser drivs. Det framkommer bland annat av en fördjupad studie i Stockholms, Kalmars och Värmlands län.

Generellt framkommer att samverkan mellan regioner och kommuner i länen uppfattas ha förbättrats. Regionernas och kommunernas verksamheter har lokalt kommit olika långt i arbetet med omställningen. Det finns skillnader i hur arbetet är organiserat, hur det genomförs i verksamheterna och hur de samverkar med andra verksamheter.

Av de intervjuer som Socialstyrelsen genomfört med verksamhetsföreträdare i de tre länen framgår att ekonomiska utmaningar kan påverka hur samverkan mellan regionen och kommunerna kommer att utvecklas. Det handlar dels om det ekonomiska läget i stort för hälso- och sjukvården, dels om att verksamheterna får otillräckliga resurser för arbetet med omställningen.

I kommunerna finns även utmaningar till följd av att allt fler patienter med omfattande hälso- och sjukvårdsbehov kommer att skrivas ut till kommunerna. För att kommunerna ska ha möjlighet och förmåga att ta hand om patienter med omfattande hälso- och sjukvårdsbehov kommer de behöva ökade resurser, både för att rekrytera och för att utbilda personal. Ytterligare utmaningar som kan försvåra samverkan mellan region och kommuner är att parterna saknar kunskap om varandras uppdrag och verksamheter och om många utförare är involverade i den enskildes vård och omsorg.

Företrädarna för regioner och kommuner i länen har ofta samma syn när det gäller utmaningar i arbetet med omställningen till en god och nära vård. En utmaning är att det är svårt att förankra arbetet med omställningen hos personalen längst ut i verksamheterna och att patienter och brukare behöver involveras i större omfattning. Informationsöverföringen är också en utmaning eftersom att regioner och kommuner ofta har olika dokumentationssystem.

Kommuner och regioner i länen behöver även utveckla och förbättra arbetet med SIP⁶².

Regioner och kommuner har främst följt upp sina egna aktiviteter eller insatser avseende hur arbetet med omställningen till en god och nära vård utvecklats sedan omställningen inleddes. Det finns dock exempel på att regioner och kommuner i samverkan har följt upp eller utvärderat gemensamma arbetssätt eller projekt. Många av de indikatorer eller nyckeltal som länen tagit fram mäter eller berör samverkan eller samordning

⁶² 16 kap. § 4 HSL och 2 kap. § 7 SoL.

mellan vård- och omsorgsgivare, exempelvis mått på antal genomförda SIP och mått som avspeglar utskrivningsprocessen.

Flera uppföljningar visar att teamwork i olika former är en framgångsfaktor för att förbättra samverkan i arbetet med omställningen mot en god och nära vård. Det gäller även det gemensamma teamwork som regioner och kommuner genomfört och som berör hela eller delar av inskrivnings- och utskrivningsprocessen mellan primärvården och slutenvården.

Många regioner och kommuner i landet registrerar olika typer av statistik kontinuerligt, exempelvis antal vårddygn, antal SIP och antal återinskrivningar till slutenvården. Dock redovisas inte alltid någon uppföljning eller utvärdering av denna statistik. En förklaring kan vara att statistiken endast registreras och inte systematiskt följs upp eller utvärderas.

Arbete med kontinuitet och delaktighet

Regioner och kommuner arbetar med kontinuitet och delaktighet med stöd av olika verktyg. I detta kapitel beskrivs insatser och resultat av arbete med fast läkarkontakt⁶³, fasta vård⁶⁴- och omsorgskontakter⁶⁵ och dokumenterade överenskommelser (patientkontrakt).

Fast läkarkontakt

Fast läkarkontakt är en namngiven läkare, på en vårdcentral eller motsvarande vårdenhet, som kan samordna patientens vård. Fast läkarkontakt syftar till att skapa trygghet och kontinuitet genom att möjliggöra en förtroendefull relation mellan läkare och patient samt till att främja patientsäkerheten.⁶⁶

Regionerna ska enligt lag organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan välja och få tillgång till en fast läkarkontakt. Invånarna ska få information om fast läkarkontakt bland annat i den listningstjänst som regionerna ska tillhandahålla för listning på vårdcentral eller motsvarande.⁶⁷

Socialstyrelsen har tagit fram stöd [13] till regionerna för att de i sin tur ska utveckla arbetet med fast läkarkontakt. Det inkluderar bland annat ett nationellt riktvärde för hur många invånare en specialistläkare i primärvården normalt kan ansvara för som fast läkarkontakt. Riktvärdet är 1100 invånare per specialist i primärvården men behöver anpassas till lokala förutsättningar. Stödet syftar till att stödja vårdcentraler och motsvarande vårdenheter att dimensionera och utveckla uppdraget fast läkarkontakt på ett sätt som är förenligt med verksamhetens uppdrag och arbetsmiljö. Därutöver har myndigheten tagit fram kompetensmål för fast läkarkontakt i primärvården och en rad andra stödmaterial.

⁶³ 7 kap. 3 § första stycket HSL och 6 kap. 3 § patientlagen.

⁶⁴ 6 kap. 1 § patientlagen och 4 kap. 1 § HSF.

⁶⁵ 4 kap. 2 b § SoL.

⁶⁶ Prop. 1997/98:189 Patientens ställning s. 22 och prop. 1994/95:195 Primärvård, privata vårdgivare med mera. s. 40 f.

⁶⁷ 7 kap. 3 § första stycket HSL och 3 kap. 2 § 3 och 6 kap. 3 § patientlagen samt 3 § 4 och 15 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2023:26) om listningstjänst för vårdval och vårdval på annat sätt.

Rapporterad andel med namngiven fast läkarkontakt har ökat

Enligt regionernas svar på årets enkät har andelen invånare som har en fast namngiven läkarkontakt i primärvården ökat.⁶⁸ Fram till 2024 innehöll överenskommelserna mellan staten och SKR, om god och nära vård ett mål om att andelen som har en namngiven fast läkarkontakt i primärvård ska utgöra minst 55 procent av befolkningen. Målet har dock aldrig preciserats fullt ut, vilket öppnat upp för olika tolkningar av hur det ska mätas, vilket gör att de uppgifter som regionerna redovisar inte är helt jämförbara. Dessutom skiljer sig såväl arbetssätt som rutiner för exempelvis vem som kan vara fast läkarkontakt, eller hur stort antal listade invånare det kan vara per läkare.

Enligt regionernas svar hade i genomsnitt 59 procent av befolkningen en fast namngiven läkarkontakt 2023, att jämföra med 53 procent 2022. I merparten av regionerna uppges andelen ha ökat. Regionenkätens fråga bedöms emellertid i huvudsak mäta hur många av invånarna som har en namngiven läkare i regionens interna listnings- eller journalsystem.⁶⁹ Bedömningen grundar sig bland annat på regionernas svar i den årliga enkäten, de höga andelarna av fast läkarkontakt som vissa regioner presenterar, samt det faktum att endast en region kan följa om invånarna haft möjlighet att välja läkare.

Rapporterad andel fast läkarkontakt skiljer sig från andra mätningar

En analys visar att regionernas uppgifter om andelen som har en fast läkarkontakt skiljer sig från resultaten i befolkningsundersökningen *Vården ur befolkningens perspektiv* [7] se Figur 13. I denna undersökning uppges ungefär en tredjedel att de har en ordinarie läkare som de vanligtvis går till för vård. En del av skillnaden kan troligen förklaras med att frågorna som ställs i respektive undersökning skiljer sig åt.⁷⁰ Frågan i befolkningsenkäten lyder ”Har du någon ordinarie läkare som du vanligtvis går till för vård?”, medan regionernas uppgifter i huvudsak speglar antal listade på en namngiven läkare. Det senare behöver inte betyda att andra faktorer som förknippas med begreppet fast läkarkontakt är uppfyllda, exempelvis om invånarna informerats om sin namngivna läkare och givits möjlighet att välja läkare.

⁶⁸ Frågan som ställdes lyder: Hur stor andel av befolkningen i regionen hade en fast namngiven läkarkontakt den sista december 2023?

⁶⁹ I förra årets uppföljning framkom att de flesta regioner hämtade uppgifter från sina listnings- eller journalsystem. Tre regioner angav andra källor.

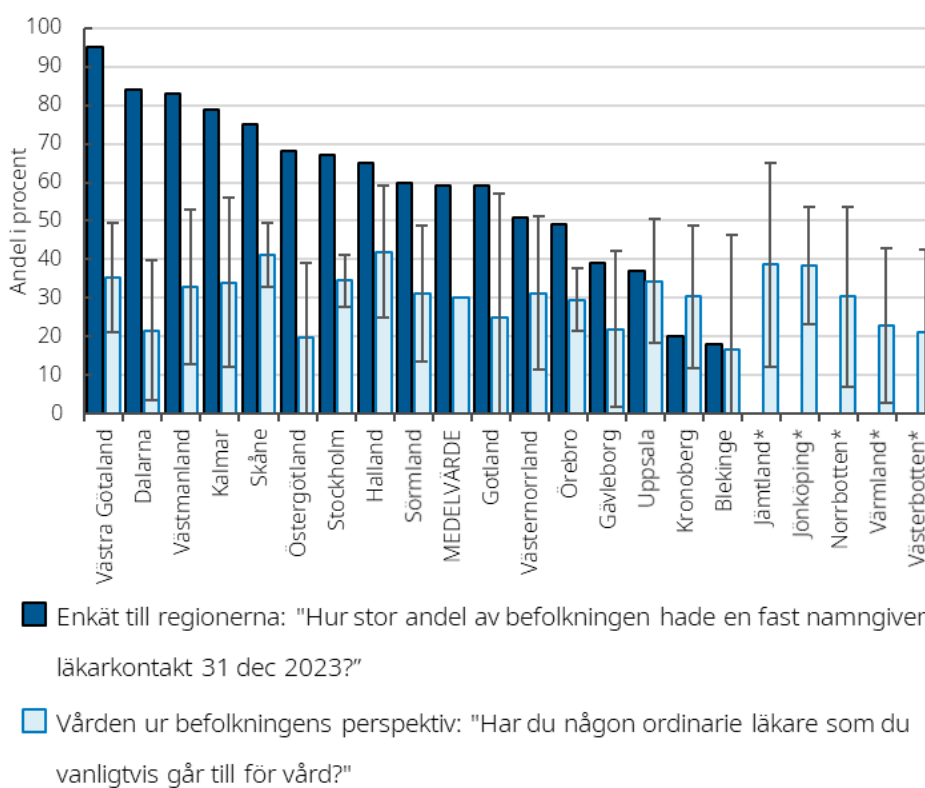
⁷⁰ Det är t.ex. möjligt att en del av de tillfrågade i undersökningen sällan besöker vårdcentralen och därför svarar nej på frågan, även om de har en namngiven läkare i regionens system.

Analysen från Vård- och omsorgsanalys tyder på att det oftast är vårdgivaren som utser den fasta läkaren och att det inte alltid kommuniceras till patienten, vilket kan innebära att en individ är tilldelad en fast läkare utan att känna till det [8].

Skillnaden kan också spegla en viss diskrepans mellan fast/ordinarie läkare på papperet och i praktiken, exempelvis vad gäller tillgänglighet till den fasta läkaren eller kännedom om vem ens fasta läkarkontakt är.

Figur 13. Jämförelse namngiven läkare – ordinarie läkare

Regionernas rapporterade andel med en fast namngiven läkarkontakt och andel i undersökningen Vården ur befolkningens perspektiv som har en ordinarie läkare som de vanligtvis går till för vård. Den senare andelen visas med 95-procentiga konfidensintervall (svarta tunna felstaplar).



■ Enkät till regionerna: "Hur stor andel av befolkningen hade en fast namngiven läkarkontakt 31 dec 2023?"

□ Vården ur befolkningens perspektiv: "Har du någon ordinarie läkare som du vanligtvis går till för vård?"

* Andel med fast namngiven läkare kan inte rapporteras.

Källa: Socialstyrelsens enkät till regioner, uppföljning god och nära vård 2023 och *Vården ur befolkningens perspektiv 2023*, Myndigheten för vård och omsorgsanalys.

Fast läkarkontakt i särskilt boende prioriterat enligt regionerna

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. Den andelen ska vara minst 80 procent vid utgången av 2022.

Majoriteten av regionerna (12 av 21) anger att andelstalet inte kan uppskattas. Det beror antagligen på att regionerna inte kan följa andelstalet i sina verksamhetssystem.⁷¹ Andelstalet bland de regioner som angivit ett sådant varierar mellan 90 och 100 procent. Det framgår oftast inte hur regionen har tagit fram andelstalet.⁷² Flera regioner skriver dock att de prioriterar fasta läkarkontakter till särskilt boende.

Regionerna ställer olika krav på fast läkarkontakt i primärvården

Läkare inom den offentligt finansierade primärvården som arbetar på vårdcentraler eller motsvarande vårdenheter kan vara fast läkarkontakt.⁷³ Socialstyrelsen har tagit fram kompetensmål för en fast läkarkontakt i primärvården. Kompetensmålen anger de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som Socialstyrelsen bedömer är särskilt centrala för uppdraget. Utgångspunkten för kompetensmålen är det allmänmedicinska arbetssättet och förhållningssättet [13].

Enligt regionernas uppgifter har alla utom 1 region rutiner för vem som kan vara fast läkarkontakt på vårdcentralen eller motsvarande vårdenhet.

Av Figur 14 framgår att i vissa regioner kan även legitimerade läkare utan specialistbevis (4 regioner) och hyrläkare (8 regioner) vara fast läkarkontakt. Av fritextsvaren framgår att det i vissa fall då ställs andra särskilda krav, exempelvis på längre kontrakt för inhyrda läkare för att viss kontinuitet ändå ska kunna uppnås, eller lång yrkeserfarenhet från primärvården för läkare utan specialistbevis. Det framgår inte av undersökningen vilken utbildningsnivå eller specialitet som krävs av hyrläkare. Av fritextsvaren vad gäller andra specialiteter framgår att det ofta handlar om specialister i geriatrik och barn- och ungdomsmedicin, och att dessa då kan vara fast läkare för sina respektive patientgrupper.

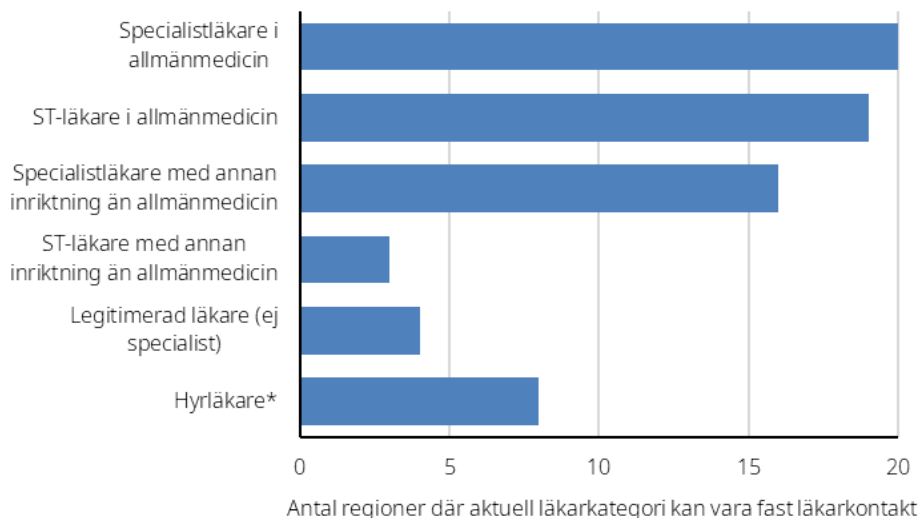
⁷¹ Se föregående års uppföljning

⁷² I förra årets uppföljning framgick att uppgifterna ofta byggde på särskilda undersökningar eller andra bedömningar.

⁷³ 7 kap. 3 § första stycket HSL, och 1 kap. 2 § andra stycket och 6 kap. 3 § patientlagen.

Figur 14. Kategorier av läkare som kan vara fast läkarkontakt i olika regioner

Antal regioner där aktuell läkarkategori kan vara fast läkarkontakt. Redovisningen avser de 20 regioner (av 21) som beslutat om mål eller rutiner.⁷⁴



* Specialitetskrav på hyrläkare framgår inte av undersökningen.

Källa: Socialstyrelsens enkät till regioner, uppföljning god och nära vård 2023.

Socialstyrelsen har jämfört regionernas inrapporterade andel med fast läkarkontakt och hur många olika typer av läkare som enligt regionens rutiner tillåts vara fast läkarkontakt. Vid jämförelsen noteras inget samband. Det kan indikera att regioner som har svårare att bemanna sina vårdcentraler med allmänspecialister och/eller fast anställda läkare ställer andra krav på vem som kan vara fast läkarkontakt. Vid motsvarande jämförelse mellan rapporterad andel med fast namngiven läkarkontakt och antalet sysselsatta allmänspecialister per invånare i regionerna, noterades en svag positiv samvariation.⁷⁵ Det kan tolkas som att möjligheten att ge invånarna en fast läkarkontakt också i hög grad är beroende av andra faktorer.

Rapporterade åtgärder i arbetet med fast läkarkontakt

Av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, framgår det att regionen ska organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan välja och få tillgång till en fast läkarkontakt.⁷⁶ Enligt patientlagen (2014:821) ska patienten få möjlighet att välja och få

⁷⁴ Här används ordet rutiner för att inte förväxla med exempelvis nationella riktlinjer. Fråga som regionerna besvarat lyder dock ”Har regionen antagit riktlinjer eller interna mål för vem som kan vara fast läkarkontakt i primärvården?”

⁷⁵ Korrelationskoefficienten för sambandet på regionnivå är 0,18.

⁷⁶ 7 kap. 3 § första stycket HSL.

tillgång till en fast läkarkontakt hos den utförare inom primärvården som patienten valt genom listning.⁷⁷

Endast 1 region, Blekinge, uppger sig kunna följa om patienten gjort ett aktivt val av fast läkare. I den regionen uppges samtliga av de invånare som har en fast läkarkontakt (18 procent) också själva ha gjort ett aktivt val av läkare.

Flera regioner rapporterar om pågående insatser för att förbättra rapportering av fast läkarkontakt, inklusive att kunna följa namngiven läkare automatiskt i de administrativa systemen. Emellertid är det i aktuell undersökning 5 regioner som inte kunnat rapportera in uppgifter för 2023, vilket är 2 fler än året innan. Därutöver arbetar flera regioner med att göra uppgifter om fast läkarkontakt tillgängliga för invånarna på 1177.

Merparten av regionerna (17 av 21) har beslutat om insatser med anledning av Socialstyrelsens nationella riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården [14]. Flertalet av dessa regioner uppger att de arbetar mot de nationella riktvärdena: 1100 listade per specialist i allmänmedicin och 550 listade per ST-läkare.⁷⁸ Ansatserna och tidshorisonerna skiljer sig dock åt. I flertalet regioner pågår enligt uppgift arbete med en samlad handlingsplan för att stärka utbildning, rekrytering och kvarstannande av allmänspecialister inklusive att utöka möjligheten till ST-tjänstgöring inom allmänmedicin.

Många patienter får inte information om fast läkarkontakt

Av patientlagen framgår det att patienten ska få information om möjligheten att välja och få tillgång till en fast läkarkontakt hos den utförare (vårdcentral eller motsvarande vårdenhet) inom primärvården som patienten har valt genom listning.⁷⁹ I överenskommelsen mellan staten och SKR om god och nära vård 2023 [1] ska regionerna säkerställa att patienter får information om vem som är deras fasta läkarkontakt.

Vidare ska regionen enligt HSL tillhandahålla ett elektroniskt system för listningen, en så kallad listningstjänst.⁸⁰ Enligt föreskrifter på området ska varje region i listningstjänsten informera om fast läkarkontakt. Även de som inte använder sig av listningstjänsten för att lista sig på en vårdcentral eller motsvarande vårdenhet ska få denna information⁸¹.

⁷⁷ 6 kap. 3 § patientlagen.

⁷⁸ Det nationella riktvärdet är ett stöd till regioner och enskilda hälso- och vårdcentraler. Det behöver anpassas utifrån lokala förutsättningar såsom invånarnas vårdbehov, vilka andra yrkesgrupper som ingår i teamet på hälso- eller vårdcentralen, arbetssätt samt läkarnas erfarenhet och tjänstgöringsgrad.

⁷⁹ 3 kap. 2 § 3 och 6 kap. 3 § patientlagen.

⁸⁰ 7 kap. 3 a § tredje stycket HSL.

⁸¹ 3 § 4 och 15 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2023:26) om listningstjänst för vårdval och vårdval på annat sätt.

I drygt hälften av regionerna (11 av 21) uppges det i dag vara möjligt för invånaren att få information om sin fasta läkarkontakt via 1177. I resterande regioner uppges att invånarna kan få information i samband med kontakt med läkaren eller annan personal vid vårdcentralen eller motsvarande vårdenhet. Av fritextsvaren till Socialstyrelsens i enkät framgår att det i vissa regioner är upp till patienten själv att söka ta reda på informationen snarare än att vårdgivaren eller regionen aktivt informerar patienten. I Vård- och omsorgsanalys senaste PM om fast läkarkontakt framkom att endast en av fyra tillfrågade invånare [12] hade fått information om möjligheten att välja en fast läkarkontakt.

Kontinuitetsindex på oförändrad nivå

Kontinuitetsindex mäter i vilken utsträckning patienter får träffa samma läkare vid sina besök på hälso-/vårdcentralen. Ingen nämnvärd förändring har skett sedan föregående år. Indexet är emellertid trögrörligt eftersom det mäts över en 18-månadersperiod, och förändringar noteras bättre över längre tid än ett år. I tabell 4 ges ett exempel på vad ovanstående nivåer på kontinuitetsindex innebär för en patient som haft sex läkarbesök under de senaste 18 månaderna. Index varierar mellan regionerna men även den region som ligger högst har ett relativt lågt värde.⁸²

Tabell 4. Exempel på kontinuitetsindex vid 6 läkarbesök

Kontinuitetsindex	Antal läkarbesök under 18 månader			
	Läkare 1	Läkare 2	Läkare 3	Läkare 4
0,4	4	1	1	-
0,27	3	2	1	-
0,2	3	1	1	1

Källa: Primärvårdskvalitet

Samvariation mellan inrapporterade fasta läkarkontakter och kontinuitetsindex är svagt

När regionernas inrapporterade uppgifter om andelen invånare med fast läkarkontakt och jämförs med kontinuitetsindex till läkare i samma regioner är samvariationen mycket svagt positiv (dvs de två måtten rör sig i samma riktning men endast svagt). En region kan alltså rapportera en hög andel invånare med fast namngiven läkarkontakt utan att det avspeglas i hög kontinuitet för den grupp som besöker vården mest. Att sambandet mellan måtten är svagt kan ha flera orsaker. En kan vara att rapporterade andelar

⁸²Indexet mäts bland de listade patienter som haft minst tre besök hos läkare på vårdcentralen under de senaste 18 månaderna, och skalan går från 0 till 1. I december 2023 låg indexet på i genomsnitt 0,30. Regionen med lägst värde hade 0,18 medan regionen med högst värde hade 0,40.

med fast läkarkontakt främst speglar listning av patienter på en namngiven läkare, snarare än ett arbetssätt kring fast läkarkontakt som stödjer läkarkontinuitet. Vidare görs mätningarna i olika befolkningsgrupper. Namngiven fast läkarkontakt mäts bland listade patienter (i princip regionens befolkning), medan kontinuitetsindex till läkare mäts bland listade invånare som haft minst tre läkarbesök vid hälso-/vårdcentralen under de senaste 18 månaderna. Vid stickprov i Region Jönköping hade ca 20 procent av vårdcentralens listade patienter gjort minst tre läkarbesök de senaste 18 månaderna och ingick därmed i beräkningen av detta kontinuitetsindex⁸³. Därutöver mäts kontinuitetsindex i relation till samtliga läkare som patienten/invånaren träffar på vårdcentralen, oavsett om det är en eventuell fast namngiven läkarkontakt eller ej. Dessutom behöver det inte alltid vara de personer som besöker vården mer frekvent som har en fast läkarkontakt, utan det kan exempelvis vara de personer som önskat en sådan. Myndigheten för vård och omsorgsanalys visar dock att personer med kronisk sjukdom respektive högre ålder i genomsnitt har ett högre kontinuitetsindex, vilket tyder på att dessa grupper prioriteras vad gäller att få träffa samma läkare vid sina vårdcentralbesök [12].

Fasta vård- och omsorgskontakter har ökat enligt kommunerna

En fast vårdkontakt ska utses av en verksamhetschef om patienten begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.⁸⁴ En fast omsorgskontakt är en person som arbetar i hemtjänsten och som är utsedd att ha ett särskilt ansvar för den som har hemtjänst.⁸⁵

I kartläggningen anger en hög andel av kommunerna (74 %) att antalet patienter med fast omsorgskontakt⁸⁶ har ökat sedan arbetet med omställningen inleddes. Motsvarande andel för fast vårdkontakt⁸⁷ är lägre (43 %) se tabell 5. Det är dock en relativt stor andel av kommunerna som inte kan bedöma om antalet ökat.

⁸³<https://skr.se/primarvardskvalitet/indikatoromraden/indikatoromradena/kontinuitet.58443.html>. Hämtad 2024-04-11.

⁸⁴ 4 kap. 1 § HSF, och 6 kap. 2 § patientlagen.

⁸⁵ Enligt 4 kap. 2 b § socialtjänstlagen SoL ska den som har hemtjänst med stöd av 1 eller 2 a § erbjudas en fast omsorgskontakt, om det inte bedöms vara uppenbart obehövligt.

⁸⁶ 4 kap. 2 b § SoL.

⁸⁷ 6 kap. 2 § patientlagen och 4 kap. 1 § HSF.

Tabell 5: Andel kommuner i procent som svarat på om fasta kontakter ökat sedan arbetet med omställningen inleddes (cirka 2019)

	Ja	Nej	Kan inte bedömas	Saknas svar
Antalet patienter med fast vårdkontakt har ökat	43	6	47	4
Antalet patienter med fast omsorgskontakt har ökat	74	3	19	3

Enligt överenskommelsen om god och nära vård mellan staten och SKR 2023 ska regionerna utarbeta rutiner för att dokumentera och registrera uppgifter om en patients fasta vårdkontakt, så att datainsamling kan ske effektivt och likvärdigt och det blir möjligt att följa den nationella utvecklingen löpande och över tid. Cirka hälften av regionerna (12 av 21) uppger att de har sådana rutiner. Det är alltså färre regioner som kan följa hur många patienter som har fast vårdkontakt jämfört med hur många regioner som kan följa hur många patienter som har fast läkarkontakt.

Olika sätt att arbeta med sammanhållen planering

I överenskommelsen mellan staten och SKR för 2023 ingick arbete med patientkontrakt men i överenskommelsen för 2024 används inte längre begreppet patientkontrakt, utan istället används begreppet dokumenterad överenskommelse. Nya former för samverkan håller på att utvecklas. Inera har startat projektet sammanhållen planering på 1177. Det är tänkt att bli en digital tjänst som svarar mot målet med patientkontrakt. I uppföljningen förhåller sig Socialstyrelsen till att begreppet patientkontrakt ofta ersätts med andra samverkansformer med likartade syften.

Patientkontrakt är en gemensam överenskommelse mellan patient och vårdgivare som syftar till att säkerställa delaktighet, samordning, tillgänglighet och samverkan, med patientens perspektiv som utgångspunkt. För att kunna bedöma hur långt regionerna kommit i arbetet med patientkontrakt har regionerna fått ange vilka insatser de genomfört utifrån en lista på möjliga åtgärder. Regionernas svar framgår av Figur 15. Nästan alla regioner (19 av 21) uppger att de genomfört försök med patientkontrakt eller motsvarande.⁸⁸ Många har även utbildat och informerat personalen om patientkontrakt eller motsvarande. Regionerna i Jönköpings, Kronobergs, Hallands, Dalarnas och Västernorrlands län uppger att de infört patientkontrakt eller motsvarande brett i sin hälso- och sjukvårdsverksamhet.

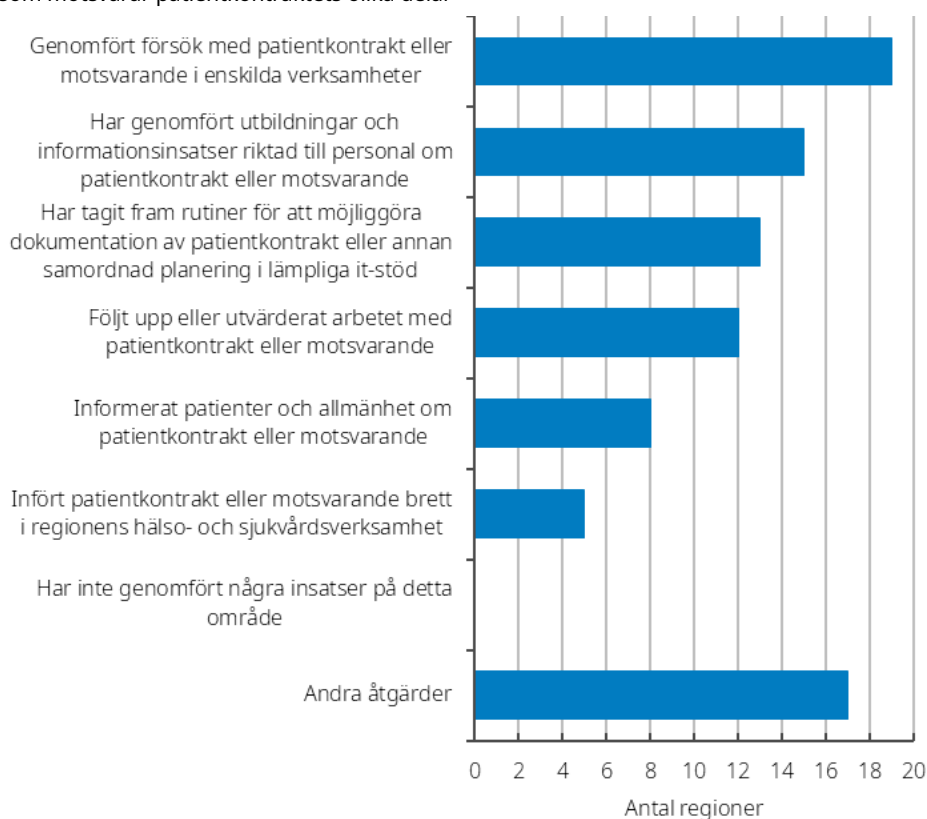
⁸⁸ De enda regioner som svarat nej på denna fråga är de i Norrbottens och Stockholms län.

De är med andra ord de regioner som uppger sig ha kommit längst i arbetet med patientkontrakt.

Enligt överenskommelsen om god och nära vård ska regionerna i utvecklingen av patientkontrakt samverka med den kommunala hälso- och sjukvården. Drygt hälften av RSS-organisationerna (13 av 25) uppger att regionerna genomfört sådan samverkan med vissa eller alla kommuner i länet respektive RSS-området. I 7 av dessa har alla kommuner deltagit i samverkan.

Figur 15: insatser avseende patientkontrakt

Antal regioner som uppgett att de genomfört insatser avseende patientkontrakt eller arbete som motsvarar patientkontraktets olika delar



Källa: Regionernas redovisningar av insatser inom god och nära vård 2023

SIP det vanligaste planeringsverktyget

Sammanhållen planering är en central del i patientkontraktet eller den dokumenterade överenskommelsen. Sådan planering kan dock genomföras med olika planeringsinstrument. Kartläggningen visar att nästan alla regioner (19 av 21) använder SIP⁸⁹ som huvudsakligt planeringsinstrument. Regionerna i Östergötland och Gävleborg använder andra instrument exempelvis, rehabiliteringsplaner och omsorgsplaner. Region Gävleborg har i en tidigare redovisning skrivit att det är en fördel om patientkontraktet och

⁸⁹ 16 kap. 4 § HSL och 2 kap. 7 § SoL.

SIP hålls isär och det förstnämnda blir patientens egen plan för vård, behandling och omsorg, medan SIP kan innehålla fler delar och involvera fler aktörer exempelvis Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen [2].

Bland de regioner som har SIP som huvudsakligt planeringsinstrument är det flera som även använder andra instrument. Regionerna i Hallands och Jämtlands län använder exempelvis *Min vårdplan Cancer*.

Sammanfattning och slutsatser

Totalt 16 regioner har redovisat uppgifter om hur stor andel av befolkningen som har en namngiven fast läkarkontakt⁹⁰ i primärvården. Enligt dessa redovisningar hade i genomsnitt 59 procent av befolkningen en sådan kontakt. Socialstyrelsen bedömer att uppgiften i huvudsak speglar att invånaren har en namngiven läkare i exempelvis regionens interna listningssystem.

Att någon är listad med en namngiven fast läkarkontakt innebär inte nödvändigtvis att den enskilde invånaren har valt denna läkarkontakt eller uppfattar att hen har en namngiven fast läkarkontakt. Analyser visar nämligen att regionernas uppgifter om andelen som har en fast läkarkontakt skiljer sig från undersökningar där befolkningen har fått svara på om de har någon ordinarie läkare som de vanligtvis går till för att få vård. Det är dessutom endast 1 region som kan följa om invånaren själv valt sin fasta läkarkontakt.

Att någon har en namngiven fast läkarkontakt innebär inte heller att hen får träffa samma läkare vid olika tillfällen. Samvariationen mellan andelstalen för regionernas inrapporterade fasta läkarkontakter och kontinuitetsindex i respektive region är liten.

Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att det krävs ytterligare insatser i regionerna för att fast läkarkontakt ska bli verklighet för fler invånare. Bland annat behövs åtgärder för att fler ska få information om möjligheten att välja en fast läkarkontakt. Socialstyrelsen bedömer vidare att det krävs ytterligare insatser i regionerna för att de ska leva upp till kravet att informera invånarna om möjligheten att välja en fast läkarkontakt.

Vid sidan om fast läkarkontakt i primärvården är det även viktigt med andra fasta vårdkontakter⁹¹ och omsorgskontakter⁹². Särskilt för personer med långvariga eller komplexa vård- och omsorgsbehov.

Många kommuner anger att antalet patienter med fast vårdkontakt respektive fast omsorgskontakt har ökat över tid men det är också många kommuner

⁹⁰ 7 kap. 3 § första stycket HSL och 6 kap. 3 § patientlagen.

⁹¹ 6 kap. 2 § patientlagen och 4 kap. 1 § HSF.

⁹² 4 kap. 2 b § socialtjänstlagen (2001:453), SoL.

som inte kan bedöma om detta antal har ökat. Kartläggningen visar även att det är många regioner som inte har rutiner som gör det möjligt att följa hur många patienter som har fast vårdkontakt.

För att invånarna ska bli delaktiga i sin vård behöver de ha en bra överblick av planerade vårdinsatser och fasta vårdkontakter. I tidigare överenskommelser har begreppet patientkontrakt introducerats men det har inte fått så stor spridning. Totalt 5 regioner uppger att de infört patientkontrakt eller motsvarande brett i regionens hälso- och sjukvårdsverksamhet. För att skapa delaktighet behöver invånarna ha god tillgång till information om vårdkontakter och planerade vårdinsatser. De behöver också vara delaktiga i planeringen av vården. Regionerna har i övrigt kommit olika långt i arbetet med patientkontrakt och alternativa lösningar. För många invånare är det bekvämt med digitala lösningar och Socialstyrelsen kommer fortsätta följa Ineras arbete med att utveckla en digital tjänst för samordnad planering.

Goda förutsättningar för vårdens medarbetare

Regioner och kommuner ska enligt överenskommelsen om god och nära vård 2023 redovisa hur de arbetat med en ändamålsenlig kompetensförsörjning för omställningen utveckla förutsättningarna på arbetsplatsen och utbilda framtidens medarbetare. I detta kapitel beskrivs främst de insatser som regioner och kommuner har vidtagit inom utvecklingsområdet goda förutsättningar för vårdens medarbetare.

Kompetensförsörjningen är något som av regioner och kommuner uppfattas som en av de största utmaningarna i arbetet med omställningen, vilket framgår av tidigare uppföljningar av omställningen till en god och nära vård. Socialstyrelsen följer kontinuerligt kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården [15, 16].

Insatser som regioner och kommuner genomfört

Socialstyrelsen har i enkäten ställt frågor till regioner och kommuner om vilka insatser de initierat eller förstärkt för att utveckla förutsättningarna på arbetsplatser och för att utbilda vårdens framtida medarbetare.⁹³ Frågorna har ställts på ett liknande sätt som de frågor om insatser för att utveckla den nära vården med primärvården som nav (se kapitel *Utveckling av den nära vården med primärvården som nav*). Regioner och kommuner har fått ange områden och arbetssätt utifrån en lista på förekommande sådana, enligt tidigare års redovisningar.

Utveckling av arbetsplatser genom utbildning, bättre schemaläggning och teambaserat arbete

Kartläggningen visar att utbildningsinsatser och arbete med att förbättra schemaläggning tillhör sådant som alla regioner och många kommuner uppger att de initierat eller förstärkt för att utveckla förutsättningarna på arbetsplatsen, se tabell 4 och 5 i bilaga 3. Flera regioner och kommuner rapporterar även om insatser för att minska behovet av inhyrd personal och för att ge fler medarbetare rätt eller möjlighet till heltid. Kommunerna

⁹³ Med *initierat* och *förstärkt* avses att regionen under tidsperioden antingen påbörjat ett nytt arbetssätt eller utvecklat ett redan existerande område eller arbetssätt.

uppger även i hög utsträckning att de arbetat med att stärka teambaserade arbetssätt.

Många regioner och vissa kommuner uppger att det initierat eller förstärkt ett stort antal insatser inom utvecklingsområdet. Totalt 5 regioner har initierat eller förstärkt insatser inom samtliga områden som var möjliga att ange i enkäten. Det gäller regionerna i Uppsala, Kalmar, Kronobergs, Värmlands och Östergötlands län. Alla kommunerna i Jönköpings län redovisar att de initierat eller förstärkt insatser inom nästan alla områden som var möjliga att ange i enkäten.⁹⁴

Arbete med att skapa förutsättningar för personal att vidareutbilda sig

Samtliga regioner och många kommuner redovisar att de har initierat eller förstärkt arbete med att skapa förutsättningar för verksamhetsförlagd utbildning (VFU) och för legitimerad personal att vidareutbilda sig, genom exempelvis utbildningsförmån, se tabell 6 och 7 i bilaga 3. Nästan alla (20 av 21) regioner redovisar även arbete med att utveckla samverkan mellan regionen och lärosäten. En stor andel av kommunerna redovisar även att de har genomfört insatser för att skapa förutsättningar för icke legitimerad personal att vidareutbilda sig.

Kommunernas utbildningsinsatser handlar bland annat om utbildning i psykiatriska diagnoser samt undersköterskor som utbildar sig till specialistundersköterskor inom demens- och äldrevård. Kommunerna har även utbildat handledare inom vård och omsorg för att de i sin tur ska handleda undersköterskestudenter som kommer på praktik. Flera kommuner lyfter att de genomfört utbildningar och handledning kring bemötande och förhållningssätt utifrån brukares olika behov samt personcentrerat arbetssätt.

Över hälften av regionerna respektive kommunerna uppger att de initierat eller förstärkt språkutbildande insatser. Det kan handla om att kommuner tagit emot praktikanter som behöver utveckla svenska språket och utbildning av språkombud. Även införande av språkappar i syfte att stärka kunskapen i svenska språket redovisas av kommunerna. Några kommuner anger även att de anställt ungdomar i grundskola och gymnasium genom att erbjuda ”prova på jobb” under loven i syfte att marknadsföra yrken inom vården.

Länsgemensam kompetensförsörjningsplan

Som ett sätt att samverka kring kompetensförsörjningen har kommunerna och regionen i några län tagit fram en länsgemensam

⁹⁴ Enda undantaget var stöd till personalens hälsa. RSS Gotland redovisar att de initierat eller förstärkt arbete inom samtliga områden som redovisas i figuren. I redovisning från Region Gotland framgår dock att insatser inte har genomförts inom samtliga områden.

kompetensförsörjningsplan. Totalt 8 regioner⁹⁵ redovisar att det i länet finns en gemensam kompetensförsörjningsplan för kommunerna och regionen. Det är dock endast fyra RSS som har svarat att det finns en länsgemensam kompetensförsörjningsplan⁹⁶. Att uppgifterna inte är helt samstämmiga kan bero på att begreppet kompetensförsörjningsplan tolkas olika. Det kan även bero på att en kompetensförsörjningsplan i första hand tagits fram av regionen och att kommunerna fått ta del av, eller kommenterat den, men inte tolkat det som att planen är gemensam för regionen och kommunerna.

Region Jönköpings län redovisar att de inom den sydöstra sjukvårdsregionen vartannat år tar fram en kompetensförsörjningsrapport där de jämför regionernas kompetensförsörjningsbehov med utbildningsplatser på lärosäten. Regionen uppger att de under 2024 utreder möjligheten att även få med kommunernas behov. Region Västmanland har tagit fram ”Kompetensplan Västmanland 2030”, i dialog med länets kommuner, Arbetsförmedlingen, utbildningsaktörer och andra aktörer som på olika sätt arbetar inom kompetensförsörjningsområdet.⁹⁷

Det finns även exempel på län där regionen uppger att de inte har en gemensam länsövergripande kompetensförsörjningsplan men där regionen ändå samverkar med kommunerna i länet kring kompetensförsörjningen. Exempelvis Region Västernorrland anger att de och kommunerna samverkar kring exempelvis rekrytering och kompetensutveckling i närsjukvården. Ett mindre antal RSS-organisationer rapporterar att de arbetar med att se över och eventuellt förbereda arbete för en länsgemensam kompetensförsörjningsplan.

Vidareutbildning av sjuksköterskor

Inom ramen för överenskommelsen om god och nära vård 2023 har 400 miljoner kronor avsatts till regionerna och 100 miljoner kronor till kommunerna för att erbjuda sjuksköterskor vidareutbildning till specialistsjuksköterska. Regioner och kommuner beviljar stöd till vidareutbildning, så kallad utbildningsförmån, på två sätt. Dels i form av ekonomiskt bidrag, dels i form av vidareutbildning med bibehållen grundlön.

Fler sjuksköterskor beviljas utbildningsförmån

Regionerna har redovisat att totalt 3 709 sjuksköterskor beviljats utbildningsförmån under 2023. Av dessa har 2 850 personer haft bibehållen grundlön och 859 personer fått ekonomiskt bidrag för studier till

⁹⁵ Regionerna Gotland, Kronoberg, Skåne, Uppsala, Västmanland, Västra Götaland, Örebro och Östergötland.

⁹⁶ Dessa är RSS organisationerna i Blekinge, Gotland, Örebro och Östergötlands län.

⁹⁷ RSS-organisationen i Västmanlands län har dock angett att det inte finns en länsgemensam kompetensförsörjningsplan för regionen och kommunerna.

specialistsjuksköterska, se tabell 8 i bilaga 3. Det kan jämföras med att regionerna under 2020 beviljade 1 662 sjuksköterskor utbildningsförmån; 109 sjuksköterskor fick ekonomiskt bidrag och 1 553 sjuksköterskor fick bibehållen grundlön för studier till specialistsjuksköterska se tabell 9 i bilaga 3 [17].

Totalt 11 regioner har beviljat fler sjuksköterskor utbildningsförmån under 2023 jämfört med 2020; i Stockholm och Skåne har ökningen varit stor.⁹⁸ I 9 regioner har antalet sjuksköterskor som under 2023 beviljats utbildningsförmån minskat jämfört med 2020.⁹⁹

Under 2023 har nästan samtliga regioner (20 av 21) beviljat studier till specialistsjuksköterska med bibehållen grundlön, se tabell 8 i bilaga 3. Region Norrbotten erbjuder, som enda region, endast stöd i form av ekonomiskt bidrag, och 4 regioner erbjuder båda alternativen. Som enda region har Region Uppsala gått från att erbjuda bibehållen grundlön för studier till specialistsjuksköterska 2020 till att endast erbjuda ekonomiskt bidrag för studier till specialistsjuksköterska 2023.

Drygt hälften (59 procent) av kommunerna har beviljat sjuksköterskor bibehållen grundlön för studier till specialistsjuksköterska, se tabell 6. Blekinge län är det enda län där samtliga kommuner beviljat bibehållen grundlön för studier till specialistsjuksköterska och Jönköpings län är det enda län där samtliga kommuner beviljat ekonomiskt bidrag för studier till specialistsjuksköterska.¹⁰⁰

Tabell 6. Andel kommuner som beviljat utbildningsförmån för sjuksköterskor

Andel kommuner som beviljat ekonomiskt bidrag eller bibehållen grundlön för studier till specialistsjuksköterska under 2023

Kommunerna erbjuder (%)	Ja	Nej	Ej svarat
Ekonomiskt bidrag	49	47	4
Bibehållen grundlön	59	39	2

Källa: RSS-organisationernas redovisning av kommunernas vidtagna insatser inom god och nära vård 2023.

De inriktningar som flest regioner erbjuder utbildningsförmån är operationssjukvård, anestesijukvård, distriktssköterska och psykiatrisk vård, se tabell 10 i bilaga 3. Flertalet regioner redovisar även att de erbjuder utbildningsförmån för studier till barnmorska och inom inriktningarna ögon- respektive hjärtsjukvård.

⁹⁸ I Region Stockholm beviljades 323 sjuksköterskor utbildningsförmån 2020 jämfört med 1 023 sjuksköterskor under 2023. Region Skåne beviljade 703 sjuksköterskor utbildningsförmån 2023 jämfört med 210 sjuksköterskor under 2020

⁹⁹ Jämförande data för Region Norrbotten saknas.

¹⁰⁰ Gotland erbjuder både ekonomiskt bidrag och bibehållen grundlön för studier till specialistsjuksköterska vilket blir 100 procent då länet utgörs av en kommun

Utbildningsförmån är avgörande för kompetensförsörjningen enligt regioner och kommuner

Uppläggen för utbildningsförmånen ser olika ut, det kan handla om studier på helfart eller studier på halvfart som varvas med arbete. Regionerna lyfter att det finns fördelar med båda uppläggen. Halvfartstudier gör att utbildningen går långsammare men innebär även att sjuksköterskan kan arbeta inom hälso- och sjukvården under studietiden.

Att erbjuda utbildningsförmån för studier till specialistsjuksköterska lyfts av flera regioner fram som avgörande för regionernas kompetensförsörjning, på både kort och lång sikt. Flera regioner bedömer även att en del sjuksköterskor inte skulle ha studerat vidare utan utbildningsförmån.

Även kommunerna anser att utbildningsförmån stimulerar till att fler tar steget till att studera vidare och att intresset för vidareutbildning ökat. Små kommuner framhåller att medel från överenskommelsen möjliggjort för sjuksköterskor att specialistutbilda sig, vilket inte varit möjligt om kommunen varit tvungen att bekosta det själv.

Några regioner uppger att det är svårt att rekrytera specialistsjuksköterskor och att det därför är centralt att regionerna kan erbjuda utbildning på arbetstid för att klara sitt kompetensförsörjningsbehov.

Region Västerbotten bedömer att utbildning med bibehållen grundlön varit ett framgångsrikt styrmedel för att rikta insatser dit där behovet är som störst. Flera kommuner menar att specialistutbildningarna inom den kommunala hälso- och sjukvården bidrar till ökad kompetens inom primärvården och till bättre möjligheter att möta patienter med mer komplexa behov.

Enligt flera regioner och kommuner ger systemet med utbildningsförmån möjlighet att attrahera och behålla värdefull kompetens och gör att regioner och kommuner betraktas som attraktiva arbetsgivare. Flera kommuner lyfter också fram att systemet med utbildningsförmån skapar möjlighet till karriärvägar inom arbetsgivarens ansvarsområde.

Systemet skapar en förväntan om utbildningsförmån enligt regioner och kommuner

Några regioner framhåller att systemet med utbildningsförmån leder till att incitamenten för att utbilda sig på egen hand minskar och att regionerna blir beroende av att erbjuda sådan förmån för att klara kompetensförsörjningen.

Systemet innebär även en kostnad för regionerna och en risk eftersom regionen inte kan vara säkra på att medarbetare avslutar sin utbildning eller stannar kvar i organisationen för att bidra med sin kompetens. Om regioner och kommuner av ekonomiska skäl behöver dra ner på ersättning för vissa inriktningar finns det även en risk att få eller inga söker dessa utbildningar.

Antagningen till högskolan försvårar planering av bemanning

Några regioner rapporterar att det är en stor utmaning att de som arbetsgivare inte kan påverka vilka medarbetare som antas till högskola eller universitet. Det skapar svårigheter för verksamheterna att planera sin bemanning. Om medarbetare inte blir antagna till utbildning kan det även leda till att tiden fram till att det finns en färdig specialistsjuksköterska på plats i verksamheten blir längre. RSS Västerbotten redovisar att det finns kommuner som inte haft någon sjuksköterska som studerat med utbildningsförmån då de som sökt inte blivit antagna till utbildning vid universitet eller högskola.

För både kommuner och regioner är det en utmaning att hitta en balans utifrån den brist som råder på både grundutbildade och specialistutbildade sjuksköterskor. Det kan vara svårt att släppa sjuksköterskor från verksamheter till specialistutbildning eftersom behovet av att ha medarbetare på plats är stort och det kan vara svårt att hitta vikarier. Kommunerna betonar att det blir kännbart framförallt för mindre kommuner om flera ska vara studielediga under samma tid. Det kan innebära en högre arbetsbelastning för personalen som är kvar i verksamheten om vikarier inte finns att tillgå.

Arbete för att öka antalet VFU-platser

Inom ramen för överenskommelsen om god och nära vård 2023 har 250 miljoner kronor avsatts till regionerna och kommunerna för en satsning på verksamhetsförlagd utbildning (VFU). Medlen fördelas till de regioner och kommuner som under året ökat antalet VFU-veckor för studenter på utbildning mot sjuksköterskeexamen. Medlen fördelas utifrån hur stor del av den totala ökningen av antalet VFU-veckor som kommunen eller regionen står för.

Socialstyrelsen har i uppdrag att fördela statsbidrag till regioner och kommuner för utökade VFU-platser. Under 2022 ökade antalet VFU-veckor med uppskattningsvis 12 procent och antalet VFU-platser ökade med 11 procent under perioden.¹⁰¹ Under 2023 ökade antalet VFU-veckor med

¹⁰¹ Antalet utökade VFU-veckor har jämförts med antalet VFU-veckor för samma period föregående år. Under 2022 fick 10 regioner och 89 kommuner ta del av statsbidraget om utökad VFU.

uppskattningsvis 17 procent och antalet VFU-platser ökade med 20 procent under perioden.¹⁰²

Region Skåne och de 11 kommuner inom Skåne län som ansökt om medel stod för 43 procent av ökningen under 2022, räknat i kronor [18]. Även under 2023 har Region Skåne utmärkt sig i förhållande till resten av landet då de ensam stod för 27 procent av ökningen under året [19].

Framgångsfaktorer med att erbjuda VFU

För att skapa goda förutsättningar för att utöka antalet VFU-veckor betonar regionerna och kommunerna att det krävs att verksamheterna är positiva till utökningen av VFU i grundutbildningen till sjuksköterska. Det är enligt regioner och kommuner viktigt för att studenterna ska få ett gott mottagande och lärande.

Några regioner framhåller att det för att möjliggöra fler VFU-placeringar behövs en bredd av olika typer av verksamheter för studenternas placeringar. God samverkan mellan region, kommuner, lärosäten och utbildningssamordnare framhålls också som centralt för att kunna utöka antalet VFU-platser. Även samverkan mellan kommun och region kan göra det möjligt att utöka VFU. Kommunerna menar att en välfungerande huvudhandledarorganisation är centralt för att kunna utöka antalet VFU-veckor.

I Skåne, där antalet VFU-platser ökat mycket, har ett trepartsavtal om akademisk vårdutbildning på grundläggande och avancerad nivå slutits mellan kommunerna, regionen och tre lärosäten. Kommunerna i Södermanland har startat ett nätverk för samordning av VFU i länet tillsammans med Mälardalens universitet i syfte att stödja utvecklingen för utökad VFU.

Några kommuner och regioner framhåller vikten av att akademiska kliniska adjunkter finns för att kunna utöka VFU. Rollen som akademisk klinisk adjunkt innebär att personen har en kombinerad anställning i en kommun eller region och en högskola eller ett universitet.

Skapa förutsättningar för handledning

Flera regioner rapporterar att det är viktigt att skapa goda förutsättningar för handledare att kunna genomföra sitt uppdrag under arbetstid, samt att erbjuda professionellt pedagogiskt stöd till dessa. Det är också viktigt att ge tid till handledare att utveckla handledningsmodeller och tillgång till verksamheter som erbjuder lämpliga tillfällen för lärande. Ett fåtal regioner

¹⁰² Antalet utökade VFU-veckor har jämförts med antalet VFU-veckor för samma period föregående år. Under 2023 fick 13 regioner och 129 kommuner ta del av bidraget om utökad antal VFU-platser.

och kommuner framhåller handledarmodellen Peer learning¹⁰³ i handledningen och menar att den skapar förutsättningar för att ta emot fler studenter på enheterna och därmed kunna utöka antalet VFU-veckor.

Brist på bemanning påverkar handledning

Det största hindret som lyfts för att utöka antalet VFU-veckor är bristen på personal och på erfarna sjuksköterskor som kan handleda studenter. I några regioner uppges många sjuksköterskor som arbetar inom slutenvården ha för lite erfarenhet för att kunna handleda. Region Halland menar att det är en utmaning att öka antalet VFU-veckor samtidigt som regionen arbetar för att bli oberoende av hyrpersonal. Förekomsten av vårdavdelningar som till stor del bemannas av hyrsjuksköterskor minskar möjligheten att ta emot studenter.

Många kommuner menar att den höga personalomsättningen ger mindre utrymme för att utveckla handledning på lång sikt. En region menar att en pressad vardag med hög personalomsättning och frånvaro lämnar lite tid och resurser över för att utveckla handledningen.

Det behövs ett nytänkande kring VFU

Många kommuner och regioner rapporterar om utmaningar med lokaler, utrustning och utrymmen för att handleda studenter eftersom det kommer studenter från olika utbildningar och högskolor samtidigt. Det kan, bland annat, handla om att det saknas kontorsplatser där de administrativa uppgifter som ingår i VFU kan utföras. Kommuner som ligger i glesbygd rapporterar också svårigheter med att kunna tillhandahålla boende för studenter då pendling över dagen inte är möjligt på grund av långa avstånd.

Samtidigt lyfts att den ekonomiska ersättningen som ges för VFU är låg, den räcker inte till för att täcka de kostnader som uppstår på grund av den tid som tas från verksamheten för att kunna handleda, reflektera och bedöma studenterna. En region beskriver att de arbetsinsatser som görs inom den kliniska undervisningen inte alltid premieras på samma sätt som akademiska meriter vilket kan minska motivationen att engagera sig i VFU-handledning.

Regionerna betonar behovet av bättre planering och nytänkande vad gäller hur VFU genomförs. Det kan till exempel vara genom förbättrad kommunikation mellan lärosäte och region för att få fler fungerande VFU-perioder och se till att studenterna inte konkurrerar om VFU-platserna. En region beskriver också att kursplaner och VFU-perioder borde samordnas bättre mellan lärosätena för att motverka krockar som kan leda till brist på VFU-platser. Ett fåtal regioner rapporterar att det behövs ett nytänkande

¹⁰³ Peer learning är en pedagogisk modell som lägger tonvikten på ett studentaktiverande arbetssätt där studenterna uppnår färdigheter och kunskaper tillsammans.

kring VFU så att man kan hitta former för att bättre nyttja hela det samlade hälso- och sjukvårdssystemet och dess olika aktörer, såväl privata som offentliga.

Sammanfattning och slutsatser

Uppföljningen visar att regioner och kommuner initierat eller förstärkt många olika typer av insatser, för att skapa goda förutsättningar på arbetsplatserna. Flertalet regioner och en stor majoritet av kommunerna uppger även att de initierat eller förstärkt arbete med att skapa förutsättningar för både legitimerad och icke legitimerad personal att vidareutbilda sig.

Som ett sätt att samverka kring kompetensförsörjningen har kommunerna och regionen i några län tagit fram länsgemensamma kompetensförsörjningsplaner.

Antalet sjuksköterskor som beviljats utbildningsförmån i regionerna har ökat. År 2023 var det mer än dubbelt så många sjuksköterskor som fick utbildningsförmån jämfört med 2020. Regionerna i Stockholms och Skåne län står för större delen av ökningen. Det finns även flera regioner där antalet som beviljades utbildningsförmån minskade mellan 2020 och 2023.

Socialstyrelsen noterar att alla regioner svarat att de initierat eller förstärkt insatser för att förbättra förutsättningarna för legitimerad personal att vidareutbilda sig. Samtidigt är det en betydande del av regionerna som minskat antalet som beviljats utbildningsförmån för sjuksköterskor mellan 2020 och 2023. En möjlig förklaring är att regionerna prioriterat andra typer av insatser.

Ungefär hälften av kommunerna erbjuder utbildningsförmån för studier till specialistsjuksköterska. I vissa fall kan erbjudande om utbildningsförmån vara avgörande för kompetensförsörjningen. Samtidigt lyfter regionerna att det skapar en förväntan om att få utbildningsförmån och att incitamenten för att utbilda sig på egen hand därmed minskar.

Uppföljningen visar att regioner och kommuner arbetar med att se över och öka antalet VFU-platser och VFU-veckor. De regioner som ökat antalet VFU-veckor mycket lyfter fram god samverkan mellan region, kommuner, lärosäten och utbildningssamordnare som en framgångsfaktor. Det största hindret för att utöka antalet VFU-veckor enligt regionerna och kommunerna är bristen på bemanning och erfarna sjuksköterskor som kan handleda studenter.

Digitalisering, välfärdsteknik och e-hälsa

Arbete med digitalisering och välfärdsteknik 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 hälsodata, både för primäranvändning i det patientnära arbetet och för sekundäranvändning på aggregerad nivå. Arbetet med strukturerade hälsodata kan ge bättre förutsättningar för samverkan mellan vårdgivare och för att patienter ska kunna vara delaktiga i vården, och är en central del i arbetet med e-hälsa och digitalisering. I tidigare uppföljningar har regioner och kommuner lyft brister i informationsöverföring som en av de viktigaste utmaningarna i arbetet med omställningen.

Digitalisering är en central del av regionernas arbete med att förbättra tillgängligheten i vården. Av de strategiska dialoger Socialstyrelsen har fört under 2023 med samtliga 21 regioner i syfte att stödja regionernas utvecklings- och förändringsarbete att förbättra tillgängligheten framkommer att regionerna bland annat genomfört insatser för att patienter som inte har behov av fysiska besök ska kunna få vård digitalt via asynkrona chattar, telefon eller videobesök.¹⁰⁴

Användning av digitala verktyg och välfärdsteknik

Regionernas och kommunernas redovisningar av arbetet med omställningen omfattar många insatser för att införa digitala lösningar eller annan välfärdsteknik. Många regioner och kommuner beskriver att de under 2023 breddinfört digital teknik i sina verksamheter till exempel digital signering vid läkemedelshantering, digital tillsyn, nyckelfri hemtjänst, digital vårdplanering, digitala konsultationer med vårdcentralerna, egenmonitorering och digital paramedicinsk mottagning.

Digitala vårdbesök minskar efter pandemin

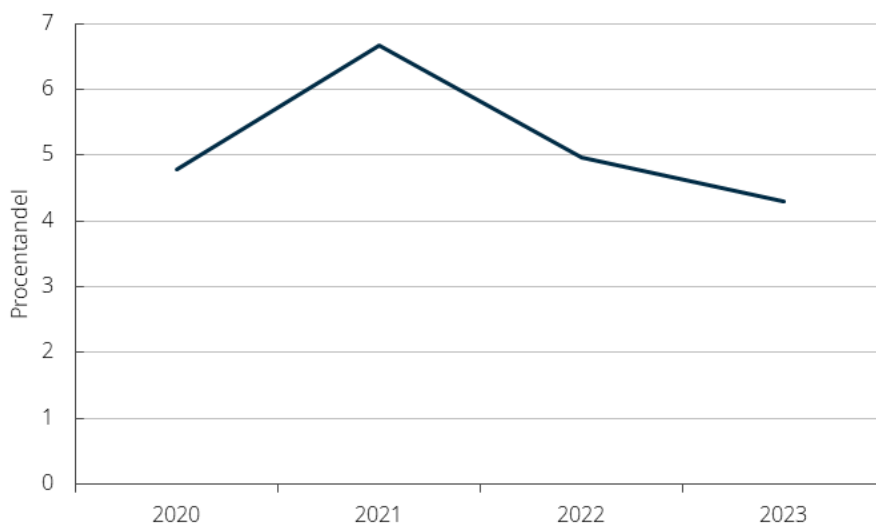
Alla regioner uppger att de initierat eller förstärkt arbetet med digitala vårdbesök sedan 2019, och 42 procent av kommunerna uppger att de förstärkt eller initierat arbetet med digitala vård- och omsorgsbesök. Andelen rapporterade distansbesök i primärvården ökade mellan 2020 och

¹⁰⁴ Socialstyrelsen, Att strategiskt, långsiktigt och kontinuerligt följa upp och föra dialog om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet - Delredovisning mars 2024

2021 men har därefter minskat, se Figur 16. Variationerna beror troligen på pandemins påverkan på samhället och vården.

Figur 16: 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: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

Distans- eller egenmonitorering är en central del i regionernas arbete med omställningen

Alla regioner, med undantag för Gotland, uppger att de initierat eller förstärkt arbetet med distans- eller egenmonitorering sedan 2019. I kommunerna är det mindre vanligt, 19 procent uppger att de initierat eller förstärkt sådant arbete sedan 2019.

Socialstyrelsen har genomfört en fördjupad kartläggning och analys av regionernas arbete med egenmonitorering. Den visar att detta arbetssätt är mest vanligt för diabetespatienter men att det även förekommer för patienter med astma, hjärtsvikt, hypertoni och kol. Knappt hälften av regionerna har infört egenmonitorering i primärvården i form av pilotprojekt och i en fjärdedel av regionerna har arbetssättet övergått i förvaltning, enligt regionernas svar.¹⁰⁵

Utvecklingen av välfärdsteknik i kommunerna

Socialstyrelsen gör årligen en uppföljning av den digitala utvecklingen inom socialtjänsten och den kommunal hälso- och sjukvården, bland annat utifrån en enkät till kommunerna. I den senaste rapporten för 2024 framgår att

¹⁰⁵ Socialstyrelsen 2024, Egenmonitorering i regionerna, En del av god och nära vård.

kommunernas användning av välfärdsteknik har ökat markant sedan 2014, men efter 2021 är utvecklingen inte lika tydlig.

På vissa områden har det skett tydliga ökningar. Det gäller exempelvis digitalt stöd för fysisk träning eller aktivering, läkemedelsautomater, digital nattillsyn och användning av gps-larm. Uppföljning visar dock att tillgången till välfärdsteknik är ojämlig, sett i förhållande till i vilken kommun en person bor men även inom kommunerna och mellan olika målgrupper. Uppföljningen visar även att digitala stöd som riktas till personal ökar. Exempelvis ökar personalens möjligheter att dokumentera mobilt, framför allt inom funktionshinderområdet.¹⁰⁶

Arbete med enhetligare begreppsanvändning och strukturerade hälsodata

För att nationellt samordna arbetet med digitalisering av hälso- och sjukvård och socialtjänst har staten och SKR kommit överens om en gemensam vision, Vision e-hälsa 2025. Regionerna har i överenskommelsen för god och nära vård 2023 fått 70 miljoner kronor för arbete inom ramen för denna vision.¹⁰⁷ I överenskommelsen ligger fokus på enhetligare begreppsanvändning och standarder – med särskild inriktning mot strukturerad vårdinformation och utvecklingen av en mer enhetlig och nationell digital infrastruktur.

Arbete sker inom ramen för samverkansgruppen för strukturerad vårdinformation

I syfte att nå en mer enhetlig begreppsanvändning och informationsstruktur driver regionerna, med stöd av SKR och i samverkan med berörda myndigheter, en nationell samverkansgrupp för strukturerad vårdinformation.¹⁰⁸ Flertalet regioner (18 av 21) uppger att de deltar i något arbete med utveckling av regiongemensamma kodverk, urval och informationsmängder i den nationella samverkansgruppen. Det kan exempelvis handla om att regionanställd vårdpersonal eller informatiker ingår i samverkansgruppen eller i något av de insatsområden som är

¹⁰⁶ Socialstyrelsen, E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2024 – Uppföljning av den digitala utvecklingen i socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård.

¹⁰⁷ I budgetpropositionen 2024 har regeringen föreslagit att 77 miljoner kronor avsätts för en nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården. Staten kommer att ta ett större ansvar för infrastrukturen.

¹⁰⁸ Samverkansgruppen ingår som en del av det nationella systemet för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård. Regionerna i Uppsala, Gotland och Jämtland Härjedalen uppger att de inte deltagit i detta arbete.

kopplade till gruppen.¹⁰⁹ Insatsområden finns bl.a. för arbete med Snomed CT (se nedan), arbete med kodverk eller för tillämpningar avseende strukturerad information om exempelvis levnadsvanor eller läkemedel.

Flera regioner beskriver att arbetet med standarder och strukturerad vårdinformation genomförs inom ramen för arbetet med att införa nya vårdinformationsstöd eller journalsystem. Det gäller särskilt bland de nio regioner som samarbetar i det så kallade SUSSA-samarbetet¹¹⁰, för att införa ett nytt journalföringssystem. Region Gävleborg skriver att flera så kallade SUSSA-representanter ingår i de nationella arbetsgrupperna vilket gör att kodverk och urval i journalsystemen, till stor del, kommer baseras på den nationella standarden och strukturen.

Enstaka regioner beskriver även att de genomför insatser för att implementera nationella kodverk och informationsstrukturer på regional eller lokal nivå i regionen eller kommunerna i länet. Region Kronoberg skriver exempelvis att regionen och kommunerna har ett vårdinformationssystem där man skapat en gemensam och till viss del strukturerad vårdinformation. Region Jönköping beskriver att de under 2023 genomfört ett skifte av kodverk inom all primärvård. De har övergått till kodning enligt ICD-10-SE i syfte att följa Socialstyrelsens rekommendationer kring kodning inom primärvården.

Regionernas insatser för att öka användningen av Snomed CT

Snomed CT är ett internationellt begreppssystem, och Socialstyrelsen har uppdraget att förvalta och vidareutveckla den svenska versionen. Snomed CT syftar till att göra den kliniska dokumentationen inom hälso- och sjukvård enhetlig, entydig och ändamålsenlig. Systemet ska också ge förutsättningar för att information kan kommuniceras och överföras mellan olika system med bibehållen betydelse.

Flertalet regioner (18 av 21) uppger att de under 2023 genomfört insatser för att öka användningen av Snomed CT. Arbete med Snomed CT genomförs ofta inom ramen för utvecklingen av existerande eller nya journal- eller informationssystem. Flera av de nio regioner som ingår i SUSSA-samarbetet anger exempelvis att arbete med Snomed CT ingår som en del i arbetet med att utveckla ett nytt journalsystem. Region Blekinge skriver att regionen tillsammans med de andra regionerna i samarbetet har tagit fram standardiserade mallar och använt Snomed CT för vissa informationsmängder. Flera regioner, bland annat de i Jönköpings,

¹⁰⁹ Deltagandet kan vara direkt genom att anställda i regionen ingår som ledamöter eller medlemmar i styrgrupper eller indirekt genom att de representerar något av de 6 sjukvårdsområdena.

¹¹⁰ SUSSA står för "Strategisk utveckling av sjukvårdsstödande applikationer". De regioner som ingår i samarbetet är Norrbotten, Västerbotten, Västernorrland, Gävleborg, Dalarna, Örebro, Södermanland, Halland och Blekinge.

Gävleborgs och Värmlands län, nämner även att de arbetar med att koppla kvalitetsregisterinformation till Snomed CT.

Några regioner uppger att de tagit fram regionspecifika handlingsplaner för införandet av Snomed CT i vårdinformationssystemen.¹¹¹ I en tredjedel av regionerna (7 av 21) har medarbetare genomgått utbildning om begreppssystemet i Snomed Internationals regi.¹¹²

Region Östergötland startade hösten 2023 ett 4-årigt Vinnova-finansierat projekt tillsammans med projektparter i näringslivet och i akademien. Projektet handlar om hur man kan dra nytta av internationella informatikstandarder som exempelvis Snomed CT.

Regioner och kommuner analyserar möjligheterna att tillvarata nya möjligheter till informationsutbyte

Den 1 januari 2023 trädde den nya lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation i kraft. Lagen ökar möjligheten att dela information över verksamhetsgränser. Lagen innebär att vårdgivare och omsorgsgivare, genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande, under särskilda förutsättningar får tillgängliggöra och ta del av personuppgifter hos andra vårdgivare och omsorgsgivare.

I årets uppföljning ställdes frågor om regionerna respektive kommunerna påbörjat insatser för att tillvarata möjligheterna som den nya lagen medger.¹¹³ De regioner och kommuner som redovisar att de genomfört insatser kopplat till den nya lagen anger ofta insatser av förberedande karaktär, som att analysera den nya lagen, bilda samverkansgrupper eller förbereda pilotprojekt som ska inledas under 2024. Kommunerna i Hallands län uppger exempelvis att de tillsammans med regionen har påbörjat ett gemensamt arbete med att genomlysna hur så kallad samordnad vård- och omsorgsdokumentation skulle kunna öka möjligheterna att stärka informationstillgången över vård- och omsorgsgränserna. Region Örebro

¹¹¹ Det handlar om regionerna i Stockholms, Skånes, Västra Götalands, Västerbottens och Södermanlands län.

¹¹² Snomed International är en icke vinstdrivande organisation som äger, förvaltar och utvecklar Snomed CT.

¹¹³ I årets uppföljning ställdes frågan om regionerna respektive kommunerna ”har påbörjat insatser för att tillvarata möjligheterna till informationsutbyte över professions-, verksamhets och huvudmannaskapsgränser som möjliggörs av den nya lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation som trädde i kraft den 1 januari 2023” 8 av 21 regioner och 38 procent av kommunerna svarade att de påbörjat sådana insatser. De kommentar och beskrivningar som regioner och kommuner lämnat indikerar att frågan har tolkats på olika sätt. Vissa verkar ha tolkat ett jakande svar som att faktisk användning av den nya lagens möjligheter genomförts medan andra tolkat ett sådant svar som att det endast krävs någon form av förberedande insats. Vissa verkar ha tolkat frågan som om man rent allmänt arbetat med att tillvarata möjligheter till informationsutbyte medan andra tolkat det tydligare kopplat till den nya lagen. Andelstalen måste därför tolkas med stor försiktighet

uppger att de genomfört förarbete inför ett pilotprojekt där en sjuksköterska anställd vid en kommun ska ges läsbehörighet i regionens journalsystem.

Av regionernas och kommunernas svar framgår att de på olika sätt arbetat och arbetar med frågan om att förbättra informationsutbyte mellan vårdgivare. I svaren är det dock ofta oklart hur insatserna förhåller sig till den nya lagen.

Regionerna och kommunerna har också valt olika vägar att dela information mellan varandra. Region Kronoberg utbyter, som nämnts, redan information med kommunerna inom ett gemensamt vårdinformationssystem. Region Halland uppger att information utbyts inom ramen för nationell patientöversikt (NPÖ)¹¹⁴. Statistik från Inera visar att antalet användare av NPÖ stadigt växer.¹¹⁵ Flera kommuner uppger att de under året fått tillgång till regionens dokumentationssystem.

Sammanfattning och slutsatser

Uppföljningen visar att nästan alla regioner prioriterat att utveckla digitala lösningar i form av digitala vårdkontakter och distans- och egenmonitorering. I kommunerna har de arbetat mindre med just dessa digitala verktyg, men andra uppföljningar visar att kommunernas användning av välfärdsteknik i olika former ökar över tid.

Som en del i arbetet med att underlätta digital kommunikation deltar många regioner direkt eller indirekt i det arbete som leds av den nationella samverkansgruppen för strukturerad vårdinformation. I den nationella samverkansgruppens arbete ingår även arbete med att underlätta användningen av Snomed CT. Flera regioner har även genomfört utbildningar och tagit fram handlingsplaner för att öka användningen av detta begreppssystem.

Mycket av regionernas arbete med att strukturera vårdinformation sker inom ramen för de journal- och vårdinformationssystem som för närvarande håller på att utvecklas och implementeras i många regioner. Det är i dagsläget därför svårt att påvisa konkreta resultat i form av förbättrade möjligheter att överföra hälsodata, av det arbete som nu görs med enhetlig begreppsanvändning, kodning och informationsstruktur. Sådana resultat kommer förhoppningsvis att visa sig när de nya vårdinformationssystemen implementeras.

¹¹⁴ 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.

¹¹⁵ <https://www.inera.se/tjanster/statistik-for-ineras-tjanster/statistik-for-nationell-patientoversikt/anvandare/> läst 2 maj 2024. Tidigare undersökningar visar att alla regioner både kan läsa (konsumera) och visa upp (producera) information i NPÖ. Majoriteten av kommunerna är också anslutna till NPÖ, men de flesta kan endast läsa information i systemet.

Av kartläggningen framgår att regioner och kommuner arbetar på olika sätt med att underlätta informationsöverföring mellan varandra. När det gäller att utnyttja möjligheterna som den nya lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation ger till att dela information över verksamhetsgränser, har många regioner och kommuner börjat med att analysera möjligheterna. Flera har under 2023 förberett pilotprojekt som i flertalet fall planeras att genomföras under 2024. Det framgår inte tydligt av redovisningarna om någon region eller kommun ännu i praktiken börjat överföra information med stöd av lagen.

En utvecklad ambulanssjukvård

En utvecklad ambulanssjukvård är ett av utvecklingsområdena i överenskommelsen om god och nära vård. Regeringen har förutom de bidrag som lämnats inom ramen för denna överenskommelse även lämnat bidrag till ambulanssjukvården genom förordningen (2021:18) om statsbidrag för utveckling av den prehospitla akutsjukvården för patienter med psykisk ohälsa. Socialstyrelsen lämnade i mars 2024 en fördjupad utvärdering av de två satsningarna på ambulanssjukvården.¹¹⁶ I detta avsnitt beskrivs insatser som genomförts eller resultat som regionerna kunnat påvisa under 2023.

Insatser för en förstärkt ambulanssjukvård

Regionerna har i årets uppföljning fått ange vilka typer av insatser de genomfört under 2023 utifrån en lista på vanligt förekommande insatser i tidigare års redovisningar. De vanligaste redovisade insatserna är att förbättra samverkan mellan ambulanssjukvården och den regionala eller kommunala hälso- och sjukvården, utbildningsinsatser och införande eller utveckling av så kallad inre prehospital sjukvårdsledning, se figur 17.

Samverkansinsatser kan exempelvis handla om att ambulanspersonalen ska kunna hänvisa patienter direkt till vårdcentraler och därmed minska akutinskrivningar. Inre prehospital sjukvårdsledning benämns ibland ”inre befäl”. Det är en funktion som inrättas vid larmcentralerna och som syftar till att förbättra hur ambulansresurser prioriteras och dirigeras och därmed till att tillgängliga resurser används mer effektivt.

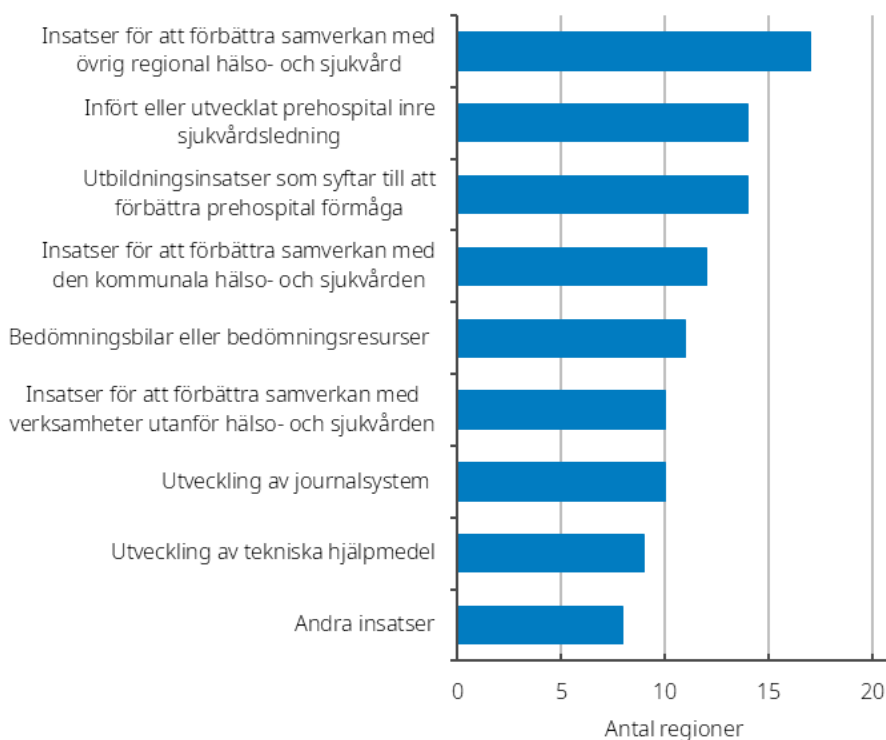
Många regioner anger även att de har infört olika bedömningsresurser eller bedömningsbilar. Det är enheter som kan hjälpa patienter till rätt vårdnivå och därmed avlasta ambulanssjukvården.¹¹⁷

¹¹⁶ Socialstyrelsen, 2024, Regeringens satsningar på ambulanssjukvården – En utvärdering av två statliga satsningar: överenskommelsen förstärkt ambulanssjukvård och statsbidrag prehospital psykiatri

¹¹⁷ I uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2021 finns en närmare beskrivning av arbetet med bedömningsbilar eller bedömningsresurser.

Figur 17: Insatser för en förstärkt ambulanssjukvård

Antal regioner som svarat att de genomfört respektive insats under 2023



Källa: Regionernas redovisningar av insatser inom god och nära vård 2023

Resultat av insatserna

Flertalet regioner (17 av 21) uppger att de under 2023 följt upp eller utvärderat insatser som genomförts i syfte att stärka ambulanssjukvården. Det handlar oftast om uppföljningar av enskilda insatser eller att man följer verksamheten kontinuerligt inom ramen för sin ordinarie verksamhetsuppföljning.

Rent allmänt uppger regionerna goda resultat av sina insatser för att utveckla ambulanssjukvården. Region Dalarna skriver exempelvis att insatserna inneburit bättre tillgänglighet till ambulanser och förbättrad samverkan med primärvården. Det framgår dock inte alltid vad regionernas bedömningar bygger på.

Några regioner uppger att de följt upp eller utvärderat satsningar på prehospital inre sjukvårdsledning eller inre befäl och att dessa insatser visar på goda resultat. Exempelvis visar Region Jönköpings utvärdering av ett projekt med inre befäl att funktionen frigjorde 703 timmar av akutambulansernas tid. Regionen skriver att funktionen har permanentats. I Region Skåne har försök med så kallad akutbil, som är en form av

bedömningsbil, utvärderats. Utvärdering visar enligt regionen på gott resultat och projektet har förlängts.

Sammanfattning och slutsatser

I tidigare uppföljningar¹¹⁸ av de insatser regionerna genomfört inom utvecklingsområdet har två utvecklingstendenser kunnat identifieras. Det gäller 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. Årets uppföljning bekräftar denna inriktning på regionernas insatser. Insatser som syftar till att förbättra samverkan är vanligt förekommande. Insatser som inre prehospital sjukvårdsledning och bedömningsbilar syftar bland annat till att styra patienter till rätt vårdnivå.

Eftersom regionerna har följt upp och utvärderat sina insatser på olika sätt är det svårt att dra övergripande slutsatser om resultat eller effekter. I den fördjupade utvärderingen av regeringens satsningar på ambulanssjukvården bedömde dock Socialstyrelsen att regeringens satsningar bidragit till att stärka och utveckla ambulanssjukvården i enlighet med satsningarnas syfte och intentioner. Myndigheten menade vidare att ambulanssjukvården har utvecklats mot ökad patientnytta och mer nära vård, samt att de statliga satsningarna har bidragit till utvecklade arbetssätt och ökad kompetens.¹¹⁹

¹¹⁸ Uppföljning av nära vård 2021, Socialstyrelsen 2022 och Uppföljning av nära vård 2022, Socialstyrelsen 2023

¹¹⁹ Regeringens satsningar på ambulanssjukvården, s. 73. Socialstyrelsen, 2024

Referenser

1. Socialdepartementet. Överenskommelse mellan staten och SKR; God och nära vård 2023 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav.
2. Socialstyrelsen, Uppföljningen av omställningen till en mer nära vård 2022 - Utvecklingen i regioner och kommuner
3. Region Jönköping och Kommunal utveckling Jönköpings län, Tillsammans möter vi framtidens behov Delrapport 2019 – 2023, Samordnad utveckling god och nära vård.
4. Region Gävleborg, slutsatser av våra uppföljningar GONV2023.
5. Region Stockholm & STORSTHLM – kommuner i samverkan, Handlingsplan för god och nära vård och omsorg i Stockholms län 2024-2030.
6. Sveriges Kommuner och Regioner, 2021, Ersättningsmodeller i primärvården Delrapport 1 – en nulägesbeskrivning av ersättningsmodeller och andra ekonomiska villkor inom svensk primärvård.
7. Granskning av omställningen av hälso- och sjukvården (REV 2023 00096) Västra Götalandsregionen, 2024
8. Granskning av omställningen till nära vård i Region Östergötland – Primärvården som nav. Region Östergötland, Regionens revisorer, 2023,
9. PWC, 2023, Granskning av omställningen till nära vård - Region Örebro län,
10. PWC, 2023, Granskning av Nära vård – Region Norrbotten.
11. Vården ur befolkningens perspektiv. International Health Policy Survey (IHP) 2023. Vård- och omsorgsanalys; 2024.
12. Kontinuitet och fast läkarkontakt. Kartläggning av måluppfyllelsen i överenskommelserna om en god och nära vård. Vård- och omsorgsanalys; 2023.
13. Kompetensmål för fast läkarkontakt i primärvården. Stöd för utveckling och bedömning av kompetens.: Socialstyrelsen; 2023.
14. Nationellt riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården. Socialstyrelsen; 2024.
15. Socialstyrelsen, Nationell översikt över tillgång och efterfrågan på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Nationella planeringsstödet 2024 – delrapport 1 av 3
16. Socialstyrelsen, Resurs- och kapacitetskartan för hälso- och sjukvårdens personalförsörjning Nationella planeringsstödet 2024 – delrapport 2 av 3
17. Socialstyrelsen. Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020. Utvecklingen i regioner och kommuner samt förslag på indikatorer

18. Socialstyrelsen. Redovisning av 2022 års uppdrag att betala ut statsbidrag till regioner och kommuner för utökad verksamhetsförlagd utbildning (S2022/02783 (delvis))
19. Socialstyrelsen. Redovisning av 2023 års uppdrag att betala ut statsbidrag till regioner och kommuner för utökad verksamhetsförlagd utbildning (S2023/00489 (delvis))

Bilaga 1. Metod

Redovisningar av insatser från regioner och kommuner

Regioner och kommuner har inkommit med redovisningar till Socialstyrelsen där de beskriver sitt arbete med omställningen.¹²⁰

Kommunernas redovisningar har sammanställts samlat per län genom de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS-strukturerna) som finns i alla län. Enskilda kommuners svar kan därför oftast inte utläsas i redovisningarna.

Inför redovisningarna har Socialstyrelsen tagit fram frågor som har skickats ut i form av en enkät (se webbilaga 1, 2, och 3)¹²¹ Frågorna till kommunerna har gått via RSS-strukturerna som sammanställt svaren. Vissa frågor har riktats till och besvarats av RSS-strukturerna. RSS-strukturerna har även fått en hjälpenkät som använts för att samla in uppgifter från kommunerna (webbilaga 3).

Frågorna har i stor utsträckning berört vilka insatser som regioner och kommuner genomfört i arbetet med omställningen. Jämfört med tidigare uppföljningar har frågorna i enkäten i mindre utsträckning ställts i form av frisvarsfrågor och i större utsträckning ställts i form av flersvarsfrågor, det vill säga frågor med fasta svarsalternativ. Syftet har varit att kunna se hur vanliga olika typer av insatser är i arbetet med omställningen, något som varit svårt i tidigare uppföljningar.

Redovisningar av resultat utifrån uppföljningar och indikatorer

För att belysa resultat av arbetet med omställningen har Socialstyrelsen dels tagit del av regioners och kommuners egna uppföljningar av omställningsarbetet, dels analyserat utvecklingen med hjälp av indikatorer, bland annat de kärnindikatorer som myndigheten föreslår. Socialstyrelsen har i den mån det varit möjligt belyst effekter av arbetet på målen för omställningen, exempelvis tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet.

Socialstyrelsen avser att i kommande uppföljningar återkomma med mer fördjupade analyser av omställningen utifrån de indikatorer som

¹²⁰ Slutredovisningar skulle ha inkommit 31 mars 2024.

¹²¹ Enkäter skickades ut av Socialstyrelsen till regioner och RSS i november 2023.

myndigheten föreslår i denna rapport och som föreslagits i tidigare rapporter.

En fördjupad undersökning i tre län med fokus på samverkan mellan regioner och kommuner

Socialstyrelsen har genomfört en fördjupad undersökning av hur arbetet med omställningen utvecklats på verksamhetsnivå i tre län: Kalmar, Stockholm och Värmland. Länen har valts ut för att få en variation i geografiska förhållanden, invånarantal och andelen privata respektive offentliga vårdgivare.

Den fördjupade undersökningen har särskilt inriktats på att beskriva hur samverkan mellan regionen och kommunerna i respektive län utvecklats. Ett skäl till detta är att insatser för att förbättra samverkan, visat sig vara en av de mest centrala delarna i regioner och kommuners arbete med omställningen, enligt tidigare uppföljningar.¹²² Socialstyrelsen genomförde även inledningsvis dialogmöten i de tre länen. Vid dessa möten framförde samordningsansvariga för arbetet med god och nära vård i regionerna och RSS-organisationerna i respektive län att samverkan mellan region och kommuner är något som är särskilt intressant att undersöka närmare.

I de tre länen har det genomförts 23 intervjuer med en eller flera personer vid intervjutillfällena. Det som deltagit är främst verksamhetsföreträdare för regionens primärvård och den kommunala hälso- och sjukvården.

Redovisningen av den fördjupade undersökningen återfinns i kapitlet *Samverkan mellan region och kommun*.

¹²² Socialstyrelsen, Uppföljningen av omställningen till en mer nära vård 2022 - Utvecklingen i regioner och kommuner

Bilaga 2. Om urvalet av kärnindikatorer för att följa målen för god och nära vård

I Socialstyrelsens tidigare förslag till nationella indikatorer redovisades cirka 100 indikatorer och andra mått som myndigheten bedömde relevanta för att följa god och nära vård. Fokus i förslaget var på 45 mått som gavs beteckningen ”kärnindikatorer och centrala mått” [1]. Flera av dessa mått är dock enbart relevanta, eller går att redovisa, för antingen regioner eller kommuner. Tanken är att det urval som här görs bättre ska möta behovet av just det övergripande nationella perspektivet i uppföljningen; vilket också har efterfrågats av regeringen. Socialstyrelsen har ambitionen att fortsätta redovisa data för kommuner, regioner och riket med indikatorer utöver dessa 12 övergripande indikatorer. Dock kommer benämningen kärnindikatorer att begränsas till just dessa 12, vilket är en förändring.

I regeringsuppdraget¹²³ framgår att förutsättningarna för urvalet är att:

- utgå från det tidigare föreslagna indikatorerna
- fokus ska vara på målen så som de formuleras i prop. 209/20:164 *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – En primärvårdsreform*
- det ska fokusera på resultat för patienterna
- det ska fokusera på den övergripande uppföljningen
- indikatorerna ska redovisas regelbundet och digitalt.

Socialstyrelsens bedömning är att det därmed också är viktigt med:

- ett balanserat indikatorset vad gäller flera olika aspekter
- indikatorernas data vad gäller kvalitet, täckning och tillgång.

Det förekommer flera andra dokument med formuleringar kring omställningen till god och nära vård, bland annat flera utredningar och överenskommelser mellan staten och SKR. God och nära vård inkluderar också mer eller mindre alla kvalitetsaspekter av hälso- och sjukvården, men urvalet av indikatorer ska enligt uppdraget inte i första hand spegla hälso- och sjukvårdens totala kvalitet¹²⁴, utan det är just målformuleringarna i prop. 2019/20:164 som ska vara vägledande.

¹²³ S2023/01930.

¹²⁴ Socialstyrelsen redovisar i lägesrapporterna för hälso- och sjukvård och tandvård ett antal indikatorer som på ett övergripande sätt ska spegla hälso- och sjukvårdens resultat. Myndigheten arbetar också med att göra återkommande övergripande indikatorbaserad uppföljning inom exempelvis patientsäkerhetsområdet, att vården är säker är ett område inom *God vård* som inte är i särskilt fokus i målformuleringarna för god och nära vård i prop. 2019/20:164.

Kärnindikatorernas målkoppling

I prop. 2019/20:164¹²⁵ finns en målbild för omställningen till god och nära vård där målet formuleras:

Målet med omställningen av hälso- och sjukvården bör vara att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet bör också vara att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås.

Därtill finns tre mål formulerade för primärvården:

Mål 1: Tillgängligheten till primärvården ska öka

Mål 2: En mer delaktig patient och en personcentrerad vård

Mål 3: Kontinuiteten i primärvården ska öka.

Utifrån dessa målformuleringar har Socialstyrelsen identifierat följande nyckelord: *God, Nära, Samordnad, Stärker hälsan, Delaktig, Effektiv, Tillgänglig, Personcentrerad* och *Kontinuitet*.

I det tidigare förslaget på indikatorer som Socialstyrelsen lämnat delades indikatorerna upp på områden som inte tydligt motsvarar dessa mål och nyckelord. Till stor del beror det på att indikatorerna oftast är av betydelse för flera nyckelord. Områdena som indikatorerna delades upp på var bredare och gav inte alltid en tydlig koppling till målen. För att förtydliga kopplingen mellan målen och indikatorerna har nu indikatorerna i stället taggats med de olika nyckelord som bedömts vara mest relevanta för respektive indikator. Det betyder att de flesta indikatorer kopplas till flera nyckelord och inte enbart hamnar i ett område. För exempelvis indikatorn *Oplanerade återinskrivningar bland äldre* innebär det att indikatorn kopplas till nyckelorden *Samordnad, Tillgänglig* och *Kontinuitet*. I stället för att enbart redovisas under området ”Påverkbar specialistvård”.

Sammanvägda bedömningar

Som ett stöd för att avgöra vilka nyckelord som bör kopplas till respektive indikator har flera personer som arbetar med uppföljning av god och nära vård vid Socialstyrelsen, och som har kännedom om indikatorerna, gjort en sinsemellan oberoende bedömning av respektive indikators relevans för de olika nyckelorden. De sammanvägda bedömningarna ger också en indikation på den totala målkopplingen för respektive indikator. Eftersom det är många enskilda uppgifter som behöver anges har bedömningarna

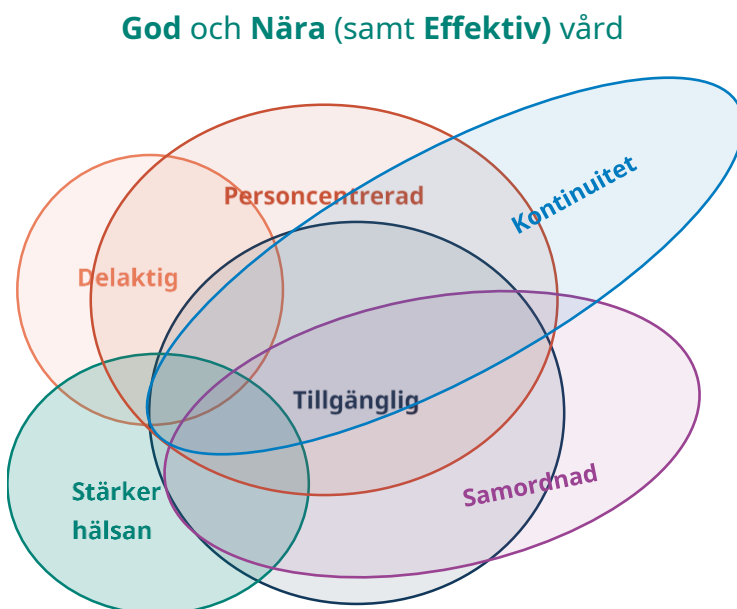
¹²⁵ Sid. 32.

gjorts mer eller mindre summariskt. När materialet analyseras framgår trots detta att det finns en hög grad av samstämmighet i bedömningarna. Underlaget har använts för vidare diskussion och som en del bland annan information och kunskap i urvalsprocessen.¹²⁶

Hantering av övergripande nyckelord

För alla nyckelorden gäller att de på olika vis överlappar varandra. Figur 18 visar hur nyckelorden konceptuellt förhåller sig till varandra. Exempelvis kan *Delaktig*, men även flera aspekter av *Tillgänglig*, *Samordnad* och *Kontinuitet*, vara en del av *Personcentrerad* vad gäller utformning och utförande av hälso- och sjukvården.

Figur 18. Förhållande mellan nyckelord*



*Bilden är en skiss för ökad förståelse och inte en noggrann bedömning av olika dimensioners exakta förhållande till varandra.

Det finns dock två nyckelord som kan betraktas som särskilt övergripande: *God* och *Nära*. Konceptuellt ingår dessa redan i den övergripande kategoriseringen för alla indikatorerna, *god och nära vård*, vilket gör att det inte tillför någon nytta att även använda dem som underliggande nyckelord.

Vad gäller nyckelordet *Effektiv* är det en etikett som med visst fog skulle kunna sättas på alla indikatorer i urvalet eftersom de alla indikerar olika typer av uppnådd nytta,¹²⁷ vilket har direkt bäring på effektiviteten (allt annat lika). Men samtidigt är ingen av indikatorerna i det urval som

¹²⁶ Dnr: 5.7-26594/2019-39.

¹²⁷ Antingen direkt eller genom processer eller strukturer som det finns stöd för påverkar detta. Det aktuella urvalet är främst resultatindikatorer som direkt visar på uppnådd nytta (eller brist på uppnådd nytta).

Socialstyrelsen enligt uppdraget ska utgå ifrån renodlade effektivitetsindikatorer – i betydelsen att samma mått tar hänsyn både till den uppnådda nyttan och vilka resurser som använts.¹²⁸ Vi bedömer därför att det snarare minskar än ökar tydligheten att använda *Effektiv* som nyckelord på enskilda indikatorer i urvalet. En bedömning av effektivitet bör snarare göras genom att analysera utfallet för indikatorerna tillsammans med mått på använda resurser.

Sammanfattningsvis görs alltså ingen taggning av *God*, *Nära* eller *Effektiv* när vi presenterar indikatorerna. Taggningen av enskilda indikatorer framgår nedan under avsnittet *Om enskilda indikatorer*.

Urvalets balans och bredd

Genom den sammanvägda bedömningen¹²⁹ skulle det vara möjligt att göra en topplista med exempelvis de tio indikatorer som i högst grad bedömts kunna indikera om hälso- och sjukvården rör sig mot de uttryckta målen. Dock är flera av indikatorerna som hamnar i toppen av en sådan lista i hög grad liknande mått som till del indikerar ”samma sak”.¹³⁰ Därför har en del indikatorer prioriterats upp och andra prioriterats ned för att få en bättre balans och bredd vad gäller bland annat olika

- nyckelord
- typer av mått (både vad gäller styrkor och eventuella svagheter)
- patientgrupper/invånare
- huvudmän
- delar och processer i hälso- och sjukvårdssystemet som antas påverka resultaten.

Bland annat har den indikator som bedömts hamna högst inom respektive nyckelord beaktats särskilt. I urvalet ingår alla de indikatorer som bedömts högst för varje nyckelord utom i ett fall (se faktaruta nedan). Strävan har också varit att trots få indikatorer försöka få med olika verksamheter och patientgrupper. Exempelvis har indikatorn som avser tillgång till första linjens vård vid psykisk ohälsa hos barn och unga tagits med trots att den inte hamnar högt i en rangordning av den samlade bedömningen.

¹²⁸ Ett undantag kan vara indikatorn med förtroende för vården där det är tänkbart att de som svarar på om de har förtroende för vården kan väga in både den nytta verksamheten skapar och de resurser som används.

¹²⁹ Dnr: 5.7-26594/2019-39.

¹³⁰ Bedömningarna av detta har gjorts utifrån kunskap om hur olika indikatorer är utformade och vad som antas påverka utfallet av dem. Som kompletterande underlag har även olika kvantitativa bearbetningar gjorts av tidigare utfall: korrelationsmatriser, principalkomponentanalyser (PCA) och faktoranalyser, dnr: 5.7-26594/2019-40.

I valet av olika mått har det också varit meriterande om resultaten kan påverkas av flera olika delverksamheter inom hälso- och sjukvården och koordineringen dem emellan.

Exempel på prioritering mellan olika indikatorer

Indikatorn *Påverkbar slutenvård äldre* var den indikator som tillsammans med *Påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom* i den gemensamma bedömningen i högst grad bedömdes kunna indikera att vården är samordnad. Dessa två mått mäter dock i hög grad samma typ av fenomen och bygger på samma grundidé.

I valet mellan dessa två indikatorer har den för kronisk sjukdom prioriterats tack vare att

- statistiska analyser¹³¹ tyder på att den är ett mer "typiskt" mått för påverkbar specialistvård
- den avser en bredare åldersgrupp (20+ jämfört med 65+).

När *Påverkbar slutenvård äldre* prioriterats ned i förhållande till *Påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom* har sedan *Oplanerade återinskrivningar bland äldre* tagits med i stället för *Påverkbar slutenvård äldre* (trots en något lägre bedömd total målkoppling) eftersom detta ger urvalet en större bredd vad gäller vilka olika processer och verksamheter som berörs.

Explorativa statistiska analyser

För att få mer kunskap om hur indikatorerna relaterar till varandra har vi också gjort explorativa statistiska analyser. Så som korrelationsmatriser, faktoranalyser och principalkomponentanalyser. Utfallet från dessa har använts för vidare diskussion och som komplement till annan information och kunskap i urvalsprocessen.¹³²

Fokus på resultat för patienterna

I regeringsuppdraget¹³³ framgår också att indikatorerna särskilt ska beakta behovet av att belysa patientperspektivet. En konsekvens av detta är att kostnads-, volym-, struktur- och processmått givits en lägre prioritet i urvalet i jämförelse med resultatmått för patienter och invånare. En annan konsekvens är att flera patient- och invånarrapporterade mått har tagits med, trots att dessa ofta har mer påtagliga svagheter kopplat till data än registerbaserade indikatorer. En annan nackdel med att använda

¹³¹ Dnr: 5.7-26594/2019-40.

¹³² Dnr: 5.7-26594/2019-40.

¹³³ S2023/01930.

patientrapporterade mått som övergripande indikatorer är att de mått och mätningar som i dag finns tillgängliga oftast avser (och bara är direkt jämförbara inom) en avgränsad del av systemet, till exempel personer som besökt regionernas primärvård eller personer på särskilda boenden.

Alla indikatorerna i urvalet mäter resultat eller processer som direkt rör patienter/brukare/invånare och därmed belyser patientperspektivet, och av de 12 indikatorerna är hälften sådana som också rapporterats av patienter/brukare/invånare.

Datatillgång och datakvalitet

I urvalet av indikatorer har Socialstyrelsen även beaktat frågor som rör indikatorernas olika grad av datakvalitet, aktualitet, datatillgång och möjligheten att presentera nedbrutna uppgifter. Även dessa aspekter om data måste vägas mot andra aspekter och för de utvalda nationella kärnindikatorerna skiljer sig förutsättningarna med data i hög grad. För många av indikatorerna från hälsodataregister kan data brytas ned på många olika vis. Dessa data kan även potentiellt sett kopplas ihop med andra bakgrundsdata för vidare analys eller beskrivning, tidsserier kan göras långa för att följa och analysera trender och så vidare. Som exempel har vi för uppgiften om ordinarie läkare från undersökningen International Health Policy Survey (IHP) i stället jämförbara data för endast två år, uppgifterna kan i princip inte brytas ned alls och mäts endast med treårsmellanrum. Men här ses indikatorn som så pass viktig för den övergripande bilden att den tagits med trots detta.

Fokus på den mest övergripande nivån av uppföljning i urvalet

Enligt regeringsuppdraget¹³⁴ ska urvalet av indikatorer ”utgöra underlag för gemensam diskussion och reflektion mellan olika aktörer på en övergripande nivå”.

Socialstyrelsen ser också att det mest övergripande perspektivet och behovet i uppföljningen inte adresserats tillräckligt i tidigare förslag. I urvalet upprioriteras breda mått som ska visa hur det går, och som kan påverkas av flera underliggande strukturer, verksamheter och processer.

¹³⁴ S2023/01930

Samverkan och dialog

Arbetet med att göra urvalet bygger vidare på den information och kunskap som byggts upp genom ett tidigare flerårigt uppdrag med att ta fram nationella indikatorer för god och nära vård. I det föregående arbetet genomfördes bland annat en rad externa avstämningar samt inventeringar av olika regioner och andra aktörers arbeten med indikatorer för god och nära vård. Information om dessa indikatorer finns i bilaga 2 till rapporten *Uppföljning nära vård Deluppdrag II. Nationella Indikatorer, slutrapport* [1].

I det vidare arbetat med urvalet under 2024 har Socialstyrelsen haft avstämningar med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), Socialdepartementet, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Växjö kommun och Region Kronoberg. Förslaget på nationella kärnindikatorer har också presenterats på konferensen Vitalis i Göteborg. I arbetet har vi även tagit del av regioners, i samverkan med kommuner, indikatorarbeten som beskrivits i enkätsvar från regionerna samt i kompletterande underlag.

Om enskilda indikatorer

Nedan motiveras de enskilda indikatorerna i Socialstyrelsen urval av nationella kärnindikatorer för att övergripande följa målen för god och nära vård. Här behandlas även några indikatorer som inte kom med i urvalet men som mycket väl hade kunnat göra det, samt några indikatorer som möjligen kan tillkomma framöver.

Några indikatorer som inte kom med i urvalet av nationella kärnindikatorer

Det finns indikatorer som är breda och har hög relevans för målen med god och nära vård, men som inte har tagits med i urvalet av nationella kärnindikatorer. Det gäller till exempel indikatorer om fallskador, som mäts både generellt i befolkningen och i kommunal hälso- och sjukvård, samt indikatorn om akutbesök bland personer 80 år eller äldre. Att dessa indikatorer inte har tagits med beror på att indikatorsetet inte bedöms bli mer balanserat av att de läggs till, och på att överskådligheten minskar med fler indikatorer. Socialstyrelsen planerar dock att tillgängliggöra data även för dessa indikatorer även om de inte ingår i kärnindikatorerna.

Indikatorer som kan tillkomma framöver

I större delen av primärvården mäts kontinuitetsindex, men i dagsläget finns dock inga publika, regelbundet uppdaterade data tillgängliga för mer än ett

fåtal regioner.¹³⁵ Här pågår ett utvecklingsarbete, och när det finns mer kompletta öppna data tillgängliga kan indikatorn kontinuitetsindex för läkare i primärvården vara aktuell att ta med i indikatorsetet.

Personcentrerad vård är en central del av god och nära vård. I dag finns dock inte någon återkommande nationell mätning med mått som specifikt mäter detta. Om sådana mätningar görs i framtiden kan det bli aktuellt att komplettera urvalet med en indikator med ett sådant mått. Ur ett övergripande uppföljningsperspektiv skulle ett generiskt mått som mäts på samma sätt i flera verksamheter då vara att föredra.

Motivering av enskilda indikatorer i urvalet

Nedan motiveras de 12 indikatorer som ingår i urvalet av nationella kärnindikatorer för att följa målen för god och nära vård. Här ges också ofta en närmare beskrivning av måtten, speciellt i de fall då det är relevant för motiveringen av indikatorn. För en mer fullständig beskrivning av indikatorerna se *rapporten Uppföljning av nära vård. Deluppdrag II. Nationella indikatorer, slutrapport* [1]. På Socialstyrelsen pågår även ett utvecklingsprojekt där ett indikatorbibliotek med beskrivningar av indikatorer ska finnas tillgängliga på Socialstyrelsens webbplats. De indikatorer som visas här har högst prioritet i det arbetet, och beräknas vara tillgängliga från mitten av september 2024.

Förtroende för hälso- och sjukvården

Mål för god och nära vård, nyckelord: Tillgänglig, Kontinuitet

Mått: Andel invånare som har stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården i regionen där de bor

Berörda verksamheter: Hälso- och sjukvård i regioner (och kommuner)

Källa: Hälso- och sjukvårdbarometern, Sveriges Kommuner och Regioner

Även om förtroendet för hälso- och sjukvården inte nämns specifikt i målformuleringarna i prop. 2019/20:164 kan indikatorn påverkas av faktorer såsom upplevelse av vårdens tillgänglighet och kontinuitet. Den gemensamma bedömningen är också att indikatorn i högre grad än andra föreslagna indikatorer för att följa god och nära vård kan spegla vårdens effektivitet. Detta, bland annat för att en bedömning av resursförbrukning kan spela roll för de svar som ges.

¹³⁵ Via webbplatsen Vården i siffror.

Indikatorn är indirekt relevant för alla nyckelord (de antas alla kunna inverka på hur invånarna svarar på denna fråga), men utöver detta har även förtroendet ett stort värde i sig. Det gäller kanske speciellt i förändringsskeden, som kan vara aktuellt för de olika regionala och kommunala sjukvårdssystemen kopplat till omställningen till en god och nära vård.

Indikatorn har ett patientfokus då de flesta som svarar på frågan har patienterfarenheter, även om de inte behöver ha aktuella sådana. Indikatorn kan också påverkas av upplevelser som berör de svarande i andra roller, såsom skattebetalare eller anhöriga. Anhörigerfarenheter kan även fånga uppfattningar om vården för personer som inte själva får, eller kan svara på enkäter, såsom små barn och personer med mycket allvarlig ohälsa eller personer som avlidit.

I Socialstyrelsens tidigare förslag på kärnindikatorer ingick ett mått för förtroendet för hälso- eller vårdcentraler istället för det valda måttet som avser hela hälso- och sjukvården. I det uppdraget, som uttalat till stor del skulle fokusera på primärvården, valdes också indikatorn för hälso- eller vårdcentraler framför den mer övergripande indikatorn om hela hälso- och sjukvården. En fördel med måttet för hälso- eller vårdcentraler kan vara att det i något lägre grad påverkas av medias (inklusive sociala medias) rapportering eftersom fler har egna och aktuella erfarenheter av kontakt med hälso- eller vårdcentraler än övriga delar av hälso- och sjukvården. En annan fördel är att förtroendet just för primärvården är centralt för tankarna kring god och nära vård. En fördel med måttet för hela sjukvården är att det är bredare men samtidigt bör inkludera även upplevelser av verksamhet på hälso- eller vårdcentraler. Det är också tänkbart att upplevelser av primärvård som inte nödvändigtvis kopplas till hälso- eller vårdcentraler kan ingå i det bredare måttet, såsom kommunernas hemsjukvård och vårdkontakter via internet. Socialstyrelsen ämnar redovisa data för båda dessa mått i redovisningen av indikatorer även om det enbart är det mer övergripande måttet för hälso- och sjukvården som ingår i urvalet med nationella kärnindikatorer.

Indikatorn ingår även i SKR:s ursprungliga och uppdaterade indikatorset för att följa nära vård [2, 3].

Medicinsk bedömning inom tre dagar

Mål för god och nära vård, nyckelord: Tillgänglighet

Mått: Andelen medicinska bedömningar som genomfördes av legitimerad personal i primärvård inom tre dagar från det att beslut tagits om att vård ska ske

Berörda verksamheter: Regionernas primärvård

Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

En person som kontaktar primärvården ska få en medicinsk bedömning inom tre dagar om vårdgivaren har bedömt att det behövs en medicinsk bedömning. Bedömningen ska göras av legitimerad personal i primärvården.¹³⁶ Indikatorn *Medicinsk bedömning inom tre dagar* visar andelen medicinska bedömningar som genomfördes i primärvården inom tre dagar från det att en person kontaktar primärvården om vårdgivaren har bedömt att det behövs en medicinsk bedömning. Indikatorn redovisar medicinska bedömningar som gjorts i samband med mottagningsbesök, distansbesök och hembesök.

Indikatorn har valts då tillgängligheten till en första bedömning är central för primärvårdens möjlighet att utgöra ”första instans” för vårdsökande samt att lotsa vårdsökande vidare till adekvat vård och behandling baserat på individens behov.

När resultaten tolkas är det viktigt att beakta att all vård inte omfattas av vårdgarantin. Därutöver finns indikationer på att rapporteringen av variabler för vårdgarantin kan skilja sig mellan regioner, vilket kan påverka jämförelser mellan regionerna [4, 5].

Därutöver är det inte möjligt att via befintliga väntetidsdata följa i vilken utsträckning patienterna fått träffa den yrkeskategori som behövdes för att kunna göra en adekvat bedömning och vidta nödvändiga behandlingsåtgärder. För att kunna följa detta skulle indikatorn kunna kompletteras med bland annat uppgifter om i vilken utsträckning patienter behövt göra ytterligare besök hos läkare kort tid efter att de först fått träffa en annan yrkeskategori.

Indikatorn ingår även i SKR:s ursprungliga indikatorset med 16 indikatorer för att följa nära vård. När setet reviderats har SKR dock valt att i stället inkludera det patientrapporterade måttet från nationell patientenkät om

¹³⁶ 9 kap. 1 § 2 HSL och 6 kap. 1 § 2 HSF.

upplevd tillgänglighet till primärvården. Dessa båda mått kompletterar varandra. [2, 3].

Medicinsk bedömning inom tre dagar vid psykisk ohälsa hos barn och unga

Mål för god och nära vård, nyckelord: Tillgänglig, Stärker hälsan

Mått: Andel barn och unga som fått en medicinsk bedömning på första linjen vid psykisk ohälsa inom vårdgarantins tidsgräns (3 dagar), av det totala antalet barn och unga som kontaktar första linjen i respektive region

Berörda verksamheter: Regionernas primärvård

Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner

Första linjen för barn och unga med psykisk ohälsa är nivån innan barn- och ungdomspsykiatri (BUP), och består av verksamheter och funktioner som tar emot barn och unga som visar tidiga tecken på att må psykiskt dåligt – oavsett vad problemen beror på [6]. Verksamheten har också samma målgrupp vad gäller ålder som den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri – personer under 18 år.

I urvalet av nationella kärnindikatorer har det varit meriterande att indikatorn avser barn, då övriga indikatorer i det begränsade urvalet till stor del inte omfattar yngre personer. Det är även meriterande att indikatorn avser psykisk ohälsa, då övriga indikatorer inte heller särskilt fokuserar på detta (även om exempelvis patientenkäter i primärvården innehåller svar från patienter som fått insatser vid psykisk ohälsa).

Indikatorn *Medicinsk bedömning inom tre dagar vid psykisk ohälsa hos barn och unga* anger hur stor andel av patienterna som får komma till ett första besök inom tidsgränsen tre dagar¹³⁷ i relation till det totala antalet barn och unga som kontaktar första linjen i respektive region. Väntetider för barn och unga med psykisk ohälsa utgör ett viktigt område att följa. Detta eftersom primärvården har en central roll i att fånga upp denna grupp tidigt och samtidigt bidra till ökad tillgänglighet inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri för barn och unga med behov av att komma dit. Mätningen av väntetider på området har tidigare skett inom ramen för en särskild överenskommelse om ökad tillgänglighet. Från 2020 ingår första linjens vård för barn och unga vid psykisk ohälsa i vårdgarantin för primärvården och som en del i måluppfyllelsen för hela primärvården. SKR fortsätter dock att inom modellen för uppföljning av primärvårdens

¹³⁷ 9 kap. 1 § 2 och 6 kap. 1 § 2 HSF.

tillgänglighet separat presentera resultaten för väntetider till första linjen, liksom till BUP.

När resultaten tolkas bör det beaktas att vad som bedöms utgöra första linjens psykiatri för barn och unga kan variera mellan regioner. I vissa regioner inkluderas psykiatriska ungdomskliniker vid sjukhus eller BUP i statistiken [6]. Indikatorn kan därför med fördel tolkas tillsammans med väntetider till BUP i samma region.

Möjlighet att träffa läkare i särskilt boende

Mål för god och nära vård, nyckelord: Samordnad, Tillgänglig, Personcentrerad

Mått: Andel personer 65 år och äldre i särskilda boenden som svarat att det vid behov är mycket lätt eller ganska lätt att få träffa läkare

Berörda verksamheter: Regionernas primärvård, kommunal hälso- och sjukvård

Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Socialstyrelsen

Indikatorn har valts då tillgång till läkare vid behov är avgörande för en väl fungerande kommunal hälso- och sjukvård. Det är också ett område som är särskilt känsligt för brister i samverkansrutiner mellan vårdgivare och huvudmän.

Indikatorn antas i den gemensamma bedömningen i hög grad spegla om vården är samordnad och tillgänglig.

Att det är den svarandes egen bedömning av läkartillgänglighet gör att måttet i högre grad speglar om vården är personcentrerad. Detta eftersom svaren påverkas av de svarandes egna upplevda behov och önskan, till skillnad från om exempelvis faktisk läkartäthet, arbetade timmar eller andel med fast läkare skulle följas.

Tillgång till läkare framhålls ofta som en utmaning inom den kommunala hälso- och sjukvården, och har ytterligare accentuerats i samband med covid-19-pandemin [7, 8]. Detta bland annat till följd av ansvarsfördelningen mellan huvudmännen. Tillgång till såväl läkare som sjuksköterska med flera yrkesgrupper är centralt för en väl fungerande kommunal hälso- och sjukvård.

Läkarinsatser ingår inte i kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård. Det är regionen som ska avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska

kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende, dagverksamhet och hemsjukvård i ordinärt boende, när en kommun ansvarar för vården¹³⁸.

När resultaten tolkas är det viktigt att beakta att indikatorn endast mäter situationen inom särskilt boende. Vidare är svarsfrekvensen på enkäten i särskilt boende cirka 45 procent, och av dessa svarande är det endast en mindre andel som besvarat enkäten på egen hand [9].

När SKR reviderade sitt indikatorset för att följa nära vård togs indikatorn med även där [2, 3].

Ordinarie läkare för personer 65 år eller äldre

Mål för god och nära vård, nyckelord: Kontinuitet, Personcentrerad, Delaktig, Samordnad, Tillgänglig

Mått: Andel personer 65 år eller äldre som svarar positivt på frågan "Har du någon ordinarie läkare som du vanligtvis går till för vård? Det vi undrar över är om du brukar kontakta en särskild person på din vårdcentral när du behöver vård."

Fokus: Regioner, enheter (hälso- eller vårdcentraler).

Berörda verksamheter: Regionernas primärvård

Källa: International Health Policy Survey (IHP) bland personer 65 år eller äldre, Myndigheten för vård och omsorgsanalys

Detta mått speglar inte direkt ett medicinskt utfall eller patienttillfredsställelse. Trots det bedömer Socialstyrelsen att fast läkarkontakt¹³⁹ i primärvården i hög grad spelar roll för delarna i målen som rör kontinuitet, delaktighet, samordning, tillgänglighet och att vården är nära och personcentrerad. Det står förvisso inte just i målformuleringarna i prop. 2019/20:164 att fast läkare är ett arbetssätt som ska användas för att nå målen, men detta behandlas dock specifikt i den fördjupade texten kring målen med nära vård¹⁴⁰. Där refereras bland annat en undersökning som gjorts på uppdrag av Sveriges Läkarförbund och som visar att 8 av 10 tillfrågade invånare, bland de som inte upplevde sig ha en fast läkarkontakt, ville kunna träffa en sådan [10]. Även i senare överenskommelser mellan regeringen och SKR har man lyft fram och angett mål för fast läkarkontakt [11].

Det valda måttet fokuserar på patienternas upplevelse snarare än om formella krav på organisering och arbetssätt är uppfyllda eller inte.

¹³⁸ 12 kap. 1 § och 3 §. 14 kap. 1 § samt 16 kap. 1 § HSL.

¹³⁹ 7 kap. 3 § första stycket HSL och 6 kap. 3 § patientlagen.

¹⁴⁰ Prop. 2019/20:164 s. 28–31.

Indikatorns avgränsning till en äldre del av befolkningen antas också innebära att detta mäts i en åldersgrupp där behovet av ordinarie läkare och läkarkontinuitet är högre än i genomsnittsbefolkningen.

Data för både totalbefolkningen och personer 65 år eller äldre görs tillgängliga av Vård- och omsorgsanalys. Det kan vara av stort värde att se på båda dessa mått, dock är det just måttet för personer 65 år eller äldre som ingår i urvalet av kärnindikatorer.

Måttet visar andelen av de svarande i International Health Policy Survey (IHP) i åldersgruppen 65 år eller äldre som uppger att de har en ordinarie¹⁴¹ eller särskild läkarkontakt som de går till för medicinsk vård. Indikatorn bedöms vara det befintliga mätetal som kommer närmast i att mäta fast läkarkontakt i lagens bemärkelse, det vill säga om patienten upplever att hen har en fast läkarkontakt att vända sig till i primärvården. Jämfört med listning på namngiven läkare bedöms denna indikator också i högre grad spegla om patienten har en fast läkare som hen har möjlighet att träffa. IHP-mätningen som indikatorn baserar sig på genomförs i aktuell åldersgrupp vart tredje år.

Metoden för insamling av IHP-undersökningen bland personer 65 år eller äldre sågs över inför 2017, därför använder Socialstyrelsen 2017 som tidigaste referensår för indikatorn. Indikatorn/frågan ställer inte förekomsten av ordinarie läkare i relation till patientens önskemål eller upplevda behov av en sådan, vilket skulle kunna vara en utveckling av måttet.

Tillgodosett vårdbehov, primärvård

Mål för god och nära vård, nyckelord: Tillgänglig,
Personcentrerad

Mått: Andel patienter i regionernas primärvård som besvarat frågan *Anser du att ditt aktuella behov av vård/behandling har blivit tillgodosett?* i nationell patientenkät positivt

Berörda verksamheter: Regionernas primärvård

Källa: Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Regioner

Indikatorn har valts då frågan belyser patientens helhetsupplevelse med utgångspunkt i patientens upplevda behov. Patientens bedömning av om hens vårdbehov blivit tillgodosett kan ses som ett övergripande mått på patientupplevd kvalitet och spegla patientens upplevelse av den medicinska bedömning och/eller behandling som gjorts vid den aktuella vårdkontakten.

¹⁴¹ I andelen med upplevd ordinarie läkare inkluderas även de personer som uppgett att de har flera olika ordinarie läkarkontakter.

Indikatorn har i Socialstyrelsens samlade bedömning givits den högsta möjliga bedömningen vad gäller att kunna indikera om vården varit *God*, men den hamnar även högt för flera andra nyckelord.

Ett möjligt utvecklingsområde för indikatorn vore att ställa kompletterande frågor om patienters upplevelse av i vilken grad deras samlade vårdbehov tillgodoses av hälso- och sjukvården, snarare än enbart bedöma detta i relation till en enskild vårdkontakt.

Delaktighet, primärvård

Mål för god och nära vård, nyckelord: Delaktighet, Personcentrerad

Mått: Andel patienter i regionens primärvård som anser att de är delaktiga i besluten beträffande deras vård/ behandling i den utsträckning de önskar

Berörda verksamheter: Regionernas primärvård

Källa: Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Regioner

Indikatorn har valts då den bedöms belysa i vilken grad patienten ges möjlighet att vara medskapande i vården, och dessutom ställs i relation till patientens önskemål om sådan delaktighet. Indikatorn bedöms också spegla det vidare begreppet personcentrering. Vid framtagande av ett sammansatt mått för att fånga personcentrering baserat på Nationell patientenkät (NPE) visade sig denna fråga ha störst samvariation med det sammansatta måttet [12]. Därutöver har indikatorn fördelen att samma fråga ställs i olika delar av vården (inte enbart hälso- eller vårdcentraler) vilket gör den möjlig att följa för olika delar av regionernas hälso- och sjukvård.

Diskuterat levnadsvanor i primärvård

Mål för god och nära vård, nyckelord: Stärker hälsan, Personcentrerad, Delaktig

Mått: Andel av de svarande som i den nationella patientenkäten inom primärvården som svarat ja på någon av fyra frågor som handlar om läkaren eller någon annan ur personalen diskuterat någon av följande levnadsvanor med patienten: alkohol-, tobaks-, mat- eller motionsvanor

Fokus: Regioner

Berörda verksamheter: Regionernas primärvård

Källa: Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Regioner

Indikatorn bedöms kunna indikera nyckelordet *Stärker hälsan* men också om vården är personcentrerad och om patienterna görs delaktiga.

Indikatorn mäter hur stor andel av patienterna som i den nationella patientenkäten svarat ja på minst en av fyra frågor som berör om läkaren eller någon annan ur personalen diskuterat någon av följande levnadsvanor med patienten: alkohol-, tobaks-, mat- eller motionsvanor.¹⁴² Måttet kan beskyllas för att vara ett volymmått snarare än en tydlig indikator. Socialstyrelsens bedömning är dock att andelen som fått ett samtal om levnadsvanor är för låg vid nuvarande nivå i förhållande till det samlade behovet. Nivån bör alltså öka, men då också på ett sätt som är i linje med olika patienters behov.

Indikatorn bedöms som den mest lämpliga i dagsläget. Detta givet de utmaningar som finns med enhetlig och konsekvent registrering av åtgärder som avser hälsofrämjande insatser samt träffsäkerheten i förhållande till behoven. Socialstyrelsen har valt en övergripande indikator som täcker in de fyra levnadsvanorna, för att på en mer generell nivå följa förekomsten av hälsofrämjande insatser.

Indikatorn bör följas tillsammans med andra relevanta mått på folkhälsa och levnadsvanor, liksom uppgifter på respektive levnadsvaneområde (alkohol, tobak, mat och motion). I synnerhet utvecklingen av diskussion om alkoholvanor kan vara värt att följa separat.

¹⁴² Frågorna lyder: Diskuterade läkaren eller någon annan ur personalen någon av följande levnadsvanor med dig? Svartalternativen är: 1) Ja, vid detta besök, 2) Ja, under det senaste halvåret, och 3) Nej.

Påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom

Mål för god och nära vård, nyckelord: Samordnad, Tillgänglig, Kontinuitet, Stärker hälsan

Mått: Antal slutenvårdsperioder med diagnos för hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL per 100 000 invånare 20 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden

Delområde: Påverkbar specialistvård

Berörda verksamheter: Regionernas primärvård, öppen specialiserad vård samt kommunal hälso- och sjukvård

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Behovet av slutenvård kan påverkas om patienter med vissa sjukdomstillstånd eller diagnoser får ett optimalt omhändertagande och stöd via den öppna vården och hemsjukvården. De kroniska sjukdomstillstånd som ingår i indikatorn kan i de flesta fall behandlas effektivt i primärvård eller i öppen specialiserad vård. Genom förebyggande insatser, kontinuerlig uppföljning av behandling, rehabilitering med mera kan en del, dock inte alla, inskrivningar i slutenvård undvikas. Exempelvis kan samsjuklighet hos äldre personer innebära att inskrivning i slutenvård är nödvändig och svårare att förebygga.

I Socialstyrelsens tidigare förslag på indikatorer ingick sex indikatorer för påverkbar slutenvård. Man kan uttrycka det som att det förekom två grundutföranden, dels den aktuella indikatorn, dels en som är särskilt framtagen för äldre och som också mäts i befolkningen med en högre åldersavgränsning. Dessutom finns varianter av dessa två som mäts specifikt för olika personer som redan konstaterats ha en av de kroniska sjukdomarna eller som vårdas inom kommunal hälso- och sjukvård. I den gemensamma bedömningen hamnar alla dessa indikatorer högt för flera av nyckelorden och i en totalsummering. Vid djupare analys framgår att de olika varianterna av påverkbar slutenvård samvarierar i hög grad, vilket ger stöd för att välja bara en av dessa i ett begränsat urval.

Den valda indikatorn är den som är bredast när det gäller vilka personer som kan ingå – vilket i viss mån också talar för att välja denna istället för måttet som avgränsas till äldre personer, olika verksamheter eller enstaka sjukdomsgrupper. I en så kallad principalkomponent-analys (PCA) framgår också att just indikatorn påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom är den av dessa indikatorer som får störst vikt i en sammanslagen komponent där alla

dessa indikatorer ingår. Detta kan tolkas som att det är det mått som är mest typiskt för påverkbar slutenvård.¹⁴³

Den valda indikatorn mäts i relation till befolkningen vilket innebär att utfallet även kan påverkas av primärpreventiva åtgärder för att dessa sjukdomar inte ska utvecklas alls, något som inte fångas i de mått som mäts för en specifik patientgrupp. Det innebär att fler processer och delar i systemet kan påverka utfallet – speciellt på lång sikt.

När resultatet tolkas bör det beaktas att tillgången till disponibla vårdplatser också kan tänkas påverka indikatorn. I statistiska analyser ses också en samvariation där regioner med låg grad av påverkbar slutenvård i viss utsträckning tenderar att ha högre förekomst av överbeläggningar och utlokaliseringar.¹⁴⁴

Indikatorn ingår även i SKR:s ursprungliga och uppdaterade indikatorset med indikatorer för att följa nära vård [2, 3].

Oplanerade återinskrivningar bland äldre

Mål för god och nära vård, nyckelord: Kontinuitet, Samordnad, Tillgänglig

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

Berörda verksamheter: Kommunal hälso- och sjukvård, regionens primärvård, öppen specialiserad vård och sluten specialiserad vård

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Måttet bedöms indikera flera av nyckelorden och på ett likartat sätt som indikatorer för påverkbar slutenvård. Trots att flera indikatorer för påverkbar slutenvård bedömts ha något högre total målkoppling har måttet för oplanerade återinskrivningar valts framför dessa andra mått då det redan förekommer en indikator för påverkbar slutenvård i urvalet. Då indikatorn speglar resultatet av delvis andra processer och delar i systemet.

Indikatorn belyser allt för tidig utskrivning från slutenvård, eller utskrivning där uppföljning och fortsatt omhändertagande via regionernas öppenvård eller kommunal hälso- och sjukvård inte är tillräckligt samordnad. Därtill kan tillgängliga resurser och medicinsk kvalitet i såväl slutenvården som det fortsatta omhändertagandet påverka utfallet.

¹⁴³ Dnr: 5.7-26594/2019-40.

¹⁴⁴ Dnr: 5.7-26594/2019-40.

Indikatorns diagnoser vid det första vårdtillfället är valda för att fånga vanliga diagnoser hos äldre. Diagnoserna vid återinskrivningstillfället är valda för att återinskrivningar för dessa diagnoser bör ha kunnat förebyggas vid det första vårdtillfället eller genom efterföljande öppenvårds- och hemsjukvårdsinsatser. I urvalet ingår bland annat hjärtsvikt och lunginflammation som är de vanligaste orsakerna till oplanerade återinskrivningar för gruppen 65 år och äldre.

Äldre med läkemedel som bör undvikas, hemsjukvård

Mål för god och nära vård, nyckelord: Stärker hälsan, Samordnad, Kontinuitet

Mått: Andel äldre i ordinärt boende med minst ett läkemedel som bör undvikas till äldre om inte särskilda skäl föreligger. Avser personer 75 år eller äldre boende i ordinärt boende med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser under perioden oktober-december respektive år, och uttag av aktuellt läkemedel under samma period

Berörda verksamheter: Kommunal hälso-och sjukvård samt regionernas primärvård

Källa: Läkemedelsregistret och Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen

Läkemedelsanvändningen hos äldre är omfattande och har ökat över tid. Det är därför av särskilt värde att följa förskrivningen av läkemedel som bör undvikas. Indikatorn anses i den gemensamma bedömningen i hög grad spegla flera av de mål som beskrivs i prop. 2019/20:164. I Socialstyrelsens tidigare förslag på kärnindikatorer förekommer tre mått för *Äldre med läkemedel som bör undvikas*. Ett av dessa mäts för den generella befolkningen och två för personer i kommunal hälso- och sjukvård, dels ett för personer med hemsjukvård i ordinarie boende och dels ett för personer på särskilda boenden. För en övergripande bild kan befolkningsmålet vara att föredra i urvalet. De verksamhetsspecifika måtten har dock fördelen att de har större fokus på samordning och kontinuitet. Detta då en stor andel av läkemedlen för dessa grupper förskrivs av läkare i regionens primärvård samtidigt som det kan finnas utmaningar med läkartillgång och kontinuitet för dessa grupper i kommunal hälso- och sjukvård. Av de två verksamhetsspecifika måtten har vi valt det som avser kommunal hemsjukvård som nationell kärnindikator.

Överbeläggningar och utlokaliseringar

Mål för god och nära vård, nyckelord: Tillgänglig

Mått: Antal överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser i den slutna somatiska vården per månad

Berörda verksamheter: Kommunal hälso- och sjukvård, regionens primärvård, öppen specialiserad vård och slutna specialiserad vård

Källa: Sveriges Kommuner och Regioner

En viktig aspekt av såväl tillgänglighet som kvalitet i vården är att en person har tillgång till rätt resurser och kompetens i förhållande till de behov hen har. Socialstyrelsen har valt att tagga indikatorn med nyckelordet *Tillgänglig* då en given tolkning av en utlokalisering eller överbeläggning är att tillgången till slutenvårdsresurser inte var tillräckliga vid tillfället. Men indikatorn har inte främst valts tack vare dess tydliga sätt att indikera tillgänglighet i slutenvården utan för att den bedöms indirekt kunna spegla hur vårdsystemet som helhet utvecklas. En rörelse mot en mer nära vård, med mer tidiga och förebyggande insatser och fortsatt omfördelning mot mer öppna vårdformer, antas minska trycket på den slutna vården. Indikatorn har vid den gemensamma bedömningen också givits den högsta genomsnittliga poängen för det övergripande nyckelordet *Effektiv*.

En annan viktig orsak till att ta med indikatorn i urvalet är att den bedöms vara ett viktigt komplement till indikatorer för påverkbar specialistvård, och generellt komplettera bilden som de övriga indikatorerna i urvalet ger. Indikatorn har i statistiska analyser visat sig samvariera med flera indikatorer för påverkbar specialistvård.¹⁴⁵ Detta på så sätt att bättre värden för mått på påverkbar specialistvård i viss utsträckning är förknippade med sämre resultat vad gäller överbeläggningar och utlokaliseringar. En bidragande orsak till denna koppling kan vara bristande tillgång och tillgänglighet till specialiserad vård givet det aktuella behovet. En del ”bra” resultat för påverkbar specialistvård skulle kunna bero på att det funnits personer vars aktuella tillstånd bäst skulle tagits omhand i specialistvården men inte givits tillgång till detta i rätt utsträckning. Om detta är fallet kan det naturligtvis inte tolkas som ett gott resultat.

¹⁴⁵ Dnr: 5.7-26594/2019-40.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Uppföljning nära vård. Deluppdrag II. Nationella Indikatorer, slutrapport. 2022.
2. Indikatorer Nära vård. 2023 2023-03-24. Hämtad 2024 05-20 från: <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/uppfoljning/indikatorer.62596.html>
3. Strandell J-O. E-post: Infografik Omställningen till Nära vård FINAL 2024_Jos. Sveriges Kommuner och Regioner; 2024.
4. Uppföljning och analys av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020. Regionernas inrapportering av data till den nationella väntetidsdatabasen för den specialiserade vården. Delrapport juni 2021. Socialstyrelsen; 2021.
5. Uppföljning och analys av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020. Regionernas inrapportering av primärvårdsdata till den nationella väntetidsdatabasen. Delrapport december 2020. Socialstyrelsen; 2020.
6. Väntetider i vården - första linjen barn och unga. 2024. Hämtad 2024 2024-05-23 från: <https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/vantetidsstatistikforprimarvard/forstalinjenbarnochunga.54348.html>
7. IVO fördjupar granskningen av vård och behandling på särskilda boenden för äldre. 2020. Hämtad från: <https://ivo.se/publicerat-material/nyheter/2020/ivo-fordjupar-granskningen-av-var-d-och-behandling-pa-sarskilda-boenden-for-aldre/>
8. Socialstyrelsen. Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2021; 2021.
9. Metodbeskrivning 2023. Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? ; 2023.
10. Allmänhetsundersökning: ”Fast läkarkontakt”. Sveriges Läkarförbund; 2018.
11. God och nära vård 2022. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. 2022:
12. Helena Fridberg LW, Catarina Wallengren, Anders Kottorp, Henrietta Forsman, Malin Tistad Development and evaluation of the measurement properties of a generic questionnaire measuring patient perceptions of person-centred care. BMC Health Services Research: BMC Health Services Research; 2020.

Bilaga 3. Tabeller

Tabell 1: Insatser för utveckling av den nära vården med primärvården som nav i regionerna

Antal regioner som uppgett att de antingen initierat eller förstärkt ett visst område eller arbetssätt som de sedan starten på omställningen (ca 2019)

Arbetsätt eller område	Antal regioner
Digitala vård- och omsorgsbesök	21
Fast läkarkontakt	21
Samverkansforum eller -träffar mellan region och kommun på verksamhetsnivå	21
Distansmonitorering/egenmonitorering	20
Fast vårdkontakt	20
Samverkan kring olika målgrupper, exempelvis barn och unga	20
Samverkansforum eller -träffar inom regionen på verksamhetsnivå	20
Utskrivningsprocessen	20
Webbtidbokning	20
Konsultation mellan primärvård – specialistvård	19
Mobila team inom regionens verksamheter	19
Mobila team i samverkan med kommuner	19
Patientkontrakt	19
Riktade hälsosamtal och/eller hälsoundersökningar	19
Familjecentraler	18
Multiprofessionella team i regionen	17
Patientdialoger exempelvis med patientorganisationer	17
Rehabiliterande och/eller habiliterande insatser inom regionen	17
Utbildning i förändringsledning	17
Samordningstjänster (exempelvis lotsar, case manager)	16
Forskning eller annat samarbete med universitet och högskolor (ej VFU)	15
Nationell patientöversikt (NPÖ)	14
Utbildning om personcentrerat arbetssätt	14
Levnadsvanemottagningar eller motsvarande	13

Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2023

Arbetsätt eller område	Antal regioner
Rehabiliterande och/eller habiliterande insatser i samverkan med kommun	13
Multiprofessionella team i samverkan med kommuner	12
Äldremottagningar	11
Gemensamma anställningar mellan region och kommun	10
Sammanhållen journal mellan region och kommun	10
Äldremottagning i samarbete med kommuner	4
Annat område/arbetsätt	12

Källa: Regionernas redovisningar av vidtagna insatser inom god och nära vård 2023

Tabell 2: Insatser för utveckling av den nära vården med primärvården som nav i kommunerna

Andel kommuner i procent som uppgett att de antingen initierat eller förstärkt ett visst område eller arbetssätt som de sedan starten på omställningen (ca 2019)

Arbetssätt eller område	Andel kommuner %
Samverkansforum, -träffar med regional hälso- och sjukvård på verksamhetsnivå	90
Hälsofrämjande och förebyggande arbetssätt/insatser	86
Samverkansforum, -träffar mellan kommunala verksamheter	86
Vårdplaner, SIP, patientkontakt	86
Fast omsorgskontakt	82
Utskrivningsprocessen	79
Konsument till NPÖ	73
Uppsökande verksamheter och träffpunkter	73
Utbildning i personcentrerat arbetssätt	72
Samverkan kring olika målgrupper	70
Patient- eller medborgardialoger	65
Rehabiliterande och/eller habiliterande insatser inom kommunens verksamheter	62
Multiprofessionella team i kommunen	61
Rehabiliterande och/eller habiliterande insatser i samverkan med regionen	59
Fast vårdkontakt	56
Utbildning i förändringsledning	52
Familjecentraler i samverkan med region	43
Digitala vård- och omsorgsbesök	42
Forskning eller samarbete med akademi (ej VFU)	38
Mobila team i samverkan med region	37
Multiprofessionella team med region, ex. demensteam	35
Samordningstjänster ex. lotsar, Case manager	33
Mobila team inom kommunen	27
Sammanhållen journal mellan region och kommun	23
Distansmonitorering/egenmonitorering	17

Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2023

Arbetsätt eller område	Andel kommuner %
Gemensamma anställningar mellan region och kommun	15
Producent till Nationell patientöversikt (NPÖ)	12
Äldrecentraler i samverkan med region	6
Andra områden/arbetsätt	31

Källa: RSS-organisationernas redovisning av kommunernas vidtagna insatser inom god och nära vård 2023.

Tabell 3. Primärvårdens resurser i regionerna

Region	Primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens totala kostnader 2023	Absolut förändring procentenheter 2019-2023	Beslut om att budgetera högre andel till primärvård 2023	Beslut om andra insatser för en ändamålsenlig resurssättning av primärvård
Blekinge	16,9%	-0,7	Nej	Nej
Dalarna	17,7%	-1,7	Nej	Ja
Gotland	16,8%	1,8	Nej	Ja
Gävleborg	20,9%	1,1	Nej	Ja
Halland	18,9%	-0,7	Nej	Ja
Jämtland Härjedalen	19,7%	0,0	Nej	Nej
Jönköping	19,7%	0,0	Ja	Nej
Kalmar	20,2%	0,0	Ja	Ja
Kronoberg	17,9%	-0,3	Nej	Ja
Norrbotten	18,7%	-1,4	Ja	Ja
Skåne	19,2%	0,9	Ja	Ja
Stockholm	20,2%	0,2	Nej	Nej
Södermanland	19,2%*	-1,5*	Nej	Nej
Uppsala	19,3%	1,4	Ja	Ja
Värmland	18,3%	0,0	Ja	Ja
Västerbotten	18,0%	0,0	Nej	Ja
Väster- norrand	15,8%	-0,8	Nej	Ja
Västmanland	19,0%	0,1	Nej	Nej
Västra Götaland	25,5%	3,3	Nej	Ja
Örebro	18,1%	-1,0	Nej	Ja
Östergötland	16,2%	-1,6	Ja	Ja
Riket	20,0%	0,4		

Källa: SCB genom Kolada och regionernas redovisningar av vidtagna insatser inom god och nära vård 2023.

*Uppgifter är uppskattade utifrån att kostnader inte är helt kompletta i databasen Kolada.

Tabell 4: Insatser för att utveckla förutsättningarna på arbetsplatserna i regionerna

Antal regioner som uppgett att de antingen initierat eller förstärkt ett visst område eller arbetssätt som de sedan starten på omställningen (ca 2019)

Arbetssätt eller område	Antal regioner
Utbildningar för att utveckla ledarskapet	21
Översyn av schemaläggning för legitimerad personal	21
Förstärkt introduktion för legitimerad personal	20
Insatser i syfte att minska behovet av inhyrd personal	20
Skapat nya möjligheter till karriärvägar	20
Insatser för att avlasta legitimerad personal med	20
Översyn av schemaläggning för icke legitimerad personal	19
Arbetsmiljöutbildningar	18
Övriga utbildningar för legitimerad personal	18
Friskvårdssatsningar	17
Övriga utbildningar för icke legitimerad personal	17
Stärka teambaserade arbetssätt	16
Utbildning i personcentrerat arbetssätt	15
Förstärkt introduktion för icke legitimerad personal	13
Insatser som syftar till att fler medarbetare ges rätt eller möjlighet till heltidsarbete	12
Stöd till personalen, exempelvis hälsocoacher	9
Annan insats	5

Källa: Regionernas redovisningar av vidtagna insatser inom god och nära vård 2023.

Tabell 5: Insatser för att utveckla förutsättningarna på arbetsplatserna i kommunerna

Andel kommuner i procent som uppgett att de antingen initierat eller förstärkt ett visst område eller arbetssätt som de sedan starten på omställningen (ca 2019)

Arbetssätt eller område	Andel kommuner %
Utbildningar för icke legitimerad personal (ej för att utveckla ledarskapet)	79
Stärka teambaserade arbetssätt	78
Utbildningar för legitimerad personal (ej för att utveckla ledarskapet)	78
Insatser för att avlasta legitimerad personal med t.ex. särskilt utsedd personal som undersköterskor med utökad delegering	73
Översyn av schemaläggning för icke legitimerad personal	71
Utbildningar för att utveckla ledarskapet	69
Översyn av schemaläggning för legitimerad personal	65
Insatser som syftar till att fler medarbetare ges rätt eller möjlighet till heltidsarbete	64
Förstärkt introduktion för icke legitimerad personal	61
Insatser i syfte att minska behovet av inhyrd personal	61
Förstärkt introduktion för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal	56
Utbildning i personcentrerat arbetssätt	54
Skapat nya möjligheter till karriärvägar (ex modeller för kompetens- och karriärutveckling)	52
Arbetsmiljöutbildningar	44
Friskvårdssatsningar	43
Stöd till personalens hälsa, exempelvis hälsocoacher	16
Andra insatser/arbetssätt	22

Källa: RSS-organisationernas redovisning av kommunernas vidtagna insatser inom god och nära vård 2023.

Tabell 6: Insatser för att utbilda vårdens framtida medarbetare i regionerna

Antal regioner som uppgett att de antingen initierat eller förstärkt ett visst område eller arbetssätt som de sedan starten på omställningen (ca 2019)

Arbetssätt eller område	Antal regioner
Skapat förutsättningar för verksamhetsförlagd utbildning (VFU)	21
Skapat förutsättningar för legitimerad personal att vidareutbilda sig	21
Utvecklat samverkan mellan region och lärosäten	20
Arbetat med prognoser och dimensionering av läkarnas AT- och ST-platser	18
Praktik, introduktionsutbildningar eller verksamhetsförlagd utbildning för personer med utländsk utbildning	17
Skapat förutsättningar för icke legitimerad personal att vidareutbilda sig	17
Skapat fler platser för tjänstgöring för AT- eller BT-läkare	17
Skapat fler platser för specialisttjänstgöring för ST-läkare	16
Utvecklat utbildnings- och handledarkapacitet	16
Arbetat med utlandsrekrytering	15
Utvecklat förutsättningarna för verksamhetsintegrerat lärande i primärvården	13
Språkutbildningar på svenska	12
Annan insats	5

Källa: Regionernas redovisningar av vidtagna insatser inom god och nära vård 2023.

Tabell 7: Insatser för att utbilda världens framtida medarbetare i kommunerna

Andel kommuner i procent som uppgett att de antingen initierat eller förstärkt ett visst område eller arbetssätt som de sedan starten på omställningen (ca 2019)

Arbetssätt eller område	Andel kommuner %
Skapat förutsättningar för icke legitimerad personal att vidareutbilda sig	80
Skapat förutsättningar för legitimerad personal att vidareutbilda sig	77
Förbättrat förutsättningarna för verksamhetsförlagd utbildning (VFU)	60
Språkutbildningar	54
Praktik, introduktionsutbildningar och verksamhetsförlagd utbildning för personer med utländsk utbildning	26
Arbetat med utlandsrekrytering	4
Andra insatser eller arbetssätt	29

Källa: RSS-organisationernas redovisning av kommunernas vidtagna insatser inom god och nära vård 2023.

Tabell 8. Antal sjuksköterskor som beviljats utbildningsförmån

Antal sjuksköterskor som beviljats ekonomiskt bidrag eller bibehållen grundlön för studier till specialistsjuksköterska VT 2023 och HT 2023 i regionerna.

Region	Bidrag VT 2023	Bidrag HT 2023	Grundlön VT 2023	Grundlön HT 2023
Blekinge	0	0	6	22
Dalarna	0	0	82	62
Gotland	0	0	1	5
Gävleborg	0	0	9	38
Halland	0	0	3	26
Jämtland Härjedalen	9	4	5	9
Jönköping	0	0	110	120
Kalmar	0	0	5	34
Kronoberg	0	0	86	91
Norrbotten	8	17	0	0
Skåne	0	0	329	374
Stockholm	0	0	512	511
Sörmland	57	67	15	26
Uppsala	60	52	0	0
Värmland	0	0	11	29
Västerbotten	21	38	6	10
Västernorrland	0	0	55	44
Västmanland	0	0	7	38
Västra Götaland	365	161	Kan ej uppskattas	
Örebro	0	0	7	57
Östergötland	0	0	105 under året ¹⁴⁶	
Totalt per termin	520	339	1 249	1 496
Totalt per år		859		2 850

Källa: Socialstyrelsens enkät till regioner, uppföljning god och nära vård 2023.

¹⁴⁶ Antalet är ej medräknat i totala antalet per termin, endast i totala antalet per år.

Tabell 9. Antal sjuksköterskor som beviljats utbildningsförmån 2020

Antal sjuksköterskor som beviljats studielön och utbildningstjänst för studier till specialistsjuksköterska eller barnmorska VT 2020 och HT 2020

Region	Studielön VT 2020	Studielön HT 2020	Utbildningstjänst VT 2020	Utbildningstjänst HT 2020
Blekinge	0	0	20	20
Dalarna	0	0	2	60
Gotland	0	0	11	15
Gävleborg	0	0	3	46
Halland	0	0	2	40
Jämtland Härjedalen	10	18	4	15
Jönköping	0	0	0	88
Kalmar	0	0	7	43
Kronoberg	0	0	2	46
Norrbottn*				
Skåne**	0	0	72	138
Stockholm***	0	0	162	161
Sörmland	0	0	14	36
Uppsala	0	0	53	60
Värmland	0	0	5	45
Västerbotten	25	32	5	5
Västernorrland	0	0	27	21
Västmanland	4	20	0	21
Västra Götaland	0	0	65	65
Örebro	0	0	22	61
Östergötland	0	0	3	88
Totalt per termin	39	70	479	1 074
Totalt per år	109	1 553		

Källa: Redovisningar från regionerna hösten 2020, Socialstyrelsen. Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020, utvecklingen i regioner och kommuner samt förslag på indikatorer.

*Region Norrbotten har inte inkommit med data.

**Region Skåne har redovisat att 71,5 personer beviljats utbildningstjänst vårterminen 2020, dessa siffror har avrundats till 72 personer. Regionen har rapporterat att 137,5 personer beviljats utbildningstjänst höstterminen 2020, dessa siffror har avrundats till 138 personer.

Tabell 10. Inriktningar som regionerna erbjuder utbildningsförmån inom 2023

Inriktningar som regionerna erbjuder ekonomiskt bidrag eller bibehållen grundlön för studier inom.

Inriktning	Antal regioner som erbjuder ekonomiskt bidrag	Antal regioner som erbjuder bibehållen grundlön
Akutsjukvård	6	14
Ambulanssjukvård	5	11
Anestesisjukvård	9	16
Hälso- och sjukvård för barn och unga	8	14
Diabetesvård	4	8
Distriktsköterska	8	15
Företagshälsovård	0	2
Infektionssjukvård	5	9
Intensivsjukvård	8	15
Kirurgisk vård	4	13
Medicinsk vård	5	9
Onkologisk vård	6	14
Operationssjukvård	7	17
Palliativ vård	4	9
Psykiatrisk vård	8	15
Skolsköterska	1	1
Vård av äldre	3	7
Avancerad klinisk sjuksköterska	2	3
Annan inriktning	7	14

Källa: Socialstyrelsens enkät till regioner, uppföljning god och nära vård 2023.



Uppföljningen av omställningen till en mer nära vård 2023
(artikelnr 2024-8-9188) kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.