

# Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020

Utvecklingen i regioner och kommuner  
samt förslag på indikatorer

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

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

Artikelnummer 2021-8-7496

Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), augusti 2021

# Förord

Regeringen beslutade den 4 juli 2019 att ge Socialstyrelsen ett uppdrag om uppföljning och stöd till omställningen till en mer nära vård med fokus på primärvården. Uppdraget ändrades den 16 april 2020. Myndigheten ska följa upp, analysera och rapportera hur omställningen till en mer nära vård i regioner och kommuner utvecklas. Utgångspunkten är insatserna från regioner och kommuner inom överenskommelsen mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) om *God och nära vård 2020 – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården*. Redovisningen innehåller också ett utvecklat förslag på indikatorer och mått för att följa omställningen till en mer nära vård.

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.

Anna Dahlin och Charlotte Pihl har varit projektledare för deluppdrag III. Martin Lindblom och Camilla Salomonsson (fram till 2021-04-25) har varit projektledare för deluppdrag II. Therese Hellman, Patrik Hedefjäll, Max Köster, Dick Lindberg, Anna Malmborg, Katarina Sandberg och Mikaela Svensson har bidragit i framtagandet av rapporten. Fler medarbetare vid myndigheten samt externa experter och referenspersoner har bidragit med sin kunskap i arbetet.

Ansvariga enhetschefer har varit Anders Bengtsson och Björn Nilsson.

Olivia Wigzell  
Generaldirektör



# Innehåll

Förord .....	3
Sammanfattning och Socialstyrelsens bedömning .....	7
Vissa delar i omställningen har försvårats under pandemin .....	7
På andra områden har utvecklingen gått framåt .....	8
Möjligheter i det fortsatta arbetet.....	9
Pandemins konsekvenser behöver hanteras och kompetensförsörjningen är fortsatt avgörande .....	10
Det behövs utrymme för konsekvensanalyser och systematik.....	11
Utvecklat förslag på indikatorer .....	12
Socialstyrelsens stödjande insatser.....	12
Socialstyrelsens fortsatta uppföljning.....	12
Socialstyrelsens uppdrag .....	14
Överenskommelsen God och nära vård 2020.....	15
Rapportens disposition, utformning och innehåll.....	15
Avgränsningar .....	16
Agenda 2030.....	17
Samverkan och dialog.....	17
Genomförande av uppföljningen.....	18
Redovisningar.....	18
Kompletterande frågor till kommunerna .....	18
Tre särskilda undersökningar.....	18
Bakgrund .....	22
Omställningen till en mer nära vård .....	22
Primärvård.....	24
Indikatorförslag 2.0 .....	25
Kärnindikatorer för nära vård.....	27
Utvecklingsbehov för enskilda indikatorer.....	28
Redovisning på olika nivåer .....	30
Hur förslaget har tagits fram.....	31
Användning av indikatorerna.....	34
Uppföljning av utvecklingen i regioner och kommuner .....	38
Övergripande utveckling.....	38
Redovisning av utvecklingen i regioner och kommuner.....	45
Målbilder, strategier och organisation för omställningen.....	47
Samverkan och samordning på olika nivåer.....	54
Inkludering av privata aktörer.....	59

Arbete för att minska undvikbar slutenvård .....	60
Finansiell styrning i riktning mot en mer nära vård .....	64
Hälsöfrämjande arbetssätt .....	74
Personcentrerad vård, delaktighet och medskapande .....	76
Trygghet .....	76
Patientkontrakt .....	77
Tillgänglighet .....	81
Regionernas arbete med förbättrad tillgänglighet i primärvården 2020 .....	82
Digitala vårdbesök i den regionalt finansierade primärvården .....	83
Webbtidbok .....	91
Den nationella vårdgarantin i primärvården .....	91
Kontinuitet .....	94
Insatser för ökad kontinuitet under 2020 .....	95
Kompetensförsörjning .....	101
Ändamålsenlig kompetensförsörjning .....	102
Utveckla förutsättningarna på arbetsplatsen .....	105
Utbilda vårdens framtida medarbetare .....	112
Vidareutbildning för sjuksköterskor .....	116
Digitalisering & e-hälsa .....	128
Vision e-hälsa .....	128
Ökat fokus på utveckling och användning av digitala tjänster i regionerna .....	129
Utveckling av e-hälsa och välfärdstjänster i kommunerna .....	132
Det fortsatta arbetet med uppföljningen .....	135
Referenser .....	136
Bilaga 1. Mer om utveckling av indikatorer, deluppdrag II .....	141
Bilaga 2. Socialstyrelsens pågående arbete .....	156
Bilaga 3. Redovisningsstruktur RSS .....	161
Bilaga 4. Kompletterande frågor till kommunerna .....	163
Bilaga 5. Redovisningsstruktur regionerna .....	164
Bilaga 6. Finansiell styrning av omställningen till en mer nära vård – exempel .....	167
Bilaga 7. Intervjuguide finansiell styrning .....	177
Bilaga 8. Intervjuguide digitala vårdtjänster .....	179
Bilaga 9. Intervjuguide vidareutbildning för sjuksköterskor .....	181
Bilaga 10. Enkät till regionerna .....	183
Bilaga 11. Sammanfattning från dialog med yrkes- och fackförbund .....	186
Bilaga 13. Förslag 2.0 alla indikatorer och andra mått .....	189

# Sammanfattning och Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsen har sedan 2019 uppdraget att följa omställningen till en mer nära vård i regioner och kommuner. Utgångspunkten för uppföljningen är de årliga överenskommelserna *God och nära vård* som tecknats mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Regioner och kommuner har redovisat sina insatser under 2020 till Socialstyrelsen. Myndigheten har även i uppdrag att analysera möjligheterna att inhämta resultat på aggregerad nivå från regioner och kommuner i syfte att följa omställningen, samt att ge förslag på indikatorer anpassade för att kunna följa omställningen. Båda dessa uppdrag redovisas i denna samlade rapport över utvecklingen 2020.

Omställningen till en mer nära vård är en strukturreform som berör hela hälso- och sjukvården. Under större delen av 2020 har covid-19-pandemin kraftigt påverkat svensk hälso- och sjukvård. Socialstyrelsens uppföljning av omställningen till en mer nära vård visar att såväl regioners som kommuners hälso- och sjukvård varit mycket ansträngd under 2020.

Uppföljningen visar att vissa delar av omställningsarbetet i regioner och kommuner har bromsats upp under pandemin, men även att andra områden utvecklats snabbare och påskyndat utvecklingen mot en mer nära vård.

## Vissa delar i omställningen har försvårats under pandemin

- Redan innan pandemin beskrev de flesta regioner och kommuner svårigheter med att rekrytera vissa yrkesgrupper. Socialstyrelsens nationella planeringsstöd 2021 visar generell brist på legitimationsyrken såsom sjuksköterskor, allmänläkare och biomedicinska analytiker. Det nationella planeringsstödet framhåller också att det är svårare att rekrytera personal till glesbygd.
- Många anställda i hälso- och sjukvården har haft en mycket ansträngd arbetssituation, bland annat har det krävts en förhöjd beredskap och uppskjutna semestrar. En ökad sjukfrånvaro kan ses bland personalen.
- Stort fokus har behövt läggas på omhändertagande av patienter med covid-19 på olika nivåer i hälso- och sjukvården. Pandemin har också medfört uppdämda vårdbehov till följd av att andra vårdinsatser har behövt skjutas fram, vilket ytterligare belastat vården och krävt omprioriteringar.
- Personal har behövt flyttas mellan verksamheter, vilket i vissa fall även har påverkat det strategiska kompetensförsörjningsarbetet.
- Regioner och kommuner beskriver att vissa utvecklingsarbeten i riktning mot en mer nära vård har behövt ställas in eller skjutas fram, exempelvis

arbete för att utveckla kontinuitet, patientkontrakt och delaktighet. Även vissa utbildningsinsatser har fått stå tillbaka.

## På andra områden har utvecklingen gått framåt

Utvecklad förståelse och samverkan lägger grund för det fortsatta omställningsarbetet

- Arbetet med omställningen pågår i regionerna och betydelsen av en mer nära vård är förankrad i regioners och kommuners arbete.
- Arbetet med att skapa gemensamma målbilder för regioner och kommuner har fortsatt. Fler kommuner redovisar att man har en gemensam målbild med regionen än vad som var fallet i föregående års rapport, vilket också stöds av regionernas redovisningar.
- Den kommunala hälso- och sjukvården och tillgången till läkare för personer som vårdas där, har hamnat i fokus med anledning av att pandemin har haft särskilt allvarliga konsekvenser för äldre personer i särskilt boende.
- Graden av samverkan mellan regioner och kommuner har ökat på olika nivåer under året. Detta bör ha bidragit till ökad förståelse för varandras verksamheter och förutsättningar och vara till gagn för det fortsatta omställningsarbetet. Exempelvis har samarbetsformer mellan kommuner och regioner gällande vårdhygien utvecklats med anledning av pandemin.
- Regionerna redovisar fler projekt och insatser på det förebyggande och hälsofrämjande området jämfört med 2019. Vissa regioner arbetar tillsammans med kommunerna med bland annat riktade insatser till specifika grupper.

## Fortsatt fokus på nya arbetssätt och snabb utveckling av digitaliseringen

- Utveckling av nya arbetssätt är en del i omställningen till en mer nära vård som har fortsatt under pandemin. Det rör exempelvis intensifierade insatser för att minska undvikbar slutenvård. Såväl uppsökande verksamhet som samverkansinsatser mellan regioner och kommuner förekommer. Mobila team och nya samarbetslösningar mellan vårdcentraler, den kommunala hälso- och sjukvården och den specialiserade vården har utvecklats.
- Möjligheten att erbjuda videobesök i den regiondrivna vården har utvecklats mycket snabbt i samtliga regioner. En kraftig ökning ses av de digitala vårdbesöken. Den snabba utvecklingen av digitala vårdtjänster har även påskyndat nya arbetssätt, exempelvis videomöten mellan olika nivåer i systemet och möjlighet till distansarbete för hälso- och sjukvårdspersonal.



- Med hjälp av digital teknik har nya metoder för konsultationer börjat användas för att överbrygga gränser mellan regionernas primärvård och specialistvård respektive kommunal hälso- och sjukvård.

## Insatser för förbättrad kompetensförsörjning fortsätter

- Nya arbetssätt såsom uppgiftsväxling införs och utvecklas, genom att arbetsuppgifter omfördelas mellan yrkesgrupper eller att patienten direkt får besöka en specifik personalkategori/kompetens utan mellanled.
- Det framgår av redovisningarna att flera regioner arbetar med att utöka antalet ST-tjänster i allmänmedicin. Tolv regioner uppger hösten 2020 att de har brist på allmänläkare.
- Regioner och kommuner arbetar fortsatt med olika utbildningsinsatser. Mycket fokus ligger på att utveckla ledarskapet samt att säkerställa specialistkompetens inom en rad områden genom att erbjuda specialistutbildningar för exempelvis undersköterskor och sjuksköterskor.
- Arbeten för att förbättra arbetsmiljön har genomförts och flera kommuner och regioner arbetar för att förbättra den. Flera av satsningarna har en tydlig koppling till covid-19-pandemin och har syftat till att bland annat erbjuda krisstöd eller utökade friskvårdssatsningar.
- En majoritet av regionerna redogör för att covid-19-pandemin inte påverkat möjligheten för sjuksköterskor att påbörja studier till specialistsjuksköterska eller barnmorska med utbildningsförmån hösten 2020.

## Möjligheter i det fortsatta arbetet

Omställningen till en mer nära vård är ett långsiktigt arbete, vilket exempelvis utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* (S2017:01) understrukt. Enligt nämnda utredning behöver det svenska hälso- och sjukvårdssystemet reformeras så att mer resurser ges till de delar i systemet som har goda förutsättningar att hantera både närhet till patienten och komplexitet i sjukdomstillstånd.

Regionerna beskrev vikten av en omställning redan i föregående års uppföljning från Socialstyrelsen *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård – utvecklingen i regioner och kommuner och uppföljning av överenskommelsen En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare*.

Pandemin har påskyndat utvecklingen i riktning mot en mer nära vård på vissa områden och försvårat utvecklingen på andra. Det behöver finnas utrymme att ta avstamp i den utveckling som skett och fortsätta arbetet med omställningen. Utvecklingsprojekt i riktning mot en mer nära vård, som skjutits upp eller ställts in med anledning av pandemin, behöver återupptas för att fortsätta utvecklingen. För att primärvården ska kunna vara navet i vården behöver primärvården stärkas. Strategier och målbildsarbete behöver leda till en stärkt primärvård både i kommuner och regioner.

- En framgångsfaktor för omställningen är ett väl fungerande samarbete mellan kommunerna och regionen på olika nivåer. Regioner och kommuner behöver fortsätta att utveckla den samverkan som inletts.
- Det är positivt att även kommunerna tilldelades medel i överenskommelsen om God och nära vård 2020. Tyngdpunkten i kommunernas redovisningar finns på området kompetensförsörjning. Socialstyrelsen bedömer att det bör understrykas att medel i överenskommelsen även kan användas för mer övergripande insatser av kommunerna och att dessa är värdefulla för omställningsarbetet.
- Det är fortsättningsvis centralt att vårdens medarbetare involveras i omställningen till en nära vård, något även nämnda utredning beskriver.
- En av grunderna i omställningen till en mer nära vård är att patienter - där det är lämpligt - bör tas om hand i andra vårdformer än i slutenvården. Detta såväl för patienternas skull som av effektivitetsskäl. Insatser för att minska undvikbar slutenvård är därför en fortsatt viktig del i omställningen.
- På digitaliseringsområdet har utvecklingen gått mycket fort under pandemin, i synnerhet i kontakterna mellan patienter och vården
- Användningen av digitala tjänster för vårdkontakter har ökat kraftigt under pandemin. Det är viktigt att också utveckla digitala tjänster som underlättar samarbetet mellan vårdgivare och mellan huvudmän. Utvecklingen av digitala tjänster behöver också anpassas efter människors behov och funktion så att de inte försvårar tillgängligheten för vissa grupper.
- Av redovisningarna framkommer att många insatser på digitaliseringsområdet görs, men att kopplingen till *Vision e-hälsa* inte alltid är så tydlig. Regionernas insatser för en mer strukturerad och enhetlig dokumentation har betydelse för möjligheten till uppföljning på olika nivåer och kan även minska den administrativa belastningen i hälso- och sjukvården. Det bör därför vara prioriterade insatser.
- Vårdinformationssystem kan bidra till omställningen genom att stödja en kunskapsstyrning som styr mot en mer nära vård. Exempelvis kan vårdprogram och riktlinjer bidra till omställningen genom att styra mot behandling i den nära vården. Ändamålsenliga informationssystem kan också minska den administrativa belastningen för personalen, frigöra mer tid för patientkontakter och därigenom bidra till omställningen genom att tillgängligheten kan ökas. För att i högre grad kunna följa vårdkedjor är det nödvändigt att data samlas från hela hälso- och sjukvården i nationella individdataregister. Detta belyses i Socialstyrelsens rapport från 2019, *Att kunna följa patientens väg genom vården*.

## Pandemins konsekvenser behöver hanteras och kompetensförsörjningen är fortsatt avgörande

Även när pandemins mer akuta faser avklingat kommer konsekvenserna för patienter och vårdens medarbetare att behöva hanteras. Det finns och kom-

mer att finnas uppdämda vård- och rehabiliteringsbehov som fått anstå under pandemin. Det kommer också att finnas långvariga effekter av covid-19 som innebär nya vårdbehov för patienter vilka bland annat behöver tillgodoses i primärvården. En omställning till en mer nära vård ställer krav på att säkerställa kompetensförsörjningen till den nära vården. Detta avser både kompetenser som redan idag arbetar inom den nära vården och nya och fördjupade kompetenser för att kunna ta hand om fler komplexa tillstånd.

- Kontinuiteten i relationerna har stor betydelse för såväl vårdens kvalitet som patientens upplevelse och medarbetarnas arbetsmiljö. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys undersökning *Fast kontakt i primärvården - Patienters uppfattning om tillgången till fast läkarkontakt och fast vårdkontakt i primärvården (2021:1)* beskriver att åtta av tio personer tycker att det är viktigt att få träffa samma person vid varje vårdbesök när de besöker en vårdcentral, men att bara hälften så många anser att de faktiskt får göra det. När det gäller möjligheten att själv få välja vilken person man ska ha som fast kontakt ser myndigheten liknande resultat – nästan åtta av tio personer anser att det är viktigt men bara hälften så många upplever att de har den möjligheten.
- Insatser för att möjliggöra en god kompetensförsörjning som framkommer i redovisningarna är exempelvis samlokalisering och samplanering av resurser och bemanning mellan kommun och region. Detta kan även bidra till effektiviseringsvinster genom en mer samlad bild över vilka kompetenser som finns tillgängliga och vad som saknas.
- Det faktum att flera regioner utökar antalet ST-tjänster för läkare i allmänmedicin kommer att innebära ökade möjligheter för primärvården.
- Flexiblare utbildningsformer vad gäller utbildningstjänst för specialist-sjuksköterskor efterfrågas för att kunna öka kapaciteten och få fler att vidareutbilda sig.

## Det behövs utrymme för konsekvensanalyser och systematik

Det behöver finnas utrymme för att systematiskt införa nya arbetssätt och samverkansformer och kontinuerligt utvärdera dessa ur ett patientperspektiv och med medarbetarfokus. Det kan exempelvis handla om de nya arbetssätt som initierats under pandemin på kompetensförsörjningsområdet, det digitala området och på området undvikbar slutenvård. Såväl utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård (S2017:01)* som regeringen betonar att de medicinska resultaten och den specialiserade vården inte ska påverkas i negativ riktning av omställningen och att detta behöver följas med kontinuerliga konsekvensanalyser.

Socialstyrelsens nationella handlingsplan *Agera för säker vård - Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024* är riktad till huvudmännens beslutsfattare och utgör ett stöd i arbetet. I handlingsplanen anges att den pågående omställningen av vårdens organisation ställer krav på utveckling av anpassade indikatorer, mått och metoder

för att följa upp hur säker vården är eller om dessa förändringar kan medföra ökade risker för patientsäkerheten.

Under arbetet med uppföljningen har det framkommit att det kan behöva konkretiseras vad *nära vård* innebär för att kunna genomföra en systematisk och enhetlig implementering. Av intervjuer har framkommit att det vore av värde att definiera tydligare vilka insatser som har effekt och gör störst nytta. Det beskrivs också att det kan vara utmanande att få igenom satsningar som initialt medför ökade kostnader utan att kunna uppskatta de förväntade effekterna på lång sikt. Faktaunderlag med exempel på åtgärder, dess förväntade effekter och metodstöd för att genomföra egna analyser skulle kunna underlätta fortsättningen för fler nära vårdinitiativ.

## Utvecklat förslag på indikatorer

I avsnittet *Indikatorförslag 2.0* presenteras myndighetens utvecklade förslag på indikatorer för att följa omställningen mot nära vård. Dessutom ges ett första exempel på samlad övergripande resultatredovisning för riket. Till rapporten finns även en bilaga i excelformat med möjlighet att ta fram profiler med utvecklingen över tid för ett antal exempelindikatorer för enskilda kommuner och regioner: *Bilaga 14 – Indikatorlista och exempel på profil-diagram för kommuner och regioner*.

## Socialstyrelsens stödjande insatser

Socialstyrelsen arbetar samlat med att stödja kommuner och regioner i omställningen till en god och nära vård och har sedan april 2020 ett flerårigt uppdrag (S2020/03319/FS) på området. Uppdraget delredovisades i mars 2021 i rapporten *Insatser under 2020 för att främja omställningen till en god och nära vård*. Myndighetens insatser utgår från de förändringar som beskrivs i färdplanen för omställningen till en god och nära vård som utvecklades av utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* (S2017:01). I bilaga 2 i föreliggande rapport beskrivs myndighetens samlade insatser inom ramen för uppdraget.

## Socialstyrelsens fortsatta uppföljning

Socialstyrelsen kommer att följa utvecklingen i regioner och kommuner och rapportera även 2022 och 2023. Den fortsatta uppföljningen kommer att utgå från det som hittills redovisats av regioner och kommuner. Specifika delar kan behöva belysas närmare i de kommande rapporterna. Uppdraget att ge förslag på indikatorer anpassade för att kunna följa omställningen kommer att slutredovisas 2022.

Socialstyrelsen avser följa upp den tidigare genomförda undersökningen av fast läkarkontakt och redovisa detta i en av de kommande rapporterna om uppföljningen av omställningen till en mer nära vård.

Utformningen av det fortsatta uppföljningsarbetet i regioner och kommuner kommer att ske i nära samverkan med uppdraget om utvecklingen av

indikatorer. Ambitionen är att fortsätta länka samman kvantitativ och kvalitativ uppföljning till en samlad bild av omställningens genomförande och resultat. Socialstyrelsen arbetar även i nära samverkan med Sveriges Kommuner och Regioner samt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys vad gäller uppföljningen av omställningen.

För det fortsatta arbetet med indikatorer finns behov av att prioritera bland de utvecklingsspår som beskrivs i rapporten och bilaga 1. Även i det förslag på indikatorer som ska ingå i slutrapporteringen 2022 kommer det att finnas flera utvecklingsdelar. Merparten utvecklingsspår är sådana där projektet kan peka på vilken utveckling som skulle behövas men projektet inte själv råder över det faktiska arbetet.

Socialstyrelsen bedömer att utveckling av föreslagna och redan existerande systematiska datainsamlingar från primärvården ger mer nytta än att påbörja nya omfattande insamlingar av aggregerade data via formulär till regioner och kommuner eller samtliga vårdgivare i primärvården. Det finns en potential i att utveckla bland annat täckningsgraden i redan existerande datakällor som rör regionernas primärvård och kommunal hälso- och sjukvård. Men för att kunna följa patienter över vårdnivåer och vårdgivare är det nödvändigt med individdataregister, ett hälsodataregister för primärvården så som har föreslagits av myndigheten i rapporten från februari 2021 *Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård, Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården*, samt att utvidga patientregistret för öppen specialiserad somatisk vård att omfatta även andra personalkategorier än läkare. Socialstyrelsen har i uppdrag att lämna förslag på de författningsändringar som krävs för att datainsamlingen till patientregistret ska kunna innehålla data över samtliga patienter som behandlats inom den öppna vården som inte är primärvård (S2021/04597).

Myndigheten ser ändå att vissa centrala aggregerade mått skulle kunna bli aktuella att samla in framöver, främst då kanske mått som visar på implementering av reformen så som uppgifter om fast läkarkontakt.

Uppdraget ska främst ge förslag på indikatorer men även frågor om förvaltning kommer mer i fokus när uppdraget ska avslutas. Beroende på om urvalet indikatorer verkar relativt stabilt i god tid innan nästa rapportering kan även förutsättningarna öka för att uppdatera, beställa och samla ihop data. Detsamma gäller att utveckla exempel och förslag för framtida presentationer av resultat.

Fortsatta konsultationer kommer också att genomföras för att få in synpunkter på det utvecklade indikatorförslaget i den här rapporten.

# Socialstyrelsens uppdrag

Socialstyrelsen fick i juli 2019 regeringens uppdrag (S2019/03056/FS) om uppföljning av primärvård och uppföljning av omställningen till en mer nära vård. Uppdraget består av tre deluppdrag och sträcker sig fram till år 2023.

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

Deluppdrag II handlar om att analysera möjligheterna att inhämta resultat på aggregerad nivå från regioner och kommuner i syfte att följa omställningen, samt att ge förslag på indikatorer anpassade för att kunna följa omställningen. Socialstyrelsen presenterade sin första delredovisning av deluppdrag II i november 2019. Arbetet med deluppdrag II ska därefter rapporteras årligen senast den 30 augusti under perioden 2020–2022. I juni 2020 presenterade myndigheten rapporten *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård - Ett förslag på indikatorer* [2].

I deluppdrag III ska Socialstyrelsen årligen 2020–2023 följa upp och rapportera hur omställningen till en mer nära vård i regionerna och kommunerna utvecklas. Arbetet utgår från de årliga överenskommelserna mellan regeringen och SKR om God och nära vård – en omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården. I uppdraget uttrycks att Socialstyrelsen i deluppdrag III även kan använda sig av de indikatorer som myndigheten inom ramen för deluppdrag II finner lämpliga, och andra befintliga indikatorer avseende bland annat tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet, samt kostnader. I augusti 2020 redovisades rapporten *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård – utvecklingen i regioner och kommuner* [3].

I Socialstyrelsens uppdrag ingår också att följa effekterna av omställningen i relation till de medicinska resultaten, kostnaderna och tillgänglighet inom akutsjukvården och övrig specialiserad vård.

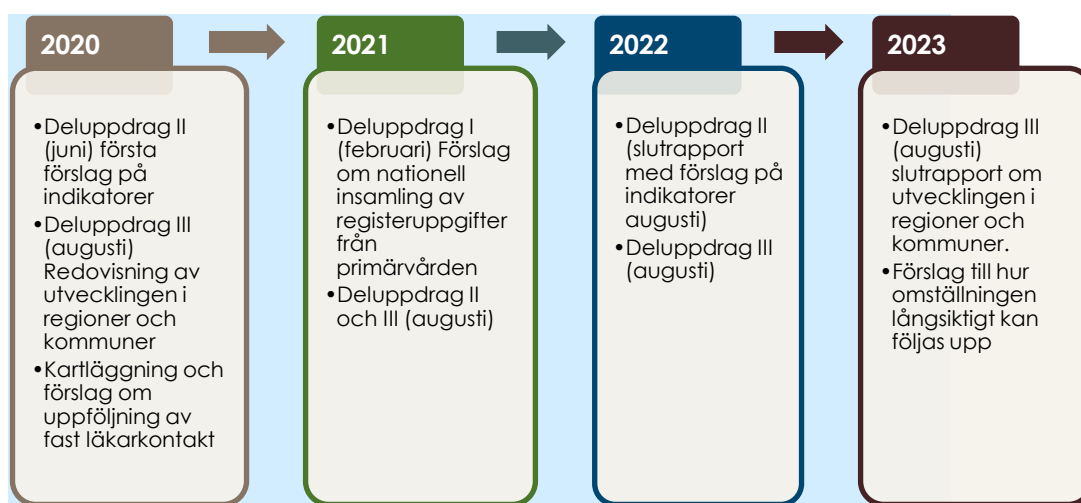
I april 2020 ändrades uppdraget (S2020/03319/FS) så att Socialstyrelsen inom ramen för uppdraget också gavs i uppdrag att kartlägga, analysera och följa utvecklingen av satsningen med att erbjuda vidareutbildning till specialistsjuksköterska eller barnmorska. Ett tillägg som inkluderade uppföljning av den tidigare överenskommelsen mellan regeringen och SKR *En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare* [4] ingick också i det ändrade uppdraget. Dessutom inkluderades uppdraget att utreda förutsättningarna att följa utvecklingen av fast läkarkontakt i primärvården. Denna del har myndigheten redovisat i en separat rapport i december 2020 [5].

Föreliggande rapport är 2021 års redovisning och är gemensam för deluppdrag II och III.

Uppföljningsarbetet har skett i samverkan mellan de båda deluppdragen för att länka samman kvantitativ och kvalitativ uppföljning till en samlad bild av omställningens genomförande och resultat.

Socialstyrelsen har även i uppdrag att genomföra insatser för att främja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård (S2020/03319/FS). Detta i enlighet med den plan som myndigheten har presenterat i rapporten *Grund för strategisk plan för att stödja en god och nära vård*. Uppdraget redovisas årligen och den senaste rapporten publicerades den 31 mars 2021 [6]. I bilaga 2 beskrivs det samlade arbetet med uppdraget att främja omställningen.

**Figur 1. Socialstyrelsens uppföljning av omställningen till en mer nära vård**



## Överenskommelsen God och nära vård 2020

Överenskommelsen om God och nära vård 2020 mellan regeringen och SKR är en sammanslagning av de tidigare överenskommelserna *God och nära vård – en omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården*, *En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare* och *Ökad tillgänglighet för barnhälsovården*. Överenskommelsen innefattar även utvecklingsområdet insatser inom ramen för *Vision e-hälsa 2025*. Överenskommelsen omfattar medel såväl till regionerna som till kommunerna för insatser inom ramen för omställningen till en mer nära vård.

## Rapportens disposition, utformning och innehåll

Rapporten är detta år gemensam för deluppdrag II och III. Båda dessa uppdrag redovisas i denna samlade rapport över utvecklingen av omställningen till en mer nära vård 2020. I juni 2020 presenterade deluppdrag II rapporten

*Uppföljning av omställningen till en mer nära vård - Ett förslag på indikatorer*, den innehöll ett förslag på uppföljningsområden samt ett första förslag på indikatorer [2]. Till nuvarande rapport har myndigheten arbetat vidare med urvals- och bedömningskriterier för indikatorerna och i bilaga 1 redovisas hur arbetet utvecklats. I avsnittet *Indikatorförslag 2.0* redovisas resultat av indikatorarbetet. Avsnittet innehåller även en redovisning av de fyra storheterna som föreslagits av utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* (S2017:01) i SOU 2018:39 [7].

Deluppdrag III innefattar uppföljning av regioners och kommuners insatser utifrån överenskommelsen mellan regeringen och SKR om God och nära vård 2020. Underlagen för uppföljningen består framförallt av skriftliga redovisningar. Regioner och kommuner har redovisat sina insatser och resultat utifrån en redovisningsstruktur som Regeringskansliet och SKR gemensamt tagit fram (se bilaga 3-5). I anslutning till respektive avsnitt om regioners och kommuners insatser redovisas även en del mått för att komplettera redovisningarna och bidra till att beskriva utvecklingen.

Inledningsvis beskrivs stöd till omställningsarbetet, målbilder, strategier, organisation och samverkan på olika nivåer, med utgångspunkt i föregående års uppföljning. Därefter följer de särskilda insatserna inom överenskommelsen, exempelvis arbete för undvikbar slutenvård, inkludering av privata aktörer och användning av hälsofrämjande arbetssätt. I rapporten redovisas sedan insatserna inom de övergripande målen med omställningen, det vill säga personcentrerad vård och delaktighet, kontinuitet och tillgänglighet. En särskild uppföljning om fast läkarkontakt i primärvården redovisades av myndigheten i december 2020 [5]. En särskild uppföljning av digitala vårdtjänster i primärvården som baseras på intervjuer i ett urval regioner presenteras i avsnittet om tillgänglighet.

Avslutningsvis följer ett avsnitt om kompetensförsörjning och ett avsnitt om digitalisering och e-hälsa. Inom kompetensförsörjningsområdet finns de flesta insatserna från kommunernas sida, i enlighet med vad som anges i överenskommelsen. En särskild uppföljning av utbildningsförmån till specialistsjuksköterska redovisas också under detta avsnitt.

En separat undersökning av finansiell styrning i riktning mot en mer nära vård, som baseras på intervjuer i ett urval regioner och kommuner redovisas i avsnittet *Finansiell styrning i riktning mot en mer nära vård*.

## Avgränsningar

Den del av uppdraget som handlar om att följa effekterna av de stödjande insatser myndigheten genomför inom ramen för den strategiska plan för att stödja en god och nära vård som myndigheten haft i uppdrag att utarbeta följs i ett senare skede. Den del av uppdraget som innefattar en analys av hur omfattningen av verksamheternas administrativa arbete påverkas av de överenskomna insatserna redovisas också i ett senare skede.

I överenskommelsen om God och nära vård 2020 ingår området Ökad tillgänglighet i barnhälsovården. Uppföljning av detta område ingår dock inte i denna rapport, utan genomförs som ett särskilt regeringsuppdrag som kommer att redovisas separat senast den 1 oktober 2021.



Även SKR:s arbete inom ramen för överenskommelsen God och nära vård 2020 ska enligt uppdraget följas upp. SKR har lämnat en verksamhetsrapport till regeringen den 31 mars 2021 [8]. Socialstyrelsen hänvisar till nämnda verksamhetsrapport vad gäller uppföljning av SKR:s insatser.

## Agenda 2030

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

## Samverkan och dialog

Socialstyrelsen har i arbetet haft löpande avstämningar med SKR och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vård- och omsorgsanalys). Uppdraget har också fört dialog med patientföreträdare i nämnden för funktionshinderfrågor på Socialstyrelsen.

Därutöver har även genomförts ett antal dialogmöten med olika intressenter med speciellt fokus på indikatorer för nära vård. Intressenterna inkluderar företrädare för Kommittén för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga, Tillgänglighetsdelegationen, Nationella primärvårdsrådet, Regionala stödfunktioner för kommunerna, Region Kalmar, Region Norrbotten, Region Uppsala, Region Värmland, Västra Götalandsregionen, Region Örebro, VästKom, samt Sveriges läkarförbund och Astma- och allergiförbundet. Merparten av dessa dialogmöten har tagit sin utgångspunkt i myndighetens första förslag på indikatorer för att följa omställningen till en mer nära vård. En sammanställning av synpunkter från dialogerna kring indikatorerna finns i bilaga 1.

Myndigheten har även haft dialog med Svenska Barnmorskeförbundet, Vårdförbundet och Vårdförbundet student inom ramen för regionernas arbete med att erbjuda vidareutbildning till specialistsjuksköterska och barnmorska, se bilaga 11 för sammanfattning av dialog med förbunden.

# Genomförande av uppföljningen

Rapporten bygger på kvalitativa och kvantitativa data som är insamlade mellan oktober 2020 och april 2021. Ett antal delprojekt har genomförts inom ramen för uppdraget, datainsamling inom de olika delprojekten redogörs för under respektive rubrik. Genomförandet när det gäller utvecklingen av indikatorer beskrivs närmare i avsnittet Förslag på indikatorer 2.0.

## Redovisningar

Utgångspunkt för rapporten är information i de redovisningar samtliga regioner och kommuner, genom regionala samverkans- och stödstrukturer (RSS), inom ramen för överenskommelsen redovisat den 31 mars 2021.

Inför regioners och RSS rapportering har SKR och Regeringskansliet tagit fram en redovisningsstruktur för RSS respektive regioner (se bilaga 3 och 5), Socialstyrelsen gavs möjlighet att kommentera på strukturen. Redovisningsstrukturen skickades ut av Socialstyrelsen till regioner och RSS i oktober 2020.

## Kompletterande frågor till kommunerna

Socialstyrelsen skickade i februari 2021 ut kompletterande frågor (se bilaga 4) till den redovisningsstruktur som skickats till RSS. Myndigheten fick svar på de kompletterande frågorna från totalt 230 kommuner (79 procent). Syftet med de kompletterande frågorna var att få information om det finns beslut för samverkan mellan kommun och region när det gäller omställningen till en mer nära vård, samt om det finns beslut om en gemensam målbild för omställningen. Motsvarande frågor ställdes i en enkät till kommunerna som skickades ut i december 2019.

## Tre särskilda undersökningar

Inom ramen för uppdraget har Socialstyrelsen genomfört tre särskilda undersökningar. Den första handlar om digitala vårdbesök i primärvården, den andra om finansiell styrning i riktning mot en mer nära vård och den tredje om utbildningsförmån för sjuksköterskor. Genomförandet av dessa beskrivs nedan.

### Digitala vårdbesök i primärvården

#### *Intervjuer*

Under perioden februari–mars 2021 har myndigheten genomfört intervjuer (se bilaga 8) med fem regioner<sup>1</sup> i syfte att kartlägga regionernas utbud av digitala vårdbesök i primärvården i egen regi. De regioner som intervjuats

---

<sup>1</sup> Urval av regioner har gjorts av SKR.

är Skåne, Stockholm, Uppsala, Västerbotten och Östergötland<sup>2</sup>. Personer som har intervjuats har varit e-hälsostrateg, specialist i allmänmedicin, digitaliseringsdirektör, programchef e-hälsa och digitalisering och objektägare. Teman som berörts under intervjuerna har varit: regionernas strategi för digitala vårdbesök, tillgänglighet till möten/besök i primärvården, säkerhet och kontinuitet samt utbildning och kvalitetssäkring av digitala vårdbesök i primärvården.

### *Dokumentanalys*

I arbetet med att kartlägga regionernas utbud av digitala vårdbesök i primärvården har dokumentation på 1177 Vårdguidens regionala versioner för varje region gått igenom. Även regionernas respektive webbsidor har gått igenom och sökningar har gjorts med följande sökord ”digitala vårdmöten”, ”digitala vårdbesök”, ”videomöten”, samt även i vissa fall andra sökbegrepp som ”digifysisk” för att få ett bättre dataunderlag.

Utöver 1177 vårdguiden och regionernas egna webbsidor har tjänsten ”Digital Hälsa” ([Insiktmedicin.se/digital-halsa](https://insiktmedicin.se/digital-halsa)) och Läkartidningens arkivtjänst använts och sökningar genomförts med regionens namn som sökbegrepp.

Utöver dessa dataunderlag har även generella sökningar via sökmotorn Google på samma sökord som använts på regionernas hemsidor ”digitala vårdmöten”, ”digitala vårdbesök”, ”videomöten” använts. Framförallt har forskningsrapporter laddats ned, men även kommersiella företags utbud av tjänsteplattformar och moduler som används i regionerna har analyserats.

## Finansiell styrning i riktning mot en mer nära vård

### *Intervjuer*

Myndigheten har under januari–mars 2021 genomfört intervjuer (se bilaga 6 och 7) med fem regioner och 10 kommuner<sup>3</sup> i syfte att förstå i vilken mån finansiell styrning har använts eller skulle kunna användas för att bidra till omställningen till en mer nära vård. Utgångspunkten har varit vad regioner och kommuner redan genomfört samt vilka möjligheter och utmaningar de ser framöver. Teman som berörts under intervjuerna har varit omställning till en mer nära vård och styrning. Företrädesvis har en representant med strategi-/systemperspektiv och en representant med ekonomiskt perspektiv intervjuats. De personer som intervjuats i kommuner har varit representanter från vård- och omsorgsledning. Intervjuer har också genomförts med representanter<sup>4</sup> från nationell samordningsfunktion inom den nära vården samt utförare inom primärvård, slutenvård, geriatrik och hemsjukvård för att få en fördjupad förståelse kring insikter eller delfrågeställningar som

---

<sup>2</sup> Intervjuförfrågan skickades också till Västra Götalandsregionen men besvarades inte.

<sup>3</sup> Urvalet av regioner har gjorts med målsättningen att få geografisk spridning över landet. För respektive län har en mindre och en större kommun avseende befolkningsmängd valts ut. Intervjupersoner från regionerna har identifierats via personer som tidigare varit i kontakt med Socialstyrelsen i uppföljningsarbetet kring omställningen till en mer nära vård eller via personer som är ansvariga för att redovisa insatser inom ramen för överenskommelsen om god och nära vård. Intervjupersoner som företrätt kommunerna har valts ut efter kontakt med samordnare för RSS i respektive län.

<sup>4</sup> Experterna har valts ut efter dialog inom arbetsgruppen, utifrån förslag intervjurespondenter samt utifrån identifierade exempel på finansiell styrning.

framkommit under arbetets gång. Se tabell 1 för en översikt över intervjurespondenter.

**Tabell 1. Förteckning över intervjurespondenter inom finansiell styrning**

Regioner (två respondenter per region)	Kommuner (en respondent per kommun)
Region Norrbotten	Arjeplog kommun
	Piteå kommun
Region Skåne	Båstads kommun
	Malmö stad
Region Stockholm	Nykvarns kommun
	Stockholms stad
Region Västerbotten	Dorotea kommun
	Umeå kommun
Region Östergötland	Kinda kommun
	Linköpings kommun
Experter	
Nationell samordningsfunktion	
Stor privat utförare inom primärvård	
Liten privat utförare inom primärvård	
Offentlig utförare inom slutenvård och primärvård	
Privat digifysisk vårdgivare inom primärvård	
Idéburen utförare inom geriatrik och hemsjukvård	

### *Dokumentanalys*

Inom området finansiell styrning till en mer nära vård har dokumentanalys gjorts för de fem regioner som intervjuats. Information om omställningsarbete och ersättningsprinciper har inhämtats från webbsidor och i dokument motsvarande budget och verksamhetsplan. För att komplettera bilden med information från andra regioner och övergripande analys har information inhämtats från statliga utredningar, myndighets- och forskningsrapporter, regionala budgetar och verksamhetsplaner, förfrågningsunderlag för primärvården samt artiklar i medicinska tidskrifter.

### *Workshop*

I mars 2021 genomförde myndigheten en digital workshop med syfte att diskutera hur den finansiella styrningen skulle kunna utvecklas för att stödja omställningen till en mer nära vård. Vid workshopen deltog sju företrädare från akademi, myndigheter, funktion för nationell samordning, beställarorganisationer och verksamheter. Deltagarna utgjordes bland annat av de personer som intervjuats inom ramen för finansiell styrning till en mer nära vård.

## Utbildningsförmån för sjuksköterskor

### *Intervjuer*

Myndigheten har genomfört intervjuer (se bilaga 9) med fyra regioner<sup>5</sup> i syfte att få en fördjupad bild av hur regionerna erbjuder vidareutbildning till

<sup>5</sup> De regioner som intervjuats har själva fått anmäla att de önskade ställa upp på intervju. Förfrågan ställdes vid möte med HR-direktörer inom HR-direktörsnätverket som leds av SKR. SKR gick ut med förfrågan å Socialstyrelsens vägnar.

specialistsjuksköterska eller barnmorska, samt arbetar med kompetens- och karriärmodeller. De regioner som intervjuats är Stockholm, Sörmland, Västra Götaland och Östergötland. Intervjuerna genomfördes under november 2020. Personer som intervjuats har varit HR-strateger och chefer. Teman som berörts under intervjuerna har varit: inriktning, förutsättningar, tillvaratagande av kompetens, framgångsfaktorer och förbättringsmöjligheter, hinder och konsekvenser och karriärmöjligheter för specialistsjuksköterskor och barnmorskor.

### *Enkät till regionerna*

Socialstyrelsen har skickat ut en enkät (se bilaga 10) till samtliga regioner, som kunde besvaras under perioden 15 oktober till 13 november 2020<sup>6</sup>. Enkäten besvarades av 20 regioner<sup>7</sup>. Syftet med enkäten var att kartlägga regionernas arbete med att erbjuda vidareutbildning till specialistsjuksköterska eller barnmorska. Enkäten innehöll också frågor om kompetens- och karriärmöjligheter.

---

<sup>6</sup> Några regioner inkom med svar efter den 13 november 2020.

<sup>7</sup> Region Norrbotten har inte besvarat enkäten.

# Bakgrund

## Omställningen till en mer nära vård

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

Utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* (S2017:01) tillsattes 2017 med uppdrag att utifrån en fördjupad analys av förslagen i *Effektiv vård* stödja regionerna, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Utredningen presenterade i juni 2017 sitt första delbetänkande SOU 2017:53 *God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild* [10]. Genom propositionen *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti* (prop. 2017/18:83) beslutades om en ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL att vården skulle ges nära befolkningen.

I juni 2018 redovisade utredningen sitt andra delbetänkande *God och nära vård – En primärvårdsreform* (SOU 2018:39) [7], som bland annat innehöll en uppdaterad målbild och färdplan för omställningen till en mer nära vård.

Utredningen redovisade sitt tredje delbetänkande *God och nära vård – Vård i samverkan* (SOU 2019:29) [11] i juni 2019, sitt huvudbetänkande *God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem* (SOU 2020:19) [12] i april 2020 samt sitt slutbetänkande *God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa* (SOU 2021:6) [12] i januari 2021.

I propositionen *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (prop. 2019/20:164) presenterade regeringen i maj 2020 inriktningen för omställningen av hälso- och sjukvården till en mer nära vård. Beslut har skett i riksdagen i november 2020 (betänkande 2020/21:SoU2).

## Omställningens utgångspunkt

Utgångspunkten för omställningen är enligt regeringen (prop. 2019/20:164) att den övergripande organisationen av dagens hälso- och sjukvårdssystem i Sverige inte fungerar fullt ut för att hantera befolkningens totala behov av hälso- och sjukvård. Regeringen beskriver att Sverige sedan lång tid tillbaka uppvisar goda medicinska resultat, men faller sämre ut i internationella jämförelser när det gäller tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet.

Förändringen och omställningen behöver planeras och genomföras av respektive region i samverkan med kommunerna och i enlighet med den lokala kontexten.

För att möta den demografiska utvecklingen och samtidigt ha kontroll på kostnaderna krävs förändringar av strukturen och sättet att organisera vården. En utvecklad nära vård med en stärkt primärvård kan ge förbättrade förutsättningar för en samhällsekonomiskt effektiv hälso- och sjukvård där tillgängliga resurser används på bästa sätt. Bägge de ovan nämnda utredningarna poängterar att framtidens hälsosystem måste ha en stark primärvård som bas för att klara de utmaningar som hälso- och sjukvården står inför.

Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – det vill säga bland annat sådan hälso- och sjukvård som ges i särskilda boendeformer eller som efter avtal med regionen ges i patienternas egna hem – är huvudsakligen vård som ges på primärvårdsnivå. Primärvård är således ett ansvar för både regioner och kommuner.

Inom ramen för den övergripande inriktningen för en nära och tillgänglig vård med fokus på primärvården har regeringen även formulerat mål för de tre grundläggande delar som inriktningen bygger på och som en stärkt primärvård bör kunna bidra till – tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet. För att reformeringen av primärvården ska bli möjlig krävs emellertid att vissa centrala förutsättningar är uppfyllda. Det handlar om kompetensförsörjning, digitalisering, samverkan mellan huvudmännen, en ändamålsenlig uppföljning av omställningen samt att denna inte ska ske på bekostnad av akutsjukvården.

### **Målbild för omställningen av hälso- och sjukvården**

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

**Mål 1:** Tillgängligheten till primärvården ska öka

**Mål 2:** En mer delaktig patient och en personcentrerad vård

**Mål 3:** Kontinuiteten i primärvården ska öka

(Källa: prop. 2019/20:164)

## Primärvård

Från och med den 1 juli 2021 ändrades definitionen av primärvård på så sätt att primärvården ska svara för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens.

Vidare införs en bestämmelse i 13 a kap. 1 § HSL om vad som ska ingå i primärvårdens grunduppdrag. I denna anges att primärvården ska tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov. Vården ska vara lätt tillgänglig och tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar. Primärvården ska också samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården. Slutligen anges att primärvården ska möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.

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

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

Kommunen ansvarar enligt 12 kap. 1–2 §§ HSL för att erbjuda hälso- och sjukvård åt personer i vissa boendeformer, bostäder och verksamheter och, om det överenskommit med regionen, hemsjukvård. Undantag gäller för sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare, enligt 12 kap. 3 § HSL. Kommunen har också ansvar för att erbjuda viss annan hälso- och sjukvård enligt 12 kap. 4–6 §§ HSL.

I 11 kap. 3 § HSL regleras skyldigheten för kommunen att samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare. Av 11 kap. 2 § HSL framgår att kommunen har en skyldighet att planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård och ska beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare.



# Indikatorförslag 2.0

Socialstyrelsen presenterade 2020 ett första förslag på 36 indikatorer för uppföljning av nära vård. Efter det har flertalet avstämningar gjorts med bland annat andra myndigheter, regioner, kommunförbund, patient- och yrkesorganisationer. Drygt 100 indikatorer och andra mått ingår i det utvecklade förslaget. Den kompletta listan finns i bilaga 13. Det nya förslaget innehåller avsevärt fler indikatorer och mått för att ge möjlighet att bättre täcka relevanta aspekter och organisatoriska delar med olika typer av mått.

Socialstyrelsen har dock valt att främst ha fokus på resultatmått. Detta stöds också i den senaste överenskommelsen mellan staten och SKR där det om uppföljning av nära vård står: ”Uppföljningen ska i högre grad fokusera på resultat och måluppfyllelse, mindre på process” [13].

Ett skäl att fokusera på resultatmått är att begreppet nära vård inte är nationellt definierat efter vad som ska göras utan mer som ett förhållnings-sätt som kan innebära många olika åtgärder beroende på sammanhang och förutsättningar. De insatser och förändringar som behöver göras kommer att variera mellan olika kommuner och regioner. Detta uttrycks exempelvis i SOU 2018:39 [7].

En svårighet med att följa resultatmått är dock att koppla resultaten till nära vård-insatser eller förändringar som gjorts. Därför kan mått och indikatorer som snarare indikerar implementation än uppföljning av reformen vara aktuella. Exempel på sådana kan vara förekomst av fast läkarkontakt, samordnad individuell plan (SIP) eller distansbesök. Framförallt bör dock uppföljningen med de nationella indikatorerna kombineras med andra kvantitativa och kvalitativa data som rör arbetet med nära vård i kommuner och regioner.

Val av breda resultatindikatorer på nationell nivå kan ses som en inriktning där relaterade, men olika, processmått kan väljas utifrån de olika målbilder och arbetssätt som ses som mest adekvata i olika regioner och kommuner. Förhoppningen är att indikatorerna på nationell nivå kan spegla resultat av olika arbetssätt, organisering och insatser på lokal och regional nivå som bidrar till målen för nära vård.

Tabell 2. Kärnindikatorer och andra centrala mått. Profil för riket.

Typ	Område	Kärnindikator/centralt mått	Första värde	Diagram	Senaste värde	Mätenhet	
<b>Centrala mått</b>	Behov	Andel av befolkningen över 80 år	2013=5,16		2020=5,24	Procent	
	Ekonomiska resurser	Kostnadsandel primärvård i kommuner och regioner	2013=19,1		2019=19,3	Procent	
	Var sker vården?	Depression/ångest, andel läkemedel i primärvård				Procent	
	E-hälsa	Andel distansbesök i primärvården	Januari 2020=1,5		Januari 2021=6,1	Procent	
	Personalresurser	Antal allmänläkare	2015=1,15		2019=1,24	Per 1 000 invånare	
<b>Kärnindikatorer</b>	Kompetensförsörjning och arbetsmiljö	Andel nya specialistbevis i allmänmedicin	2016=19,8		2019=21,9	Procent	
		Mycket stressigt arbete, primärvårdsläkare	2015=56		2019=65	Procent	
	Påverkbar specialistvård	Oplanerade återinskrivningar bland äldre	2013=10,0		2020=9,9	Procent	
		Påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom.	2013=954		2020=628	Per 100 000 invånare	
		Utfallet kan spegla: - Tillgänglighet - Personcentring - Kontinuitet - Samordning - Hälsöfrämjande - Medicinsk kvalitet	Påverkbar slutenvård bland personer med hjärtsvikt	2013=12 875		2020=8 634	Per 100 000 patienter
		Påverkbar slutenvård äldre	2013=5 580		2020=4 103	Per 100 000 invånare	
		Besök på akutmottagning 80 år eller äldre	2017=734		2020=602	Per 1 000 invånare	
	Medicinsk kvalitet	Äldre med läkemedel som bör undvikas	Januari 2019=8,0		Januari 2021=7,2	Procent	
		Tillgodosett vårdbehov, patientrapporterat	2015=78		2019=76	Procent	
	Kontinuitet, samordning och tillgänglighet	Andel patienter med fast läkarkontakt (IHP tills vidare)	2014=30		2017=26	Procent	
		Möjlighet att träffa läkare vid behov i särskilt boende	2013=60		2020=53	Procent	
		Medicinsk bedömning inom tre dagar	Januari 2020=80		Januari 2021=82	Procent	
		Barn/unga besök vid psykisk ohälsa inom tre dagar	Mars 2020=55		Mars 2021=66	Procent	
		Andel personer med SIP (olika varianter)				Procent	
	Trygghet, förtroende och delaktighet	Upplever det tryggt på äldreboende	2013=90		2020=87	Procent	
		Förtroende för sin vård-/hälsocentral	2016=60		2020=66	Procent	
		Patientens upplevelse av delaktighet	2017=79		2019=82	Procent	
		Kommunal vård i livets slutskede, brytpunktssamtal	2018=78,0		2020=79,5	Procent	
	Hälsöfrämjande	Diskuterat levnadsvanor i primärvården (alkohol)	2015=19		2019=24	Procent	
	E-hälsa	Andel enheter som erbjuder distansbesök i primärvården				Procent	
Index om E-hälsa i kommunerna					Poäng		
Tillgänglighet och kvalitet specialiserad vård	Överbeläggningar och utlokaliseringar	2014=4,2		2020=5,2	Per 1 00 disp. vårdplatser		
	Besök inom 90 dagar specialiserad vård	2013=91		2020=88	Procent		

## Kärnindikatorer för nära vård

För att underlätta en överblick och ingång till det allt mer omfattande indikatorsetet har Socialstyrelsen valt ut en delmängd indikatorer, som vi kallar kärnindikatorer. Därtill har andra centrala mått som inte är indikatorer<sup>8</sup> men som spelar stor roll för omställningen identifierats. I tabell 2 visas ett exempel på redovisning för rikets ”kärnindikatorer” och ”centrala mått” för nära vård med fokus på primärvården. En närmare beskrivning av de redovisade indikatorerna och måtten finns i den separata Excel-filen *Bilaga 14 – Indikatorlista och exempel på profildiagram för kommuner och regioner*.

I profiltabellen redovisas från vänster om aktuellt mått är en indikator eller ett annat centralt mått. Nästa kolumn visar en indelning i områden. Efter kolumnen med namnet på måttet står året och värdet för den första mätperioden, i de fall värden för 2013 funnits tillgängliga används det som basår<sup>9</sup>, i enlighet med förslag till basår i delbetänkandet *God och nära vård - Vård i samverkan* [11]. Sedan visas ett minidiagram av utvecklingen. För de indikatorer där det står ”utveckling” i diagrammet förekommer kända svagheter i dataunderlaget eller så är utformningen av måttet inte helt fastslaget ännu. Till höger om diagrammet visas den senaste mätperioden och värdet då. Om värdet för den senaste perioden är i icke önskvärd riktning<sup>10</sup> jämfört med det första värdet är texten i cellen markerad med röd färg.

Eftersom data är av olika typ och tillräckliga underlag ofta saknats presenteras här ingen information om förändringen är statistisk signifikant eller någon skattning av osäkerheten. Dock kan en markering med röd text alltid tolkas som att det uppmätta värdet inte visar på en säker förbättring mellan den första och den senaste mätperioden. (För ”Centrala mått” görs ingen markering eftersom det inte har en fastställd tolkning av vad som är en önskvärd riktning.) Nedan följer en genomgång av de rödmarkerade indikatorerna från tabell 2.

För indikatorn *Mycket stressigt arbete, primärvårdsläkare* är ökningen tydlig. *Vård och omsorgsanalys* har i sin rapportering visat att Sverige också ligger högre än många andra länder [14].

För nationell patientenkät har nationella undersökningar som avser primärvården genomförts vartannat år. I undersökningen 2019 var andelen som uppgav att deras vårdbehov var tillgodosett något lägre än 2015. För fast läkarkontakt visas här uppgifter från *International Health Policy Survey* (IHP). I dessa uppgav en lägre andel personer över 65 år som har besökt vården, att de hade en fast läkarkontakt 2017 jämfört med 2014.

I särskilt boende var andelen som svarat att det vid behov är ganska eller mycket lätt att få träffa läkare en procentenhet lägre 2020 jämfört med

---

<sup>8</sup> Ett centralt kriterium för Socialstyrelsen att klassa ett mått som en indikator är att resultatet ska vara tolkningsbart. Alltså om ett högre eller lägre värde eller förhållande till en målnivå i sig indikerar förbättrad kvalitet eller effektivitet i förhållande till mål för verksamheten. Ett exempel på ett centralt mått men som oftast inte uppfyller detta kriterium kan vara insatta resurser och kostnader.

<sup>9</sup> Fler tidigare mätpunkter är nödvändiga vid mer ingående analys och redovisning för att kunna bedöma om utvecklingen är en fortsättning på tidigare utveckling eller ett skifte i den.

<sup>10</sup> Den ”icke önskvärda riktningen” kan vara högre eller lägre beroende på om indikatorn avser något som bör öka, så som upplevd trygghet, eller något som bör minska så som läkemedel som bör undvikas till äldre.

2018. Även om skillnaden är liten kan vi konstatera att det inte finns en indikation på förbättring.

Även andelen som angivit att de är mycket eller ganska trygga i sitt särskilda boende är något lägre för 2020 än vad det var 2013. Även om hälso- och sjukvård bara utgör en del av verksamheten i särskilda boenden antas indikatorn vara relevant vad gäller personcentrering och samordning.

För överbeläggningar och utlokaliseringar syns en stor nedgång för pandemiåret 2020. Trots det är värdet för 2020 fortfarande tydligt högre än när mätningarna började 2014. Överbeläggningar och utlokaliseringar är en indikator som valts främst för att följa att inte vården på övriga vårdnivåer påverkas negativt när primärvården ska förstärkas. Samtidigt kan det ses som ett övergripande systemmått, en central indikation på reformens eventuella påverkan på effektiviteten i hela systemet. Kopplingar till området och indikatorerna för påverkbar specialistvård är också tydlig. Den stora nedgången för dessa indikatorer 2020 bör dock inte utan vidare tolkas som en varaktig förändring. Den speciella situationen, bland annat med mycket uppskjuten vård, kan ha haft stor påverkan på dessa siffror.

Även uppfyllandet av vårdgarantin vad gäller besök i specialiserad vård är något lägre 2020 jämfört med basåret 2013.

## Utvecklingsbehov för enskilda indikatorer

Nedan beskrivs kortfattat utvecklingsfrågor utifrån de mått som markerats med "Utveckling" i tabell 2. Frågorna kring utveckling för dessa kärnindikatorer och centrala mått kan även ses som exempel på frågor som också rör flera andra indikatorer och mått i det fullständiga förslaget och som kategoriserats som utvecklingsmått i bilaga 13.

*Kostnadsandel primärvård i kommuner och regioner* är ett förslag på vidare bearbetning utifrån hälsoräkenskaperna. Kostnaden här avser konsumtion av primärvård finansierad av regioner och regionägda bolag samt hälso- och sjukvård som finansieras av kommuner. I kommunal sjukvård ingår då exempelvis en del kostnader för elevhälsa. I internationell redovisning utgörs den största kostnaden för kommunernas sjukvård av så kallade ADL-insatser (Activities of Daily Living). Dessa är inte medräknade här eftersom de inte brukar räknas som hälso- och sjukvård i en svensk kontext och heller inte är verksamhet inom HSL. Om ADL-komponenten skulle räknas med skulle andelen mer än fördubblas (för 2019 stiga från 19 till 35 procent). Eventuellt kan måttet utvecklas vidare angående vilka delar som ska inkluderas. Det finns även ett möjligt utvecklingsspår som gäller de schabloner som används för att på nationell nivå i hälsoräkenskaperna skilja ut kommunal hälso- och sjukvård från (övrig) omsorgsverksamhet i kommunerna. Ett mer omfattande utvecklingsarbete för att kunna redovisa jämförbara kostnader för kommunal sjukvård även på kommunnivå skulle kunna innebära en utveckling av räkenskapssammandraget för kommunerna samt redovisningen och rapporteringen från kommunerna. Den nuvarande beräk-

ningen och uppdelning av kostnadsandelen för kommuner respektive regioner visas i diagram 4 i kapitlet *Uppföljning av utvecklingen i regioner och kommuner; Ekonomiska resurser*.

Måttet *Depression/ångest, andel läkemedel i primärvård* och indikatorn *Påverkbar slutenvård bland personer med hjärtsvikt* är två exempel på möjliga mått från Socialstyrelsens utvecklingsarbete att identifiera och följa upp prevalenta populationer, alltså grupper av personer som tidigare har vårdats för en kronisk sjukdom eller som fått insatser i kommunal hälso- och sjukvård. Arbetet beskrivs närmare i bilaga 1.

För måttet *Andel distansbesök i primärvården* har det förekommit brister och oklarheter i rapporteringen. Exempelvis ingår inte uppgifter från så kallade nätläkarbolag i de redovisade uppgifterna från väntetidsdatabasen. Dessa ska dock framöver rapporteras till databasen.

För fast läkarkontakt finns målnivåer i primärvården som regionerna ska arbeta med fram till slutet av 2022, enligt överenskommelsen *God och nära vård 2021*. Hur ett mått för att följa detta exakt ska vara utformat eller hur det ska fångas är ännu inte klart. Arbetet kring uppföljning av fast läkarkontakt beskrivs närmare i avsnittet *Insatser på området kontinuitet under 2020*. Ett alternativt eller kompletterande mått till antal fasta kontakter per invånare eller patient är kontinuitetsindex för läkare från *PrimärvårdsKvalitet*. Inom arbetet med *PrimärvårdsKvalitet* pågår ett arbete med att successivt kvalitetssäkra data för ingående indikatorer innan redovisning på aggregerad nivå per region respektive för riket [15].

För indikatorn om andelen personer med SIP består utvecklingen i att undersöka kvaliteten i möjliga datakällor så som *PrimärvårdsKvalitet* och *Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård*. Det behöver också fastställas vilka grupper av patienter som bör ingå i eventuella indikatorer för SIP.

För *Index för e-hälsa i kommunerna* finns idag en idé om att sammanfatta resultatet från undersökningen *e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna* som ett samlat mått. För indikatorn *Diskuterat levnadsvanor i primärvården* visas data för om respondenten diskuterat alkoholvanor, men måttet är inte fastställt i förslaget. I enkätfrågan förekommer flera levnadsvanor och ett möjligt mått kan vara om personen diskuterat någon av dessa levnadsvanor, men det är inte ett mått som idag tas fram och publiceras regelbundet från den nationella patientenkäten.

För indikatorn *Barn/unga besök vid psykisk ohälsa inom tre dagar* så pågår ett utvecklingsarbete vad gäller inrapporteringen och för närvarande saknas flera regioner i underlaget.

För *Andel enheter som erbjuder distansbesök i primärvården* behöver dataunderlaget kvalitetssäkras på samma vis som för måttet om antal distansbesök. Dessutom behöver en lämplig operationalisering tas fram. Operationaliseringen kan utgöras av att en viss nivå av rapporterade distansbesök till väntetidsdatabasen betraktas som att enheten erbjuder distansbesök.

## Redovisning på olika nivåer

Eftersom datatillgång, dataunderlag, rådighet och ansvarsområden skiljer mellan den nationella, regionala och lokala nivån ser den möjliga och prioriterade redovisningsnivån i förslaget olika ut för kommunerna, regionerna och riket.

I tabell 3 framgår vilka kärnindikatorer och centrala mått som valts ut i förslaget med prioriterade redovisningsnivåer.

**Tabell 3. Kärnindikatorer och centrala mått med prioriterade redovisningsnivåer**

			Kommun	Region	Riket	
<b>Centrala mått</b>	<b>Behov</b>	Care Need Index (CNI)	•	•		
		Andel av befolkningen över 80 år			•	
	<b>Ekonomiska resurser (kostnader)</b>	Kostnadsandel primärvård, kommuner och regioner				•
		Kostnadsandel primärvård i regionerna		•		
		Kostnad äldreomsorg per invånare över 80 år	•			
	<b>Var sker vården?</b>	Depression/ångest, andel läkemedel i primärvård		•	•	
	<b>E-hälsa</b>	Andel distansbesök i primärvården		•	•	
	<b>Personal-resurser</b>	Antal allmänläkare per invånare		•	•	
		Antal leg personal i kommunens primärvård per invånare	•			
		Antal leg personal i regionens primärvård per invånare		•		
<b>Kärnindikatorer</b>	<b>Kompetens-försörjning och arbetsmiljö</b>	Andel nya specialistbevis i allmänmedicin			•	
		Hållbart medarbetarindex särskilt boende	•			
		Mycket stressigt arbete, primärvårdsläkare			•	
		Sjukfrånvaro bland regionanställda		•		
	<b>Påverkbar specialistvård</b>	Oplanerade återinskrivningar bland äldre	•	•	•	
		Påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom		•	•	
		Utfallet kan spegla: - Samordning	- personer med hjärtsvikt		•	•
		- Tillgänglighet	Påverkbar slutenvård äldre	•	•	•
		- Delaktighet	- personer på särskilt boende	•		
		- Personcentring	- personer med kommunal HS i ordinärt boende	•		
		- Kontinuitet	Besök på akutmottagning 80 år eller äldre	•		•
	<b>Medicinsk kvalitet</b>	Hälsofrämjande	Fallskador, kommunal HS i ordinärt boende	•		
		Medicinsk kvalitet	Fallskador, personer på särskilt boende	•		
	<b>Kontinuitet, samordning och tillgänglighet</b>	Äldre med läkemedel som bör undvikas	•	•	•	
		Tillgodosett vårdbehov, patientrapporterat		•	•	
		Andel patienter med fast läkarkontakt		•	•	
		Möjlighet att träffa läkare vid behov i särskilt boende	•	•	•	
		Andel personer med SIP (olika varianter)	•		•	
	<b>Delaktighet, trygghet och förtroende</b>	Medicinsk bedömning inom tre dagar		•	•	
		Barn/unga besök vid psykisk ohälsa inom tre dagar		•	•	
		Upplever det tryggt på äldreboende	•		•	
		Förtroende för hälso-/vårdcentraler		•	•	
	<b>Hälsofrämjande</b>	Patientens upplevelse av delaktighet		•	•	
		Kommunal vård i livets slutskede, brytpunktssamtal	•		•	
	<b>E-hälsa</b>	Diskuterat levnadsvanor i primärvården		•	•	
		Andel enheter som erbjuder distansbesök i primärvården		•	•	
	<b>Tillgänglighet specialiserad vård</b>	Index för e-hälsa i kommunerna	•		•	
		Överbeläggningar och utlokaliseringar		•	•	
		Besök inom 90 dagar specialiserad vård		•	•	

Att ett mått saknas för en nivå innebär inte alltid att det inte går att redovisa på den nivån utan att det inte har prioriterats att ingå i det begränsade urvalet vi vill göra för att skapa en överblick.

Förslaget med att identifiera ett begränsat antal kärnindikatorer och centrala mått kan ses som en vidareutveckling av de ”fyra storheter” som föreslagits i betänkandet *God och nära vård – en primärvårdsreform* (SOU 2018:39) [7].

## Hur förslaget har tagits fram

Förslaget är ett resultat av bland annat den återkoppling myndigheten fått från olika intressenter på tidigare presenterat indikatorförslag. Mot bakgrund av att det i ett antal fall är svårt att med hög validitet mäta det som är mest väsentligt att mäta har också ett utvecklingsarbete genomförts för att ytterligare förtydliga bedömnings- och urvalskriterier för indikatorerna. Ett annat spår är att utveckla uppföljningen med fokus på patienter med kronisk sjukdom och patienter inom kommunal hälso- och sjukvård genom att avgränsa viktiga populationer att kunna följa upp. En mer utförlig beskrivning av synpunkter från intressenter och utvecklingsarbetet med populationerna framgår i bilaga 1.

## Vidareutveckling av kriterier för urval och utveckling av indikatorer

I tidigare rapport presenteras vissa utgångspunkter och kriterier för arbetet med att föreslå indikatorer för att följa omställningen. Dessa utgår från myndighetens handbok för utveckling av indikatorer där följande krav formuleras för indikatorer [16]. De ska ange riktning, vara relevanta, valida<sup>11</sup>, vedertagna och bygga på kunskap, påverkbara (för huvudman eller utförare), mätbara och kunna mätas med nationellt kontinuerligt insamlad data.

Myndigheten formulerade också ett antal andra kriterier, utifrån uppdragets formulering. Dessa inkluderade att det samlade indikatorsetet ska ha fokus på primärvården men även belysa det bredare hälso- och sjukvårdssystemet, beskriva effekter av omställningen i relation till medicinska resultat, kostnader och tillgänglighet inom akut och övrig specialiserad vård, belysa omställningens centrala dimensioner, vara breda för att spegla flera viktiga aspekter av vårdens utveckling och i huvudsak utgå från befintliga datakällor.

Därutöver tillkom ambitionen att presentera ett antal ”huvudindikatorer” på nationell och regional nivå, vilka kan behöva kompletteras med fler och mer detaljerade indikatorer på andra nivåer.

Sedan rapporten i juni 2020 har myndigheten arbetat vidare med urvals- och bedömningskriterier för indikatorerna. Detta bland annat mot bakgrund av de synpunkter som framförts om behov av balans mellan den hälso- och sjukvård som kommunerna respektive regionerna ansvarar för. Här har en genomlysning av de föreslagna indikatorerna gjorts baserat både på tidigare formulerade kriterier och nya utvecklade kriterier. Dessa inkluderar bland

---

<sup>11</sup> Mäta det den avser att belysa och mätas på ett tillförlitligt sätt där data inhämtas på ett likartat sätt år efter år.

annat balans mellan kommunernas och regionernas primärvård, i vilken grad indikatorn speglar ”kärnan” i omställningen<sup>12</sup>, vilka delar av hälso- och sjukvården som indikatorn belyser, möjlighet att bryta ner resultat på region och kommunnivå, möjlighet att presentera resultat nedbrutet på bakgrundsvariabler såsom kön, socioekonomi och geografi (för analys av exempelvis jämlik vård), frekvens på mätningar med mera.

Det förslag som presenteras i denna rapport (kärnindikatorer och andra centrala mått samt övriga indikatorer och mått) är resultatet av att samlat försöka beakta ovan nämnda kriterier och skapa en balanserad och överblickbar indikatoruppsättning. Som nämnts i tidigare rapporter är tillgången på tillförlitliga data en stor utmaning. Inte sällan uppstår en målkonflikt där valet delvis står mellan att presentera indikatorer med hög relevans och begriplighet (det vill säga mäter kärnan av nära vård) men med lägre datakvalitet, eller tvärtom. Detta har delvis färgat valet av kärnindikatorer, vilka domineras av mått där det idag eller inom en nära framtid bedöms vara möjligt att presentera data. I vissa fall kan en del kärnindikatorer framöver förhoppningsvis ersättas av mått som på ett bättre sätt och med högre tillförlitlighet fångar det som avses att mätas. Flera potentiellt viktiga datakällor är redan på plats men kan behöva byggas ut. Täckningsgrad och andra kvalitetsaspekter i data måste i vissa fall förbättras eller säkerställas. I vissa fall kan utökade eller nya enkätinsamlingar vara nödvändiga. På längre sikt kan den utvidgning av hälsodataregistren som föreslagits av myndigheten genomföras, vilket skulle ge helt nya möjligheter att exempelvis följa kontinuitet, vårdutnyttjande, vårdförlopp och kvalitet på ett samlat sätt för patienter och diagnosgrupper [1]. Mer om utveckling av datakällor och indikatorer presenteras i bilaga 1.

## De fyra storheterna - en viktig utgångspunkt

En central utgångspunkt i uppdraget är de fyra storheter som utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* (S2017:01) föreslår i betänkandet SOU 2018:39 *God och nära vård – en primärvårdsreform*. Enligt denna bör resultat för fyra olika storheter presenteras årligen på nationell nivå för att följa utvecklingen av omställningen till en mer nära vård. Dessa storheter ska enligt uppdraget beaktas av Socialstyrelsen i uppföljningen av omställningen:

- Befolkning: Förtroende för hälso- och sjukvården
- Process: Oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar.
- Medarbetare: Andel utfärdade specialistbevis i allmänmedicin
- Ekonomi: Kostnadsandel regioners primärvård av samtlig hälso- och sjukvård i regionerna.

I tabell 4 redovisas uppdaterade värden för 2019 och i vissa fall 2020 samt procentuell förändringar jämfört med 2016, enligt de definitioner som presenteras i delbetänkandet *God och nära vård - Vård i samverkan* (SOU 2019:29). I bilaga 14 finns även data för fler mätperioder för storheterna.

---

<sup>12</sup> Här definierat som de tre målområden som beskrivs i propositionen *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (prop. 2019/20:164): tillgänglighet, delaktighet/personcentrering och kontinuitet.



För återinskrivningar bland äldre finns även uppgifter för kommunerna i de profiler som kan genereras.

**Tabell 4. De fyra storheterna Förtroende, Återinskrivningar, Specialistbevis i allmänmedicin och kostnadsandel regionernas primärvård. Procentandelar och procentuell förändring.**

	Förtroende <sup>1</sup>			Återinskrivningar <sup>2</sup>			Specialistbevis allmänmedicin <sup>3</sup>			Andel primärvård (regionernas kostnader) <sup>4</sup>		
	2016	2020	Procentuell förändring	2016	2020	Procentuell förändring	2016	2019	Procentuell förändring	2016	2020	Procentuell förändring
Blekinge	58	67	15,9	9,9	9,9	-0,1	-	-	-	15,5	16,2	4,8
Dalarna	52	68	31,5	8,8	9,0	1,8	-	-	-	17,7	19,0	7,6
Gotland	64	74	16,3	7,4	7,7	3,6	-	-	-	-	-	-
Gävleborg	49	66	35,6	10,2	11,8	15,6	-	-	-	20,3	20,0	-1,5
Halland	69	74	7,9	9,8	7,6	-22,8	-	-	-	17,8	17,7	-0,5
Jämtland	55	63	15,0	3,9	5,2	33,4	-	-	-	19,4	20,5	5,6
Kalmar	73	80	9,8	7,3	7,5	2,9	-	-	-	18,8	19,4	3,3
Kronoberg	66	73	10,8	8,5	8,5	-0,4	-	-	-	17,5	17,4	-0,6
Norrbottnen	52	63	21,0	11,7	9,8	-15,8	-	-	-	19,0	19,2	1,5
Skåne	55	66	20,4	12,0	13,0	8,4	-	-	-	16,4	17,6	7,2
Stockholm	62	69	10,8	8,7	8,3	-5,3	-	-	-	17,9	19,2	7,3
Sörmland	50	67	34,3	8,8	9,5	8,6	-	-	-	17,2	19,1	11,3
Uppsala	65	73	12,8	12,4	10,1	-18,2	-	-	-	15,4	17,2	11,4
Värmland	54	69	28,0	10,2	12,5	22,9	-	-	-	17,1	17,7	3,2
Västerbotten	64	76	18,6	10,2	10,5	3,5	-	-	-	16,9	17,3	2,6
Västernorrland	49	56	13,7	7,7	7,8	1,5	-	-	-	16,8	15,0	-10,5
Västmanland	61	71	16,6	9,6	10,5	8,9	-	-	-	17,4	19,1	9,5
Östergötland	68	75	10,6	10,1	13,0	28,4	-	-	-	16,1	16,8	4,4
Västra Götaland	56	68	21,5	10,0	10,3	3,0	-	-	-	20,8	21,0	1,1
Jönköping	72	78	8,8	9,0	8,5	-5,5	-	-	-	17,4	17,0	-1,8
Örebro	70	73	4,0	7,0	6,3	-11,0	-	-	-	18,2	17,8	-2,0
<b>Riket</b>	<b>60</b>	<b>69</b>	<b>15,6</b>	<b>9,7</b>	<b>9,9</b>	<b>2,5</b>	<b>19,8</b>	<b>21,9</b>	<b>10,4</b>	<b>18,0</b>	<b>18,7</b>	<b>3,8</b>

1. Andel invånare som har stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården.

Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern, Sveriges kommuner och regioner.

2. Andel oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar vid utvalda diagnoser för patienter 65 år och äldre. Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

3. Andel utfärdade specialistbevis i allmänmedicin av totalt antal utfärdade specialistbevis.

Källa: Nationella planeringsstödet, Socialstyrelsen.

4. Kostnadsandel i det som definieras som regionernas primärvård. Förändring i fasta priser. Uppgifter hämtade från Kolada, nyckeltal: "Kostnad för primärvård exkl. läkemedel, kr/inv" samt "Kostnad hälso- och sjukvård exkl. tandvård, kr/inv". Källa: SCB.

I Socialstyrelsens uppföljningsrapport från juni 2020 [2] redogjorde myndigheten för sitt förhållningssätt till dessa fyra storheter i arbetet med att föreslå indikatorer. Socialstyrelsen bedömde i rapporten att dimensionerna som de fyra storheterna är tänkta att spegla – befolkning, process, medarbetare och ekonomi – samtliga utgör viktiga perspektiv i uppföljningen av omställningen. Myndigheten ansåg dock att det dels behövs fler, dels mer

specifika mått för att följa omställningen till en nära vård. De fyra storheterna är samtliga representerade i de utvalda kärnindikatorer och andra centrala mått som presenteras. När det gäller befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården, har myndigheten valt befolkningens förtroende för hälso-/vårdcentraler som kärnindikator, medan den bredare frågan finns i det utökade indikatorsetet.

Som nämns ovan har en av ansatserna varit att välja ut ett mindre antal mått som kan bidra till att skapa en överblick över utvecklingen, och utgöra en ingång för att beskriva utvecklingen mot en mer nära vård. Att välja ut ett begränsat antal ”kärnindikatorer” för nära vård ska ses som en utveckling av konceptet med fyra storheter.

## Användning av indikatorerna

### Hur indikatorerna hanteras i denna rapport

Utöver den profil för riket som redovisas ovan presenteras även några av de föreslagna indikatorerna och måtten i anslutning till de tematiska avsnitt som finns i rapporten. För indikatorer som inte bygger på Socialstyrelsens datakällor har indikatorvärden tagits från redan publicerat material.<sup>13</sup>

Denna redovisning kan ses som en partiell redovisning av resultat för omställningen. Som nämnts i tidigare rapport är det svårt att påvisa någon kausalitet mellan nära vårdinsatser och den övergripande utvecklingen av vårdkonsumtion, e-hälsa med flera områden. Snarare handlar det om att avläsa om den övergripande utvecklingen går i avsedd riktning. På flera av de presenterade områdena är det dessutom svårt att tolka resultaten för 2020, givet att dessa sannolikt påverkats av covid-19-pandemin.

I *Bilaga 14 – Indikatorlista och exempel på profildiagram för kommuner och regioner* har Socialstyrelsen också samlat data för några av de indikatorer som bygger på myndighetens register. För varje indikator är det en omfattande datamängd med uppgifter för flera år och nedbrytningar på kön, regioner och kommuner. Bilagan innehåller en funktionalitet så att data och trenddiagram kan visas upp i profiler för en vald kommun eller region. Profilerna ska ses som en illustration av hur data för indikatorerna kan presenteras framöver exemplifierat med ett begränsat antal indikatorer. Profilerna antas även i denna begränsade form vara intressanta för kommuner och regioner. Hur ser exempelvis utvecklingen för fallskador bland personer med kommunala sjukvårdsinsatser i hemmet ut i min kommun över en tioårsperiod eller hur omfattande var besöken på akutmottagningar bland äldre i samband med pandemin 2020?

### Hur indikatorerna är tänkta att presenteras och användas

I det nuvarande förslaget av indikatorer och andra centrala mått för att följa omställningen med fokus på primärvården gör myndigheten en indelning av indikatorerna i nivåer:

---

<sup>13</sup> I vissa fall kan det avvika mot en förändring av databehandlingen som en anpassning av måtten till Socialstyrelsens förslag skulle innebära.

1. Kärnindikatorer och andra centrala mått.
2. Ordinarie indikatorer och mått.
3. Kompletterande indikatorer och mått.

Den första nivån bedöms vara av störst värde att följa regelbundet.

Indelningen i nivåer kan användas som en utgångspunkt för fortsatt förvaltning och uppdatering av indikatorerna. Förslagsvis kan en nationell aktör ges i uppdrag att regelbundet publicera uppdaterade uppgifter inom nivån ”kärnindikatorer och andra centrala mått”. Dessa mått och indikatorer hämtas från olika datakällor, både inom och utanför Socialstyrelsen. Resultatet bör redovisas med förändringar över tid för den nationella nivån men även för regioner och kommuner, i syfte att utgöra underlag för det fortsatta omställningsarbetet. Profilerna ska ge en snabb orientering som kan leda till vidare diskussioner och fördjupade analyser. Profilerna kan även utgöra ett stöd vid dialog mellan den nationella nivån och enskilda kommuner och regioner.

Redovisning på region- och kommunnivå kräver en utveckling av presentationsformer. Till skillnad från tidigare nationell indikatorredovisning, så som öppna jämförelser och indikatorbaserade utvärderingar, bör indikatorerna i första hand fokusera på förändringar över tid, även när data för enskilda regioner och kommuner redovisas. Stora mängder data behöver hanteras och visas upp dynamiskt med exempelvis ett flertal tidsserier för en vald kommun, något som inte lämpar sig för traditionella rapporter eller PDF-filer. En genomförbar lösning på kort sikt är att utvidga de profiler som visas i Excel-filen som utgör bilaga 14. En webbaserad lösning innebär ett mer resurskrävande utvecklingsarbete. Några fördelar med en webbaserad lösning är att uppgifterna kan göras mer tillgängliga och att löpande uppdateringar kan ske lättare än vid publicering av separata filer.

Även om kategorin ”kärnindikatorer och andra centrala mått” innehåller ett mindre antal indikatorer krävs ändå ett utvecklingsarbete av redovisningsformen för att göra uppgifterna överskådliga och tillgängliga.

För indikatorer på de övriga nivåerna kan nationella sammanställningar ske vid behov, dessutom kan uppdaterade resultat för många av dessa indikatorer hämtas via andra kanaler, såsom exempelvis *Vården i Siffror* [17] eller *Kolada* [18]. I vissa fall kan det dock krävas viss justering av måtten i de olika redovisningarna för att helt följa Socialstyrelsens förslag.

En bättre lösning på sikt kan vara en ökad användning av öppen och maskinläsbar data. En beskrivning av hur detta skulle kunna utvecklas ges i myndighetens förslag till förbättring av den nationella uppföljningen av hälso- och sjukvård under punkt 5. ”Visualisering av data och digital tillgänglighet” och punkt 6 ”Förvaltning av nationella indikatorer” [19].

För att stödja analyser och redovisningar relaterade till jämlik vård finns möjligheter för flera indikatorer att presentera uppgifterna uppdelat på olika socio-demografiska variabler. Även redovisning av indikatorer och andra mått tillsammans med exempelvis förväntade vårdbehov i olika kommuner kan vara ett presentationssätt för att stödja sådana analyser, ett sådant exempel finns på sidan 80-81 i rapporten som presenterades i juni 2020 [2].

Det nationella urvalet av indikatorer och mått kan även utgöra en utgångspunkt för vad man väljer att följa lokalt och regionalt. Flera regioner har angivit att de inväntar nationella indikatorer att basera sin egen uppföljning på.

## Exempeldata på kommunnivå, påverkbar specialistvård

Behovet av slutenvård kan påverkas om patienter med vissa sjukdomstillstånd eller diagnoser får ett optimalt omhändertagande och stöd via den öppna vården och hemsjukvården. Exempelvis kan kroniska sjukdomstillstånd som påverkar indikatorerna i flera fall behandlas effektivt i primärvården eller i öppen specialiserad vård. Genom samordning, förebyggande insatser, kontinuerlig uppföljning av behandling, rehabilitering med mera kan en del, men inte all, vård som ingår i indikatorerna undvikas. Exempelvis kan samsjuklighet hos äldre personer innebära att inskrivning i slutenvård är nödvändig.

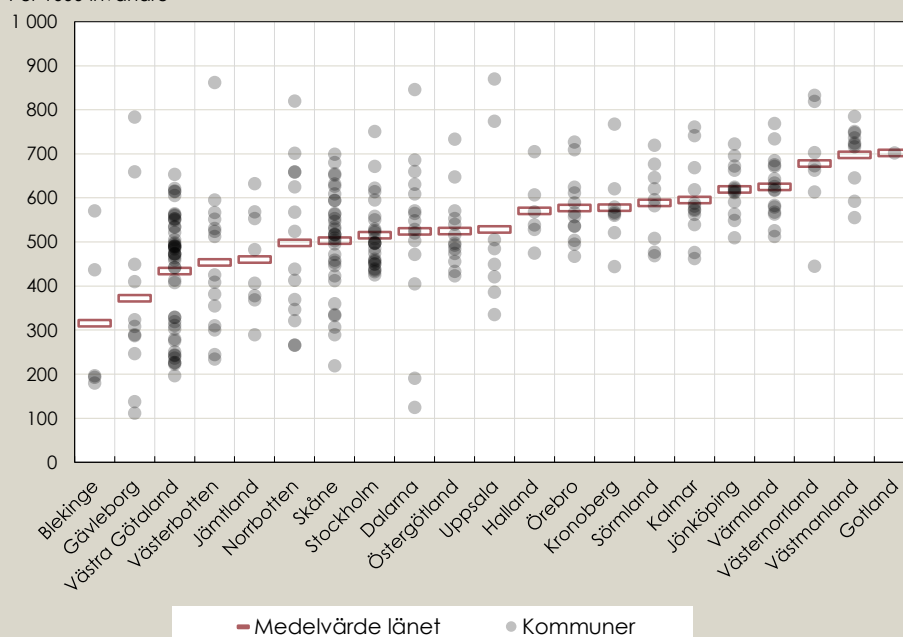
Nedan redovisas kommunvärden för ett urval indikatorer för påverkbar specialistvård för att illustrera hur spridningen i landet och länen ser ut. Indikatorerna antas kunna påverkas både av regionernas och kommunernas verksamhet. Att tänka på vid tolkningen är att värdena för det redovisade året 2020 kan ha påverkats av Covid-19-pandemin. Dessutom påverkas spridningen på kommunnivå av att slumpvariationen får mycket större utrymme än på länsnivå då antalet fall är färre [20, 21].

Tidsserier för dessa mått för respektive kommun och region finns i de profiler som visas i bilaga 14. Där finns även uppgifter om konfidensintervall som illustrerar utrymmet för slumpmässig variation.

### 1. Besök på akutmottagning bland personer 80 år eller äldre

Antal besök av personer 80 år eller äldre vid sjukhusbundna akutmottagningar per 1 000 invånare, 2020.

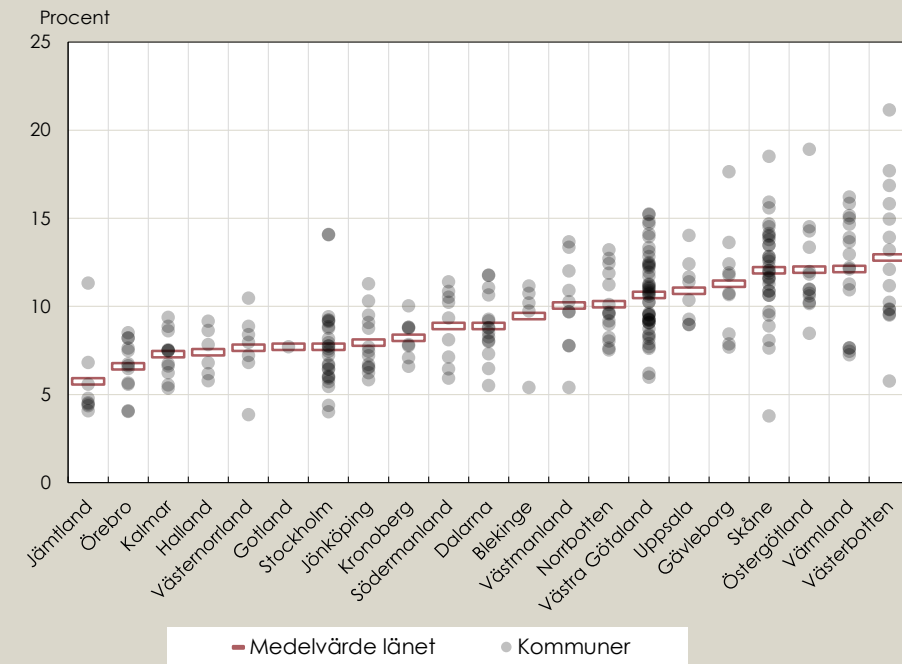
Per 1000 invånare



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

## 2. Oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar

Andel oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar vid utvalda diagnoser för patienter 65 år och äldre, 2020.

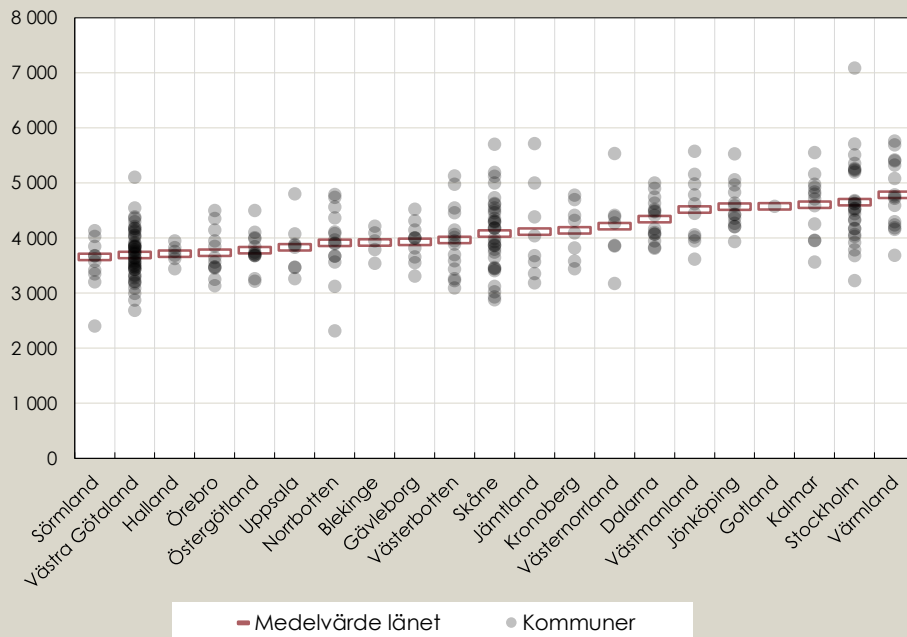


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

## 3. Påverkbar slutenvård äldre

Antal personer med påverkbara slutenvårdstillfällen per 100 000 invånare, 65 år eller äldre, 2020.

Per 100 000 invånare



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

# Uppföljning av utvecklingen i regioner och kommuner

I denna del beskriver Socialstyrelsen utvecklingen av den nära vården under 2020 i regioner och kommuner. Analysen bygger i huvudsak på regioners och kommuners skriftliga redovisningar över de insatser som genomförts. I den första rapporten över utvecklingen 2019, som presenterades av Socialstyrelsen i augusti 2020 (ref) redovisade endast regionerna sina insatser. Till 2020 års uppföljning har även kommunerna lämnat redovisningar över sina insatser, i enlighet med överenskommelsen om God och nära vård 2020. I huvudsak har kommunerna redovisat insatser inom området Goda förutsättningar för vårdens medarbetare, beskrivet nedan i avsnittet Kompetensförsörjning. En del kommuner har även redovisat insatser inom andra områden, de presenteras i anslutning till beskrivningar från regionerna. I anslutning till redovisningarna av regioners och kommuners insatser presenteras också en del mått för att beskriva utvecklingen.

Sammanfattningsvis bedömer Socialstyrelsen att arbetet med omställningen till en mer nära vård pågår i regionerna och att samverkan och samarbete med kommunerna har utvecklats och ökat under året.

Intervjuer med regioner och kommuner under 2020 har med anledning av pandemin endast skett i ett urval regioner och kommuner inom ramen för specifika delprojekt. Se avsnittet Genomförande.

## Övergripande utveckling

### Covid-19-pandemin

Under större delen av 2020 pågick en omfattande pandemi. Utbrottet av covid-19 ledde till ett oförutsägbart och svårhanterligt läge för Sveriges hälso- och sjukvårdssystem. Sveriges akut- och intensivvårdskapacitet har behövt utökas, och annan vård har behövt kliva åt sidan för att göra plats och frigöra personal för vård av covid-19-patienter.

Socialstyrelsen har publicerat flera faktablad som belyser effekterna av covid-19 i olika delar av systemet. Socialstyrelsen har också sedan i juni 2020 regeringens uppdrag (S2020/05634/FS) att stödja regionernas hantering av uppdämda vårdbehov och att följa och analysera väntetider i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen har också en webbplats där statistik om covid-19 uppdateras varje vecka [22].

I maj 2021 publicerades rapporten *Analys av första och andra covid-19-vågen – produktion, köer och väntetider i vården*. Socialstyrelsen beskriver i denna rapport utvecklingen före och under covid-19-pandemins första och andra våg till och med januari 2021. Av analysen framgår att covid-19-pandemin totalt sett lett till färre genomförda besök och behandlingar inom hälso- och sjukvården. Effekterna var som störst under den första vågen,

främst under april–maj 2020, men produktionen ökade sedan från augusti 2020, för primärvården och för den specialiserade vården.

När det gäller den specialiserade vården hade samtliga regioner återupptagit stora delar av sin normala operationsproduktion i mitten av oktober 2021. Men sedan tog en andra smittspridningsvåg fart, vilken medförde att vården på nytt behövde ställa om och ställa in planerad vård. Under perioden mars 2020–januari 2021 minskade den totala operationsproduktionen, oavsett om den ingår i vårdgarantin eller inte, med 22 procent jämfört med motsvarande period 2019–2020. De planerade operationerna har minskat mer än de akuta. Totalt sett genomfördes 30 procent färre planerade operationer, oavsett om de ingår i vårdgarantin eller inte, perioden mars 2020–januari 2021 jämfört med motsvarande period 2019–2020. hade färre antal [23].

## Ekonomiska resurser

Utvecklingen av primärvården kan följas på olika sätt. Ett sätt är genom att studera de ekonomiska resurserna som tilldelas primärvården.

I utredningsbetänkandet SOU 2018:39 God och nära vård – En primärvårdsreform görs bedömningen att en förstärkning av primärvården i både kommuner och regioner är nödvändig. Utredningen bedömer samtidigt att det inte går att sätta ett mål för hur stora kostnaderna borde vara per invånare eller som andel av de totala resurserna.

Samtidigt lyfter ett par regioner i Socialstyrelsens uppföljning av omställningen för 2019 exempelvis att skillnader i primärvårdens organisation mellan olika delar av landet kan innebära att förflyttning från slutenvård till primärvård kan se olika ut i olika regioner och påverka utfallet av detta mått. De uttrycker att omställning i praktiken inte alltid innebär ekonomisk förflyttning mellan slutenvård och primärvård utan förändrade arbetssätt.

Tabell 5 visar en jämförelse av kostnaderna för hälso- och sjukvård och vård och omsorg om äldre per invånare mellan åren 2014 och 2019. Kostnaderna för regionernas primärvård, specialiserade hemsjukvård och öppenvård har ökat medan kostnaderna för slutenvården minskat under perioden. Inom kommunerna har kostnaderna för vård och omsorg om äldre per invånare minskat. Kostnaderna har under perioden minskat mer inom särskilt boende jämfört med ordinärt boende. Något som bland annat hänger samman med en strukturell förändring kopplad till färre platser på särskilt boende och fler som vårdas i ordinärt boende.

**Tabell 5. Kostnadsutveckling sjukvård och äldreomsorg**

<b>Nettokostnad för hälso- och sjukvård och vård och omsorg om äldre Kronor per invånare i fasta priser (2019)<sup>1</sup></b>							
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Förändring 2014-2019
<b>Kommuner</b>							
Vård och omsorg om äldre <sup>2</sup>	11 269	11 300	11 165	11 102	10 955	10 977	-3 %
därav ordinärt boende	4 834	4 939	4 841	4 814	4 763	4 791	-1 %
därav särskilt boende	6 279	6 206	6 175	6 141	6 045	6 046	-4 %
<b>Regioner<sup>2</sup></b>							
Primärvård (exkl. hemsjukvård)	4 539	4 641	4 576	4 672	4 673	4 687	3 %
Specialiserad vård	17 146	17 191	17 235	17 396	17 257	17 371	1 %
därav specialiserad öppen vård	7 449	7 519	7 724	7 823	7 775	7 955	7 %
därav specialiserad hemsjukvård	186	195	204	216	214	222	20 %
därav specialiserad sluten vård	9 511	9 477	9 308	9 356	9 268	9 194	-3 %
Hälso- och sjukvård totalt <sup>3</sup>	23 870	24 215	24 264	24 586	24 302	24 405	2 %

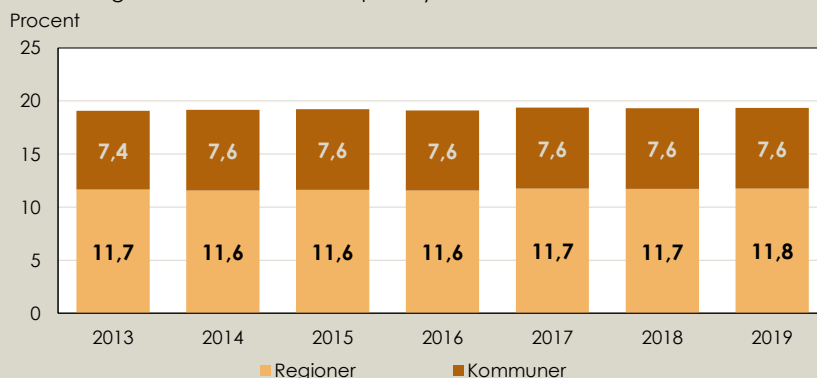
<sup>1</sup> Såväl regionernas som kommunernas har fastprisberäknats enligt landstingsprisindex exklusive läkemedel.  
<sup>2</sup> Region Gotland ingår ej. För regionernas nettokostnader exkluderas kostnader för läkemedel inom läkemedelsför-  
månen.  
<sup>3</sup> exklusive politisk verksamhet.

Källa: Räkenskapssammandrag, Statistiska Centralbyrån.

I dagsläget går det inte att särskilja kostnader för den kommunala hälso- och sjukvården från övriga verksamheter i kommunernas räkenskapssammandrag (främst omsorgsverksamheter men även skolverksamhet genom elevhälsan).

#### 4. Kostnadsandel primärvård, kommuner och regioner

Andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna som utgörs av primärvård finansierad av kommuner och regioner<sup>1</sup> (2019 baserade på preliminära årsberäkningar av nationalräkenskaperna).



1. För regioner avses den verksamhet som redovisas som primärvård i regionernas räkenskapssammandrag. För kommunerna avses all hälso och sjukvård, den verksamhet som lyder under hälso- och sjukvårdslagen - merparten inom omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning men även exempelvis delar av elevhälsans verksamhet.

Källa: Nationalräkenskaperna, Statistiska Centralbyrån.



På nationell nivå i hälsoräkenskaperna används en schablon för att skilja ut hälso- och sjukvård från övrig verksamhet i kommunerna. I diagram 4 framgår hur stor andel av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården som enligt hälsoräkenskaperna utgörs av primärvård som finansieras av kommuner eller regioner<sup>14</sup>. För den redovisade perioden ses i princip ingen skillnad mellan åren i vare sig den samlade kostnadsandelen för primärvård av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna eller i fördelningen mellan kommuner och regioner.

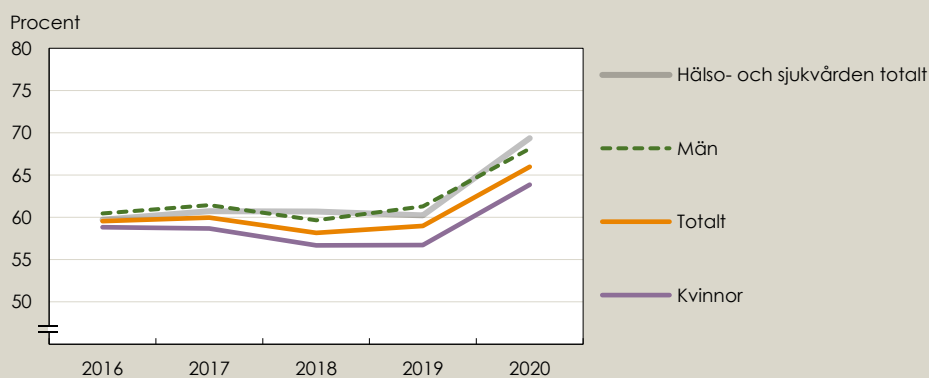
## Förtroende för vårdcentraler och vården i sin helhet

I diagram 5 visas utvecklingen för befolkningens förtroende för hälso- och vårdcentraler i sin region. Som referens i diagrammet visas även en grå linje med uppgifter om förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet. Uppgifterna är hämtade från Hälso- och sjukvårdsbarometern och speglar befolkningens förtroende, oavsett om invånarna nyligen varit i kontakt med hälso- och sjukvården eller inte.

En tydlig ökning av förtroendet syns för 2020 men trots det visar resultaten att var tredje tillfrågad inte kände ett stort förtroende för hälso- och vårdcentralerna i sitt län. Förtroendet för hälso- och vårdcentralerna är också lägre än för hälso- och sjukvården totalt sett.

### 5. Förtroende för vårdcentraler (samt hälso- och sjukvård totalt)

Andel i befolkningen som har stort eller mycket stort förtroende för vård- eller hälsocentral i sin region. (Som referens visas även värdet för förtroendet för hälso- och sjukvården totalt - grå linje).



Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern, Sveriges kommuner och regioner.

## Få allmänläkare i Sverige

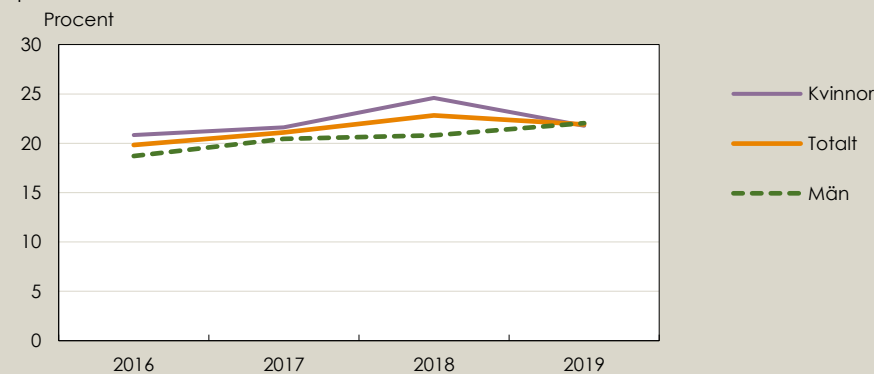
En indikator som berör utbildning och tillgång till läkare inom primärvården är andelen specialistbevis i allmänmedicin. Detta mått lyfts också av utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* [7] som en av fyra viktiga storheter för att följa nära vård. För 2019 avsåg 22 procent av specialistbevisen allmänmedicin. Andelen ökade mellan 2016 och 2018 men

<sup>14</sup> I hälsoräkenskaperna redovisas vanligtvis inte i en indelning där regionernas primärvård avgränsas. För att kunna få en samlad beräknad kostnad för primärvård har en sådan bearbetning tagits fram i samarbete med SCB. Ovan har vi valt att benämna kommunal verksamhet inom HSL för primärvård eftersom verksamheten ryms inom definitionen av primärvård. I SCB:s ekonomistatistik används beteckningen "primärvård" för regionverksamhet och motsvarande verksamhet i Gotlands kommun (som också kallar sig Region Gotland).

minskade något 2019 (diagram 6). Antalsmässigt utfärdades drygt 100 fler specialistbevis i allmänmedicin 2019 jämfört med 2016.

### 6. Andel nya specialistbevis i allmänmedicin

Andel utfärdade specialistbevis i allmänmedicin av totalt antal utfärdade specialistbevis.

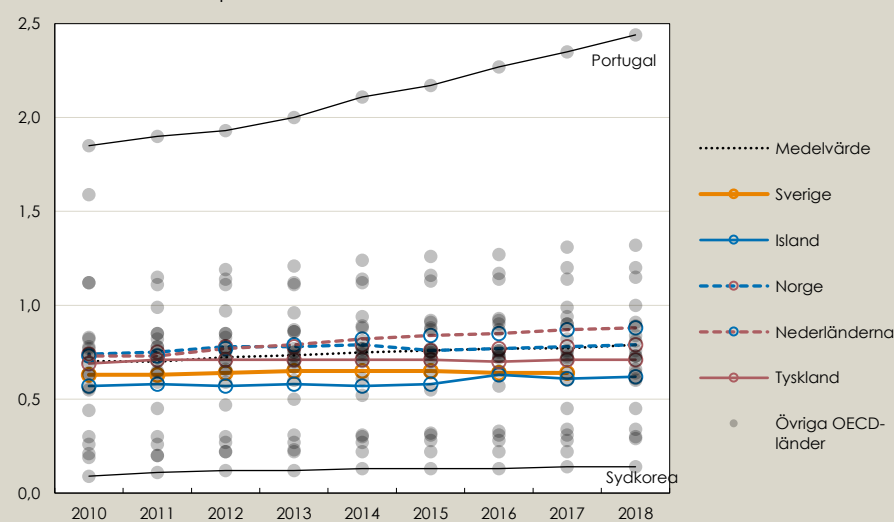


Källa: Nationella patientenkäten, Sveriges kommuner och regioner.

I diagram 7 framgår att Sverige i internationell jämförelse har relativt få allmänläkare per 1 000 invånare. Länder som Norge, Tyskland och Nederländerna har exempelvis fler allmänläkare per 1 000 invånare. Andelen primärvårdsläkare av samtliga läkare också har minskat i Sverige under perioden 2010 till 2017 [24].

### 7. Allmänläkare per 1 000 invånare

Antal allmänläkare per 1 000 invånare



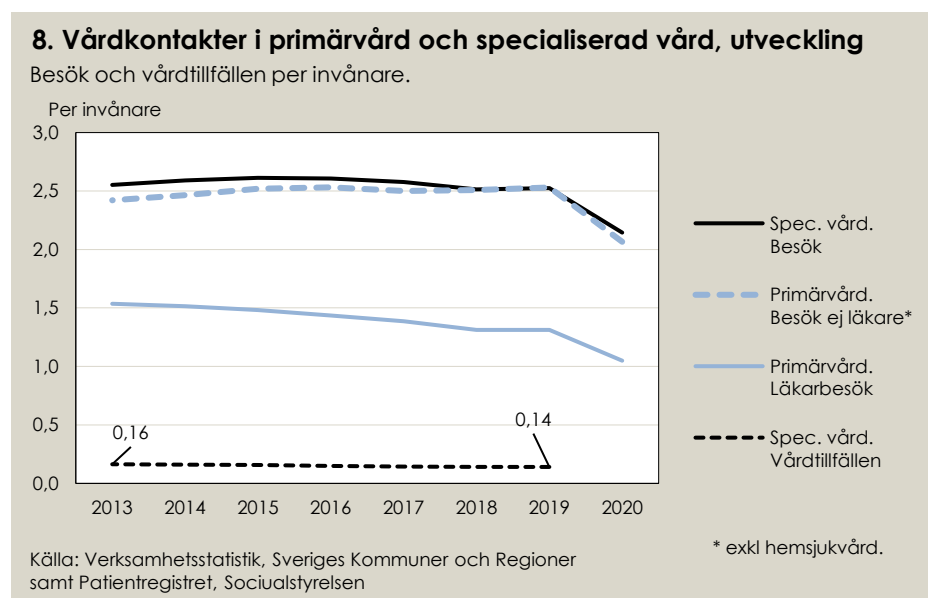
Källa: OECD (www.stats.oecd.org).

## Vårdkontakter

Antal vårdkontakter är ett trubbigt mått för att följa hälso- och sjukvårdens insatser men antas ändå kunna säga något om vårdens omfattning i de olika delarna av systemet. Diagram 8 visar antal vårdkontakter per invånare för olika delar av vården och utvecklingen över tid. Under 2020 minskade alla

typer av vårdkontakter som visas i diagrammet. Mellan 2013 och 2019 minskade läkarbesöken i primärvården tydligt medan besök hos andra personalkategorier ökade något. Inom den specialiserade vården minskade samtidigt inskrivningarna på sjukhus (vårdtillfällen) och det totala antalet besök per invånare något.

I diagrammet visas inte utvecklingen av olika distanskontakter på grund av att de inte finns redovisade på ett enhetligt sätt över tid. Det bör noteras att distanskontakter har haft en annan utveckling än mottagningsbesök just under pandemiåret 2020 [23].



## Omställningen i relation till den specialiserade vården

I regeringens proposition *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (prop. 2019/20:164) uttrycks att omställningen bör följas kontinuerligt i regionerna och inte ske på bekostnad av de medicinska resultaten i den specialiserade vården. Det ingår i Socialstyrelsens uppdrag att följa utvecklingen av omställningen i relation till den specialiserade vården. Den specialiserade vården omfattar även den akuta specialistvården.

Världen över har det över tid skett en övergång från slutna vårdformer till mer öppenvård samtidigt som de medicinska resultaten förbättrats, vilket inneburit en effektivisering av vården. Sverige ligger långt fram i denna utvecklingsprocess. En mer samordnad öppen vård och utbyggd primärvård antas minska trycket på den specialiserade vården så att tillgängligheten till specialiserad vård kan öka för de personer som behöver den. Att ha tillgång till rätt resurser och kompetens i förhållande till de behov en person har är också en viktig aspekt av tillgänglighet i vården. För att följa utvecklingen i den specialiserade vården beskrivs utvecklingen av överbeläggningar och utlokaliseringar, samt tillgängligheten i den specialiserade vården under 2020. Utvecklingen har påverkats av pandemin.

## Överbeläggningar och utlokaliserade patienter

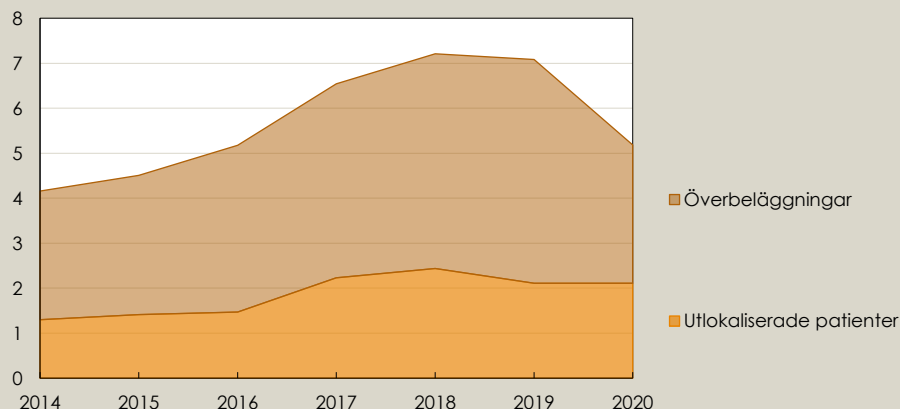
En disponibel vårdplats är en vårdplats inom den slutna vården med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och personalens arbetsmiljö. Överbeläggning innebär att en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats. Utlokaliserad patient innebär att en inskriven patient vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och det medicinska ansvaret för patienten. En överbelagd vårdavdelning innebär att patienter vårdas på en plats som inte har den medicinska utrustning som kan behövas och att brister i den fysiska arbetsmiljön för personalen medför en ökad risk för vårdskador.

Trots den utveckling från slutna vårdformer till mer öppenvård som omnämns ovan finns det i Sverige fortfarande problem med överbeläggningar och utlokaliserade patienter i slutenvården.

För 2020 syns en stor nedgång vilket främst antas hänga samman med pandemin och de omprioriteringar som gjordes i vården, så som inställd planerad vård. Noterbart är att nedgången syns för överbeläggningar men inte alls för utlokaliseringar.

### 9. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter

Antal överbeläggningar och utlokaliserade patienter i somatisk slutenvård per 100 disponibla vårdplatser.



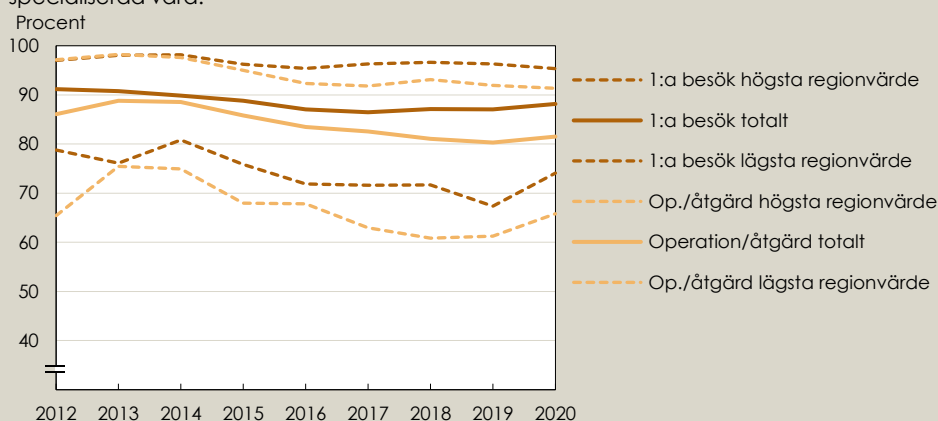
Källa: Väntetider i vården, Sveriges kommuner och regioner.

## Tillgänglighet i den specialiserade vården

Diagram 10 visar andelen besök respektive operationer och andra åtgärder där patienterna väntat högst 90 dagar inom specialiserad vård, vilket fastställs i vårdgarantin. En minskad uppfyllnad av vårdgarantin ses från 2014 till 2019, för 2020 ökade värdena något. En del av förklaringen till detta är att färre patienter uppsökte vården i samband med pandemin [23].

## 10. Besök och operation inom 90 dagar i specialiserad vård

Andel första besök respektive operation/åtgärd som genomförts inom 90 dagar i specialiserad vård.



Källa: Väntetider i vården, Sveriges kommuner och regioner.

## Redovisning av utvecklingen i regioner och kommuner

### Covid-19-pandemin har påverkat arbetet med omställningen

Av redovisningarna från såväl regioner som kommuner bekräftas att pandemin har haft stor påverkan på hälso- och sjukvården och omställningen till en mer nära vård under 2020. Kommunerna redovisar genomgående att pandemin haft stor påverkan på verksamheterna. Utvecklingsinsatser, planerat strategiskt arbete och utbildningsinsatser har fått stå tillbaka. Kompetensförsörjningen är påverkad. Samtidigt har samverkan ökat och utvecklats.

### *Vissa delar av omställningen har försvårats under pandemin*

Visst utvecklingsarbete har avstannat eller skjutits upp, exempelvis för att personal som skulle samordnat utvecklingsarbetet i stället arbetat i patientnära vård. En del utbildningsinsatser har också fått stå tillbaka. Det gäller även särskilda projekt som rör kontinuitet, patientkontrakt och personcentrerad vård som i vissa fall avstannat eller skjutits fram. Till viss del har även det hälsofrämjande arbetet påverkats. Vissa former av gruppverksamhet och drop-in verksamhet har också ställts in.

En omfattande påverkan på arbetsmiljön och kompetensförsörjningen ses med anledning av pandemin, vilket har lyfts i många sammanhang. Flertalet arbetsmiljörelaterade insatser kopplat till covid-19, samtal och grupphandledning för att hantera svårigheter kopplat till covid-19 redovisas. Någon region beskriver hur hela det strategiska kompetensförsörjningsarbetet påverkats av det uppkomna behovet av att flytta medarbetare inom hälso- och sjukvårdssystemet.

En majoritet av regionerna redogör för att situationen med covid-19-pandemin inte påverkat möjligheten för sjuksköterskor att påbörja studier till specialistsjuksköterska eller barnmorska med utbildningsförmån hösten 2020. Region Västmanland redovisar dock att flera verksamheter av produktionskäl varit tvungna att dra tillbaka platser. De kunde inte avvara så många sjuksköterskor som var planerat till en början och en konsekvens av detta blev att regionen erbjudit färre utbildningstjänster än vad som var planerat under 2020. Region Skåne lyfter också att pandemin har påverkat de kliniska utbildningsplanerna som finns i utbildningstjänsterna och inte kunnat genomföras då hospitering<sup>15</sup> inte varit möjlig under covid-19-pandemin.

### *På andra områden har utvecklingen gått framåt*

Ett ökat fokus på den kommunala hälso- och sjukvården har skett under pandemin, exempelvis har frågan om läkarinsatserna i den kommunala hälso- och sjukvården aktualiserats. Det framkommer också genomgående en ökad samverkan mellan kommunerna i länet och regionen. Det har ofta sitt ursprung en utvecklad samverkan mellan regionens organisation för vårdhygien/smittskydd och kommunernas MAS<sup>16</sup>. Även mellan olika verksamheter har samverkan ökat, såsom inom områdena vaccination, smittspårning, provtagning och skyddsmaterial. Av redovisningarna framkommer att den utökade samverkan ofta ses som positivt och man uttrycker att man vill dra lärdomar av detta och fortsätta arbetet i denna riktning även efter pandemin.

Ängelholms kommun uttrycker exempelvis att covid-19 har medfört ett direkt behov av samordning mellan sjukhus, primärvård och kommunal vård och omsorg och på så sätt tvingat fram en snabbare omställning till en mer nära vård. Flera regioner och andra kommuner uttrycker också liknande reflektioner.

Genomgående ses också att pandemin har medfört ett ökat fokus på digitalisering. Digitaliseringen har överlag påskyndats och de digitala vårdmötena har blivit fler, såväl för frågor relaterade till covid-19 som för annan vård. I redovisningarna ses en ökad användning av digitala verktyg både bland patienter och medarbetare. En ökad användning av digitala verktyg och digitala vårdmöten uttrycks också vara ett sätt att, där det är möjligt, undvika att bygga upp en vårdskuld. Detta genom att exempelvis aktivt ta kontakt med patienter vars uppföljningsbesök i primärvården avbokades, för att i stället erbjuda uppföljning genom ett digitalt vårdbesök.

Utvecklingen av mobila insatser har ökat, såsom mobil närvård i samverkan mellan regionens primärvård, kommunal hälso- och sjukvård och även slutenvård och ambulanssjukvård. Insatser för undvikbar slutenvård har också ökat, ibland med hjälp av uppsökande verksamhet.

Nya arbetssätt har införts med anledning av pandemin som ofta verkar i samma riktning som omställningen till en mer nära vård.

---

<sup>15</sup> Studera yrkesutövning på platsen som ett led i den egna utbildningen.

<sup>16</sup> Medicinskt ansvarig sjuksköterska

## Målbilder, strategier och organisation för omställningen

Hösten 2018 hade 13 regioner inriktningsdokument för omställningen och ytterligare regioner hade inlett strategi- eller målarbete för omställningen till en mer nära vård eller framtidens hälso- och sjukvård. Hösten 2019 hade nästan alla regioner tagit fram en målbild eller strategi som antingen är specifik för god och nära vård eller där det ingår som ett centralt spår eller mål i en mer övergripande målbild eller strategi [3].

Av redovisningarna 2020 framgår att arbetet i regionerna med att stödja omställningen fortsätter. Som tidigare nämnts har samtidigt en del arbete behövt pausas eller skjutas på framtiden på grund av att hälso- och sjukvården varit kraftigt ansträngd i pandemin.

I majoriteten av regionerna har arbetet gått framåt vad gäller gemensamma målbilder, program eller strategier för omställningsarbetet mellan regionen och kommunerna i länet. Det framkommer också i samtliga redovisningar från regionerna att en ökad samverkan mellan kommunerna och regionen skett under året, på olika nivåer. Detta beskrivs även i avsnittet *Covid-19-pandemin har påverkat omställningen*. Vissa regioner uttrycker också att tidigare etablerade samverkansformer har kommit till nytta i arbetet med pandemin.

En ganska stor andel av RSS redovisar också insatser för ökad samverkan mellan kommuner och regionen. Samtidigt beskriver en del RSS också att det gemensamma arbetet med målbilder eller strategier har bromsats upp med anledning av pandemin.

### Exempel på utveckling som skett under året

I region Gotland har regionfullmäktige under 2020 uppdragit åt hälso- och sjukvårdsnämnden att i samarbete med regionstyrelsen, socialnämnden, barn- och utbildningsnämnden och gymnasie- och vuxenutbildningsnämnden ta fram en färdplan för omställning till en god och nära vård. En programstruktur med programledning och styrgrupp med ansvar för att omställningen genomförs har tillsatts. Även i region Dalarna, region Kronoberg och region Västmanland har en programorganisation för omställningen tagits fram. För att nå de uppsatta målen för God och nära vård har de halländska kommunerna tillsammans med regionen satt upp en gemensam färdplan med olika mål och delmål. Ett politiskt beslut har fattats i region Jämtland Härjedalen angående utveckling av gemensam primärvård i länet - region och kommun. I region Västernorrland har bildat närsjukvårdsområden där regionens sjukhusvård för personer med särskilda diagnoser knutits samman organisatoriskt med regionens primärvård.

I flera län finns samverkansstrukturer där både regioner och kommuner ingår, exempelvis i region Norrbotten och region Västerbotten. Region Skåne beskriver att Skånes kommuner finns med i ledningsstrukturen för hälsosystemet, dels i det operativa arbetet men också i den översta strategiska ledningen. Med de gemensamma medlen har kommunerna i Sörmland finansierat projektledare för en fortsatt omställning. Även i exempelvis Örebro används medel för finansiering av projektledare i kommunerna. I

region Uppsala bedrivs omställningen inom ramen för ett program och det finns en styrgrupp på tjänstepersonsnivå med representanter från region och kommuner.

I Västra Götalandsregionen kan arbetet med omställningen delas in i tre olika delar. Den första är att i utredningar och pilotprojekt pröva nya sätt att arbeta inom hälso- och sjukvården. Den andra är att genom ett samordnat koncernkontor ta fram de villkor, förutsättningar och det stöd för att genomföra de åtgärder som beslutats för breddinförande. Den tredje delen handlar om att genomföra omställningen i praktiken. Flertalet kommuner redovisar insatser på organisatorisk nivå för att stödja omställningen.

En koordinatortjänst har inrättats på Futurum, region Jönköpings läns forskningsenhet. Denna resurs är till för att stödja kunskapsutveckling och forskning i arbetet med omställningen till en god och nära vård. I Halland har kommunerna tillsammans med regionen arbetat för att ta fram gemensamma indikatorer för god och nära vård och omsorg.

## Inriktningsdokument för en mer nära vård i regionerna

**Tabell 6. Inriktningsdokument för en mer nära vård i årets uppföljning**

Region	Regionens inriktningsdokument	Politiskt beslut	Inriktningsdokument för region och kommuner 2019	Inriktningsdokument för region och kommuner 2020
Blekinge	Programplan Framtidens hälso- och sjukvård och inriktningsbeslut för den nära hälso- och sjukvården. Inriktningsbeslut för koncentration av vård samt inriktningsbeslut för samverkan.	Programplanen är beslutad av landstingsfullmäktige 2016, inriktningsbeslutet för nära hälso- och sjukvård av landstingsstyrelsen 2017. Inriktningsbesluten för koncentration av vård samt samverkan beslutades av landstingsstyrelsen 2018.	Ett utkast till gemensam målbild för nära vård har utarbetats under 2019.	Gemensamt konceptprogram för nära vård beslutat i länsamverkansorganet LSVO 2021.
Dalarna	Målbild och färdplan för omställning till en god och nära vård är under utveckling.	Regionplan och budget.	Målbild och färdplan för omställning till en god och nära vård är under utveckling.	Målbild och färdplan för omställning till en god och nära vård är under utveckling.
Gotland	God och nära vård är inarbetat i hälso- och sjukvårdsnämndens strategiska plan "Struktur 2015"- Struktur för framtida organisering av hälso- och sjukvården på Gotland.	Beslut i regionfullmäktige att gemensam färdplan för omställning till god och nära vård ska tas fram i samarbete mellan hälso- och sjukvårdsnämnd, socialnämnd, barn- och utbildningsnämnd, gymnasie- och vuxenutbildningsnämnd samt regionstyrelse. Strategisk plan beslutad av hälso- och sjukvårdsnämnden. Struktur för framtida organisering av hälso- och sjukvård beslutad av hälso-	Region Gotland har både regionalt och kommunalt ansvar.	Gemensam målbild och färdplan har tagits fram, presenteras för berörda nämnder och regionfullmäktige under första halvåret 2021.



Region	Regionens inriktningsdokument	Politiskt beslut	Inriktningsdokument för region och kommuner 2019	Inriktningsdokument för region och kommuner 2020
		och sjukvårdsnämnden 2014.		
Gävleborg	Politisk inriktning för Region Gävleborg 2019–2023.	God och nära vård prioriterat, delaktiga patienter, jämlik vård, god arbetsmiljö.	En gemensam välfärdsstrategi är under utveckling.	Arbetet med gemensam välfärdsstrategi fortsätter. Uppdragsbeskrivning och tidsplan finns.
Halland	Hälso- och sjukvårdsstrategi 2017–2025.	Beslutades av Regionfullmäktige 2016.	Strategin är framtagen av regionen, kommunerna har varit involverade i framtagandet. Den är inte antagen i kommunfullmäktige i någon av Hallands kommuner.	Strategin är ett regionalt styrdokument. Kommunerna hölls informerade under framtagandet, främst på politisk nivå, men strategin är inte antagen av kommunfullmäktige i någon av Hallands kommuner.
Jämtland Härjedalen	Projektplan gemensamt med kommunerna finns framtagen.	Gemensam målbild framtagen av Sociala vård och omsorgsgruppen (SVOM).	Kommunerna och regionen har ambition att ta fram en gemensam målbild för nära vård.	"Gemensam plan för hälso- och sjukvård på den gemensamma vårdnivån primärvård i länet".
Jönköping	Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård	Framtagen 2016. Beslutad av regionfullmäktige och återfinns i budget och verksamhetsplan.		
	Tillsammans möter vi framtidens behov av hälso- och sjukvård.	Framarbetad under 2020, politiskt beslut 20-12-02	Inom olika strategigrupper samt i ledningsgruppen för samverkan Region Jönköpings län och Jönköpings läns kommuner (ReKo) växer målbilder fram i gemensam riktning för omställning till nära vård.	Tillsammans möter vi framtidens behov av hälso- och sjukvård.
	Tillsammansprogrammet	Fortsatt utveckling av läns-gemensamma utvecklingsprojekt som ryms inom Tillsammansprogrammet – Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård.		
	Gemensam plan för primärvård Kommuner och region Jönköping i samverkan	Arbete påbörjat i samverkan med kommuner Gemensamt ledningssystem för omställningen till en god och nära vård Gemensam målbild, principer och utgångspunkter för arbetet samt uppföljning och analys.		Gemensam plan för primär vård under arbete, beslut väntas i det gemensamma ledningssystemet plane-rad till maj.

Region	Regionens inriktningsdokument	Politiskt beslut	Inriktningsdokument för region och kommuner 2019	Inriktningsdokument för region och kommuner 2020
Kalmar	Målbild för Region Kalmar läns hälso- och sjukvård.	Målbilden återfinns i Regionplanen för 2020 som beslutades av regionfullmäktige 2019. Handlingsplan som beslutats av regionstyrelsen 2019 kvarstår. Under de inledande månaderna 2021. Under 2021 kommer en översyn att ske. Målet är att kunna revidera och anpassa till de nya krav som följer i omställningen av Nära vård.	Målbilden är framtagen av regionen men har varit utgångspunkt i samverkan med kommunerna vid framtagande av gemensamma prioriterade områden.	Regionens målbild är framtagen. Under 2021 finns en plan att tillsammans med de 12 kommunerna ta fram en gemensam målbild. Regionen och de tolv kommunerna kommer därtill att revidera och komplettera den gemensamma handlingsplanen. En handlingsplan för de sedan tidigare prioriterade områdena.
Kronoberg	Närmare Kronobergen – utvecklingsstrategi inom hälso- och sjukvård 2017–2027 (uppdatering pågår under våren 2021)	Beslutad av regionfullmäktige 2017	En gemensam målbild för nära vård har tagits fram under våren 2020 av ledningsgruppen för samordning av länets hälso- och sjukvård och socialtjänst	En gemensam målbild för nära vård har tagits fram under våren 2020 av ledningsgruppen för samordning av länets hälso- och sjukvård och socialtjänst.
Norrbotnen	Vägen till framtidens hälsa och vård år 2035.	Regionstyrelsen 7 juni 2018.	Arbete pågår för att ta fram en gemensam behovsbild och därefter en gemensam målbild.	Arbete pågår för att ta fram en gemensam målbild för nära vård och omsorg tillsammans med kommunerna under 2021.
Skåne	Framtidens hälsosystem – Bättre hälsa för fler	Strategin Framtidens hälsosystem beslutades av Regionfullmäktige 2020-04-16	-	Avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne – "Hälso- och sjukvårdsavtalet" (Beslutat 2016) Skånes kommuner finns med i ledningsstrukturen för hälsosystemet. Hälso- och sjukvårdsavtalets struktur, Vårdsamverkan Skåne, används som den gemensamma plattformen i omställningsarbetet. Arbetet med en

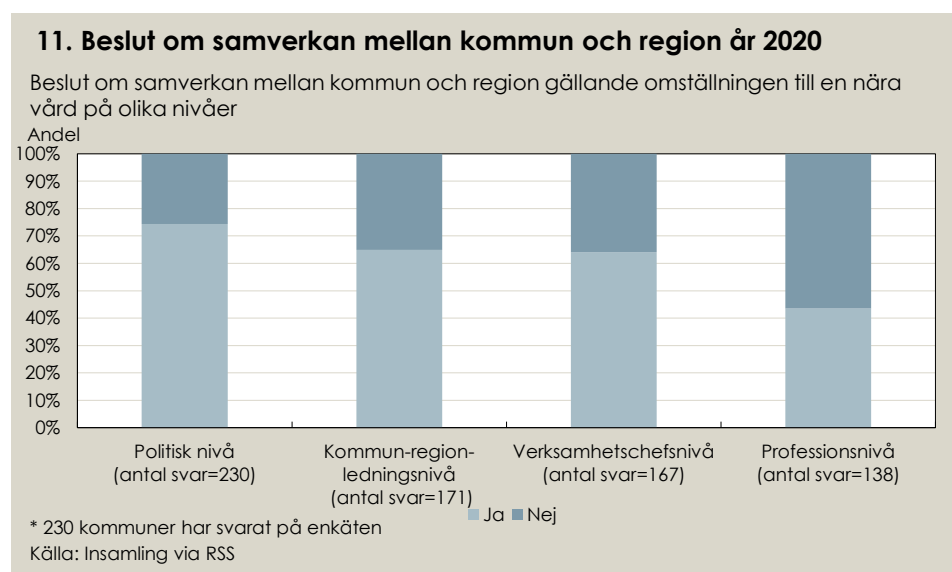
Region	Regionens inriktningsdokument	Politiskt beslut	Inriktningsdokument för region och kommuner 2019	Inriktningsdokument för region och kommuner 2020
				gemensam målbild för God och nära vård inleddes under hösten 2020 och beräknas vara klart runt halvårsskiftet 2021.
Stockholm	Primärvårdsstrategi och genomförandeplan för Region Stockholm 2019–2025 som är uppdelad i två delar.	Mål och strategisk inriktning beslutades 2019 av regionfullmäktige. Den andra delen som omfattar mått för uppföljning beslutades 2020 av regionfullmäktige.	Kommunerna har bjudits in att bidra i arbetet med genomförandeplanen i primärvårdsstrategin.	Kommunerna har bjudits in att bidra i arbetet med genomförandeplanen i primärvårdsstrategin.
Sörmland	Framtidens hälso- och sjukvård 2.0.	Beslutad av landstingsfullmäktige 2017.	Våren 2020 påbörjas arbete med att ta fram en gemensam målbild för omställningen till en nära vård.	Förslag till målbild enligt dokumentet Nära hälsa – från organisation till relation, Länsstyrgruppen 2020-05-12.
Uppsala	Effektiv och nära vård 2030 från 2018.	Regionfullmäktige	Kommunerna ska under våren 2020 fatta beslut om att ställa sig bakom Effektiv och nära vård 2030.	Gemensam målbild och inriktning för vårdcentrumutvecklingen som beslutats av samtliga huvudmän. Finns även med som ett prioriterat område i Regionala utvecklingsstrategin.
Värmland	Utvecklingsplan för framtida hälso- och sjukvård. Arbetet med målbild pågår under året tillsammans med kommunerna.	Efter beslut av hälso- och sjukvårdsnämnden pågår revidering av utvecklingsplanen. Processbild för målbildsarbetet är förankrat i hälso- och sjukvårdsnämnden.	Dialog om framtagande av gemensam målbild pågår.	Arbete med målbild pågår under året tillsammans med kommunerna.
Västerbotten		Beslutad av regionstyrelsen Maj 2020.	Arbete med framtagande av gemensam målbild pågår.	Överenskommelse om regional samverkanstruktur avseende vård och omsorg mellan Västerbottens kommuner och Region Västerbotten.
	Hälso- och sjukvårdens Målbild 2030.	Beslutad av Hälso- och sjukvårdsnämnden november 2020.		

Region	Regionens inriktningsdokument	Politiskt beslut	Inriktningsdokument för region och kommuner 2019	Inriktningsdokument för region och kommuner 2020
Västernorrland	Målbild för framtidens hälso- och sjukvård.	Tidigare version från 2016 är uppdaterad och reviderad. Ny version beslutad av Regionfullmäktige i juni 2020.	Arbete med framtagande av gemensam målbild pågår.	Målbild för God och nära vård 2030. Framtagen gemensamt av kommunerna och regionen i Västernorrland. Godkänd av den gemensamma samverkansstrukturen Social-ReKo i september 2020. Fastställs nu i respektive organisation våren 2021.
		Gemensamt framtagen av kommunerna och regionen i länet. Förankras nu i respektive organisations politiska beslutsstrukturer. Klart våren 2021.		Avsiktsförklaring God och nära vård, en del av den regionala utvecklingsstrategin (RUS).
Västmanland	Regionplan 2020 – Program Nära vård	Ja	-	Regionen Region och Kommun
Västra Götaland		Årliga handlingsplaner beslutas av Hälso- och sjukvårdsstyrelsen.	Vårdsamverkan Västra Götaland ska under 2020 ta fram en gemensam målbild och färdplan för god och nära vård.	Länsgemensam strategi för god och nära vård framtagen och går ut på remiss till samtliga huvudmän under 2021.
Örebro	Målbild 2030 – målbild för hälso- och sjukvården i Örebro län.	Målbilden antogs av regionfullmäktige 2019.		
Östergötland	Nära vård Region Östergötland Omställning till en god och nära vård.	Regionstyrelsen beslutade 2019-11-21: att godkänna framlagt förslag mot omställning till en god och nära vård enligt rapporten Nära vård Region Östergötland - Omställning till en god och nära vård. Beslut fattades också om att utöka ersättningen till Vårdval Primärvård med 30 miljoner kronor ramhöjande från och med 2020.	Diskussion förs om utveckling av en gemensam målbild för god och nära vård	-

Källa: Regionernas redovisningar till Socialstyrelsen, mars 2021

## Beslut om samverkan mellan kommunerna och regionen

I den enkät som Socialstyrelsen skickat till RSS för att besvara åt kommunerna, uppges att 74 procent<sup>17</sup> av kommunerna har ett politiskt beslut om samverkan mellan kommun och region för omställningen till en mer nära vård. Det framgår av diagram 11 nedan. Vidare uppges att 65 procent<sup>18</sup> av kommunerna har beslut fattade på kommun- och regionledningsnivå om samverkan mellan kommun och region. Beslut på verksamhetschefsnivå mellan kommun och region finns i 64 procent<sup>19</sup> av kommunerna. Beslut på professionsnivå om samverkan i det dagliga arbetet finns i 43 procent<sup>20</sup> av kommunerna.



## Gemensamma målbilder mellan kommunerna och regionen

I enkäten ställdes även frågan om det finns en överenskommen målbild för omställningen till en mer nära vård mellan kommun och region<sup>21</sup>. I enkät-svaren är det 90 kommuner (41 procent) där det finns en överenskommen målbild mellan kommunen och regionen för hur omställningen till en mer nära vård ska gå till. I 129 kommuner (59 procent) saknas en sådan överenskommen målbild, men i 105 (81 procent) av dessa arbetar de tillsammans med regionen för att ta fram en målbild.

Jämfört med vad som redovisades i myndighetens föregående uppföljning för 2019 [3] är det fler kommuner som har en överenskommen målbild, från 62 kommuner år 2019 till 90 kommuner år 2020. Frågorna har denna gång skickats till de regionala stödstrukturerna för att skickas vidare

<sup>17</sup> 230 kommuner har svarat på denna fråga.

<sup>18</sup> 171 kommuner har svarat på denna fråga.

<sup>19</sup> 167 kommuner har svarat på denna fråga.

<sup>20</sup> 138 kommuner har svarat på denna fråga.

<sup>21</sup> 219 kommuner har svarat på denna fråga.

till kommunerna. I svaren som inkom finns en skillnad i svarsmonster mellan länen jämfört med förra året. Skillnaden i svarsmonster är att man i vissa län redovisat samma svar från alla kommuner i länet, något som inte sågs förra gången. Myndigheten antar att detta beror på att insamlingsmetoderna skiljer sig mellan åren. Det gör att resultatet från undersökningen för 2020 inte kan jämföras fullt ut med resultatet för 2019.

## Samverkan och samordning på olika nivåer

Såväl kommuner som regioner beskriver ett utökat samarbete, närmare kontakter och snabbare beslutsvägar mellan regionens hälso-/vårdcentraler och den kommunala hälso- och sjukvården. Samverkan sker också utgående från kunskapsstyrningsstrukturen och utifrån tidigare etablerade processer för utskrivningsklara patienter. Ett exempel på resultat av ökad samverkan är mobila insatser, såsom mobil närvård i samverkan mellan regionens primärvård, kommunal hälso- och sjukvård samt slutenvård och ambulanssjukvård.

Flera kommuner redogör för utveckling av teamarbeten på olika sätt, i samverkan med regionen samt olika enheter inom kommunerna. Inom detta ryms projekt med mobil närvård med syfte att erbjuda personcentrerad vård och omsorg i hemmet till personer med omfattande och komplexa behov. Samlokalisering av insatser från olika yrkeskategorier, mobil hemsjukvårdsläkare, närskjuvårdsteam, palliativa team, tvärprofessionella demens- team, samlokalisering av rehab- och sjuksköterskeenheter för samverkansvinster, integrerad mottagning med regionen för personer med samsjuklighet är exempel på insatser som framkommer i redovisningarna.

Dessa insatser har ökat och beskrivs även i avsnittet *Mobila team*.

En åtgärd som tidigare lagts i region Stockholm är att en hälso-/vårdcentral i varje kommun/stadsdel får ansvar för att samordna samverkan med vård- och omsorgsgivare på strukturell nivå i geografiska närområdet.

RSS Halland beskriver att kommunerna och regionen har en gemensam nämnd för hemsjukvård och hjälpmedel som under året initierat ett uppdrag där parterna ska arbeta med att säkra likvärdigt inrapporterad data.

Flera kommuner redovisar medborgardialoger och kommunikationsinsatser till invånare på området nära vård.

### En ökad samverkan i kommunerna

En kommun redovisar att de arbetat med fysiska förutsättningar av kommunal fastighet för att anpassa behandlings- och mottagningsrum där primärvården kan arbeta med mottagningsarbete för äldre, skapa förutsättningar för samarbete mellan kommun och region samt möjliggöra digital samverkan mellan kommun och region vid vårdplanering

En kommun lyfter samplanerad bemanning över verksamhetsområden och professionsgränser för att samverka kring kompetensförsörjningen. Flera arbeten med fokus på äldre beskrivs, såsom att öka omsorgstagares självständighet och på så sätt minska antalet hemtjänsttimmar, mobil rönt-

gen och tandvårdsbuss för äldre. Hemstödsteam ska motverka långa inläggningar inom slutenvården. En annan kommun redovisar samverkan med flera professioner inom äldreomsorg och funktionshindersonsorg.

En kommun redovisar utveckling av arbete med SIP i hemmet tillsammans med primärvården och behandlande läkare från slutenvården.

Kommunerna i länen Östergötland och Norrbotten redovisar att de med anledning av covid-19-pandemin haft länsgemensamt krisledningsarbete inom vård och omsorg samt slutit överenskommelser med regionen gällande att stärka upp med personalresurser för att genomföra provtagning för covid-19. RSS Östergötland beskriver att det länsgemensamma krisledningsarbetet har gynnat omställningen till en mer nära vård samt förutsättningarna för vårdens medarbetare både under hanteringen av pandemin och inför fortsatt arbete med omställningen.

## Samordning inom och mellan vårdgivare

Samordningen mellan vårdgivare har utvecklats på de flesta håll i landet till följd av pandemin. Ofta har en ökad mötesfrekvens etablerats på olika nivåer för att leda, styra och utföra arbetet tillsammans. Det har varit starkt motiverat för kommuner och regionen att tillsammans prioritera aktiviteter för att minska smittspridning/säkerställa god medicinsk kvalitet, omvårdnads kvalitet och rehabilitering.

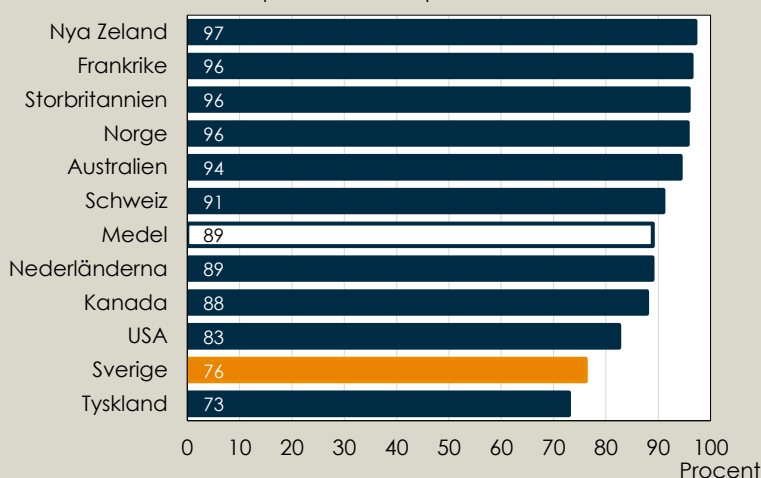
Samtidigt pågår en rad insatser för samordning och samverkan inom och mellan vårdgivare i riktning mot en mer nära vård. Såväl regioner som RSS har redovisat insatser på detta område. Samordning sker också mellan specialistvården och den regionala primärvården samt mellan specialistvård, regional primärvård och kommunal hälso- och sjukvård. Även samverkan inom den kommunala vården och omsorgen redovisas.

### *Samordning mellan regional primärvård och slutenvård*

I diagram 12 och 13 redovisas två mått från IHP-undersökningen till primärvårdsläkare i olika länder och som också ingår i Socialstyrelsens förslag på indikatorer för att följa utvecklingen.

## 12. Får information om förändrad vård från den specialiserade vården

Andel läkare som svarat att de vanligtvis eller ofta får information om vilka ändringar läkaren i den specialiserade vården gjort i patienternas medicinerings eller vårdplan när de har remitterat en patient till den specialiserade vården, 2019.

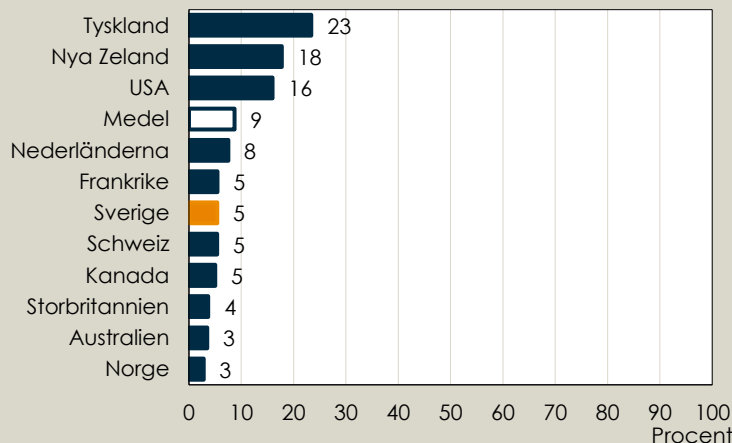


Källa: International Health Policy Survey (IHP), the Commonwealth Fund Foundation och Myndigheten för vård och omsorgsanalys.

Indikatorerna belyser information mellan den specialiserade vården och primärvården. Primärvårdsläkarna i Sverige svarar att de i lägre grad nås av sådan information än genomsnittet av länderna i undersökningen.

## 13. Får information från sjukhuset vid utskrivning inom 24 timmar

Andel läkare som svarat att de i genomsnitt inom 24 timmar får den information de behöver från sjukhuset när deras patienter skrivits ut från ett sjukhus, 2019.



Källa: International Health Policy Survey (IHP), the Commonwealth Fund Foundation och Myndigheten för vård och omsorgsanalys.

### *Specialistkompetens på vårdcentral*

Några regioner har redovisat insatser som rör specialistkompetens på vårdcentral. Det som redovisas handlar i huvudsak om digitala konsultationer, inte fysisk lokalisering. I Västra Götalandsregionen pågår exempelvis utveckling av närvårdscentrum som ökar invånarnas tillgång till specialistsjukvården från hemmet och på hälso-/vårdcentralen genom digitala konsultationer. Patienter ska kunna göra vårdbesök med ljud och bild hos specialist, själva eller med hjälp av hälso-/vårdcentralens medarbetare. I en



kommun i Västerbotten har äldreläkare och äldresköterskor etablerats på vårdcentraler för att säkra planering och medicinska beslut för patienter på kommunala boenden och hemsjukvård. I region Uppsala har ett pilotprojekt förberetts med äldremottagningar, där 17 vårdcentraler kommer att delta som piloter i projektet under 2021 med målet att öka patienternas trygghet, utveckla kontinuiteten för målgruppen och höja kvaliteten på omhändertagandet av äldre som är i behov av hälso- och sjukvård i Uppsala län. Region Uppsala beskriver att arbetet inspirerats av arbete inom region Östergötland. Tullhuset i Gävle är ett begynnande närvårdscenter med primärvård och viss specialistvård utlokaliserad från sjukhus i en ambition att komma närmare befolkningen i region Gävleborg.

## Samverkan för en god kompetensförsörjning

Region Örebro har startat projektet *Trygga kompetensen för en God och nära vård* som innebär en länsgemensam kompetensförsörjningsplan i samverkan med länets samtliga kommuner. Även RSS Örebro lyfter detta arbete i sin redovisning av insatser. Planen ska specificera vilken kompetens som behöver attraheras, rekryteras, utvecklas, behållas eller avvecklas för att möta framtida kompetensbehov kopplat till nära vård. Sorsele kommun i Västerbotten redovisar att samverkan på HR-nivå genomförts mellan kommunen och regionen med målet att uppnå en hållbar och långsiktig personalpolitik, som krävs för att klara av det kommunala uppdraget inom primärvården.

Region Norrbotten lyfter exempel där arbetsgivare, fackliga organisationer och utbildare samverkar för att ta fram relevanta utbildningar inom vård- och omsorg på eftergymnasial nivå.

### *Flera regioner lyfter teamarbetet*

Flera regioner lyfter teamarbete, mobila team, multiprofessionella team, utökad samverkan över organisatoriska gränser och utökad vårdssamverkan. Utökad samverkan kan röra sig om läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård i större utsträckning och tätare samverkan mellan kommunerna och regionen i syfte att minska undvikbar slutenvård.

Region Värmland beskriver exempel med bedömningsteam och multiprofessionella teaminsatser på samtliga vårdcentraler samt mobila närsjukvårdsteam och mobila hemsjukvårdsläkare.

Region Östergötland och Valdemarsviks kommun har delat ekonomiskt ansvar för en hälsostrateg i kommunen som har höga ohälsotal. Hälsostrategens uppgift har varit ta fram en folkhälsostrategi. Samma kommun har samverkan med regionen genom att en specialistsjuksköterska i samverkan med kommunens personal arbetar för ett bättre omhändertagande i hela vårdkedjan för multisjuka patienter över 75 år.

Region Västerbotten redovisar att de infört *patientteam* med läkare, sjuksköterskor och undersköterskor som arbetar med att gemensamt planera, strukturera och prioritera omhändertagande av patienter på akutmottagning. Utvärdering av det nya arbetssättet bland medarbetarna har gjort med positivt resultat, de upplever att de hittat gemensamma arbetssätt som bidrar till ökad patientsäkerhet och ett tydligt fokus på patienten i samarbetet.

## Utvärdering av samverkan

Ett par regioner redovisar insatser för utvärdering av samverkan. I region Västmanland är en utvärdering av kommunsamverkan genomförd under året, för att identifiera de framgångsfaktorer som finns och för att belysa eventuella hinder. Utvärderingens resultat har presenterats politiskt och i de samverkansgrupper som finns etablerade.

Västra Götalandsregionen beskriver att ett sätt att följa arbetet är att analysera de avvikelser som sker i samverkanssituationer. Ett gemensamt avvikelssystem finns etablerat för samverkan med kommunerna, som en del av uppföljningen av utvecklingen mot en god och nära vård.

Under året har ett utvärderingsarbete gjorts i region Gotland för att stärka samarbetet och genomslagskraften för RSS. Bakgrunden är en tydligt ökad efterfrågan på samverkan och därmed också behovet av att beskriva de regionala samverkansstrukturerna på ett mer samlat och tydligt sätt.

## Insatser vid psykisk ohälsa

De flesta regioner redovisar insatser inom ramen för omställningen för att bättre kunna omhänderta patienter med psykisk ohälsa. Ofta är psykisk ohälsa ett av fokusområdena i regionernas strategier eller program. Många redovisar även samarbetslösningar på olika nivåer. Det rör sig exempelvis om samarbete mellan primärvård och specialistvård i psykiatri, eller mellan kommunal och regional hälso- och sjukvård.

Region Halland beskriver exempelvis att regionens primärvård och psykiatri har startat upp lokala samverkansforum som syftar till att stärka samarbetet och vården kring patienter med psykisk ohälsa. Arbetet innefattar allt från arbetsfördelning mellan vårdinstanserna till förbättrad remisshantering och kommer att implementeras i samtliga halländska kommuner under 2021. I region Uppsala utvecklas en stegvis vård – effektiv och nära psykologisk behandling, samt ett arbetssätt vid vårdcentrum där psykiatrisk kompetens samarbetar med primärvårdskompetens.

Flera regioner, exempelvis regionerna Gotland och Värmland beskriver att man tillsatt regionala koordinatörer eller verksamhetsledare för psykisk hälsa under året. Västra Götalandsregionen har sedan 2015 infört vårdansvar för psykisk ohälsa i primärvård. I region Norrbotten beskrivs utbildningar i första hjälpen vid psykisk ohälsa. Beslut om att ta fram ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för suicidprevention har fattats i exempelvis region Gävleborg.

Region Östergötland beskriver arbete med integrerad beteendehälsa (IBH). De vårdcentraler som arbetat längst enligt modellen vittnar enligt regionen om en bättre samsyn kring psykisk ohälsa, ökad trygghet för sjuksköterskor i bedömningen av psykisk ohälsa i telefon och en ökning i tillgänglighet till enheternas samtalsmottagningar. Vid 2020 års utgång arbetar 14 vårdcentraler av 44 enligt modellen.

## Insatser för barn och unga

De flesta regioner beskriver insatser för barn och unga med psykisk ohälsa. Arbete med första linjens vård för denna patientgrupp redovisas

av relativt många regioner. I region Värmland ses en ökning av första-besöken till första linjen som sker inom tre dagar jämfört med tidigare år. I exempelvis region Halland pågår implementeringen av den gemensamma kontakt- och triageringsmodellen med en väg in för barn och ungdomar med psykisk ohälsa, vars syfte är att erbjuda en kontaktyta för barn- och unga med dåligt psykiskt välbefinnande. I region Norrbotten finns BUP-linjen, en länsövergripande enhet som tar emot alla nya ärenden till barn- och ungdomspsykiatri i regionen, genom telefonrådgivning, remisser och egenvårdsbegäran. För barn och unga i region Västerbotten med psykisk ohälsa har ett kontaktcenter skapats. Enheten ska arbeta med triagering av barn och unga upp till 17 år som söker sig till vården. I region Blekinge pågår ett förberedande arbete kring kontaktcenter för en väg in i BUP samt första linjen för barn och ungas psykiska hälsa.

Region Dalarna beskriver ökad samverkan mellan psykiatri och länets ungdomsmottagningar. I region Gotland har hälso- och sjukvården i samarbete med socialtjänsten inrättat samarbetsprojekt med förstalinjemottagning för barn och unga med psykisk ohälsa. I region Gävleborg har man sett över arbets- och ansvarsfördelningen för barn och ungdomars psykiska hälsa för att tydliggöra vars och ens respektive uppdrag. Region Uppsala driver projektet köfri vård för barn och unga med psykisk ohälsa.

Följeforskning pågår av tidiga insatser för barn och unga i region Kronoberg. I region Sörmland har regionen och de nio kommunerna fattat beslut att via FoU i Sörmland genomföra forskning kring utvecklingsarbetet barn och unga.

Regionernas redovisningar av insatser inom området ökad tillgänglighet i barnhälsovården redovisas som tidigare nämnts i en separat rapport.

## Inkludering av privata aktörer

Några av regionerna nämner att de styr såväl de privata utförarna av den regionalt finansierade primärvården som de i egen regi via förfrågningsunderlag, regelbok etc. och att privata utförare deltar på samma villkor som de regiondrivna hälso-/vårdcentralerna i omställningen. I vissa fall uttrycker regionerna att god och nära vård ingår som mål eller grundsten i primärvårdsuppdraget. Någon region uttrycker samtidigt att vårdvalsmodellen kan behöva förändras i samband med att en omställning görs till nära vård, så att de privata verksamheterna kommer med i förändringen.

Mer än hälften av regionerna uttrycker att privata aktörer deltar i övergripande samordning eller utvecklingsprojekt inom nära vård. Ett par regioner redovisar att vårdgivare på chefsnivå från samtliga hälso-/vårdcentraler samverkar kontinuerligt och i vissa fall har denna samverkan ökat med anledning av pandemin.

### Exempel från region Norrbotten

Regionen deltar i ett samregionalt projekt med försöksområden där regioner och kommuner samt privata aktörer och civilsamhället gemensamt testar arbetssätt för omställning av hälso-, sjukvårds- och omsorgssystemen mot en god och nära vård.

Socialstyrelsen har i rapporten *Små utförarens möjlighet att verka i primärvården* [25] identifierat viktiga förutsättningar och utmaningar för privata utförare av olika storlek att verka i primärvården. Det handlar bland annat om regionernas tillämpning av lagstiftningen och vårdvalens olika konstruktion, förutsättningar för att verka i glesbygd, politik och kultur som påverkar relationen med privata utförare, om nationella taxan som hinder för nyetablering, samt utmaningar när det gäller informationsdelning.

Myndigheten har identifierat ett antal insatser som syftar till att undanröja hinder och förenkla för utförare av olika storlek att verka i primärvården. För mer information hänvisas till refererad rapport.

## Arbete för att minska undvikbar slutenvård

I princip alla regioner har redovisat insatser för att minska undvikbar slutenvård. Även kommuner har redovisat insatser på detta område i omkring en tredjedel av länen. På detta område har pandemin påskyndat utvecklingen. Insatser för att minska undvikbar slutenvård innefattar ofta mobila team, vilket beskrivs i avsnittet *Mobila team*. Egenmonitorering och hemmonitorering, samt utökade hembesök beskrivs under avsnittet *Tillgänglighet*.

Flera regioner beskriver vikten av vårdplaner, överenskommelser och SIP för att bidra till att undvika slutenvård. En del regioner bedriver förebyggande insatser inom ramen för specifika projekt för att bidra till att slutenvård kan undvikas, som exemplet nedan.

## Region Blekinge

I Karlshamn har olika professioner från kommunen gemensamt med vårdcentralerna arbetet med preventiv (förebyggande) SIP i hemmet. Preventiv SIP innebär att SIP genomförs i tidigt skede och inte som idag då SIP oftast görs reaktivt efter sjukvårdstillfälle eller efter att en akut händelse uppstått. Att arbeta preventivt innebär att någon i teamet (sjuksköterska, hemtjänstpersonal, biståndshandläggare etc.) uppmärksammar en persons behov av hjälp och samordning av stöd i ett tidigt skede. Efter att samtycke inhämtats från den enskilde individen skickas sedan initiativ och kallelse till SIP som genomförs i den enskildes hem utan koppling till ett slutenvårdstillfälle i syfte att personen får det stöd han eller hon behöver och att stödinsatserna samordnas. Vid en preventiv SIP kan den enskilde också få information om vilket stöd som finns att få och vart han eller hon kan vända sig vid olika frågor. Dessa delar kan gemensamt leda till att den enskilde känner sig mer trygg och säker hemma, vilket i sin tur kan leda till undvikbar slutenvård.

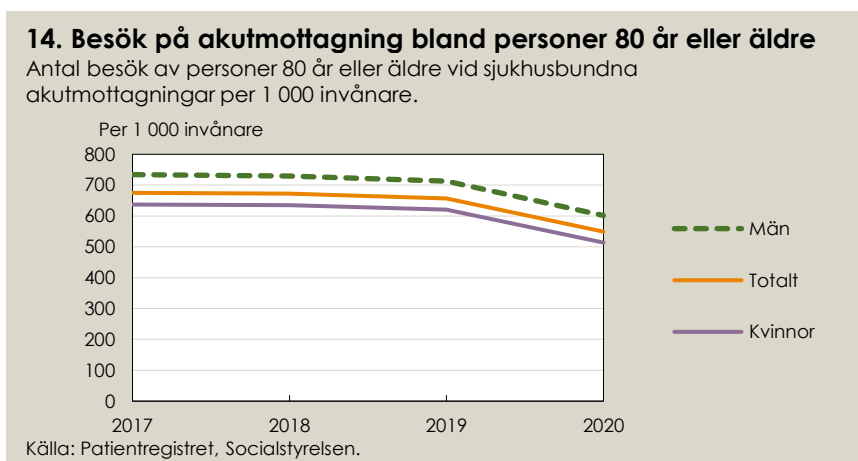
För att veta om detta arbetssätt är positivt för den enskilde intervjuas den enskilde innan utförd SIP samt en tid efter genomförd SIP för att se om SIP bidragit till önskade fördelar. Karlshamn har varit pilot för detta arbetssätt och tanken är att denna modell kan spridas även till andra kommuner i länet.

Flera regioner bedriver också proaktivt arbete i samverkan riktade till kroniker. Region Jönköping driver ett delprojekt för att minska undvikbar slutenvård inom satsningen *Tillsammans för bästa möjliga hälsa och jämlik vård* med fokus på kroniska sjukdomar, patientkontraktsarbetet och samarbetsvård. I Region Östergötland finns E-Hälsodagboken, en omfattande studie som genomförts kring patientrapporterade fysiologiska/fysikaliska parametrar för patienter med avancerad kronisk hjärtsvikt och kronisk obstruktiv lungsjukdom. Regionen beskriver att resultaten är publicerade i vetenskapliga tidskrifter och visar på minskat behov av slutenvård, ökad patienttrygghet men också ett ökat behov av hemsjukvårdskontakter. Konceptet är under implementering på ett antal vårdcentraler i länet.

Utveckling av ambulansorganisationen ses hos flera regioner, som ett sätt att minska undvikbar slutenvård. I exempelvis region Kronoberg har ambulansvården under 2020 arbetat med ett flertal pilotprojekt som kopplar an till detta. I region Kalmar finns ett påbörjat arbetssätt som innebär att ambulanspersonalen har möjlighet att erbjuda de patienter – där det är lämpligt - att stanna kvar i hemmet och bli kontaktad av sin hälso- eller vårdcentral dagen efter. Även region Kronoberg beskriver att man utarbetat en samverkan med ambulansen där man gemensamt hjälps åt att ge patienten/invånaren den hjälp de behöver på plats. Målet är att genom samverkan mellan ambulans och hemsjukvård undvika att den äldre ska behöva sitta på akuten i flera timmar om behovet går att lösa i hemmet för att sedan dagen efter få en tid till sin vårdcentral.

Andra exempel från sjukhusvården är snabba akuttider till mottagning för kroniker inom medicinkliniken, öppenvårdsbesök på avdelning för kroniker under helgtid och konsulttelefoner som stöd för andra vårdgivare. Flertalet pågående projekt i region Uppsala syftar till att minska undvikbar slutenvård.

I diagram 14 visas utvecklingen för antalet besök på akutmottagning per 1 000 invånare för personer 80 år och äldre. En tydlig minskning ses för pandemiåret 2020. Men även för de föregående åren syns en viss minskning. Uppgifter för indikatorn finns också med trender för enskilda kommuner och regioner i Bilaga 20.



I region Gotland arbetar man med medicinskt stöd för att hemtjänsten snabbt och enkelt ska ha tillgång till medicinsk kompetens. Det syftar till att förhindra onödiga inläggningar genom tidiga insatser. Arbetssättet testades under 2019, breddinförande under 2020 (som dock påverkats av covid-19).

Region Gävleborg beskriver en ökad läkarnärvaro vid särskilda boenden. Region Halland driver projekten *Färdigbehandling på akutmottagningen* samt *Operation utan inläggning* där patienten skriver in sig själv och inte behöver tillbringa natten innan operation på sjukhuset. På sjukhusens akutmottagningar i regionen finns funktionen *patientkoordinator* med uppdrag att identifiera patienter (oftast äldre sköra) som kommer till akutmottagningen utan tillkommande medicinska skäl. Patientkoordinatörn initierar vid behov en snabb kontakt mellan kommunen och patienten för dialog kring insatser i hemmet och för att patienten ska kunna få sina behov av vård och omsorg tillgodosedda utan att behöva skrivas in i slutenvården. Liknande funktioner ses också i andra regioner.

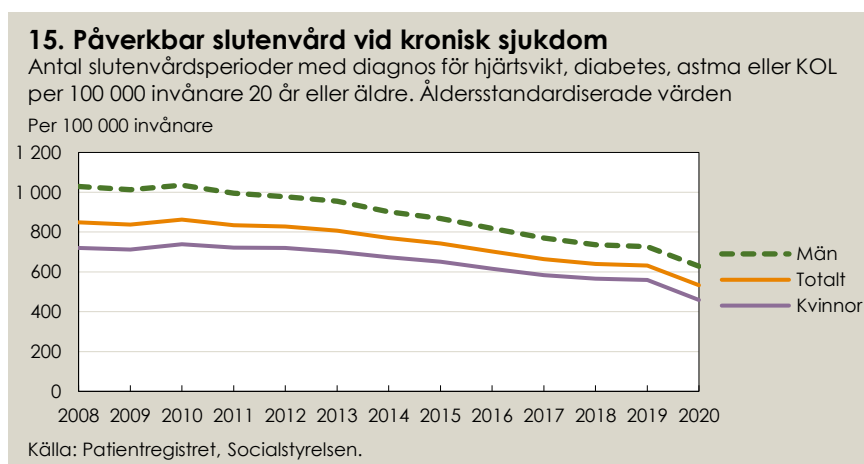
Region Skåne beskriver utvecklingsarbete kring olika mellanvårdsformer, inläggningar på patientens initiativ, pilot för akutsjukvård i hemmet och specialiserad rehabilitering i hemmet. Höör kommun beskriver den plan tillsammans med vårdcentralen som finns att starta en "mottagning" på vårdcentralen för att t ex. kunna utföra avancerade tillfälliga insatser på ett säkert sätt. Mellan åren 2017 och 2020 beskriver region Halland att slutenvårdsbehovet har minskat med motsvarande åtta vårdplatser inom hjärtsjuk-

vården. I jämförelse med tidigare år beskriver region Kronoberg att det varit både färre vårdtillfällen och färre återinläggningar för patienter äldre än 65 år.

Vissa regioner beskriver också implementeringen av vårdprogram och vårdförlopp utifrån kunskapsstyrningsstrukturen. Flera regioner har även utvecklat sin uppföljning för att underlätta möjligheten att minska de oplanerade återinskrivningarna.

De kroniska sjukdomstillstånd som ingår i indikatorn som visas i diagram 15 kan i de flesta fall behandlas effektivt i primärvården eller i öppen specialiserad vård. Genom förebyggande insatser, kontinuerlig uppföljning av behandling, rehabilitering med mera kan en del inskrivningar i slutenvård undvikas.

Indikatorn visar antalet slutenvårdsperioder vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL per 100 000 invånare 20 år eller äldre. En särskilt tydlig minskning ses för pandemiåret 2020 men även bortsett från det så har värdena minskat kontinuerligt under de senaste tio åren.



Samtidigt kan inskrivning i slutenvård bli nödvändig för denna patientgrupp. Indikatorn i diagram 16 belyser allt för tidig utskrivning från slutenvård, eller utskrivning där uppföljning och fortsatt omhändertagande via öppenvård inte är tillräckligt samordnad.

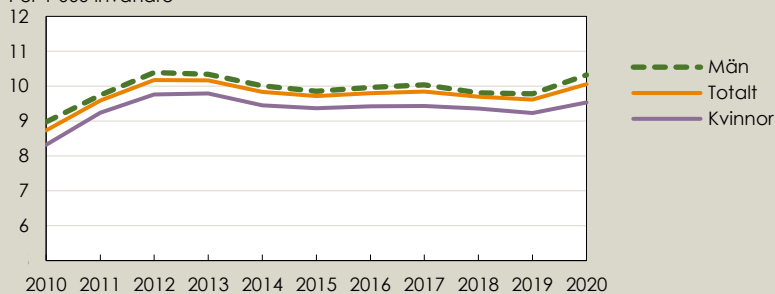
För gruppen 65 år och äldre är de vanligaste orsakerna till oplanerade återinskrivningar hjärtsvikt och lunginflammation. Diagnoserna vid det första vårdtillfället är valda för att fånga vanliga diagnoser hos äldre. Diagnoserna vid återinskrivningstillfället är valda för att återinskrivningar för dessa diagnoser bör ha kunnat förebyggas vid det första vårdtillfället eller genom öppenvårds- eller socialtjänstinsatser [26].

Dessutom kan utfallet påverkas av tillgängliga resurser i kommunernas och regionernas primärvård. Även tillgänglig kompetens, exempelvis gällande demens, i socialtjänsten och primärvården kan påverka utfallet.

## 16. Oplanerade återinskrivningar bland äldre

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

Per 1 000 invånare



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Uppgifter för indikatorn finns också med trender för enskilda kommuner och regioner i den separata Excel-filen bilaga 14.

## Finansiell styrning i riktning mot en mer nära vård

En separat undersökning har genomförts av i vilken omfattning och på vilket sätt finansiell styrning har använts eller skulle kunna användas för att bidra till en mer nära vård. Uppföljningen baseras i huvudsak på intervjuer med ett urval regioner och kommuner, kompletterat med en dokumentanalys och en workshop med representanter från regioner och kommuner samt forskare. Utgångspunkten är vad regioner och/eller kommuner redan genomfört samt vilka möjligheter och utmaningar de ser framöver.

Uppföljningen utgår från att olika vårdformer kan sägas vara olika nära - i betydelsen geografiskt nära och/eller nära genom ny teknik - där slutenvård som bedrivs på sjukhus då blir den minst nära vårdformen. Den mest nära vårdformen är i undersökningen den där patienten erhåller vården oberoende av plats, vilket till exempel kan utgöras av digitala vårdkontakter. I detta avsnitt beskrivs resultaten av undersökningen. Sammanställning av exempel på tillämpning i praktiken finns i bilaga 6.

### Finansiell styrning – ett av flera styrmedel

Att styra med pengar (finansiell styrning) är ett av flera styrmedel som kan användas inom regioner och kommuner för att påverka hälso- och sjukvårdens utförande och resultat. Varken den finansiella styrningen eller andra styrmedel kan optimeras var för sig, utan behöver anpassas utifrån den samlade styreffekten av alla styrmedel. Utöver att påverkas av andra styrmedel påverkas effekten av finansiell styrning också av sammanhanget som den verkar inom vilket framgår av s 18-19 i *Jakten på den perfekta ersättningsmodellen* (SOU 2017:56) [27].

Bland tillgängliga styrmedel för politik och tjänstepersoner i regioner och kommuner har, utifrån upprepade projekt och dokumentanalyser genomförda av Lumell Associates de senaste åren, bland annat följande grupper identifierats:



- I. *Uppdrag och regler.* Beskriver vad en utförare har ansvar för och krav på hur det ska genomföras.
- II. *Finansiell styrning.* Hur mycket resurser som tilldelas hälso- och sjukvården, hur de fördelas mellan olika nivåer och former samt vad som avgör fördelningen inom en nivå eller form.
- III. *Uppföljning, utvärdering och utveckling.* Vad som görs, hur det görs och att använda resultaten som underlag för att utveckla verksamheten.
- IV. *Kunskap.* Att utveckla, samordna, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården. För att veta i vilken mån kunskapen faktiskt används behövs uppföljning och utvärdering (exempel III).
- V. *Konstruktiv dialog.* Mellan politik/tjänstemän och utförare, medarbetare och invånare.
- VI. *Möjlighet för invånare till informerade val.*

## De huvudsakliga delarna i finansiell styrning

Den finansiella styrningen av hälso- och sjukvården kan vara riktad till olika nivåer; system och struktur, utförare eller invånare. På varje nivå består den finansiella styrningen av olika delar som påverkar hur ekonomiska medel fördelas och vilken styreffekt som nås (se figur 2).

**Figur 2 - Den finansiella styrningens huvudsakliga delar**

Styrning riktad till:	Delar	
 <b>System och struktur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resurssättning</li> <li>• Resursfördelning</li> </ul>	<p>Storlek på avsatta resurser för finansiering av till exempel hälso- och sjukvården</p> <p>Fördelning av resurser till exempel till olika nivåer och former av hälso- och sjukvård</p>
 <b>Utförare</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ersättningsmodell</li> <li>• Ersättningsnivå</li> <li>• Kostnadsansvar</li> </ul>	<p>Modell för kompensation till utförare, till exempel kapitering eller prestationsbaserad ersättning</p> <p>Nivån på ersättning för olika delar i ersättningsmodellen, till exempel för olika sorters vårdkontakter</p> <p>Ansvar hos utföraren för kostnader, till exempel medicinsk service</p>
 <b>Invånare</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ekonomiska incitament</li> </ul>	<p>Anpassning av kostnader för invånarna för att verka för önskade beteenden eller sökmönster, till exempel nivå på besöksavgift</p>

Källa: Digifysiskt vårdval (SOU 2019:42); Lumell Associates-analys

Finansiell styrning riktad till system och struktur kan ske genom resurssättning och resursfördelning. Resurssättning avser hur stora sammantagna resurser som avsatts för att finansiera hälso- och sjukvården inom till exempel en region. Resursfördelning beskriver i sin tur hur avsatta resurser fördelas till olika nivåer och former av vård inom till exempel hälso- och sjukvården i en region.

Finansiell styrning riktad till utförare påverkas av ersättningsmodeller, ersättningsnivåer och kostnadsansvar. Ersättningsmodellerna omfattar vilka

principer som ligger till grund för hur utförare kompenseras samt hur ersättningen justeras genom viktning på olika sätt, till exempel utifrån patient/brukares ålder eller socioekonomiska förhållanden. De vanligaste ersättningsprinciper som tillämpas i hälso- och sjukvården redovisas i tabell 7 nedan [28]. Dessa är fast ersättning, prestationsersättning eller målrelaterad ersättning, antingen var för sig eller kombinerat, enligt s 143-151 i betänkandet *Digifysiskt vårdval* (SOU 2019:42) [29].

Fast ersättning kan ges för hela verksamheten i form av anslag då ersättningen till utföraren bestäms på förhand i en budget. Av *God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem* (SOU 2020:19) s 133 ff framgår att finansiering av sjukhus i Sverige i allmänhet baseras på anslag [12]. Fast ersättning kan också ges per individ som är knuten till verksamheten vilket benämns kapitering. Samtliga regioner i Sverige har enligt SOU 2019:42 s 143-151 kapitering baserat på antalet listade patienter med som en del i primärvårdens ersättningsmodeller [29].

Prestationsersättning kan ges per utförd åtgärd eller arbetad tid alternativt per produktgrupp som kan utgöras av till exempel en vårdepisod. *Målrelaterad ersättning* innebär tillägg eller avdrag av ersättning utifrån måluppfyllelse av på förhand uppsatta mål. Det finns enligt *Effektiv vård* (SOU 2016:2) s 155-204 exempel från olika vårdformer och uppgår oftast maximalt till enstaka procent av den totala ersättningen [9]. Olika ersättningsmodeller skapar drivkrafter för olika beteenden.

**Tabell 7– Ersättningsprinciper i hälso- och sjukvården**

Typ av ersättning	Förklaring
<b>Fast ersättning</b>	
Anslagsfinansiering	Ersättning efter en i förväg bestämd budget
Kapitering	Ersättning per individ som är knuten till utföraren
<b>Prestationsersättning</b>	
Ersättning per utförd åtgärd/tid	Ersättning för producerad vård
Ersättning per produktgrupp	Ersättning för vissa insatser
<b>Målrelaterad ersättning</b>	
Målbaserad ersättning	Ersättning om vissa resultat uppnås (används som komplement till övriga ersättningstyper)

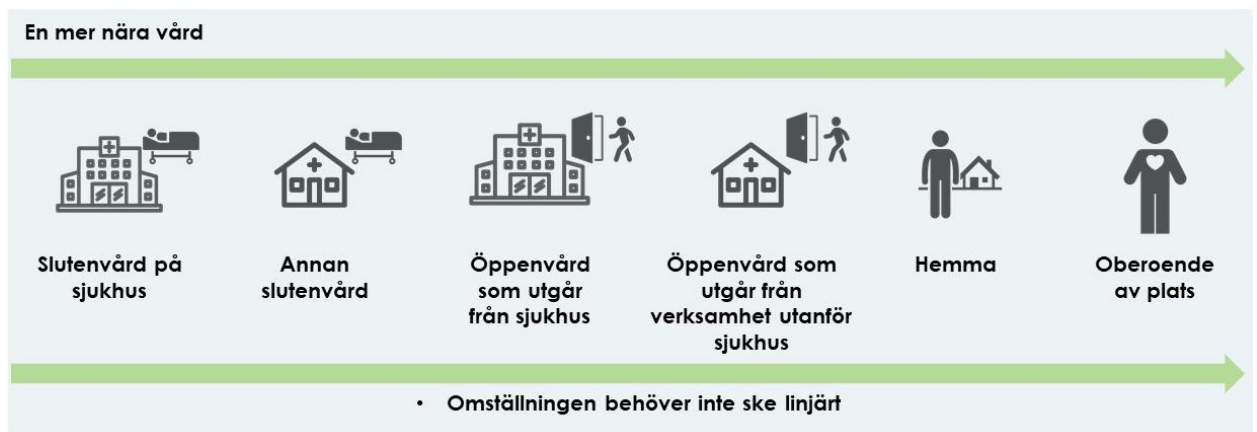
Källa: *Digifysiskt vårdval* (SOU 2019:42); Lumell Associates-analys

*Ersättningsnivån* anger nivån på ersättningen för olika delar i ersättningsmodellen, till exempel för olika sorters vårdkontakter. Utförare kommer ha incitament att prioritera vårdkontakter som har högst ersättning relativt kostnaderna för att utföra dem.

*Kostnadsansvar* anger vilka kostnader som utföraren ska ansvara för inom ramen för uppdraget. Detta kan till exempel vara olika delar av medicinsk service eller basläkemedel. I de flesta regioner har utförare inom primärvården någon form av kostnadsansvar för listade patienters vårdkonsumtion vilket framgår av s 147 i SOU 2019:42 [29].

*Finansiell styrning riktad till invånare avser i första hand ekonomiska incitament. Det kan till exempel innebära att använda patientavgifter för att påverka patienters sökmönster i hälso- och sjukvården. Regioner bestämmer själva sina patientavgifter och om de vill differentiera avgifter mellan olika vårdformer [28].*

**Figur 3 - Illustration av en riktning mot mer nära vårdformer**



Not: Förändring till en mer nära vårdform behöver inte ske linjärt enligt illustrationen utan kan hoppa över ett eller flera steg; Källa: Lumell Associates-analys

Inom varje typ av vård i figur 3 ovan finns flera olika former. Nedan följer exempel som framkommit under den separata uppföljningen:

- *Slutenvård på sjukhus.* Detta omfattar olika typer av sjukhus, såsom regionsjukhus, länssjukhus och länsdelssjukhus [30].
- *Annan slutenvård* omfattar exempelvis mellanvårdsavdelning/närvårdsavdelning där patienter kan vårdas i väntan på hemgång när de inte klarar sig själva i hemmet men inte behöver slutenvårdens alla resurser, ”sjukstuga” som är en form av vårdcentral med mer avancerad utrustning såsom till exempel röntgen och observationsplatser samt palliativ enhet för individer som vårdas med obotliga sjukdomar.
- *Öppenvård som utgår från sjukhus.* Poliklinisk vård som är den typen av vård som ges till patienter som inte är ineliggande och kan omfatta dagvård, mottagningsbesök och digital hemmonitorering.
- *Öppenvård utgår från verksamhet utanför sjukhus.* Primärvård som utgör första linjens vård för invånare och specialiserad öppenvård för specifika medicinska behov. Dessutom finns på en del platser hälsorum/samhällsrum där invånare själva kan göra enklare kontroller som till exempel blodtrycksmätning och koppla upp sig digitalt till vårdpersonal [31].
- *Hemma.* Exempel omfattar videomöte, distansmonitorering, egenbehandling, mobila team, hemsjukvård, kommunal vård och omsorg samt missbruks- och beroendeenhet. Videomöten är en möjlighet till direktkontakt med till exempel läkare eller sjuksköterska för medicinsk konsultation. Distansmonitorering kan innebära att patienten provtar sig eller mäter i hemmet och rapporterar resultaten till vårdenheten. Egenbehandling kan vara att använda medicintekniska hjälpmedel. Mobila team besöker patienten och ger vård i hemmet i stället för att patienten behöver

transporteras till akutmottagningen eller en annan vårdenhet vid vissa medicinska situationer. Hemsjukvård är för patienter med större medicinska behov och kommunal vård och omsorg är ett basutbud av omvårdnad från kommunen. Missbruks- och beroendeenheten, som vanligen är organiserad i kommunal regi, ger stöd och behandling till individer med missbruks- och beroendeproblematik.

## Hur finansiell styrning används för att bidra till en mer nära vård

I undersökningen har 15 typexempel på hur finansiell styrning används för att bidra till omställningen till en mer nära vård identifierats. De identifierade typexemplen grupperas efter de tre nivåer till vilken den finansiella styrningen kan riktas, det vill säga system och struktur, utförare och invånare. Typexemplen beskrivs i tabell 8 nedan. Tabeller med identifierade exempel finns i bilaga 6.

Merparten av typexemplen avser åtgärder som huvudsakligen riktas till att stärka förutsättningarna för en mer nära vård, såsom regional primärvård eller kommunal hälso- och sjukvård. Tre åtgärder innefattar att skapa incitament för samverkan. Tre av typexemplen avser styrning som inkluderar både regioner och kommuner och resterande avser endast regioner.

Vissa av de identifierade typexemplen på finansiell styrning används inom flertalet regioner i landet, medan andra enbart används av enstaka regioner. Majoriteten riktar sig till utförare, både sett till antal och i vilken omfattning de används. För enstaka fall finns definierat vilket patientflöde som den finansiella styrningen syftar till att påverka och hur. Det har inte framkommit exempel där det satts ett mål, där olika styrmekanismer systematiskt kombinerats för att nå målet. Från kommunsidan har få konkreta exempel framkommit. Ett är dock den finansiella styrning som införts utifrån lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård. Det beskrivs av flera intervjurespondenter som ett verkningsfullt exempel på styrning, där finansiell styrning är en av flera komponenter.

I tabell 8 nedan presenteras en översikt över de typexempel på finansiell styrning som identifierats i undersökningen.

**Tabell 8 - Översikt av typexempel på finansiell styrning för en mer nära vård**

Finansiell styrning		Riktad till:		
	Åtgärd	Sluten-vård på sjukhus <sup>1</sup>	En mer nära vård <sup>2</sup>	Sam-verkan <sup>3</sup>
<b>System och struktur</b>				
Resurs-sättning	Särskilda medel för finansiering av nära vård-initiativ		●	
Resurs-fördelning	Utökade resurser till primärvården		●	
	Samordning av resurser mellan vårdformer och/eller huvudmän			●
<b>Utförare</b>				
Ersättnings-modell	Besöksersättning för digitala vårdkontakter i primärvården		●	
	Målrelaterad ersättning till primärvårdsenheter utifrån täckningsgrad		●	
	Målrelaterad ersättning till primärvårdsenheter med låg andel akutbesök inom specialiserad vård		●	
	Ersättning för utökade öppettider i primärvården		●	
	Produktionsbaserad ersättning till primärvårdsenheter för samverkan			●
Ersättnings-nivå	Höjd ersättning till primärvårdsenheter i glesbygdsområden		●	
	Höjd ersättning till primärvårdsenheter som har patienter inskrivna i mobila team		●	
Kostnads-ansvar	Borttaget kostnadsansvar i primärvården för viss service och utredning för att undvika remisser		●	
	Kostnadsansvar i primärvården för de egna patienternas besök till närakut		●	
	Förändrat kostnadsansvar för att öka samverkan – genom minskat antal fristdagar innan kommuners betalningsansvar för utskrivningsklara patienter inträder			
<b>Invånare</b>				
Ekonomiska incitament	Ingen/lägre patientavgift för primärvård		●	
	Lägre patientavgift på vårdcentral där patienten är listad		●	

Not: Förklaring av kategorierna i tabellen: <sup>1</sup>Slutenvård på sjukhus – avser åtgärder som huvudsakligen riktas till att direkt påverka patientflöden till och från slutenvård på sjukhus; <sup>2</sup>En mer nära vård – avser åtgärder som huvudsakligen riktas till att stärka förutsättningarna för den nära vården, exempelvis regional primärvård eller kommunal vård och omsorg; <sup>3</sup>Samverkan – avser åtgärder som huvudsakligen riktas till att skapa incitament för samverkan.

### Identifierade typexempel riktade till system och struktur

#### Resurssättning

##### **Särskilda medel för finansiering av nära vård-initiativ**

Intervjurespondenter från både regioner och kommuner beskriver hur extra resurser på detta sätt möjliggör att åtgärden kan inledas, utan att dessa nära vårdinitiativ behöver konkurrera med ordinarie verksamhet om resurser. Å andra sidan finns det en risk att även ändamålsenliga initiativ avslutas när de extra medlen är slut, om inte medel för fortsatt finansiering säkrats under

projektiden. Bland exemplen på tillämpning i praktiken vad gäller särskilda medel för finansiering av nära vård-initiativ har det inte identifierats inriktning på specifika patientflöden med ett visst sjukdomstillstånd, utan snarast en inriktning på till exempel multisjuka äldre eller personer med ett stort vårdbehov.

Det innebär att inriktningen är att stärka omhändertagandet av en viss grupp med patienter, men inte på ett sätt att det påverkar i vilken mån de erhåller sin vård mer eller mindre nära.

Resursfördelning

### **Utökade resurser till primärvården**

Att öka resurser till primärvården är en förutsättning för omställningen till en mer nära vård framhålls i flera utredningsbetänkanden [7, 9, 29]. Det finns dock få exempel och av begränsad omfattning. Resurserna behövs för att det redan skett en glidning av åtgärder från specialiserad vård till primärvård och för att det kommer fortsätta att ske som en konsekvens av omställningen. Vidare kommer en fortsatt omställning att innebära krav, inte enbart på mer av samma primärvård som erbjuds idag, utan även på kompletterande kompetenser. Omfattningen beror på i vilken mån den specialiserade öppenvården förstärks. Detta samtidigt som resurserna som fördelas till primärvården inte ökar i samma takt som för övrig hälso- och sjukvård (SOU 2019:42 s 469-471) [29].

År 2019 utgjorde primärvården 19 % av regionernas hälso- och sjukvårdsbudget [32]. De exempel på tillämpning i praktiken vad gäller utökade resurser till primärvården i regional regi, som identifierats under uppföljningen (se bilaga 6, tabell 3 i bilagan), omfattar i storleksordningen 2 % av den totala primärvårdsbudgeten. Intervjurespondenterna beskriver både utökade resurser till primärvården och samordning av resurser mellan vårdformer och/eller huvudmän som förutsättningar för att uppnå en omställning till en mer nära vård. Det framhålls dock att det är osäkert i vilken mån resursförstärkningen av primärvården kommer att möjliggöra en minskning av resurserna till slutenvård och annan mindre nära vård. Vidare beskrivs att de extra resurserna också behöver användas på ett sätt som bidrar till omställningen.

### **Samordning av resurser mellan vårdformer och/eller huvudmän**

Detta beskrivs i intervjuerna som en förutsättning för omställningen till en mer nära vård, som försvåras av organisatoriska gränser och skilda budgetar. Flera intervjurespondenter beskriver vikten av att samordna och koordinera resurser mellan slutenvård, specialiserad öppenvård, primärvård och kommunal vård och omsorg för att möjliggöra omställningen till en mer nära vård. Detta är något som lyfts av både kommun- och regionföreträdare.

Kommunföreträdare uttrycker ett behov av att de behöver få till forum som möjliggör effektivt samutnyttjande av resurser med regionen när en mer nära vård kommer att erbjudas. Ett exempel på begränsningar som framkommit i uppföljningen är svårigheter för regioner och kommuner att ha delade tjänster mellan huvudmännen för hälso- och sjukvårdsprofessioner. En intervjuad kommunföreträdare beskriver behov av stöd för att enkelt få till de särskilda avtal som krävs kring regler och ansvar, för att till

exempel en kommunalt anställd sjuksköterska ska kunna utföra åtgärder inom regionens ansvar.

### *Identifierade typexempel riktade till utförare*

Ett av totalt tio identifierade typexempel avser styrning riktad till utförare i både regional och kommunal regi.

#### Ersättningsmodell

Flera av intervjurespondenterna har beskrivit att det finns en tradition av att ersätta slutenvården med anslag utan kompletterande detaljerad finansiell styrning. Exempelen riktade till utförare är i vissa fall begränsade till vissa patienter, till exempel de som har behov av en samordnad individuell plan (SIP), men det har inte framkommit vilket patientflöde som önskas påverkas eller hur.

Förändringar av ersättningsmodellen ger möjligheter till effekt på kort sikt oberoende av andra förändringar, men å andra sidan finns risk för snedvridande incitament. Inom primärvården är det vanligt med små enheter och en vana att anpassa verksamheten efter förändringar i styrningen, även om det utgör en begränsad andel av den totala ersättningen. Flera intervjurespondenter från regioner liksom offentliga utredningar [27, 29] beskriver tydliga styreffekter och risk för snedvridande incitament.

#### Ersättningsnivå

Två identifierade typexempel på finansiell styrning syftar till att minska patientflödet till mindre nära vård. Det ena exemplet innebär höjd ersättning till primärvårdsenheter i glesbygdsområden, för att styra mot förbättrad tillgänglighet av mer nära vård och därigenom skifta patientflödena från annan vård. Det andra exemplet avser höjd ersättningsnivå till primärvårdsenheter som har patienter inskrivna i mobila team, för att styra mot att patienterna kan få vård i hemmet i stället för att söka annan vård. I intervjuerna framhålls att båda är exempel på finansiell styrning som har fördelen att kunna åstadkomma effekter på kort sikt oberoende av andra förändringar.

#### Kostnadsansvar

Ett borttaget kostnadsansvar innebär att enheten själv utan kostnad kan genomföra utredningen inom den egna enheten, i stället för att remittera patienten vidare. Intervjurespondenter framhåller att ett borttaget kostnadsansvar kan medföra att färre remisser skrivs med önskemål om utredning vid en annan enhet. Detta medför dock ett tänkbart snedvridande incitament att genomföra fler undersökningar än annars, utan att det är medicinskt motiverat. Ett annat typexempel avser tillägg av kostnadsansvar i primärvården för de egna patienternas besök på närakut. Detta innebär att enheten själv får bekosta besöket. Ett tänkbart snedvridande incitament är att hänvisa patienter till andra vårdformer istället för närakut, såsom specialistakut i de fall hänvisning till specialistakuten inte omfattas av det egna kostnadsansvaret.

Förändrat kostnadsansvar för att öka samverkan mellan och inom huvudmän, infördes tillsammans med annan styrning genom lagstiftning. Under intervjuerna har företrädare från både regioner och kommuner framhållit att lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård och hälso- och

sjukvård förstärkt incitamenten för samverkan och lett till utvecklade arbetssätt. Lagen har fått effekt genom att antalet dagar som patienter är utskrivningsklara på sjukhus har minskat sedan lagen trädde i kraft [33].

### *Identifierade exempel riktade till invånare*

#### *Ekonomiska incitament*

Typexemplen avser incitament att söka mer nära vård i stället för specialiserad vård i regionens regi, vilket innefattar sänkta avgifter inom primärvården med syftet att påverka invånarnas sökbeteende. Det ena avser lägre patientavgift på den vårdcentral där patienten är listad. Detta kan effektivisera resursutnyttjande genom minskad debitering mellan vårdcentraler men riskerar att medföra ökade kostnader för vården för olistade patienter. Det andra exemplet avser borttagna patientavgifter i primärvården. Ett exempel på tillämpning i praktiken är Region Sörmland som avskaffade patientavgifter i primärvården år 2017. Där ökade besöken till primärvården under perioden 2017–2020 med 6 % (39 000 besök) per år och besöken till akutmottagningar var under samma period oförändrade [34].

### *Tänkbar utveckling av den finansiella styrningen för att bidra till omställningen till en mer nära vård*

Under den särskilda uppföljningen har företrädare för regioner och kommuner lyft exempel på hur finansiell styrning skulle kunna användas för att bidra till omställningen till en mer nära vård. De flesta är riktade till utförare och de flesta åtgärder handlar om att stärka förutsättningarna för den nära vården, exempelvis regional primärvård eller kommunal vård och omsorg.

Omkring en tredjedel av de identifierade exemplen avser styrning som inkluderar både regioner och kommuner och resterande exempel avser endast regioner. Exemplen har identifierats genom intervjuer och/eller dokumentanalys. Nedan sammanfattas vad som framkommit i undersökningen om hur den finansiella styrningen skulle kunna utvecklas. Tabeller med identifierade exempel finns i bilaga 6.

#### *Finansiell styrning riktad till system och struktur*

Det framhålls vid intervjuerna hur särskilda utvecklingsmedel ger möjligheter, men också behovet av långsiktig finansiering och hjälp att definiera vad omställningen innebär. Behovet och svårigheterna med att fördela om resurser från slutenvården till mer nära vård inom regioner och kommuner betonas och det finns få förslag på hur det ska genomföras i praktiken.

Det är också osäkert i vilken mån resursförstärkningen av den nära vården kommer att möjliggöra en minskning av resurserna till slutenvård och annan mindre nära vård. Vidare beskrivs behovet av att utveckla formerna för samordning av resurser mellan vårdformer och/eller huvudmän.

#### *Finansiell styrning riktad till utförare*

Vid intervjuerna betonas vikten av att det finns matchande incitament för utförare på olika vårdnivåer och -former för att få till omställningen. Vidare betonas minskad detaljstyrning i primärvårdens ersättningsmodeller så att omställningen inte motverkas av oönskade incitament eller undanträngningseffekter.



För primärvården identifierades också utvecklingsmöjligheter kring ersättningsmodeller för hälsofrämjande insatser och nationellt enhetliga ersättningar. För den specialiserade vården identifierades behovet av att utveckla ersättningsmodeller till slutenvården för att skapa incitament och reducera hinder att bidra till omställningen.

Inom kategorin ersättningsnivåer identifierades tre exempel. De syftar till att undvika snedvridande incitament att prioritera särskild teknik eller kontaktform, att undvika incitament att prioritera andras listade patienter eller utomlänspatienter samt att utveckla DRG-systemet så att det främjar öppenvårdsinsatser i större utsträckning vid uppföljning av produktivitet.

De två exemplen kring kostnadsansvar gäller utveckling för att hitta balansen för kostnadsansvar för medicinsk service och läkemedel och möjligheten att ge primärvården kostnadsansvar för sådan vård som utförs av till exempel akutmottagning men kunnat utföras av primärvården.

#### *Finansiell styrning riktad till invånare*

Här identifierades möjligheten att minska patientavgiften vid akutmottagningen för de som först sökt den nära vården för att bidra till triagering. Intervjurespondenterna beskriver möjligheter i att invånare söker nära vård för en första bedömning, triagering, istället för att direkt söka sig till akutmottagning på sjukhus eller specialistvård. De framhåller samtidigt att det inte får utformas så att invånare som har behov av till exempel akutmottagningens kompetens inte söker sig dit. I tabell 9 presenteras en översikt över de nämnda exemplen, som identifierats under uppföljningen. För varje grupp finns en tabell (se bilaga 6) där respektive exempel med finansiell styrning presenteras avseende syfte, en bedömning av dess för- och nackdelar samt exempel på dess tillämpning i praktiken.

**Tabell 9 - Översikt tänkbara exempel på finansiell styrning för en mer nära vård**

Finansiell styrning		Riktad till:		
	Åtgärd	Sluten-vård på sjukhus <sup>1</sup>	En mer nära vård <sup>2</sup>	Sam-verkan <sup>3</sup>
<b>System och struktur</b>				
Resurs-sätt-ning	Fortsatt användning av särskilda medel till nära vård-initiativ		●	
Resurs-för-delning	Omfördelning av resurser från slutenvård till mer nära vård		●	
	Utvecklade former för samordning av resurser mellan vårdformer och/eller huvudmän			●
<b>Utförare</b>				
Ersättningsmodell	Minskad grad av detaljstyrning i primärvårdens ersättningsmodeller		●	
	Utveckling av slutenvårdens ersättningsmodeller för att skapa incitament och reducera hinder att bidra till omställningen	●		
	Matchning av incitament för olika vårdformer och -nivåer*		●	
	Utveckling av ersättningsmodeller för hälsofrämjande insatser i primärvården		●	
	Nationellt enhetliga ersättningar för primärvården		●	
Ersättnings-nivå	Utveckling av ersättningsnivåer som inte ger incitament att prioritera särskild teknik eller kontaktform		●	
	Avveckling av ersättningsnivåer som ger högre ersättning för patienter om de inte är listade vid mottagningen eller inte bor i det egna länet		●	
	Utveckling av DRG-systemet så att det inte ger snedvridning mot slutenvård, vid uppföljning av produktivitet	●		
Kostnads-ansvar	Utveckling av formerna för kostnadsansvar för medicinsk service och läkemedel		●	
	Införande av kostnadsansvar för primärvården, för vård som utförs av exempelvis akutmottagning men kunnat utföras av primärvården		●	
<b>Invånare</b>				
Ekonomiska incitament	Minskad patientavgift vid akutmottagning eller i specialiserad vård för de som först sökt den nära vården	●		

Not: Förklaring av kategorierna i tabellen: <sup>1</sup>Slutenvård på sjukhus – avser åtgärder som huvudsakligen riktas till att direkt påverka patientflöden till och från slutenvård på sjukhus; <sup>2</sup>En mer nära vård – avser åtgärder som huvudsakligen riktas till att stärka förutsättningarna för den nära vården, exempelvis regional primärvård eller kommunal vård och omsorg; <sup>3</sup>Samverkan – avser åtgärder som huvudsakligen riktas till att skapa incitament för samverkan. \*Matchning med finansiell styrning behöver riktas på samma sätt till alla tre kategorier (slutenvård på sjukhus, en mer nära vård och samverkan) och det primära målet med matchning är en omställning till en mer nära vård.

## Hälsofrämjande arbetssätt

Förebyggande och hälsofrämjande insatser är en grundläggande del i omställningen till en mer nära vård. I regeringens proposition *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (prop. 2019/20:164) framgår exempelvis att fokus på hur vi kan stärka hälsa, inte bara behandla sjukdom, är avgörande för att samhället och hälso- och sjukvården ska klara

av att möta framtidens hälsoutmaningar och vårdbehov i befolkningen. Genom att förebygga eller skjuta upp insjuknande i akuta eller kroniska sjukdomar eller minska risken för återinsjuknande kan man undvika mänskligt lidande och samtidigt använda begränsade gemensamma resurser mer effektivt.

De allra flesta regioner redovisar för 2020 att man genomför hälsofrämjande och förebyggande insatser. Ofta riktas insatserna till specifika grupper. I uppföljningen av 2019 års insatser framgick att av de regioner som hade beslutade strategier eller handlingsplaner för omställningen, hade i stort sett alla förebyggande och hälsofrämjande insatser som ett uttalat fokusområde. Samtidigt uppger flera regioner 2020 att det hälsofrämjande utvecklingsarbetet fått stå tillbaka med anledning av pandemin. Fyra RSS har redovisat hälsofrämjande insatser i kommunerna inom ramen för överenskommelsen 2020. Det handlar i flera fall om förebyggande hembesök för att tidigt kunna identifiera behov och kunna ge rätt stöd med hälsofrämjande och rehabiliterande insatser.

Flera regioner uppger att man arbetar med riktade hälsosamtal, vid specifika åldrar eller till specifika grupper. Vissa fokuserar explicit på levnadsvanornas betydelse vid psykisk sjukdom. Under 2020 var det fler regioner som redovisat att man beslutat om införande av hälsosamtal eller som infört det jämfört med föregående år. Omkring en tredjedel av regionerna redovisar också exempel på handlingsplaner eller samverkansfunktioner som görs av regioner och ett urval kommuner eller samtliga kommuner i länet på området hälsofrämjande arbete.

I flera regioner har också utveckling av mer digitala tillvägagångssätt genomförts eller förändringar av dokumentation i journalen av hälsofrämjande arbete. Flera regioner har också utformat utbildningsmaterial till hälso- och sjukvårdspersonal med inriktning hälsofrämjande och förebyggande arbete. Flera regioner har också bildat ett Regionalt programområde om Levnadsvanor för att stödja arbetet med nationella riktlinjer på området.

# Personcentrerad vård, delaktighet och medskapande

Ett av målen för omställningen till en mer nära vård som uttrycks i regeringens proposition (prop. 2019/20:164) är en mer delaktig patient och en personcentrerad vård. På s. 21 i nämnda proposition uttrycks att det är avgörande för att möta utvecklingen med en ökad förekomst av kroniska sjukdomar och ökad ojämlikhet i hälsa att lyckas skapa bättre förutsättningar för människor att vara medskapande i sin egen vård och hälsa. Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet [35] har *Patienten som medskapare* som en grundläggande förutsättning för säker vård. Patientens delaktighet och medverkan finns med i alla fem prioriterade fokusområden.

Flera regioner redovisar utbildningsinsatser inom personcentrerad vård, exempelvis i ledarskapsutbildningar och utbildningar till verksamheter. Flera regioner arbetar också med att sprida kunskap och skapa mötesplatser för erfarenhetsutbyte och stöd. Region Dalarna beskriver att forskning kring att följa regionens arbete i implementering av personcentrerad vård fortskrider genom samarbete med Högskolan Dalarna. Under 2020 utarbetades och färdigställdes ett ramverk för patientmedverkan i region Kronoberg. Dialogen med "Resursgruppen vårderfarenhet" där ett 20-tal patienter och närstående från länet deltar, har fortgått under året, dock med lite lägre intensitet med anledning av omställningen till digitala träffar.

I region Skåne deltar mellan åren 2021-2023 universitetssjukhuset i den nationella studien Magnet4Europe. Modellen identifierar omvårdnad som en av huvudprocesserna i hälso- och sjukvården och lägger fokus på att uppnå goda omvårdnadsresultat.

I region Sörmland diskuterats hur verksamheterna på ett bättre sätt ska kunna följa upp patienternas upplevelse av personcentrerad vård och bemötande. Därför har ett förarbete gjorts med syfte att kunna mäta detta mera regelbundet än nationell patientenkät (NPE). Enkät har tagits fram som ska skickas ut till patienterna två gånger om året med start under 2021 i primärvården.

En gemensam stödstruktur (plattform) för hur region Östergötland definierar personcentrerad vård har arbetats fram. Där finns även förslag på metoder och verktyg samt goda exempel och omvärldsbevakning. I utvecklingen av en ny vårdinformationsmiljö i Västra Götalandsregionen ingår att införliva det personcentrerade arbetssättet. Nya systemet kommer innehålla en patientportal - patienten ska kunna kommunicera och dela sin berättelse och sin information med hälso- och sjukvården.

## Trygghet

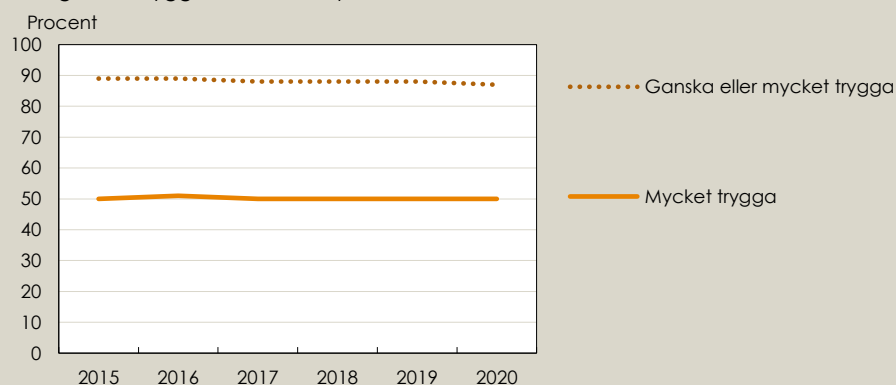
Behovet av trygghet lyfts fram såväl av utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* (S2017:01) som av regioner och kommuner i relation till omställningen. Trygghet mäts inte i nationell patientenkät men däremot

i den årliga enkätundersökningen *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen*. En av Socialstyrelsens valda indikatorer för området personcentrerad vård är trygghet på särskilt boende.

Följande fråga som ställs till personer i särskilt boende är relevant att följa: Hur tryggt eller otryggt känns det att bo på ditt äldreboende? Andelen som svarar att det känns tryggt ska vara högt. Värdena är i princip oförändrade över den mätperiod som visas i diagram 17. Nära 90 procent av de svarande kände sig mycket eller ganska trygga. Men bara hälften av de svarande angav att de kände sig mycket trygga. Känsla av otrygghet i särskilt boende behöver dock inte vara kopplad till hälso- och sjukvård utan även annan omsorgsverksamhet, 84 procent av de som bor på särskilt boende har kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser [36].

### 17. Hur tryggt eller otryggt känns det att bo på ditt äldreboende?

Andel av respondenterna 65 år och äldre som uppgett att de kände sig mycket trygga eller ganska trygga med att bo på ett särskilt boende



Källa: Brukarundersökning hemtjänst och äldreboenden, Socialstyrelsen.

## Patientkontrakt

### Nationell utveckling under 2020

I överenskommelsen om God och nära vård 2020 framgår hur patientkontrakt kan främja arbetet med personcentrering, samordning och kontinuitet i vården, som en del i omställningen till en mer nära vård.

Patientkontrakt består av flera delar som tillsammans ska bidra till samförstånd och delat ansvar mellan patienten och vården. Patientkontraktet syftar till att uppnå delaktighet, samordning, tillgänglighet och samverkan [37].

Regionerna skulle till den 31 maj 2020 ha upprättat handlingsplaner och skickat till SKR för hur patientkontrakt ska implementeras, följas upp och utvärderas, samt beskriva samverkan med den kommunala hälso- och sjukvården [13]. Kravet på redovisade handlingsplaner togs dock bort med anledning av covid-19-pandemin.

Utvecklingen av patientkontrakt sker i samarbete mellan alla regioner och olika utvecklingsområden inom SKR, även patientorganisationer har involverats i arbetet genom dialog [38]. Regionala mötesplatser, dialogforum och lärandeforum har genomförts digitalt under 2020 i syfte att bland

annat dela erfarenheter samt verka för utveckling av patientkontrakt (dialog med SKR 2021-02-23).

SKR lyfter i sin slutrapport av arbetet med patientkontrakt för 2020 att det är viktigt att integrera patientkontrakt i övriga nationella satsningar där de har en samordnande roll. Utveckling av patientkontrakt har fortsatt på nationell respektive regional nivå för att integreras i arbetet med omställningen till en mer nära vård, kunskapsstyrning, patientsäkerhet och personcentrerad vård. SKR beskriver också att det ser olika ut i regionerna givet olika förutsättningar [38].

## Regionerna har fortsatt utveckla arbetet med patientkontrakt under 2020

Flera regioner redovisar att de arbetat vidare med patientkontrakt under 2020 genom särskilda satsningar, träning och förhållningssätt och genom att medverka vid regionala och nationella forum, nätverksmöten och lärandeseminarier som leds av SKR. Några regioner har tagit fram handlingsplaner för införande eller fortsatt införande av patientkontrakt, samt påbörjat införande av arbetssätt i enlighet med målet med begreppet.

Några regioner lyfter att covid-19-pandemin påverkat deras arbete med och särskilda satsningar på patientkontrakt. Det kan ha yttrat sig i att projekt och pilotstudier skjutits fram eller pausats till följd av pandemin eller att planerade aktiviteter genomförts men i begränsad omfattning.

En del av regionernas arbeten har handlat om att fortsatt kommunicera och föreläsa om personcentrerad vård och patientkontrakt till chefer, medarbetare, invånare och patienter, likt flertalet regioner redovisade i Socialstyrelsens uppföljning för 2019. Region Västerbotten redovisar att information och goda exempel tagits fram och finns tillgängligt på regionens intranät.

Region Jämtland Härjedalen redovisar att de arbetat med att tydliggöra kopplingen främst till nära vård men även till kunskapsstyrningen. Några regioner beskriver också att det handlar om att koppla ihop patientkontraktets delar med redan pågående arbeten, samt hur patientkontrakt ska tillämpas i hälso- och sjukvården och vara grund för andra riktlinjer och rutiner. I detta ingår också arbete med att tydliggöra kopplingen mellan patientkontrakt och personcentrerade sammanhållna vårdförlopp.

Region Sörmland redovisar att arbetet med införande av patientkontraktets olika delar, sammanhållen planering, fast vårdkontakt och överenskommen tid, snarare sker integrerat i allt förändrings- och förbättringsarbete än som ett eget projekt. Utvecklingen följs kontinuerligt av hälso- och sjukvårdens utvecklingsenhet. Även region Uppsala lyfter att arbetet med patientkontrakt fortsätter som en integrerad del av regionens systematiska förbättringsarbete med personcentrerad vård.

Region Västernorrland redovisar att patientkontrakt under 2020 inte varit ett krav i regelboken för Vårdval primärvård, utifrån att stöd och utveckling behöver erbjudas, innan krav kan ställas. I takt med att stödet utvecklas så kommer detta att ställas krav på i regelboken.

## Integrering av patientkontrakt i vårdinformationsmiljöer

Några regioner beskriver att arbete pågår kring hur patientkontraktet kan bli en naturlig del i det nya vårdinformationssystemet. Region Örebro har tillsammans med andra regioner inom SUSSA-samverkan<sup>22</sup> arbetat för att säkerställa att det nya vårdinformationsstödet som har upphandlats gemensamt motsvarar kraven för patientkontrakt.

### **Exempel från region Kronoberg: En vårdplan i journalsystem**

Region Kronoberg har under 2020 arbetat fram en sammanhållen planering, en vårdplan i journalsystemet Cambio Cosmic för att kunna följa patienten oavsett vilka kontakter den har med vården. Vårdplanen har testats under sommaren och hösten 2020 och i mars 2021 togs ett beslut om ett bredare införande för patienter med behov av samordning. Planen visas genom journalen på nätet och är ett första steg i att skapa en heltäckande plan i relation patient och regiondriven vård.

Ett fåtal regioner lyfter utveckling av samordnad planering med patientkontrakt på 1177 Vårdguiden. Region Skåne och Västra Götalandsregionen redovisar att de deltar i Inera AB:s arbete kring hur patientkontrakt kan presenteras på 1177 Vårdguiden.

## Arbete med patientkontrakt i samverkan

Under 2020 har pågått testbäddar i olika regioner med fokus på att stödja regionerna att utveckla patientkontrakt tillsammans med patienter och invånare. Testbäddar syftar till att möjliggöra en trygg miljö för innovativ utveckling av patientkontraktets olika delar, liksom att fånga lärdomar. Region Uppsala lyfter att arbete med testbäddar genomförts för att sprida kunskap om patientkontrakt till patienter och invånare. Arbetet har genomförts i samverkan mellan regionen, länets kommuner och SKR.

I samverkan med kommunerna har några regioner arbetat för att ta fram gemensamma riktlinjer och skapa förutsättningar för att patientkontraktet kan omsättas i praktiken. Även arbete med att fram gemensamma riktlinjer för SIP i syfte att genom förbättrad samordning ge ökat inflytande och delaktighet nämns i sammanhanget.

## Involvering av patienter, närstående och medarbetare

En del regioner redogör för att arbetar med utbildningar samt har dialog med invånare kring patientkontrakt. Region Kronoberg har ett arbete med patientutbildningar enligt konceptet ”lärande kafé” med utbildningsinsatser

<sup>22</sup> I Sussa-samverkan ingår regionerna Dalarna, Blekinge, Halland, Gävleborg, Sörmland, Norrbotten, Västerbotten, Västernorrland och Örebro.

och inspirationsworkshop för ledare. Detta är ett utvecklingsprojekt inom patientkontrakt invånare.

Region Värmland har initierat dialog med pensionärsråden och patientföreningarna kring överenskommelsen om nära vård. Regionen kommer att ha riktade samarbetsområden och exempelvis testa webbtidbok, en tid i handen, vem som är fast vårdkontakt (om det finns ett behov) och en sammanhållen plan.

Region Östergötland har startat uppbyggnad av en funktion där man samlar erfarenheter och synpunkter genom att erbjuda närstående och patienter att delta i ett *Levande bibliotek*. Detta i syfte att stödja och underlätta patient- och närståendemedverkan i utvecklingsarbete, planering och utbildning. Det ersätter samtidigt inte upparbetade samverkansformer och kontaktvägar mellan Region Östergötland och patient-, närstående och brukarorganisationerna.



# Tillgänglighet

I propositionen *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (prop. 2019/20:164) anges att ett av tre mål för omställningen till en mer nära vård är att tillgängligheten till primärvården ska öka.

Tillgänglighet i vården utifrån patientperspektiv och vårdperspektiv inrymmer såväl väntetider som andra aspekter, exempelvis kontinuitet, bemötande, förtroende och delaktighet. Redovisade insatser på områdena kontinuitet och delaktighet beskrivs i andra avsnitt i denna rapport.

## **Enligt överenskommelsen God och nära vård 2020 ska regionerna**

Utveckla och förändra arbetssätt eller genomföra andra insatser som stärker tillgängligheten i primärvården bland annat genom ett fortsatt arbete med den förstärkta vårdgarantin i primärvården.

Socialstyrelsen har flera andra pågående uppdrag på området tillgänglighet, såsom att följa överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020, samt uppdrag om uppdämda vårdbehov.

I maj 2021 publicerades *Analys av första och andra covid-19-vågen – produktion, köer och väntetider i vården* [39]. Socialstyrelsen beskriver i denna rapport utvecklingen före och under covid-19-pandemins första och andra våg till och med januari 2021. Se även föreliggande rapport, avsnittet *Covid-19 pandemin*.

Av nämnda analysblad (s. 14) framgår att vårdkontakterna i primärvården minskade med 9 procent i januari 2021 jämfört med januari 2020 och med 28 procent i april 2020 jämfört med medelvärdet januari–februari 2020. Detta inkluderade dock inte digitala vårdkontakter med privata vårdgivare. Primärvårdskontakterna minskade relativt sett mest för äldre i april 2020 samt för barn och unga i januari 2021. Distansbesöken i primärvården ökade genomgående i mars–december 2020, och relativt sett mest för patienter 18–69 år samt patienter 70 år och äldre.

Av analysen framgår att regionerna har använt sig av olika arbetssätt för att öka sin produktion – dels förändrade arbetssätt som inkluderar distansbesök, och då i större utsträckning i primärvården, dels hemmonitorering.

# Regionernas arbete med förbättrad tillgänglighet i primärvården 2020

## Mobila team

Mobila insatser för äldre beskrivs exempelvis i Socialstyrelsens rapport *Återinskrivningar av multisjuka och sköra äldre* [40]. När det gäller omställningsarbetet 2019 uttryckte de flesta regioner i sina nulägesrapporter att de arbetar med olika former av mobila team för att kunna bedriva hälso- och sjukvård utanför sjukhusen och vårdcentralerna, i flera fall i projektform under utveckling [3]. Arbetet har generellt utvecklats under 2020, påskyndat av pandemin.

Utvecklingen består exempelvis av att ambulanssjukvården involverats som samverkansinstans eller att teamen omfattar ett utökat geografiskt område, i utökad omfattning eller till fler patientgrupper. Mobila team bemanas ofta gemensamt från specialistvård, hälso-/vårdcentral och den kommunala hälso- och sjukvården. Ofta prioriteras personer med komplexa vårdbehov och med behov av insatser från både kommunal och regiondriven vård. Införandet av mobila team innebär även ett utökat samarbete med kommunerna. Syftet anges vara att exempelvis undvika påfrestande transporter för patienten och minska akutbesök och återinläggningar.

Det handlar också om en effektivisering och en möjlighet att kunna minska behovet av slutenvård. En kommun i region Norrbotten beskriver exempelvis att man byggt upp hembesöksteam för att möjliggöra tidig hemgång från sjukhus, samt kunna ge individanpassad, personcentrerad rehabilitering i hemmet.

I Socialstyrelsens rapport *Återinskrivningar av multisjuka och sköra äldre* [40] görs bland annat bedömningen att det finns behov av att säkerställa rutiner för hemsjukvården för att i tid kunna behandla sjukdomar och tillstånd i den äldres hem, innan de förvärras och kräver sjukhusvård. En god samverkan fordras därvid mellan kommunens hemsjukvård och regionens vårdinsatser i hemmet. Det finns också behov av att säkerställa rutiner som möjliggör läkarbedömningar i hemmet alla dagar i veckan och tider på dygnet, för att förebygga akuta sjukhusbesök.

## Hembesök och utökade öppettider

Hembesöken ökade på nationell nivå för patienter 18–69 år och patienter 70 år och äldre, men minskade för patienter 0–17 år i januari 2021 jämfört med januari 2020 [23].

Region Dalarna beskriver att man stimulerat arbetet med hembesök av läkare för en närmare vård och ökad tillgänglighet. Hembesöken har ökat från omkring 11 000 år 2019 till drygt 20 000 år 2020. Även exempelvis region Jönköping, region Jämtland Härjedalen och region Sörmland beskriver ökad tillgänglighet till hembesök.

Region Jönköping ersätter också hälso-/vårdcentralen för utökade öppettider utöver de 9 timmar per dag som sker mellan kl. 8-17 på vardagar. Vårdenheten ska under den utökade öppettiden erbjuda läkarbesök och vara

tillgänglig för telefonrådgivning. För att förbättra vården och öka tillgängligheten till vård i glesbygd har region Norrbotten efter ansökan beviljat hälsocentraler att öppna filialer eller servicepunkter i närområdet till hälsocentralen.

## Digitala vårdbesök i den regionalt finansierade primärvården

En central komponent i arbetet med omställningen till en mer nära vård är att kunna erbjuda digitala vårdbesök i primärvården, men också för besök i specialistvården. Det handlar om att öka tillgängligheten, att med hjälp av digital teknik och mötesformer skapa kontinuitet och överbrygga gränser i hälso- och sjukvården som ökar upplevelsen av närhet.

Socialstyrelsen har under januari–mars 2021 gjort en särskild genomlysning av de digitala vårdbesöken i den regionalt finansierade primärvården. Myndigheten har genomfört intervjuer (se bilaga 8) med fem regioner<sup>23</sup> i syfte att kartlägga regionernas utbud av digitala vårdbesök i primärvården i egen regi. De regioner som intervjuats är Skåne, Stockholm, Uppsala, Västernorrland och Östergötland<sup>24</sup>. Teman som berörts under intervjuerna har varit: regionernas strategi för digitala vårdbesök, tillgänglighet till möten/besök i primärvården, säkerhet och kontinuitet samt utbildning och kvalitetssäkring av digitala vårdbesök i primärvården. Även andra underlag har använts vid analysen. För mer information om genomförandet, se avsnittet Genomförande.

### Digitala vårdbesök i primärvården är en central del av omställningen till en mer nära vård

Möjligheten att erbjuda videobesök i den egna regiondrivna vården har utvecklats mycket snabbt i samtliga regioner under 2020, se tabell 10 för en översikt över regionernas digitala tjänster i primärvården. Det framgår också av såväl redovisningarna från regionerna som i Socialstyrelsens rapport *Analys av första och andra covid-19 vågen* [39] att de digitala vårdbesöken i den regionalt finansierade primärvården har ökat under 2020. Ett annat område där mycket sker i närtid är hemmonitorering av kroniska patienter som innebär att insatser kan ges efter behov och därmed akuta sjukhusbesök i många fall kan undvikas [41]. Annan utveckling med stor potential är förbättrad infrastruktur för multi-disciplinära konferenser och flerpartsmöten över organisatoriska gränser som bidrar med ökad tillgänglighet och kontinuitet i vården [42].

---

<sup>23</sup> Urval av regioner har gjorts av SKR.

<sup>24</sup> Intervjuförfrågan skickades också till Västra Götalandsregionen men besvarades inte.

**Tabell 10. Översikt över regionernas digitala vårdtjänster**

Region	Tjänst	Bredd- införd	Egenskaper
Blekinge	Din vård region Blekinge (app.)	2020	Visiba Care Red Robin Triage, videomöten regionövergripande och anslutna vårdcentraler
Dalarna	Min vård (app.)	2019	Regionövergripande tjänst samt videomöten via anslutna vårdcentraler i pilot 2017
Gotland	Alltid öppet (app.)	2020	Möjlighet att boka och genomföra videomöte hos anslutna vårdgivare via Alltid öppet appen
Gävleborg	Video care (app.)	2020	Regionövergripande videomötestjänst
Halland	Vårdcentralen Halland (app.)	2018	Privat samarbete (MinDoktor) som pilot 2016. Regionövergripande tjänst samt videomöten via anslutna vårdcentraler
Jämtland Härjedalen	Min hälsa (app.)	2020	Regionövergripande tjänst samt chatt med vårdcentraler
Jönköping	Bra liv nära (app.)	2016	Regionövergripande tjänst samt videomöten med vårdcentraler
Kalmar	1177 vårdguiden	2020	Videomöten via anslutna vårdcentraler, ingång via 1177 vårdguiden
Kronoberg	Min vård Kronoberg (app.)/1177 (Skype)/Min hälsa	2020	Videomöten via anslutna vårdcentraler
Norrbottnen	Digitalen	2019	Regionövergripande tjänst och via enskilda vårdcentraler 2020
Skåne	Primärvården Skåne online	2019	Initialt erbjöds triage för primärvård av vårdexpressen 2019. Regionövergripande chatt-baserad tjänst 2020 med möjlighet till videomöten vid behov
Stockholm	Alltid öppet (app.) HLM-online tjänst som regionövergripande tjänst	2018	Möjlighet för videomöte hos anslutna vårdcentraler via app. eller via den regionövergripande tjänsten HLM-online
Sörmland	1177 vårdguiden, Plattform 24 tjänst	2020	Videomöten via anslutna vårdcentraler
Uppsala	Min hälsa eller mötesbokning via 1177	2018	Integrerad videobesökstjänst i journalsystemet Cosmic, kopplad till anslutna vårdcentraler
Västra Götaland	Närhälsan online eller 1177 Vårdguiden (app.)	2018	Regionövergripande tjänst samt videomöten via anslutna vårdcentraler
Värmland	Vårdcentralen Värmland, Region Värmland (app.)	2020	Regionövergripande videomötestjänst utanför vårdcentralerna i regionen
Västerbotten	Mottagning region Västerbotten (app.)	2020	Möjlighet att boka och genomföra videomöten med anslutna vårdcentraler
Västernorrland	Video care (app.)	2020	Videomöten med anslutna vårdcentraler
Västmanland	Min hälsa (app.), chatta med vården Plattform 24	2020	Chatta med vården är en tjänst för sjukvårdsrådgivning. Videomöten med anslutna vårdcentraler
Örebro	Digital mottagning (app.)	2020	Regionövergripande digital mottagning oberoende av vårdcentralerna
Östergötland	Din vård region Östergötland (app.), regionövergripande tjänst	2018	Regionövergripande tjänst för första videomöten samt uppföljande videomöten på vårdcentraler. Fem pilotvårdcentraler erbjuder videomöten sedan 2017

Källa: Regionerna och Digital Hälsa ([Insiktmedicin.se/digital-halsa](https://insiktmedicin.se/digital-halsa)), information inhämtad januari–mars 2021.

## Exempel på hur nära vård och digitalisering samverkar i regionerna

I region Uppsalas utredning om en Effektiv och nära vård 2030 betonas att den digitala utvecklingen kan ge begreppet närhet en ny dimension och möjliggöra närhet på distans och dessutom möjliggöra alltmer avancerad vård utanför sjukhusen [43]. I intervjuer med representanter för vissa regioner har framhållits att digitaliseringen ska ses som en möjlighet att uppnå de överordnade målen för omställningen till en mer nära vård och inte som ett självändamål. Det kan handla om att digitala flerpartskanaler möjliggör en bättre samordning runt patienten med involveringen av kommunal hälso-sjukvård. Exempel från ett flertal regioner visar på hur omställningen till en mer nära vård till stor del innebär arbete med att erbjuda digitala tjänster och digitala vårdbesök, som exempelvis i Västra Götalandsregionen [44], region Gävleborg [45] eller i region Kronoberg där den digifysiska vården ska stödja hälso- och sjukvårdens utvecklingsstrategi Närmare Kronoberga-ren [46].

## Betydelsen av 1177 Vårdguiden som förstagemensam ingång varierar mellan regionerna

1177 Vårdguiden har en central roll som en första ingång till vården i samtliga regioner i Sverige, men det finns skillnader i om 1177 utgör den enda ingången, eller komplettera andra ingångar. Region Kalmar och region Sörmland har lösningar som innebär att 1177 Vårdguiden utgör den primära digitala ingången till sjukvården. I region Sörmland togs bemanningen av 1177 över i egen regi under hösten 2019 och digitala vårdbesök bokas via 1177 Vårdguiden, som också genomför viss triagering. Själva videotjänsten sker via appen Skype för företag som kan laddas ned till mobiltelefon, surfplatta eller dator [47]. I region Kalmar finns en strategi som anger att nationella standarder ska utnyttjas i så stor utsträckning som möjligt [48].

Förutom de kunskapsstöd som 1177 Vårdguiden erbjuder på sin webbplats och den telefonrådgivning som ges via 1177 utgör 1177 Vårdguiden en ingång till de olika vårdgivarna i och utanför regionen via rubriken ”Hitta Vård” samt ingång till olika e-tjänster. Exempel på e-tjänster som erbjuds i de flesta regioner är att kunna läsa sin journal, boka, omboka eller avboka besök eller behandling via nätet, beställa prover eller förnya recept.

Ett arbete pågår inom 1177 med att utvidga möjligheter från endast telefonrådgivning till att även kunna ta emot bilder via mobiltelefoni från patienter eller genomföra videosamtal eller chatt.

Frågan var gränsen ska gå mellan 1177 Vårdguiden på nationell nivå och det lokala utbudet av vårdtjänster har kommit upp i flera intervjuer. Vidare har också belysts hur kommunerna ska komma in på 1177 och relationen mellan vård och övrig omsorg och socialtjänsten.

Ett antal andra regioner har etablerat en kompletterande digital ingång som i fallet Kronoberg där en patientportal etableras och utgör en samling av flera digitala verktyg med tillgång till olika vårdgivare digitalt, AI-

understödd anamnesupptagning och triagering som i vissa fall leder till instruktion om egenvård. Patientportalen syftar till att ge befolkningen i Kronoberg en samlad ingång till regionens hälso- och sjukvårdstjänster [46]. I region Norrbotten har den etablerade tjänsten *Digitalen* blivit regionens samlade digitala ingång [49]. Dessa alternativa kanaler hänvisas till från menyer i 1177 Vårdguiden. *Digitalen* i region Norrbotten erbjuder också liknande sjukvårdsrådgivning som 1177 Vårdguiden. Alternativt en chatt som ger möjlighet att diskutera sina symtom med en sjuksköterska på sin egen vårdcentral eller med en centralt placerad person i regionen som bemannar tjänsten.

## Många regioner startade digitala vårdbesök som länsövergripande tjänst

De första regioner som började erbjuda digitala vårdbesök lanserade dessa tjänster som en regionövergripande digital tjänst utanför det givna utbudet av vårdcentraler. Tjänsternas utformning varierar mellan regionerna från att i vissa regioner utgå ifrån chatt som sedan omvandlas till videomöte, till mer direkt videomöte med läkare utifrån patientens digitalt angivna anamnes. Region Jönköping var först i Sverige att som offentlig vårdgivare erbjuda digitala vårdbesök. Även andra regioner som erbjuder digitala vårdbesök inom primärvården har startat med en oberoende länsövergripande vårdtjänst. Det rör sig bland annat om regionerna Blekinge, Dalarna, Halland, Norrbotten, Skåne, Stockholm, Östergötland, Värmland, Västra Götaland och Örebro.

Dessa länsövergripande digitala primärvårdsmottagningar har enligt intervjuer med region Stockholm och region Östergötland visat sig nå rätt patientgrupper med en mycket hög slutbehandlingsgrad. Husläkarmottagning (HLM) Online i region Stockholm har en slutbehandlingsgrad på 97 procent. Region Östergötlands länsövergripande Digitala Vårdcentralen för nybesök digitalt med läkarbesök, psykolog och psykoterapeuter har uppnått en slutbehandlingsgrad på runt 95-97 procent.

I takt med att enskilda vårdcentraler utbildat sig i digitala vårdmöten och digitala plattformar installerats i regionerna, har även digitala vårdbesök via anslutna hälso-/vårdcentraler kunnat erbjudas. Därmed säkerställs en högre digital kapacitet och kontinuitet genom möjligheten att kunna träffa personal på sin egen hälso-/vårdcentral digitalt. Dessa möten på den egna vårdcentralen sker först efter en tidsbokning, även om någon region har vårdcentraler som erbjuder direkt möjlighet till chatt. Det största tekniska utvecklingssteget under 2020 har varit införande av anamnes- och triageringsmoduler i regionernas digitala vårdmötestjänster. Flera regioner upphandlade eller uppgraderade sina digitala tjänster med AI-understödd anamnes och triage.

Generellt har regionernas egna digitala vårdtjänster skiljt sig från de kommersiella privata vårdgivarna genom att en tid först bokas hos vårdgivaren utifrån patientens sökorsak. Därefter erbjuds ett digitalt möte av vårdgivaren för sökorsaker eller symtom som bedöms lämpliga. Patienten kopplar i de flesta regioner upp sig till dessa digitala vårdmöten via en mobiltelefonapp eller via 1177 Vårdguidens e-tjänster som patienten loggar

in till via BankID. Många uppföljningsbesök föreslås av vårdgivarna själva ske i digital form. I vissa regioner som i region Östergötland finns en överenskommen målsättning att genomföra minst 10 procent av öppenvårdsbesöken digitalt.

Via 1177 Vårdguidens webbtidbokning eller regionernas egna appar kan patienterna i olika utsträckning själva boka besök digitalt eller fysiskt på den länsövergripande digitala, eller egna vårdcentralen, eller andra öppenvårdsmottagningar som är anknutna. Rehabilitering, ungdomsmottagning och psykiatrisk vård har varit snabbast med att ta till sig digitala möten i exempelvis region Östergötland. Regionen framhåller att det främst är samtalsbehandlingar som är lämpliga för digitala mötesformer. I region Uppsala har läkartider inte tillgängliggjorts för patienten att boka in själv via webbtidbokning. Någon region har ännu inte kommit igång med att erbjuda digitala bokningar direkt på patientens egen vårdcentral, utan hänvisar till den regionövergripande digitala tjänsten som i region Skåne.

## Digitala vårdbesök tog fart i samband med covid-19-pandemin för att undvika smittspridning

Pandemin medförde att man i så stor utsträckning som möjligt försökte ställa om fysiska besök på vårdcentralerna till digitala möten. Detta innebar att de enskilda vårdcentralerna var tvungna att snabbt sätta sig in i den digitala tekniken och hur digitala besök organiseras och genomförs [50]. En annan drivkraft för spridningen och upptaget av regionernas digitala lösningar som nämnts i intervjuer med regionerna var möjligheten att boka provtagning för främst covid-19 via regionernas appar eller via webbtidbokning på 1177 Vårdguiden.

I region Kalmar betonas vikten av att använda system som utgör nationell standard och koppling till 1177 Vårdguiden och patientjournalen [48] Betydelsen av digitala vårdbesök har som i andra regioner uppmärksamats under pandemin [51].

Region Blekinge beslutade om införande av en tjänst för digitala vårdbesök i primärvården 2018. Den digitala vårdmötestjänsten lanserades dock först i juni 2020, som en länsövergripande tjänst oberoende av de lokala vårdcentralerna [52].

Under våren infördes en speciell digital coronamottagning<sup>25</sup> i region Gävleborg för att hantera pandemin. En mer omfattande tjänst för digitala vårdmöten planeras att lanseras senare under 2021 då patienter ska kunna kontakta all öppenvård genom att chatta, prata eller ha videosamtal. Dessa lösningar rör bland annat integrationer mellan olika datasystem, arbetssätt, roller och bemanning och triagering till rätt vårdnivå [53].

Region Jämtland Härjedalen erbjuder sedan i mars 2020 möjligheten för patienter att via 1177 Vårdguiden nå e-tjänsten ”Primärvård online” och chatta med sjukvårdspersonal som sedan kan styra patienten till egenvård eller ett digitalt eller fysiskt besök [54].

---

<sup>25</sup> Den digitala coronamottagningen är en tjänst som region Gävleborg erbjuder för medborgarna att komma i kontakt med vården vid symtom eller frågor om coronaviruset. Kontakten med vården sker genom en chatt som är öppen vardagar 7.00 – 16.00.

I region Västerbotten har sedan 2016 pågått försöksverksamhet i form av hälsorum i glesbygd [55]. Den planering som påbörjats med hälsorummen accelererades i samband med pandemin och infördes på flera hälso-/vårdcentraler baserat på ett kommersiellt system och appen Mottagning region Västerbotten [56]. Region Västerbotten framhåller att en viktig lärdom de gjort är att digitala vårdformer inte främst ska ses som en lösning för problem med vård i glesbygd, utan som en lösning generellt för att öka tillgänglighet och närhet till befolkningen. Oavsett om de bor i glesbygd eller i tätort. Vidare framhåller de att arbetet med införandet av Framtidens vårdinformationssystem (FVIS) som använder Cambios journalsystem som kärnsystem, bidragit till att sprida kunskap om digitala vårdformer. I detta införandearbete har ett nätverk av koordinators i varje verksamhet bildats som snabbt kunna förmedla erfarenheter och ny kunskap via nätverket.

## Digital triage och anamnes har stora möjligheter att styra patienter rätt snabbare

Många regioner inför digitala teknikstöd för anamnes och triage så att patienten vid en första kontakt med vården ska kunna ange sina besvär, symptom och besöksorsak och därmed snabbare styras till rätt vårdnivå. Inom 1177 Vårdguiden har ett regelbaserat, hierarkiskt rådgivningsstöd utvecklats sedan ursprungsprojektet "Vårdråd per telefon" startades 2003 [57]. En större nationell upphandling pågår genom Inera AB för ett anamnes-, triage- och hänvisningssystem i 1177 Vårdguiden som kan kopplas till regionernas journalsystem. Det nuvarande rådgivningsstödet som tagits fram till 1177 Vårdguiden användes även inledningsvis av vissa privata nätvårdsföretag. De digitala tjänster som regionerna erbjuder i offentlig regi har under 2020 i många regioner kompletterats med särskilda moduler för anamnes och triage.

Dessa nyare triagesystem använder i regel mer avancerad AI-teknik än endast statiska regler som bygger på att alla scenarier finns inlagda i systemet, att patienten endast har ett symptom och att patienten guidas igenom systemet, med svårigheter att byta spår om ny viktig information tas in. Alternativa metoder bygger antingen på maskininlärning vars nackdel består i bristen på transparens och möjlighet att förstå varför systemet ger vissa rekommendationer, eller på mer dynamiska regelsystem som sannolikhetsbaserade nätverk [58].

## Digitala vårdmöten påverkar tillgängligheten positivt

De flesta regioner erbjuder digitala vårdtjänster dagtid på vardagar och vissa regioner även kvällstid och helgtid vilket innebär att de digitala ingångarna ger en större flexibilitet för många patienter som kan ha problem att fysiskt organisera ett besök på hälso-/vårdcentralen. Utvärderingar av tillgängligheten i primärvården visade att tillgängligheten - mätt som andel vårdsökande till primärvården som fått medicinsk bedömning inom 3 dagar av legitimerad personal - förbättrades något under 2020 [59]. I diagram 18 framgår att andelen distansbesök av alla vårdkontakter i primärvården utgör mellan 7–18 procent under 2020 beroende på månad.



I tillgänglighet ingår även möjligheten att kunna boka tolk, något som flera regioner erbjuder. I exempelvis region Stockholm kan tolk bokas via 1177 Vårdguidens e-tjänster inför ett digitalt vårdbesök.



## Digital teknik kan hjälpa till att överbrygga gränser i sjukvården

På samma sätt som det finns teknik för att styra patienter till rätt nivå i sjukvården, finns även teknik som möjliggör en bättre uppföljning av de första besöken och de behandlingar som getts.

De traditionella konferens- och mötessystem som används utanför sjukvården innebär att personer från flera olika organisationer kan mötas på ett effektivt sätt. Detta har också börjat användas för att vid gemensamma möten överbrygga gränser mellan primärvård och specialistvård, eller mellan primärvård och kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst. Ett exempel är de möten som inom Borgholmsmodellen hålls mellan primärvård, patient och specialistvård. Inte alla tekniska lösningar erbjuder idag en tillräcklig säkerhet, varför utvecklingen av en säker infrastruktur för digitala vårdmöten över organisatoriska gränser utgör ett av de högst prioriterade projekten som Inera AB arbetar på att erbjuda vården [60].

Denna typ av IT-infrastruktur erbjuder möjligheter för olika experter att samverka, som exempelvis vid multidisciplinära konferenser i cancervården eller när en patient behöver hjälp av tolk i kontakten med vårdpersonal. Andra typiska fall av samverkansbehov kan vara vid överlämning från sjuk-

husvård till primärvård, möten kring vårdplaner eller SIP, men också kompetenshöjande möten där en eller flera specialister bidrar med sin kunskap. I intervjuer med regionerna framkommer att detta utgör ett prioriterat område för vidare utveckling mot en mer nära vård.

Region Östergötland framhåller de lärdomar de dragit av ett pilotprojekt i Valdemarsvik där de identifierade behoven att koppla upp fler aktörer till samma möte och uttrycker att det blir viktigt för omställningen till en mer nära vård. De har därför initierat planer på att använda trepartssamtal (digitala konferenser) med andra berörda parter, exempelvis specialistvården, kommunal hälso- sjukvård och socialtjänst istället för att exempelvis skicka remisser.

I region Västerbotten har patient och sjuksköterska kunnat sitta i en sjukstuga (hälsocentral med vårdplatser) och koppla upp sig med läkare på sjukhuset i Skellefteå. Även vårdplanering för patienten med kommuner har skett på distans.

## Begränsningar för digital vård

Endast några regioner har tydliga riktlinjer till patienter och allmänheten om vilka typer av besvär och tillstånd som lämpar sig för digitala vårdbesök angivna på de sidor där digitala vårdtjänster erbjuds till patienter, vilket kan vara på regionens 1177 Vårdguidens sida.

Regionerna Dalarna och Jönköping (via BraLivNära) anger en symtomlista som lämpliga för digitalt besök. Region Blekinge anger att de inte förskriver beroendeframkallande läkemedel digitalt och följer riktlinjer för antibiotikaförskrivning. Region Skåne anger att digital vård lämpar sig vid lättare medicinska besvär, till exempel hudbesvär, allergi eller luftvägsinfektion. Västra Götalandsregionen anger på sin sida för Närhälsan Online att tjänsten lämpar sig för lindriga besvär och kan bistå med sjukintyg för en kortare period, intyg för vård av barn eller inställd resa. På 1177 Vårdguidens sida i region Örebro anges att den digitala mottagningen kan hjälpa till med lindriga besvär som inte kräver regelbunden kontakt med den ordinarie hälso-/vårdcentralen. Inom region Gävleborg anges att många hälso-/vårdcentraler och mottagningar erbjuder möjlighet till digitala vårdbesök och att det är vården som avgör om det passar med ett videosamtal eller inte. I region Jämtland Härjedalen anges att ett fysiskt besök med vården kan ersättas med ett digitalt besök när så är lämpligt och att digitala tjänster är under utbyggnad. Inom region Västernorrland anges att många hälso-/vårdcentraler och mottagningar erbjuder möjlighet till digitala vårdbesök utifrån den medicinska bedömningen som vårdpersonalen gör i dialog med patienten.

I Region Stockholm ges utsatta grupper särskilda viktade erbjudanden, med möjlighet att styra på diagnoskod, kön och ålder och därmed motverka undanträngning

Region Östergötland framhåller särskilt kroniskt sjuka patienter som kräver regelbundna mätningar kopplat till en läkare på sjukhusmottagning eller primärvård, där digitala avstämningar kan ske, som en viktig grupp för distansbesök. De driver ett projekt för egenmonitorering av patienter med

KOL, hjärtsvikt, astma/allergier, diabetes och även patienter i palliativ vård där vissa fysiska besök kan ersättas med digitala besök.

Även de appar som regionerna erbjuder startar i regel med att man som patient anger sin kontaktorsak och därmed sker en viss anamnestagning och styrning mot lämpliga tillstånd för digital vård. Flera intervjuade regioner framhåller att de tillstånd som visat sig mest lämpliga för digitala vårdbesök är lättare medicinska besvär, till exempel hudbesvär, allergi eller luftvägsinfektion, samt behandlingar som bygger på samtal, exempelvis kognitiv beteendeterapi (KBT).

## De flesta regioner ger personalen stöd för digitala vårdmöten

I de flesta regioner har beslut om att införa digitala vårdformer tagits på politisk eller central förvaltningsnivå efter via erfarenheter av tidiga pilotprojekt. Även om centrala utbildningspaket erbjudits till vårdcentraler som en del av införandet, har erfarenheten i exempelvis region Uppsala varit att det handlat mycket om ledarskapet och gruppdynamiken på den enskilda hälso-/vårdcentralen. De hälso-/vårdcentraler som satt av tid för personalens träning har också lyckats bäst och uppnått högre digitala volymer.

## Webbtidbok

Enligt data som finns tillgänglig på Inera AB:s hemsida [61] har antalet enheter som använt tjänsten ”boka” i webbtidboken ökat under 2020 i vissa regioner<sup>26</sup>.

Några regioner redovisar att de fortsatt arbetar med införande och breddinförande av webbtidbok, vilket också redovisas i föregående års rapport från Socialstyrelsen. Region Kronoberg lyfter att utvecklingen av bokningar via webbtidbok tagit fart under 2020 vilket kan kopplas till covid-19-pandemin och omställningen till videmöten. Region Halland redogör för att de infört krav på att alla vårdgivare ska erbjuda webbtidbok. Invånarna kan boka tid för exempelvis provtagning på klinisk kemi, blodtappning samt mammografi och aortascreening. Tidigare var det möjligt att boka besök hos läkare och distriktssköterska via webbtidbok.

## Den nationella vårdgarantin i primärvården

Den nationella vårdgarantin regleras i 9 kap. HSL och i 6 kap. hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF och anger tidsgränser för hur länge någon som längst ska behöva vänta på vård. Vårdgarantin reglerar inte huruvida vård ska ges eller vilken vård som är aktuellt. Vårdgarantin för primärvården ändrades den 1 januari 2019 så att den enskilde inom en viss tid, i stället för att få besöka en läkare, ska få en medicinsk bedömning av

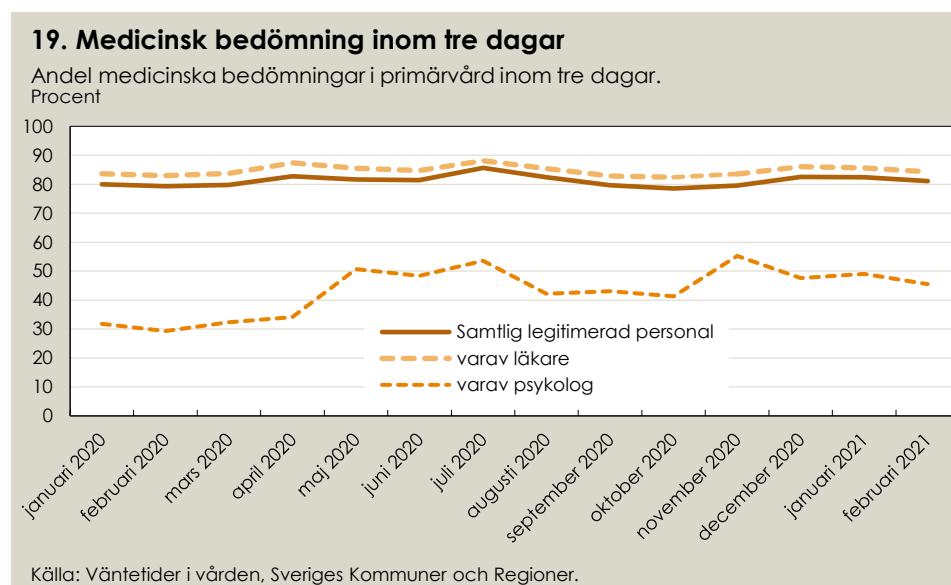
---

<sup>26</sup> Data för regionerna Sörmland, Blekinge, Halland, Västmanland, Jämtland Härjedalen, Västerbotten och Norrbotten är inte inkluderat i detta.

läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Samtidigt kortades den tidsperiod inom vilken garantin ska vara uppfylld jämfört med tidigare. De tidsperioder inom vilka vårdgarantin ska vara uppfylld, övriga detaljer om innehållet samt regionernas rapporteringsskyldighet framgår av HSF.

Där anges bland annat att vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde får kontakt med primärvården samma dag som den enskilde söker kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti) och får en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården inom tre dagar från det att den enskilde har sökt kontakt med primärvården (bedömningsgaranti inom primärvården). Den ändrade formuleringen kan delas upp i tre olika förändringar: vårdkontakten ska genomföras inom tre istället för sju dagar, vårdkontakten kan vara med annan legitimerad personal än läkare samt vårdkontakten avgränsas inte till enbart (mottagnings-) besök utan kan innebära distansbesök eller telefon- och brevkontakter.

I diagram 19 redovisas uppfyllnaden av vårdgarantin vad gäller genomförda medicinska bedömningar inom tre dagar. I diagrammet redovisas månadsdata från och med januari 2020. För perioden ligger uppfyllnaden totalt sett kring 80 procent. För vårdkontakter med psykolog är målluppfyllnaden för de flesta månader under 50 procent.



I Socialstyrelsens förslag till indikatorer ingår även att följa vårdgarantin för besök inom tre dagar för barn och unga vid psykisk ohälsa. Dock är rapporteringen under uppbyggnad för denna del och uppgifter redovisas inte för alla regioner ännu<sup>27</sup>. För de regioner som publicerade denna uppgift var den samlade målluppfyllnelsen 64 procent för april 2021 [62].

<sup>27</sup> Avser april 2021.

Inom vårdgarantin anges också att den enskilde ska få ett första besök i den specialiserade vården inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården (besöksgaranti inom den specialiserade vården). Dessutom anges att den enskilde ska få planerad behandling inom 90 dagar från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få den aktuella behandlingen (behandlingsgaranti).

## Få regioner använder primärvårdsdata för uppföljning och verksamhetsutveckling

Samtliga regioner beskriver i Socialstyrelsens rapport om uppföljning och analys av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020, värdet av att följa upp hälso- och sjukvården med den typ av vårddata som rapporteras in till väntetidsdatabasen [63]. Flertalet beskriver att man hittills fokuserat på att få modellen för uppföljning av primärvården på plats och att det nu, som ett nästa steg, handlar om att hitta former för hur data kan användas för att följa upp och utveckla regionens primärvård. Flera regioner beskriver hur de sedan i mars 2020 har haft mindre möjlighet att fortsätta detta utvecklingsarbete på grund av covid-19-pandemin.

## Ökad tillgänglighet i barnhälsovården är angeläget

I december 2017 ingick regeringen och SKR överenskommelser om ökad tillgänglighet i barnhälsovården för åren 2018 till 2020. Överenskommelserna syftade till att åstadkomma jämlik hälsa genom att ge regionerna ökade möjligheter att rikta insatser i barnhälsovården till barn i socioekonomiskt utsatta grupper, som utifrån kända riskfaktorer löper en förhöjd risk att utvecklas ogynnsamt.

Från år 2020 inkluderades överenskommelsen om barnhälsovården i överenskommelsen om god och nära vård. Sedan 2018 har överenskommelserna bidragit till att barnhälsovården haft möjligheter att utveckla, och bättre förutsättningar att erbjuda, insatser i barnhälsovårdsprogrammet efter behov, vilket på sikt kan bidra till bättre förutsättningar för att utjämna socioekonomiska skillnader i hälsa [64]. Uppföljningen för 2020 kommer att redovisas av Socialstyrelsen i en separat rapport i oktober 2021.

# Kontinuitet

Kontinuiteten har stor betydelse för såväl vårdens kvalitet som patientens upplevelse och medarbetarnas arbetsmiljö. Det gäller såväl i vårdkontakter som i relationerna mellan patienter och vårdens medarbetare, samt mellan olika professioner. Detta framgår i betänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2) [9].

I propositionen *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (prop. 2019/20:164) anges att ett av målen för omställningen till en mer nära vård är en ökad kontinuitet. Kärnan i kontinuiteten ska vara en fast läkarkontakt för alla patienter som vill ha det. Därutöver kan kontinuitet för de patienter som önskar, eller som i övrigt har behov av det, även byggas på en fast vårdkontakt med annan profession eller ett helt vårdteam med flera olika kompetenser kring den enskilde (s. 27–28). Det uttrycks samtidigt att vården behöver respektera att inte alla patienter efterfrågar personkontinuitet och byggande av relation med vårdens medarbetare. Därför bör graden av kontinuitet anpassas efter patientens behov, förutsättningar och preferenser (s. 28).

Vård- och omsorgsanalys beskriver att åtta av tio personer tycker att det är viktigt att få träffa samma person vid varje vårdbesök när de besöker en vårdcentral, men att bara hälften så många anser att de faktiskt får göra det [65]. När det gäller möjligheten att själv få välja vilken person man ska ha som fast kontakt ser myndigheten liknande resultat; nästan åtta av tio personer anser att det är viktigt men bara hälften så många upplever att de har den möjligheten.

I Socialstyrelsens uppdrag att följa omställningen har myndigheten i en särskild redovisning lämnat ett förslag till hur utvecklingen av fast läkarkontakt till fler patienter kan följas upp på nationell nivå samt följt upp hur ett urval regioner arbetar med fast läkarkontakt under 2020 [5].

## **Enligt överenskommelsen God och nära vård 2020 ska regionerna**

Genomföra insatser för att stödja relationsskapande och ökad kontinuitet med särskild inriktning mot att erbjuda fast vårdkontakt och fast läkarkontakt till patienter i primärvården.

Som exempel ska regionerna arbeta med utvecklingen av fast vårdkontakt och fast läkarkontakt genom att definiera uppdrag, ansvar och befogenheter utifrån lokala behov och förutsättningar.

Regionerna bör också säkerställa att patienterna får anpassad information och bereds möjligheten att välja fast vårdkontakt och fast läkarkontakt.

## Insatser för ökad kontinuitet under 2020

Det finns en rad exempel i regionernas redovisningar på arbeten och lokala projekt med syfte att öka möjligheten till fasta kontakter och kontinuitet i primärvården. Nästa steg är en ökad systematik, vilket också vissa regioner uttrycker. Satsningar på förstärkt bemanning ökar möjligheten till kontinuitet, beskriver såväl regioner som kommuner. Utöver kontinuitet är enligt propositionen *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (prop. 2019/20:164) ökad delaktighet för patienten, en mer personcentrerad vård och en ökad tillgänglighet i primärvården mål i arbetet med omställningen till en mer nära vård. Insatser på dessa områden kan överlappa och regionerna beskriver därför sina insatser under delvis olika rubriker och avsnitt i redovisningarna.

I följande avsnitt beskrivs de insatser som rör fast vårdkontakt, fast läkarkontakt och vissa andra samordnande funktioner i primärvården. Utvecklingen av exempelvis mobil närvård och införandet av digitala besök återfinns i andra delar av rapporten. Så även insatser inom ramen för patientkontrakt. Insatser på området kompetensförsörjning beskrivs i avsnittet *Kompetensförsörjning*.

### Fast vårdkontakt

En av skillnaderna mellan fast vårdkontakt och fast läkarkontakt är att fast vårdkontakt utifrån lagstiftningen omfattar hela hälso- och sjukvården medan fast läkarkontakt enbart rör den regionalt finansierade primärvården.

De flesta regioner redovisar att man arbetar med fast vårdkontakt på olika sätt. Det kan ingå som en del i arbetet med patientkontrakt eller arbetet med *Min vårdplan*. Flera regioner arbetar också med fast vårdkontakt till specifika patientgrupper, exempelvis inom psykiatrin och till barn med kroniska sjukdomar. Det uttrycks målsättningar om en hög andel patienter med fast vårdkontakt i vissa verksamheter. Flera regioner lyfter också att man fokuserar på nära samarbete i team, när det gäller fasta kontakter. En av de regioner som beskriver brist på allmänläkare har inom primärvården utökat uppdraget för utvecklad samordningssköterska för personer > 75 som inte har SÄBO eller hemsjukvård. Alla hälso- och vårdcentraler i regionen har i uppdrag att utveckla denna funktion. Samordningssköterskan kopplar in andra fasta vårdkontakter vid behov. En annan region beskriver särskilda vårdssamordnare som även delvis arbetar proaktivt med uppsökande och förebyggande verksamhet. En gemensam uppdragsbeskrivning för länet ska också tas fram där rollen i det proaktiva arbetet lyfts fram.

Vissa regioner prioriterar fast vårdkontakt till så kallade mångbesökare inom vården. En region beskriver att den fasta vårdkontakten bör finnas där patienten har sin huvudsakliga vård om inte patienten har en annan önskan. I en regions länsrutin kring lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, har primärvården ett uttalat ansvar för att utse en fast vårdkontakt. Det finns också exempel på resursförstärkningar på hälso-/vårdcentraler för att stödja implementeringen av fast vårdkontakt i verksamheten.

## Exempel från region Östergötland

År 2020 avslutades den forskningsstudie som nu ligger till grund för den modell för särskilt omhändertagande av äldre och personer med komplexa vårdbehov som ska breddinföras på länets vårdcentraler och uppdraget är inskrivet i *Vårdval primärvård i Östergötland, Regelbok för auktorisation 2021*. Modellen bygger enligt regionens redovisning på en prediktion som tillhandahålls genom en beräkning av journaldata på vårdcentralens listade befolkning. De personer som identifieras via prediktionen erbjuds kontakt via en särskild mottagning med fast sjuksköterske- och läkarkontakt, samordning av vård, egen telefontid och hög tillgänglighet. Regionen redovisar att nitton vårdcentraler nu erbjuder nu vård enligt modellen, 20 vårdcentraler har påbörjat i olika grad och fem är i förberedelsefas.

*Uppdrag, ansvar och befogenheter för fast vårdkontakt*  
Många av regionerna beskriver att de har rutiner för fast vårdkontakt. Flera regioner beskriver också att man har inlett ett arbete med definition av uppdrag, ansvar och befogenheter för fast vårdkontakt. En region beskriver att man under året beslutat om en gemensam definition av begreppet fast vårdkontakt.

## Kontinuitet i kommunal hälso- och sjukvård

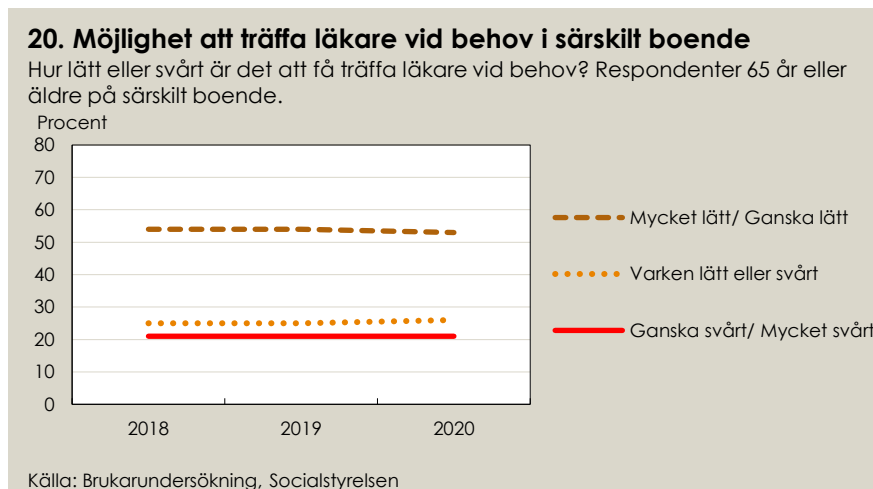
Patienter med kommunal hälso- och sjukvård har många gånger det största behovet av kontinuitet, eftersom det rör sig om personer med komplexa sjukdomstillstånd och stort vårdbehov. Detta uttrycks också i propositionen *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (prop. 2019/20:164). En region beskriver att man arbetat för att förbättra vården av multistjuka äldre och tillse en kontinuitet och tillgänglighet för kommunens sjuksköterskor i kontakten med vårdcentralen. Det har varit viktigt i synnerhet under pandemin, då kommunens personal inom hemsjukvård haft ett stort behov av att kunna nå patientansvarig läkare. En annan region beskriver att insatser för att förbättra samverkan mellan primärvård och kommun avseende läkarinsatser har skett under året. En region beskriver att det i regelboken för primärvården oavsett driftsform, anges att vårdenheten ska ha ett mycket tätt samarbete med kommunens sjuksköterskor. För patienter med omfattande behov av hemsjukvård i hemmet och som har en regelbunden kontakt med till exempel en sjuksköterska från kommunen kan den fasta vårdkontaktens uppdrag vara att utgöra länken mellan den kommunala vården och vården inom regionen.

Två RSS beskriver exempel på att kommuner tilldelats en speciell hemsjukvårdsläkare av regionen vilket ökad kontinuiteten. En region beskriver att man, i samverkan med kommunerna, tagit fram riktlinjer för hur fast vårdkontakt skall etableras.

Inom undersökningen *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen* ställs frågor om personernas upplevelse av tillgång till läkare vid behov. Strävan är



att andelen personer i särskilt boende som svarar att det är mycket eller ganska lätt att få träffa läkare respektive sjuksköterska vid behov ska vara hög. Bara drygt hälften av de svarande uppgav detta och värdena är i princip oförändrade mellan åren 2018 och 2020 (diagram 20).



Flera regioner lyfter mobil närvård med primärvårdsläkare och kommunal hälso- och sjukvård i samverkan som viktiga insatser för att öka kontinuiteten för patienter med störst behov. Se vidare under avsnittet *Mobila team*. Flera RSS beskriver fokus på en utökad samverkan mellan region och kommun, se avsnittet Samverkan mellan regioner och kommuner.

## Fast läkarkontakt i primärvården

I Socialstyrelsens uppdrag att följa omställningen till en mer nära vård har myndigheten i en särskild redovisning lämnat ett förslag till hur utvecklingen av fast läkarkontakt till fler patienter kan följas upp på nationell nivå [5]. 11 av 21 regioner intervjuades om sitt arbete med fast läkarkontakt. Det framgår av bilaga 3 i den rapporten hur dessa regioner arbetar med fast läkarkontakt. Kartläggningen omfattar också vilken information som finns om fast läkarkontakt i samtliga regioners informationssystem, såsom listningssystem och/eller journalsystem.

Socialstyrelsen bedömer att det finns ett behov av att informera om vad fast läkarkontakt i primärvården innebär, inklusive hur fast läkarkontakt förhåller sig till fast vårdkontakt. Socialstyrelsen har redovisat ett *Meddelandeblad* om fast läkarkontakt i juli 2021 [66]. Sedan tidigare finns ett *Meddelandeblad* om fast vårdkontakt [67].

Socialstyrelsen har även tagit fram vägledningar och stöd för funktionen fast läkarkontakt [68].

*Uppdrag, ansvar och befogenheter för fast läkarkontakt*  
Kartläggningen som redovisades i december 2020 visar att såväl tolkningen av begreppet som arbetet med fast läkarkontakt skiljer sig åt mellan de undersökta regionerna. Det finns inte sällan en överlappning mellan fast läkarkontakt och fast vårdkontakt. I ett antal undersökta regioner ställs krav på

viss specialistkompetens, vanligen i allmänmedicin, för att en läkare i primärvården ska vara listningsbar i systemet alternativt kunna väljas som patientens fasta läkarkontakt.

Av de 11 intervjuade regionerna i Socialstyrelsens kartläggning finns uppdraget inte specifikt definierat i de allra flesta fall, utöver att den fasta läkarkontakten är den som patienten i möjligaste mån ska få träffa vid planerade läkarbesök vid hälso- eller vårdcentralen. I ett par regioner anges att läkaren i fråga ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. I en region anges att läkaren i fråga ska samordna vården mellan olika vårdenheter.

I merparten av de undersökta regionerna likställs fast läkarkontakt i primärvården med den namngivna läkare som patienten är listad hos, alternativt har blivit tilldelad på annat sätt. Tilldelningen har dock inte alltid skett utifrån önskemål från patienten eller ett val.

Av redovisningarna om God och nära vård 2020 framkommer att en region som inte ingick i Socialstyrelsens tidigare kartläggning har beslutat om uppdraget som fast läkarkontakt i regionen under året. I uppdraget som fast läkarkontakt ingår även att prioritera och sammanväga medicinska insatser och parallella behandlingar. I en region har ett arbete initierats där förhållandet mellan fast läkarkontakt och fast vårdkontakt ses över.

#### *Fast läkarkontakt inom ramen för patientkontrakt*

Fast vårdkontakt är en uttrycklig del i patientkontrakt [37]. Det förekommer också att fast läkarkontakt hanteras inom ramen för patientkontrakt. Tre regioner lyfter fastställande av arbetssätt för fast vårdkontakt och fast läkarkontakt samt definitioner av målgrupper i redovisning av insatser kring patientkontrakt. Vidare nämns i sammanhanget sammanhållen planering och rutin för hur patientkontrakt ska följas upp.

#### *Brist på fast anställda läkare i primärvården*

De flesta av de intervjuade regionerna i Socialstyrelsens rapport om att följa utvecklingen av fast läkarkontakt lyfter bemanningssituationen som en central fråga i arbetet med fast läkarkontakt. Svårigheten för hälso- och vårdcentraler att tillsvidareanställa läkare, i synnerhet specialister i allmänmedicin är ett genomgående problem, om än med viss variation över landet och ofta även inom respektive region. Detta är en avgörande fråga för möjligheten att erbjuda fast läkarkontakt till alla i primärvården.

Vissa regioner uttrycker även i redovisningarna om God och nära vård ett stort beroende av hyrläkare och samtidigt svårigheter att erbjuda fast läkarkontakt till alla i primärvården. Flera regioner beskriver samtidigt att de utökat antalet ST-tjänster i allmänmedicin i regionen som en del i arbetet med fast läkarkontakt. I denna rapport beskrivs regionernas arbete med kompetensförsörjning av läkare, såsom utökade ST-tjänster och oberoende av hyrpersonal i avsnittet *Kompetensförsörjning*.

#### *Möjligheter att följa fasta kontakter i vården*

Det skiljer sig åt mellan regionerna när det gäller möjligheterna att följa upp de fasta kontakterna i vården. Det framgår även av Socialstyrelsens ti-

digare kartläggning om fast läkarkontakt. Västra Götalandsregionen beskriver exempelvis att andelen som har fast vårdkontakt och fast läkarkontakt ökat under året. Region Jönköping påvisar också en ökning av antalet registrerade fasta kontakter. RSS Halland lyfter att antalet fasta vårdkontakter per mottagning är en av de indikatorer som följs i Halland. Region Dalarna beskriver samtidigt att det i dagens system inte fungerar att mäta eller systematiskt följa upp fast vårdkontakt. Journalsystemet ska bytas ut och ingen utveckling sker i det gamla systemet.

Vård- och omsorgsanalys har redovisat en rapport om patienters uppfattning om tillgång till fast läkarkontakt och fast vårdkontakt i primärvården under 2021 [65].

## Fortsatt arbete med fast läkarkontakt

### *Ett utvecklingsarbete under 2021-2022*

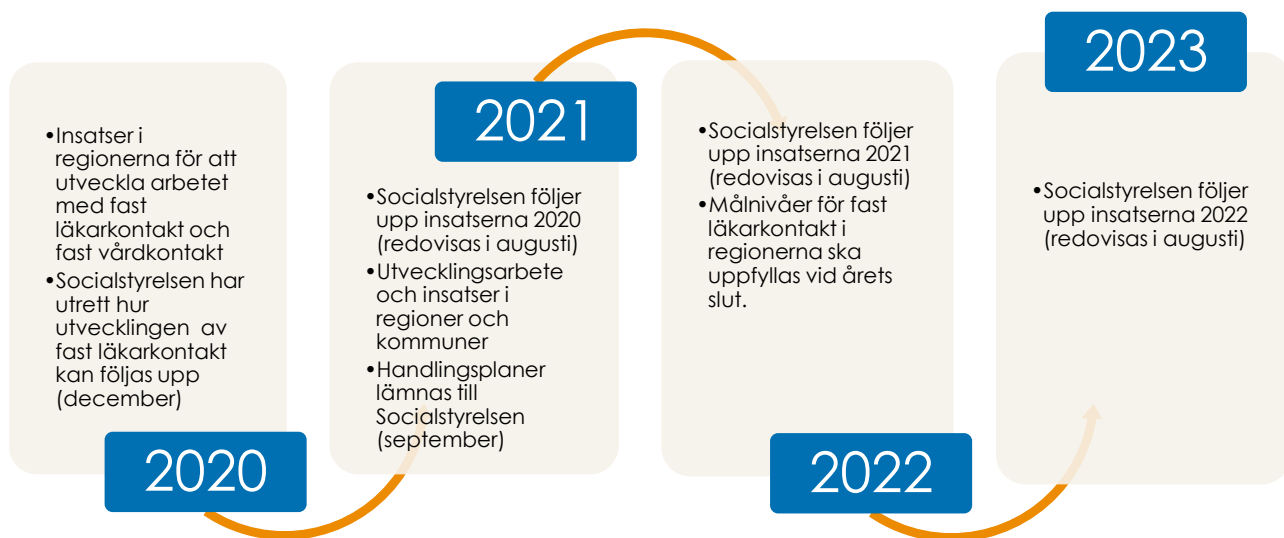
I överenskommelsen om God och nära vård 2021, som beslutades i januari 2021 finns målnivåer för fast läkarkontakt i primärvården som regionerna ska arbeta med. Senast vid utgången av 2022 ska andelen i befolkningen som har en namngiven fast läkarkontakt i primärvård utgöra minst 55 procent. Samtidigt ska en 20-procentig ökning av kontinuitetsindex till läkare samt kontinuitetsindex för patientens totala kontakter ha skett i regionen.

För de i befolkningen som bor på ett särskilt boende för äldre och som där får sin huvudsakliga hälso- och sjukvård ska andelen som har en fast läkarkontakt utgöra minst 80 procent vid utgången av 2022 samtidigt som en betydande ökning av kontinuitetsindex till läkare ska ha skett. I överenskommelsen framkommer även att förekomsten av fast vårdkontakt behöver kunna följas över tid.

Regionerna ska, i samråd med kommunerna, utarbeta handlingsplaner för hur målen ska uppnås på kort sikt (2022) och hur en allt större andel i befolkningen ska få en namngiven fast läkarkontakt och fast vårdkontakt på längre sikt (2025). Handlingsplanerna ska skickas till Socialstyrelsen senast den 30 september 2021.

Regionerna ska utarbeta rutiner för dokumentation och registrering av uppgifter om en patients fasta läkarkontakt och fasta vårdkontakt, så att dattainsamling kan ske effektivt och likvärdigt och det blir möjligt att följa den nationella utvecklingen löpande och över tid. I rutinerna ska säkerställas att dokumentationen ska kunna ske på ett sådant sätt att den administrativa bördan för vårdpersonalen kan hållas nere. Regionerna ska säkerställa att patienter får information om vem som är deras fasta läkarkontakt och fasta vårdkontakt, i möjligaste mån via 1177.se.

**Figur 4. Regionernas arbete och Socialstyrelsens uppföljning av fast läkarkontakt**



# Kompetensförsörjning

Kompetensförsörjning handlar både om att rekrytera och behålla kompetens, samt utveckla och använda kompetensen rätt. Vårdens medarbetare behöver exempelvis ha rätt kompetens för att verksamheten ska kunna bedrivas på ett optimalt sätt. Medarbetarna behöver även ges organisatoriska förutsättningar för interprofessionella arbetssätt såväl inom den egna verksamheten som i samverkan mellan den regionala och kommunala vården. Arbetsgivaren behöver därtill säkerställa att befintliga medarbetare har en hållbar arbetsmiljö samt ges möjlighet till fortbildning och återhämtning. Kompetensförsörjning handlar både om att rekrytera och behålla kompetens, samt utveckla och använda kompetensen rätt. En omställning till en mer nära vård ställer ökade krav på att säkerställa kompetensförsörjningen till den nära vården.

Under 2020 har covid-19-pandemin haft stor påverkan på hälso- och sjukvården i regioner och kommuner, men verksamheterna har varit olika belastade. Vissa verksamheter, exempelvis akut- och intensivvård, har varit hårt belastade, med påverkan på personalen i form av bland annat förhöjd beredskap och inställda semestrar samt sjukdom bland personalen. Redan innan pandemin fanns kända utmaningar för vårdens kompetensförsörjning och under senare år har ett flertal utredningar och rapporter pekat på brister och gett förslag till åtgärder gällande kompetensförsörjningen. Bland de utmaningar som framkommit finns bristen på specialistkompetens men även svårigheter att rekrytera utbildad personal i Sveriges landsbygder. I ljuset av pandemin har arbetsförhållandena för vårdpersonalen inom många verksamheter drastiskt förändrats, som nämndes ovan.

Socialstyrelsens nationella planeringsstöd 2021 visar generell brist på legitimationsyrken såsom sjuksköterskor, läkare inom i första hand allmänmedicin och biomedicinska analytiker. Rapporten framhåller också att det är svårare att rekrytera personal till glesbygd. Behovet av utvecklad fortbildning för att möta de förändrade patientflöden som omställningen medför lyfts också fram i planeringsstödet. Ett konkret exempel är utvecklad fortbildning och stöd från regionen för kommunalt anställda sjuksköterskor som framåt kommer att vårda fler och mer vårdtunga individer i hemmet.

Flera kommuner lyfter att samlokalisering och samplanering av resurser och bemanning behöver göras för att säkerställa en god kompetensförsörjning. Detta kan även bidra till effektiviseringsvinster genom en mer samlad bild över vilka kompetenser som finns tillgänglig och vad som behöver tillkomma.

Sedan den 1 januari 2020 är Nationella vårdkompetensrådet inrättat på Socialstyrelsen. I bilaga 2 beskrivs översiktligt Socialstyrelsens arbete med Nationella vårdkompetensrådet.

## Ändamålsenlig kompetensförsörjning

En central förutsättning för omställningen till en mer nära vård är en ändamålsenlig kompetensförsörjning. Det är avgörande att det finns medarbetare med rätt kompetens för den vård som bedrivs samt att medarbetare arbetar tillsammans på ett optimalt sätt. Detta avser både kompetenser som redan idag arbetar inom den nära vården samt nya och fördjupade kompetenser för att kunna ta hand om fler komplexa tillstånd i den nära vården. Insatser för samverkan på kompetensförsörjningsområdet, exempelvis mellan regioner och kommuner beskrivs i avsnittet *Samverkan*.

### Medarbetare med rätt kompetens i regionerna

En del regioner redovisar att de arbetar aktivt med att bredda sin rekryteringsbas för att säkerställa en god kompetensförsörjning. Region Dalarna redogör bland annat för att de arbetat med kommunikativa insatser för att attrahera medarbetare till glesbygd. Regionen har under flera år arbetat med att rekrytera internationellt och har sedan år 2000 rekryterat cirka 500 medarbetare varav många är verksamma i glesbygd. Även region Gotland redovisar att de arbetar med en breddad rekrytering för att nå målet att lyckas kompetensförsörja, liksom region Jönköping redogör för målgruppsplaner för att attrahera, rekrytera, utveckla och behålla personal utifrån respektive kategoris förutsättningar och behov.

Även region Sörmland lyfter att de genomför utlandsrekrytering av sjuksköterskor och läkare. Region Kalmar har under 2020 inlett ett arbete med att rekrytera hälso- och sjukvårdspersonal via Eures, den europeiska portalen för rörlighet i arbetslivet.

### *Regionernas redovisade fortbildningsinsatser*

I region Norrbotten har rollen avancerad klinisk sjuksköterska införts vid ett antal hälsocentraler med positivt utfall. För rollen utbildas sjuksköterskor i att göra både första bedömningar och ansvara för sjuksköterskeledda mottagningar. Det har bland annat möjliggjort införande av sjuksköterskeledd "lättakut" på hälsocentraler med stöd av självregistrerad anamnes.

Region Norrbotten och region Sörmland redovisar också att de erbjuder undersköterskor och skötare utbildningsförmån för studier till sjuksköterska.

Flertalet regioner redovisar olika genomförda utbildningsinsatser såsom: tjänstedesign, utbildning i att synliggöra normer för bättre bemötande hemrehabilitering, person- och familjecentrerad vård, ledarskapsutbildningar, utbildning i IT-system, utbildning i levnadsvanor, utbildning för att stärka undersköterskans roll samt ordning för att säkerställa formell kompetens hos undersköterskor. Även utbildningsinsatser kopplat till covid-19-pandemin samt utbildning kopplat till det dagliga vårdarbetet har genomförts. Detta har exempelvis rört sig om sårvård och forskrivningsrätt.

Region Örebro lyfter att de fortbildningsinsatser som erbjudits i regionen nästan uteslutande varit inriktade på omhändertagande av vårdtagare med misstänkt eller bekräftad covid-19.

I region Östergötland ges exempel på att kliniska farmaceuter i vården har ansvarat för läkemedelsförsörjning till covid-19-vårdplatser. I vissa

länsdelar finns också kliniska farmaceuter i såväl primärvård som slutenvård. I region Värmland har en samordnande dietist anställts samtidigt som de startat rekrytering av ytterligare 10 dietister. I region Västernorrland har bland annat fysioterapeuter utbildats i att skriva röntgenremiss för vissa symtom.

Utökning av AT- och ST-tjänster för läkare samt PTP-tjänster för psykologer beskrivs i avsnittet *Flera regioner redovisar utökade tjänster för AT och ST och PTP för psykologer*. Två regioner redovisar också insatser kopplat till konceptet om rätt använd kompetens (RAK), såsom exempelvis införande och genomförande av teamarbete.

## Medarbetare med rätt kompetens i kommunerna

Kommunerna redovisar en bredd av olika genomförda utbildningsinsatser i syfte att stärka medarbetare med rätt kompetens. Flera redovisar framtagande av olika utbildningsmaterial samt genomförda utbildningsinsatser inom exempelvis: basala hygienrutiner, nutritionslära, rehabiliterande insatser, sårvård, utbildning i SIP, diabetes, förflyttningsteknik, delegering, digital signering vid läkemedelshantering, vårdhygien, hantering av skyddsutrustning, arbetssätt, palliativ vård och psykisk ohälsa. En kommun i Skåne län lyfter att utbildning inom bland annat vårdhygien kommit medarbetare inom både kommunal och privat verksamhet tillgodo.

Utbildningar för att stärka ledarskap och medarbetarskap är något som flera kommuner genomfört, även kompetensutveckling med att förbereda chefer för att arbeta med omställningen till en mer nära vård och skapa förutsättningar att utveckla teamet är något som några kommuner lyfter. Det kan också handla om sjuksköterskor som fått utbildning i att leda förändringsarbete och förändrade arbetssätt samt chefer som erhållit förändringsuppdrag inom hälsa, sjukvård och rehabilitering med uppgift att planera arbetet med införande av god och nära vård och att leda förändringsarbete.

### *Vidareutbildning av specifika yrkesgrupper*

Mer än hälften av RSS redovisar att sjuksköterskor i flera kommuner genomgår utbildning till specialistsjuksköterska. Bland annat inom inriktningarna psykiatri, akutsjukvård, distriktssköterska, palliativ vård och demens. Jönköpings kommun redogör för att målet med utbildningarna bland annat är att höja och stärka kompetensen i verksamheten inför omställningen till en mer nära vård.

RSS Östergötland redogör för påbyggnadsutbildning för sjuksköterskor med fokus på vård i hemmet. En del kommuner redogör också för att de har anställt fler sjuksköterskor och inrättat mer samordnande roller för sjuksköterskan i den kommunala hemsjukvården. Flera kommuner har anställt samt vidareutbildat undersköterskor till specialistundersköterskor, samt vidareutbildat vårdbiträden till undersköterskor. Specialistundersköterskorna kan exempelvis ha specialistkunskaper inom äldreomsorg, rollen som specialistundersköterska möjliggör också en karriärväg. Även exempel på inrättande av fysioterapiassistent-tjänster och rehabiliteringsassistent framkommer samt utbildning av specialistundersköterska inriktning hälsa och rehabilitering inom äldreomsorg.

RSS Stockholm har tagit initiativ till körkort för undersköterskor innebärande att kompetens säkerställs eller höjs för redan utbildade undersköterskor. Flera RSS lyfter att de erbjuder vidareutbildning för undersköterskor till sjuksköterskor med bibehållen lön.

## Strukturerade modeller för kompetens- och karriärutveckling

En majoritet av regionerna arbetar med att ta fram karriärutvecklingsmodeller och karriär- och kompetensstegar för olika yrkesgrupper (se även avsnittet Utvecklings- och karriärmöjligheter för regionernas arbete med karriärutvecklingsmodeller för specialistsjuksköterskor och barnmorskor). Regionerna lyfter att de olika karriärutvecklingsmodellerna är till för att skapa förutsättningar för utvecklingsmöjligheter inom regionerna genom att tydliggöra och synliggöra karriärvägar inom olika yrkesroller. Västra Götalandsregionen lyfter att de genomfört en översyn av deras regiongemensamma plan för kompetensutveckling för att ge tydligare vägledning för förvaltningarna hur kompetensutveckling kan organiseras och utformas och trycker på vikten av det livslånga lärandet.

För flertalet yrkeskategorier pågår arbeten med att ta fram karriärutvecklingsmodeller, exempelvis för sjuksköterskor, biomedicinska analytiker, medicinska sekreterare, psykologer, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, dietister, kuratorer, skötare och undersköterskor.

Några kommuner redovisar pågående arbeten med att ta fram karriärutvecklingsmodeller för legitimerad personal samt undersköterskor. Även kompetensförsörjningsplaner för legitimerad personal har tagits fram i en del kommuner. RSS Västmanland redovisar att kommunerna arbetat med en specifik metod för att tillvarata kompetens hos personer med utländsk bakgrund.

## Utveckling av kompetensförsörjningsplaner i regionerna

Flertalet regioner redovisar att de arbetar med att genomföra kompetenskartläggningar, kompetensplanering och kompetensanalyser. Till detta används bland annat olika typer av IT-stöd som ger överblick av befintlig kompetens och behov av kompetens. Stöden kan också öka förutsättningarna för att kartlägga, analysera och planera för kompetenser.

Uppdatering och revidering av kompetensförsörjningsplaner är något som flera regioner redovisar, region Jönköping har bland annat startat upp en bemanningsenhet i syfte att säkra tillgång av rätt kompetenser i verksamheter och geografiska områden med svårigheter att rekrytera. Kompetensförsörjningsplanerna kan utgöra underlag för att planera och genomföra kompetensförsörjningsinsatser samt att visa på behovet av kompetens på kort och lång sikt.

Region Kalmar redovisar att de tagit fram en digital enkät för strukturerad uppföljning av varför tillsvidareanställda medarbetare väljer att avsluta sin anställning. Region Kronoberg har en kompetensportal som samlar och följer upp introduktion och utbildning för medarbetare och chefer.



## Samplanering av resurser i kommunerna

Samplanering av resurser och bemanning samt organisationsöversikter för att säkerställa kompetensförsörjning utifrån vad som finns idag och vad som behöver tillföras redovisas av flera kommuner. I detta ingår också identifiering av vad för kompetenshöjande insatser som behöver genomföras samt att ta fram kompetensförsörjningsplaner. En kommun i region Östergötland har gjort en översyn av hur kommunens hälso- och sjukvård behöver organiseras och hur resurser och mandat behöver fördelas för att skapa förutsättningar för att möta ett förändrat hälso- och sjukvårdsområde. En annan kommun i samma län lyfter att de inför införande av nära vård genomfört ett kartläggningsarbete vilket resulterat i en ökad samsyn inom kommunens socialförvaltning.

Några kommuner lyfter att de samlokaliserat enheter för att uppnå samverkansvinster, exempelvis mellan sjuksköterskeenheter och rehabiliterande enheter. Även centralisering av sjuksköterskeenheter inom kommunen eller en samlad enhet med samtlig legitimerad personal.

Uppsala kommun redovisar att de utarbetat en kurs för sjuksköterskor på temat reaktivering med syfte att möjliggöra för sjuksköterskor att återgå i tjänst efter uppehåll i kliniskt sjuksköterskearbete.

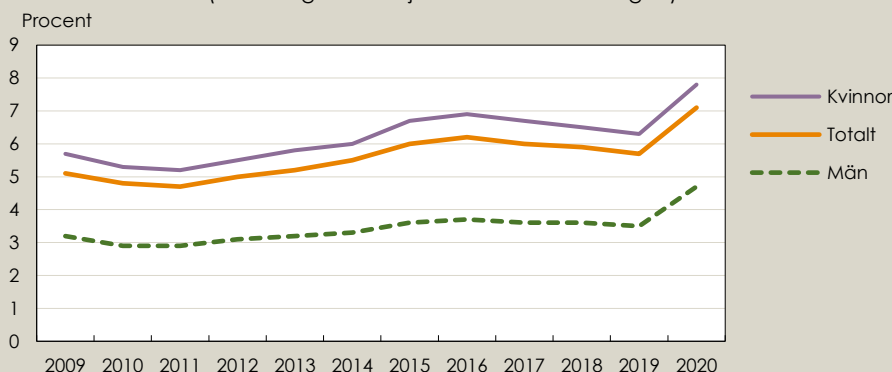
## Utveckla förutsättningarna på arbetsplatsen

Arbetsmiljön är central för att säkra kompetensförsörjningen både på kort och lång sikt. Insatser behövs både för att skapa förutsättningar för utveckling och engagemang hos dagens medarbetare och för att attrahera och rekrytera morgondagens medarbetare. Många anställda i hälso- och sjukvården har under pandemin haft en mycket ansträngd arbetssituation.

I diagram 21 redovisas uppgifter från den obligatoriska sjukfrånvaroredovisningen som regionerna ska tillhandahålla i sina årsredovisningar. Att tänka på vid tolkningen är att dessa uppgifter avser samtliga anställda i regionerna oavsett om de är sysselsatta inom hälso- och sjukvården eller inom andra områden. Sjukfrånvaron steg kraftigt under pandemiåret 2020 men för de föregående tre åren minskade sjukfrånvaron något.

## 21. Sjukfrånvaro i regionerna

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



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

## Friskvårdssatsningar i regionerna

Några regioner redovisar utökade friskvårdssatsningar, det kan vara utökat friskvårdsbidrag samt erbjudande av friskvårdsaktiviteter på grupp- och individnivå samt framtagning av träningsprogram för medarbetare som kan utföras hemma eller på distans. En del av de utökade friskvårdssatsningarna har tillkommit med anledning av covid-19-pandemin. Tre regioner redovisar också stora satsningar på krisstöd med anledning av covid-19-pandemin, exempelvis att regionhälsan/företagshälsan erbjuder avlastningssamtal till medarbetare som upplever behov av det. En annan redogör för utveckling av hälsofrämjande arbetsplatser och att uppstart av arbetsmiljöteam som ska stödja enheter i form av hälsoutvecklare. Några regioner lyfter också arbete med insatser för att förebygga ohälsa och minska återkommande sjukskrivningar eller bibehålla en låg och stabil sjukfrånvaro.

## Insatser för arbetsmiljön i regionerna

Flera regioner redovisar arbete med systematiskt arbetsmiljöarbete och att vissa utbildningar har digitaliserats. Fler lyfter att de tagit fram stöd till chefer för att underlätta, följa upp och stärka arbetsmiljöarbetet. Även andra utbildningsinsatser såsom introduktionsutbildningar för nya medarbetare och arbeten kring organisationskultur och attitydförändringar på arbetsplatser är andra inslag på satsningar med syfte att förbättra arbetsmiljön.

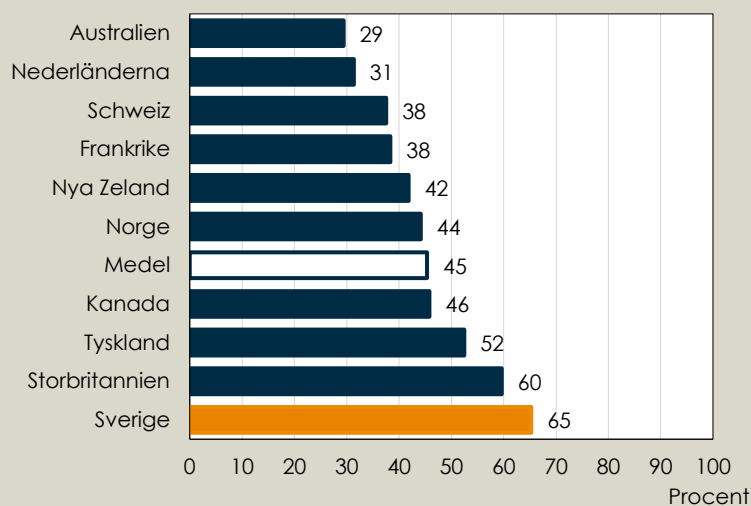
Region Dalarna lyfter möjlighet till flexibla arbetsformer i form av exempelvis distansarbete för läkare och sjuksköterskor. Även införande av nattavtal som medför kortare arbetstider för sjuksköterskor har införts. Även i region Halland har tidsbegränsade arbetstidsmodeller och höjd ersättning vid obekvämt arbetstid inom akut- och förlossningsvården införts. Beslut om att göra modellen permanent fattades 2020. Region Västernorrland lyfter arbete med bättre schemaläggning som en åtgärd att förbättra arbetsmiljön.

Två regioner redogör för att de erbjuder höjd ersättning vid obekvämt arbetstid och riktade lönesatsningar. Region Gotland lyfter att de arbetat med implementering av "heltidsresan" som innebär att samtliga nya tjänster inom Kommunals avtalsområde erbjuds på 100 procent.

I IHP-undersökningen 2019 svarade 65 procent av de tillfrågade primärvårdsläkarna i Sverige att deras arbete var mycket eller oerhört stressigt (diagram 22). Det var det högsta värdet av de länder som ingår i undersökningen, det är också en tydlig ökning jämfört med den tidigare undersökningen 2017 då värdet var 56 procent.

## 22. Läkare som upplever sitt arbete som mycket stressigt

Andel läkare som svarat att deras arbete är oerhört eller mycket stressigt, 2019.



Källa: International Health Policy Survey (IHP), the Commonwealth Fund Foundation och Myndigheten för vård och omsorgsanalys.

## Insatser för arbetsmiljön i kommunerna

Flera kommuner lyfter att de fattat beslut om rätt till heltid för alla medarbetare och arbetar för att stödja medarbetare att välja det. RSS Dalarna lyfter att ett antal kommuner i länet ur ett jämställdhetsperspektiv erbjuder heltid som norm. RSS Stockholm lyfter att en viss andel medarbetare har ökat tjänstgöringsgraden till heltid vilket bidragit till bättre kontinuitet i personalgrupperna samt möjlighet att bedriva utvecklingsarbete.

Förändrade scheman, hälsosamma scheman, framtagning av olika schemamodeller, utökad bemanning, sänkt arbetstid natt, förstärkning av bemanning kvällstid är exempel på olika insatser flertalet kommuner genomfört i syfte att arbeta för en bättre arbetsmiljö.

Fler insatser inom arbetsmiljö som lyfts är riktade insatser från företagshälsovården för att uppnå en hälsosam och hållbar arbetsmiljö, projekt för sunt arbetsliv, arbetsmiljöstödande handledning för enheter som påverkats av covid-19-pandemin. En kommun lyfter införande av planeringsverktyg för hälso- och sjukvårdspersonal för att underlätta för medarbetarna i deras vardag.

Utbildningar inom förflyttningsteknik och installering av takliftar på äldreboenden redovisas av några kommuner för att minska risk för arbetsrelaterade skador. Även inköp och utveckling av teknisk utrustning och medicinteknisk utrustning för att underlätta det dagliga arbetet redovisas.

Även inköp av cyklar och anpassade arbetskläder redovisas av kommuner i ett län i syfte att förbättra arbetsförutsättningarna.

## Insatser för stärkt ledarskap i regionerna

Ledarskapsprogram, utbildning i förändringsledning, hållbart ledarskap, ledarskap i den nära vården, utbildning i schemaläggning och bemanningsekonomi är något som merparten av regionerna redovisar att de implementerat och erbjuder chefer i respektive region. I en del regioner är utbildningar inom ledarskap samt olika chefsprogram obligatoriska för nyblivna chefer.

Region Västmanland redogör för ett nytt utbildningskoncept för chefer för att öka kompetensen inom områdena helhetssyn, systemförståelse och förändringsledning.

En del regioner lyfter också att de bedrivit arbete för att förbättra chefers förutsättningar genom att begränsa antalet medarbetare underställda en chef.

Region Blekinge erbjuder program i ledarskap för ST-läkare, nya chefer samt potentiella framtida chefer. Inom ST-läkarnas kommunikationskurs, som en integrerad del i ledarskapsutbildning ges en kurs i personcentrerat förhållningssätt.

Under 2020 har Västra Götalandsregionen vidareutvecklat utbud av chefsutvecklingsinsatser. Målsättningen har varit att utveckla program som bidrar till att stärka chefers genomförandekraft att uppnå gemensamma strategier och måldokument.

## Kommunernas arbete med utvecklat ledarskap

Även kommunerna arbetar med ledarskapsprogram, utbildningsinsatser för att stärka chefs- och ledarkompetens och nära ledarskap. Två län lyfter fram samarbeten med högskolor i syfte att utveckla ledarskap. RSS Stockholm redovisar att kommunerna har ett samarbete med KTH i att utveckla digitalt ledarskap och RSS Sörmland redovisar att Eskilstuna kommun har ett samarbete med Mälardalens högskola i att genomföra chefsutbildningar i att stärka förmåga att leda intraprofessionella team.

Flertalet kommuner lyfter också att chefer har deltagit i ledarskapsprogram som tillhandahålls av SKR som bland annat handlar om att leda i komplexa system samt ledarskapsutbildning i nära vård.

En del beskriver att de genomfört utbildningar och webbföreläsningar om nära vård i kommunerna för chefer och politiker. Flera kommuner i Östergötlands län har arbetat med att kompetensutveckla chefer i nära vård för att skapa bättre förutsättningar att utveckla teamet. En annan kommun i samma län redovisar att de har arbetat med återkommande workshops för enhetschefer, med inriktning nära vård.

Genomförda organisationsförändringar och omorganisationer omnämns av ett antal kommuner och har bland annat genomförts i syfte att utöka antalet chefstjänster för att uppnå ett hållbart och nära ledarskap.

## Flera regioner satsar på forskning

Ett antal regioner lyfter arbeten och satsningar med olika forskningsprojekt, bland annat lyfter region Sörmland att de initierat ett forskningsprojekt inom distansmonitorering hos multisjuka äldre. Även ett forskningsprojekt kring egenvård redovisas som resulterat i en app. med förebyggande träning för äldre med fallrisk. Regionen och kommunerna har också fattat beslut att

via forskning och utveckling (FoU) genomföra forskning kring utvecklingsarbete barn och unga.

I region Värmland har den kliniska forskningsmiljön inom primärvården stärkts genom att de tillsammans med Örebro universitet anställt en klinisk lektor med uppdrag att stärka den kliniska forskningen och VFU.

Region Västernorrland har inrättat karriärtjänster genom forskningstjänst för ST-läkare samt doktorandtjänster för distriktssköterskor. Likaså region Stockholm planerar för att införa forskartjänster för ST-läkare i allmänmedicin. Regionen har också under 2020 genomfört en pilot av ST i ledarskap.

Under 2020 har en universitetssjukvårdsenhet skapats inom region Örebro vårdcentraler. Medel har tillskjutits till Primärvårdscentrum för att stimulera forskning. Det finns möjlighet att söka medel för doktorandstudier.

## Utveckling av forskning i kommunerna

Ett fåtal kommuner lyfter att de har satsat medel på forskning. RSS Västra Götalandsregionen lyfter att en kommun satsat på forskare i verksamheten i syfte att öka kunskapen om den palliativa vården och patientsäkerhet. I en annan kommun i länet har en disputerad sjuksköterska haft ett kombinationsuppdrag för kommunen och ett universitet i syfte att agera brygga mellan akademi och hälso- och sjukvård i kommunen och bidra till bland annat vårdutveckling och utveckling av plattformar för lärande. Uppsala kommun har genomfört projektering för inrättande av akademiska vård- och omsorgsboenden för att bland annat möjliggöra forskning inom den kommunala hälso- och sjukvården. I Strängnäs kommun har en digital samarbetsyta med samlat material för introduktionsutbildning utvecklats i samarbete med FoU-enheten i Sörmland. Likaså har en länsgemensam utbildning i motiverande samtal tagits fram i Sörmland.

## Verksamhetsutveckling i regionerna

Verksamhetsutvecklingsarbete för att digitalisera HR-processer, processer kring kompetensplanering samt bättre kommunikationsplattformar för kontant med personal i kommuner har initierats och redovisas av några regioner. Region Sörmland har genomfört digitala ronder för att se över hur verksamheterna på bästa sätt kan använda de digitala lösningar som finns tillgängliga i dagsläget.

## Digitala hjälpmedel i kommunerna

RSS i länen Dalarna, Halland, Kalmar, Norrbotten och Västra Götaland lyfter att kommuner arbetat med och har infört digitala- och medicintekniska hjälpmedel i syfte att säkerställa och höja patientsäkerheten. Det kan handla om att med hjälp av medicintekniska hjälpmedel utföra patientsäkra bedömningar i hemmet, säkra en digital läkemedelsprocess samt skapa bättre förutsättningar för SIP i hemmet. Exempel på inköpt utrustning är bladder-scan<sup>28</sup> och pulsoxymeter<sup>29</sup>.

---

<sup>28</sup> portabel ultraljudsmätare av blåsvolymer

<sup>29</sup> mäter den arteriella syremättnaden i blodet

Hälften av länen redovisar att kommunerna genomfört många insatser och projekt kopplat till läkemedelshantering, såsom läkemedelsrobotar, läkemedelsautomater och digitala hjälpmedel för en säker läkemedelshantering. I sammanhanget lyfter flera också implementering av digital signering av olika hälso- och sjukvårdsinsatser där läkemedelssignering ingår. I tabell 13 *Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i den kommunala hälso- och sjukvården 2020 och 2021*, (avsnittet *Utveckling av e-hälsa och välfärdstjänster i kommunerna*) framgår att 50 procent av kommunerna hade möjlighet till digital signering av hälso- och sjukvårdsåtgärder under 2020. Motsvarande för 2021 är 57 procent.

Andra insatser som kommunerna redovisar är inköp av exempelvis datorer, mobiltelefoner och läsplattor för att möjliggöra mobil dokumentation, inköp av andra tekniska hjälpmedel för att underlätta och skapa bättre förutsättningar och säker kommunikation mellan personal. En kommun lyfter att IT-stöd i form av läsplattor medför en mer flexibel och hållbar arbetsmiljö för medarbetaren men ökar också delaktigheten för patienten i en omställning mot en god och nära vård.

RSS Västmanland lyfter att i omställningen är informationsöverföring mellan kommunerna och regionen av största vikt. För att hantera samordnad vårdplanering och sammanhållen journalföring har tillgång till systemen finansierats för att öka informationstillgången för både regionen och kommunen.

Inköp av utrustning för att möjliggöra digitala möten vid avstämningar och utveckling av digitala plattformar för intern kommunikation och teamsamverkan/möten lyfts av flera men också för avstämningar mellan offentliga och privata vårdgivare.

En kommun beskriver att kontinuerliga digitala möten för avstämning, uppföljning och riskbedömning mellan verksamheter lett till färre kritiska händelser.

## Regionernas arbete för oberoende av hyrpersonal

Regionerna har mellan 2016–2019 bedrivit ett gemensamt arbete med insatser inom olika områden för att bli oberoende av inhyrd personal. Projektet har nu övergått i ett ordinarie fortsatt långsiktigt arbete. Varje region har sedan tidigare en utsedd processledare för arbetet med oberoende av hyrpersonal, som ingår i ett gemensamt nätverk samordnat av SKR. Det är även SKR som har samordningsansvaret för den fortsatta processen och styrningen utifrån utsedda representanter från regionerna. Bland annat har regionerna i december 2020 kommit överens och fattat beslut om att påbörja en gemensam upphandling av hyrpersonal för samtliga regioner [69]. Socialstyrelsen har beskrivit arbetet i rapporten *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård* [70].

Samarbetet vid upphandling av inhyrd personal innefattar sjuksköterskor och läkare och omfattar bland annat utformning av gemensamma kvalitetskrav, kompetensnivåer samt prismodell. Arbetet sker inom ramen för ett gemensamt projekt som finansieras av regionerna men leds via SKR. Projektet startade den 1 februari 2021 och pågår till och med mars 2022.

Arbetet har initierats av samtliga regiondirektörer med förankring i respektive regionstyrelse.

Regionerna arbetar mot målet att vara oberoende av inhyrd personal med en målsättning om ökad kontinuitet, en god arbetsmiljö för medarbetarna samt förbättra förutsättningarna för en stabil bemanning med egna medarbetare för den löpande verksamheten.

Kostnader för inhyrd personal för helåret 2020 visar en total ökning med 0,4 procent, dock har kostnader för inhyrd personal som andel av egen personal minskat i 10 regioner under 2020 jämfört med 2019. Kostnader för inhyrd personal har minskat med sex procent i primärvården totalt och minskat i 14 regioner. Kostnaderna för inhyrda sjuksköterskor har ökat med 11 procent samtidigt som de har minskat med sex procent för läkare i primärvården [69].

## Insatser för att minska beroendet av hyrpersonal

Flera regioner lyfter arbeten och insatser för att minska behovet av inhyrd personal, det kan röra sig om handlingsplaner och modeller för att fasa ut hyrpersonal och uppnå ett oberoende av läkare och sjuksköterskor inom olika områden. Exempelvis inom primärvården och psykiatri. Flera regioner redogör för en utökning av ST-tjänster som ett sätt att minska hyrberoendet.

Region Örebro redovisar att de arbetar utifrån en handlingsplan för att uppnå ett oberoende av hyrläkare framförallt inom primärvården och psykiatri. Handlingsplanen inkluderar åtgärder såsom satsningar på fler ST-tjänster, förstärkta rekryteringsförmåner, nya arbetssätt, samarbete mellan verksamheter samt utveckling av en intern bemanningspool för läkare som under vissa förutsättningar förstärker primärvården istället för hyrläkare. Även Västra Götalandsregionen beskriver påbörjat arbete med en regiongemensam intern bemanningspool.

Region Dalarna redogör för att de har ett projekt för att öka andelen fast anställda i psykiatri vilket har lett till en minskning av inhyrda läkare med 42 procent 2020 jämfört med 2019. Region Värmland har haft stopp för inhyrda sjuksköterskor sedan 2016 och region Västmanland redovisar att de minskat kostnader för inhyrd personal med 45 miljoner kronor under 2020 jämfört med föregående år. Även region Uppsala beskriver att man minskat inhyrningen av personal.

Andra satsningar som nämns inom arbete mot oberoende av hyrpersonal är det samverkansavtal om sjuksköterskeutbildning i Västervik och Oskarshamn som tecknats med Linnéuniversitetet.

Insatser för oberoende av hyrpersonal inom kommunerna redovisas genom utökade anställningar samt förstärkt organisation av sjuksköterskor och undersköterskor. Några RSS lyfter också att de förstärkt organisationen med specialistundersköterskor som kan utföra sysslor som det inte finns krav på legitimation för, samt att de förstärker organisationen i en övergång att minska inhyrd personal och utöka med legitimerad personal. RSS Stockholm redovisar även utökad sjuksköterskebemanning i samband med stora utbrott av covid-19.

## Utbilda vårdens framtida medarbetare

Lärandet i vården har stor betydelse för dess kompetensförsörjning och framtida rekryteringsmöjligheter. Vårdens medarbetare behöver kontinuerligt utveckla sin kompetens och de behöver samtidigt utveckla nya arbetsätt som är teambaserade, personcentrerade och hälsofrämjande samt förmågan att arbeta i nya vårdmiljöer med digitalt stöd.

### Utbildning inom hälsofrämjande arbete och rehabiliterande insatser

Några regioner lyfter utbildning och satsningar inom det sjukdomsförebyggande arbetet samt levnadsvanor. Region Kronoberg genomför ett planeringsarbete för att kunna erbjuda utbildning i sjukdomsförebyggande arbete i egen regi för ST-läkare samt möjlighet för verksamheter att genomgå utvecklingsprogrammet Förbättringar i vardagen med tema levnadsvanor.

Region Örebro redovisar att de tillsatt rehabiliteringskoordinatorer inom primärvården samt genomfört utbildningsinsatser för att trygga kompetensförsörjningen för rehabiliteringskoordinatorer. De yrkeskategorier som idag rekommenderas för koordineringsfunktionen är arbetsterapeut, sjukgymnast, sjuksköterska och kurator. Region Örebro beskriver att samtliga AT- och ST-läkare erbjuds basutbildning och handledning inom försäkringsmedicin.

### Förändrade arbetssätt och nya roller

Region Skåne har under 2020 genomfört en utvärdering av införande av servicevärdar som visar att det skapar potential för effektivisering av viktiga servicetjänster. Planering för införande och genomförande av teamarbete utifrån RAK har gjorts i region Blekinge. Region Östergötland lyfter förändrade arbetssätt i form av undersköterska som omhändertar sköra äldre och samordnar kontakter inför utskrivning från akutmottagning och återgång till hem/boende. Rollen som ledningssjuksköterska har införts i specialistsjukvården i region Jämtland Härjedalen i syfte att öka tryggheten i vårdarbetet på vårdavdelning. Region Kalmar lyfter utbildning i medicinsk kodning för medicinska sekreterare.

Västra Götalandsregionen har arbetat med förstärkt yrkesintroduktion för undersköterskor, barnsköterskor och skötare liksom kliniskt basår riktade till nyexaminerade och nyanställda sjuksköterskor, röntgensjuksköterskor och biomedicinska analytiker.

### Utbildning inom rehabiliterande insatser i kommunerna

Flertalet kommuner redogör för insatser och utbildningar inom rehabilitering. Grums, Gotland och Karlskrona kommun har utbildat i att stärka omvårdnadspersonal och undersköterskor i exempelvis rehabiliterande förhållningssätt och förflyttningsteknik. RSS Uppsala redovisar att de är medfinansierare i uppbyggnad av arbetsterapeututbildning tillsammans med regionen och universitetet som en del av stödet till omställningsarbetet.



### Exempel "händerna på ryggen" i Västra Götaland

En kommun i Västra Götalandsregionen har infört projektet "händerna på ryggen", vilket innebär att kommunen på ett strukturerat sätt arbetat för att stärka och utveckla arbetsterapeuter och fysioterapeuter i det konsultativa arbetssättet samt stärka och utveckla omvårdnadspersonalen och ge dem tillräcklig kunskap så att de känner sig trygga i att arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt samt utföra rehabiliterande insatser som ordinerats. De erfarenheter och den kunskap som projektet bidragit med hos omvårdnadspersonal, arbetsterapeuter och fysioterapeuter skapar en god grund för att utveckla teamarbetet framöver. Dialoger som uppkommit har gett arbetsterapeuter och fysioterapeuter viktig kunskap om vilket stöd de behöver bidra med för att det rehabiliterande arbetssättet ska implementeras på ett bra sätt framöver.

I Storfors kommun i Värmland har utbildning för sjuksköterskor och rehabiliterande personal genomförts i syfte att uppnå en gemensam målbild och bättre samverkan för ökat relationsskapande och ökad kontinuitet i primärvården.

### Samverkan vid planering av utbildning

Flera regioner beskriver samverkan och dialog med lärosäten för att samordna kring strukturen kring verksamhetsförlagd utbildning (VFU). Det kan även innebära överenskommelser om att lärosäten har antagning till specifika orter där studenter genomför VFU. Utveckling av lärandemiljöer, utbildningsavdelningar, handledning och arbetssätt för att skapa goda förutsättningar för VFU lyfts också av regionerna. I region Jönköping har utveckling av kompetens och träningsmiljöer gjorts som ett samverkansprojekt tillsammans med kommunerna. Regionen har under 2020 också startat en klinisk undervisningsmottagning i syfte att studenterna ska få träning i teamarbete kring patienten som de kommer möta senare i sina yrken.

Region Kronoberg redogör för förstärkt samverkan med Lunds universitet vad gäller läkarutbildningen. Vårterminen respektive höstterminen 2020 studerade Vårterminen 2020 studerade 52 läkarstudenter i Kalmar, 30 kvinnor och 23 män. Höstterminen studerade totalt 71 läkarstudenter i Kalmar, 39 kvinnor och 32 män. Detta som ett resultat av att man vid läkarprogrammet vid Linköpings universitet kan välja Kalmar som studieort vid klinisk utbildning.

Region Värmland har påbörjat ett samarbete med Karlstads universitet om att ansöka om examensrätt för utbildning till hälso- och sjukvårdskurator.

Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) har i uppdrag att samordna utbildningsplatser för studerande hos privata vårdgivare med avtal inom primärvården, geriatrik, avancerade sjukvård i hemmet och specialiserade palliativ slutenvård och uttrycker att en gemensam samordnare av utbildningsplatser har effektiviserat processen.

Det nationella vårdkompetensrådet har i uppdrag att stödja och åstadkomma samverkan om kompetensförsörjningsfrågor i hälso- och sjukvården på sjukvårdsregional nivå (se bilaga 2). Som en del av det etableras sex regionala vårdkompetensråd, ett i varje sjukvårdsregion. Arbetet med att etablera vårdkompetensråd i varje sjukvårdsregion har påbörjats. Varje sjukvårdsregion arbetar nu vidare med att organisera sig och hitta formerna för samverkan.

## Flera regioner redovisar utökade tjänster för AT och ST och PTP för psykologer

Flera regioner arbetar med att utöka antalet AT- och ST-tjänster samt även PTP<sup>30</sup>-tjänster för psykologer. Region Norrbotten genomför en utökning av antalet AT-tjänster från 41 till 51 stycken per år och antalet PTP-tjänster för psykologer har utökats sedan tidigare. Region Stockholm har under 2020 utökat antalet ST-läkare i allmänmedicin från 610 till 630 tjänster inom ramen för regionens primärvårdsstrategi och planerar för en fortsatt ökning.

Region Uppsala redovisar att regionen har en fortsatt satsning på ST-läkare inom såväl slutenvård som primärvård. Region Örebro har under 2020 fortsatt satsningen på att utbilda ST-läkare inom allmänmedicin. Totalt handlar det om 85 stycken tjänster, varav 76 av dessa är inom regionens primärvård. Totalt 12 specialister i allmänmedicin blev klara under 2020. Region Örebro redovisar ett beslut om att under åren 2020-2026 fortsätta satsningen på ST-tjänster i allmänmedicin som finansieras via hälso- och sjukvårdsnämndens särskilda medel.

Även regionerna Västernorrland, Gotland och Gävleborg redovisar att de arbetar med att öka utbildningsplatser för AT och/eller ST.

## Kommunerna samverkar med högskolor

Flera kommuner redovisar att de arbetar med att stärka mentorskapet till nyexaminerade eller nyanställda sjuksköterskor i syfte att säkra mottagandet och introduktionen. En kommun lyfter också mentorer för arbetsterapeuter och fysioterapeuter.

Desto fler lyfter också starkt handledning när kommunerna tar emot studenter för VFU. Det kan för sjuksköterskor bland annat handla om att stärka samarbete med högskolor samt för exempelvis undersköterskor handla om samarbete med Komvux och vård- och omsorgscollege. En kommun i Dalarna beskriver att de arbetar tillsammans med det lokala vård- och omsorgscollege för att förbättra utbildningen till undersköterska för att kunna möta framtida behov kopplat till nära vård.

Även ökade utbildningsinsatser genomförs, i form av att medarbetare gått kurser och utbildningar i studenthandledning. Samordnare tillsätts för handledare som ska skapa struktur, mentorskap och handledning i introduktion av nya kollegor samt för studenter i VFU. Handledning lyfts också utifrån att sjuksköterskor, såsom exempelvis demenssjuksköterska handlett omvårdnadspersonal i syfte att stärka och utveckla det kollegiala lärandet och möjligheten till reflektion.

---

<sup>30</sup> Praktisk tjänstgöring för psykologer

En kommun har infört peer learning<sup>31</sup> som handledningsmodell för sjuksköterskor och har påbörjat införandet även för undersköterskor tillsammans med regionen. Strukturerad introduktion för nyanställda och utveckling av mentorskap i syfte att utveckla kompetensen och säkra introduktion för nyanställda nämns av flera kommuner

## Förstärkt introduktion för nyexaminerade sjuksköterskor

Flera regioner redovisar att de erbjuder förstärkt introduktion för nyexaminerade sjuksköterskor som anställs. Det kan handla om övergripande praktiska och teoretiska utbildningar samt coaching och handledning. Vissa regioner lyfter att introduktionen är obligatorisk.

## Regioner och kommuner arbetar med att tillvarata kompetens hos utlandsutbildade

Hälften av regionerna redovisar att de arbetar med introduktionsprogram och olika sätt för att tillvarata kompetens hos utlandsutbildad vårdpersonal. Exempel som ges är utbildningsvårdcentral för läkare med utländsk examen, introduktionsprogram till svensk hälso- och sjukvård, undervisning i svenska med sjukvårdsinriktning samt språkstödande insatser. Även anordning av praktikplatser samt finansiering av lön vid praktisk tjänstgöring lyfts av ett antal regioner. Praktisk tjänstgöring utgör det sista steget innan ansökan om svensk legitimation. Västra Götalandsregionen redovisar att processen mot svensk legitimation har fördröjts under 2020 med anledning av covid-19 då många kunskapsprov ställts in eller skjutits upp. Region Västernorrland beskriver att de också erbjuder språkstöd inom folktandvården till utlandsrekryterade medarbetare. Under 2020 påbörjade 20 läkare, fem tandläkare och två sjuksköterskor med examen från länder utanför EU/EES praktisk tjänstgöring i Västra Götalandsregionen. Under 2020 har tre läkare och en fysioterapeut med examen från länder utanför EU/EES erhållit svensk legitimation efter genomförd praktisk tjänstgöring i region Sörmland.

---

<sup>31</sup> Peer learning innebär att studenter, inom samma profession, lär av och med varandra. Det kan även ske i interaktion med andra professioner.

Några kommuner lyfter att de arbetar med att tillvarata kompetens hos utlandsutbildad vårdpersonal. Kommunerna arbetar med språkstödande insatser i form av språkbud som är en medarbetare med uppdrag att stödja kollegor när det gäller språkutveckling. Det kan också handla om att språkombudsutbildning inkluderas i handledarutbildning. En kommun beskriver också att de infört nya extratjänster för medarbetare som har utländsk examen inom något legitimationsyrke.

## Vidareutbildning för sjuksköterskor

I överenskommelsen om god och nära vård 2020 har 500 mnkr avsatts till regionerna för att erbjuda sjuksköterskor vidareutbildning till specialistsjuksköterska eller barnmorska. Ytterligare 100 mnkr har avsatts till regionerna för att utveckla kompetens- och karriärmodeller för specialistsjuksköterskor och barnmorskor.

Socialstyrelsen har inom ramen för uppdraget att följa omställningen till en mer nära vård haft i uppdrag att kartlägga, analysera och följa utvecklingen av satsningen på att erbjuda vidareutbildning till specialistsjuksköterska eller barnmorska.

Socialstyrelsen har valt att använda begreppet studielön när ett ekonomiskt bidrag för studier erbjuds, samt begreppet utbildningstjänst när bibehållen lön ges vid studier. I båda fall kan studier ske på hel- eller halvfart och kombineras med arbete. När benämningen utbildningsförmån används innefattar det både utbildningstjänst och studielön.

### Antal som får utbildningstjänst ökar

För 2017–2019 har regeringen inom ramen för årliga överenskommelser tidigare avsatt medel motsvarande 300 mnkr (2017–2018) respektive 400 mnkr (2019) för vidareutbildning för sjuksköterskor och barnmorskor.<sup>32</sup> För 2020 tilldelades regionerna 500 mnkr för detta.<sup>33</sup>

Samtliga 20 regioner som besvarat Socialstyrelsens enkät redogör för att de erbjuder utbildningstjänst, tre av dessa erbjuder även studielön, vilket sker i kombination med det förstnämnda.

Antal personer som beviljats utbildningsförmån under 2020 framgår av tabell 11.

<sup>32</sup> Socialstyrelsen har 2017-2018 haft i uppdrag att följa upp regionernas arbete med att erbjuda specialistutbildning eller utbildning till barnmorska. Rapporteringen har skett muntligen.

<sup>33</sup> För 2021 har regionerna tilldelats 400 mnkr och kommunerna 100 mnkr för att möjliggöra för sjuksköterskor att genomgå specialistutbildning eller utbildning till barnmorska.

**Tabell 11. Antal sjuksköterskor som beviljats utbildningsförmån**

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
<b>Totalt per termin</b>	<b>39</b>	<b>70</b>	<b>479</b>	<b>1 074</b>
<b>Totalt per år</b>		<b>109</b>		<b>1 553</b>

Källa: Regionerna hösten 2020

\* Socialstyrelsen har valt att använda begreppet studielön när ett ekonomiskt bidrag för studier erbjuds samt begreppet utbildningstjänst när bibehållen lön ges vid studier. Majoriteten av regionerna har också valt att definiera utbildningstjänst och studielön på det sättet. Dock har ett par regioner valt att definiera utbildningstjänst som ett ekonomiskt bidrag och studielön som bibehållen lön. I denna rapport har dock Socialstyrelsen lagt in data från de regionerna enligt de begrepp som Socialstyrelsen valt att använda.

\*\* Region Norrbotten har inte inkommit med data.

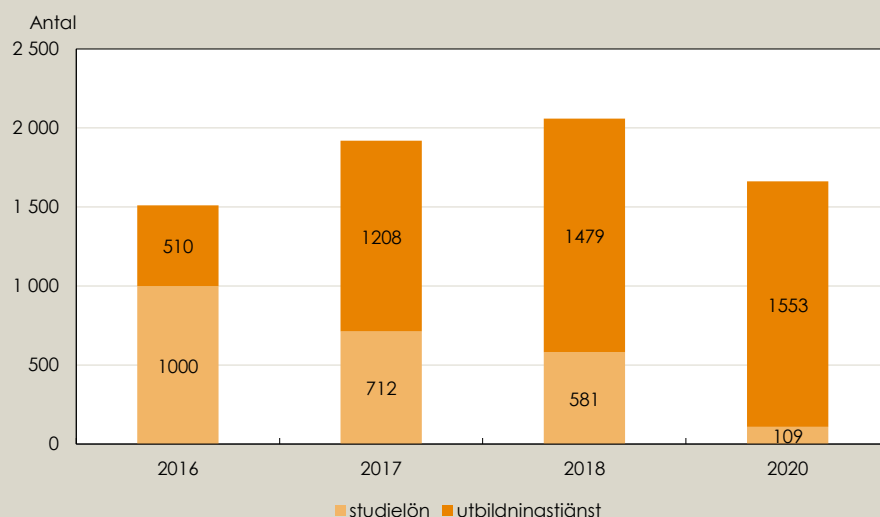
\*\*\* Region Skåne har redovisat att 71,5 personer beviljats utbildningstjänst vårterminen 2020, dessa siffror har avrundats till 72 personer. Regionen har rapporterat att 137,5 personer beviljats utbildningstjänst höstterminen 2020, dessa siffror har avrundats till 138 personer.

\*\*\*\* Region Stockholm har rapporterat att 303 personer har beviljats utbildningstjänst under 2020. Regionen redovisar att ett 20-tal personer hos privata vårdgivare med avtal med regionen beviljats utbildningstjänst under 2020, dessa siffror har Socialstyrelsen avrundat till 20. Region Stockholm kan inte redovisa data uppdelat per termin, Socialstyrelsen har delat upp siffrorna på hälften för vårtermin respektive hösttermin under utbildningstjänst.

Vårterminen 2020 beviljades 518 personer utbildningsförmån (39 personer med studielön och 479 personer med utbildningstjänst). Enligt data från Universitetskanslersämbetet (UKÄ) antogs 579 personer till yrkesexamensprogram mot specialistsjuksköterskeexamen vårterminen 2020 respektive 177 personer till yrkesexamensprogram mot barnmorskeexamen. Till höstterminen 2020 beviljades 1 144 personer utbildningsförmån (70 personer med studielön och 1 074 personer med utbildningstjänst). Antagna till yrkesexamensprogram mot specialistsjuksköterskeexamen höstterminen 2020 var 3 466 personer, motsvarande för yrkesexamensprogram mot barnmorskeexamen var 126 personer.

Diagram 23 redogör för hur många personer som beviljats utbildningsförmån per år sedan 2016. Antalet regioner som erbjuder utbildningstjänst har ökat genom åren men färre regioner erbjuder studielön. Antal personer som beviljats utbildningstjänst har ökat från 2016 till 2020, samtidigt som antal personer som beviljats studielön har sjunkit under samma tid. Det totala antalet utbildningsförmåner är färre 2020 jämfört med 2018.

### 23. Antal personer som beviljats studielön och utbildningstjänst 2016-2020



Källa: Enkät till regionerna hösten 2020 och Socialstyrelsens tidigare uppföljningar  
 \* Region Norrbotten har inte rapporterat data för 2018 och 2020, för 2016 och 2017 har regionen enbart rapporterat data för utbildningstjänster.

En del regioner uppger att de fått ett ökat antal sjuksköterskor som vill vidareutbilda sig i samband med att de övergått till att erbjuda bibehållen lön vid studier. Regionerna har även rapporterat hur många sjuksköterskor som beviljats utbildningsförmån under 2020 jämfört med 2019<sup>34</sup>. De flesta regioner rapporterar att de kunnat erbjuda ungefär lika många eller fler sjuksköterskor utbildningsförmån under 2020 jämfört med 2019. Endast ett fåtal regioner har rapporterat att de erbjudit färre sjuksköterskor utbildningsförmån under 2020 jämfört med 2019. Det kan exempelvis handla om att färre personer beviljats utbildningsförmån en termin, för att sedan erbjuda fler personer utbildningsförmån kommande termin. Region Västerbotten redovisar att de erbjudit färre personer utbildningstjänst under hela 2020 jämfört med 2019. Däremot har de kunnat erbjuda studielön till ungefär lika många under 2020 som under 2019.

### Alla regioner erbjuder utbildningsförmån för studier till barnmorska

Samtliga 20 regioner som besvarat enkäten erbjuder utbildningsförmån för studier till barnmorska samt för studier inom inriktningarna operation och

<sup>34</sup> Socialstyrelsen har inte haft i uppdrag att följa satsningen om att få fler att utbilda sig till specialistsjuksköterska eller barnmorska med utbildningsförmån under 2019.

psykiatrisk vård, 19 regioner ger utbildningsförmån för studier inom inriktningen intensivsjukvård. Två regioner erbjuder utbildningstjänst för studier till avancerad klinisk sjuksköterska<sup>35</sup>. En del regioner erbjuder utbildningsförmån inom andra inriktningar än de som framgår i tabell 12. Exempelvis inom endoskopi, ögonsjukvård och strålbehandling.

**Tabell 12. Inriktningar som regionerna erbjuder utbildningsförmån för 2020**

Inriktningar som erbjuds utbildningsförmån för, inklusive utbildning till barnmorska

Inriktning	Antal regioner som erbjuder vidareutbildning
Akutsjukvård	14
Ambulanssjukvård	11
Anestesisjukvård	18
Hälso- och sjukvård för barn och unga	18
Diabetesvård	5
Distriktssköterska	18
Företagshälsovård	1
Hjärtsjukvård	10
Infektionssjukvård	8
Intensivsjukvård	19
Kirurgisk vård	11
Medicinsk vård	9
Onkologisk vård	14
Operationssjukvård	20
Palliativ vård	10
Psykiatrisk vård	20
Vård av äldre	9
Barnmorska	20
Avancerad klinisk sjuksköterska	2

Källa: Enkät till regionerna hösten 2020.

I Socialstyrelsens intervjuer med fyra regioner framkommer att verksamheterna själva gör analyser över vilka behov det finns av specialistsjuksköterskor och barnmorskor. I region Stockholm och Östergötland görs fördelning av bidrag för utbildningsförmån utifrån andel specialister i verksamheterna, storlek på verksamheterna samt utifrån diskussioner om hur fördelning ska ske mellan öppen- och slutenvård samt primärvård. Regionerna väger även in bemanningsmål för andel specialistsjuksköterskor och sjuksköterskor i verksamheterna. Västra Götalandsregionen beskriver att de undersöker vart det finns obalans i kompetensförsörjningen, vilket i sin tur utgör underlag för prioriteringar gällande utbildningsförmån. I region Sörmland har utbildningsförmån bidragit till flest platser för studier till distriktssköterska och barnmorska.

Region Stockholm har också avsatt en del av medlen för utbildningsförmån till privata verksamheter som har avtal med regionen. Dessa fördelas efter ett ansökningsförfarande varefter hälso- och sjukvårdsförvaltningen beslutar om fördelning.

Region Sörmland och Östergötland uppger att operationssjukvård är den inriktning som är störst utmaning att fylla platser till, det har sedan en tid

<sup>35</sup> Specialistutbildning på masternivå, 120 hp, finns olika benämningar på yrkesrollen.

inte alltid varit så många sökande till platserna. Regionerna uttrycker att de bland annat är beroende av kampanjer samt att vända sig till sökande utanför regionen för att fylla platser med utbildningsförmån för inriktningen operationssjukvård.

## Varierat upplägg vid utbildningsförmån

Både vad gäller utbildningstjänst och studielön varierar det om studier bedrivs på hel- eller halvfart. Om studier bedrivs på halvfart kombineras det med arbete på halvtid. En del regioner redogör för att det är utbildningsutbudet samt hur utbildningarna är upplagda vid respektive lärosäte som styr upplägget.

När studier bedrivs på halvfart kan det innebära att sjuksköterskan antingen arbetar kvar på sin nuvarande arbetsplats eller inom den verksamhet där personen förväntas arbeta efter avslutade studier.

Några regioner hänvisar till att de erbjuder akademisk specialisttjänstgöring, så kallad AST, vilket innebär att regioner (samt kommuner) tecknat kollektivavtal med Vårdförbundet och att sjuksköterskan då kan söka utbildningstjänst med full lön samt erbjuds villkor enligt kollektivavtal och att specialistutbildningen är en del av anställningen.

Några regioner anger att fler och fler går mot att erbjuda utbildningsförmån för studier på halvfart. I vissa fall anges att deltidsstudier är att föredra ur ett verksamhetsperspektiv då det kan vara en större utmaning att rekrytera ersättare för en person som är tjänstledig på heltid än deltid eller att en person kan täcka upp för två personer som är tjänstlediga på deltid för studier. Samtidigt anges att en del utbildningar kan vara svåra att bedriva på halvfart och kombineras med arbete, såsom barnmorskeutbildning, inriktningarna anestesijukvård, intensivsjukvård och operationssjukvård. I dessa fall föredras att utbildningarna bedrivs på helfart.

I Socialstyrelsens intervjuer framgår att ett sedvanligt intervjuförfarande sker vid tillsättning av tjänsterna med utbildningsförmån. Vid intervju görs även en bedömning om personen som söker avser att arbeta kvar i regionen. Utbildningsförmån är primärt avsett för de som arbetar i regionen där personen har en fast anställning i regionen vid ansökning om utbildningsförmån. Region Sörmland redogör för att om det är brist på sökande inom vissa inriktningar, så kan regionen gå ut med en extern annonsering om utbildningstjänst. Regionerna lyfter att utbildningsförmån förordas som en kompetensutveckling och karriärmöjlighet varför det i första hand är personer som är anställda inom regionen som kan ansöka.

### *Krav att stanna kvar i regionen efter examen*

I tre av de fyra regioner som Socialstyrelsen intervjuat anges att den person som beviljats utbildningsförmån förbinder sig att arbeta kvar i regionen i två år efter avslutad utbildning. I vissa undantagsfall kan personen förflytta sig inom regionen, genom byte av arbetsplats men utgångspunkten är att personen ska tjänstgöra inom den verksamhet som den fick utbildningsförmån genom.



### *Tillvaratagande av kompetens och uppföljning*

I region Sörmland och Västra Götalandsregionen sker uppföljning av utbildningsförmån lokalt. Ansvaret om uppföljning om specialistkompetenserna tillvaratas ligger hos respektive verksamhet. Det är ett gemensamt ansvar mellan chef och medarbetare att följa upp att medarbetaren fullföljer sina studier.

Region Stockholm följer inte upp de personer som fått utbildningsförmån på individnivå men i samband med att verksamheterna fakturerar för utbildningsförmån så anger de vilka personer och för vilken inriktning de fått utbildningsförmån för.

Regionerna hänvisar till karriärutvecklingsmodeller och kompetensstegar (se beskrivning nedan under avsnittet Arbete med karriär- och kompetensstegar) som de arbetar med och uttrycker att dessa hänger ihop med hur kompetens tillvaratas efter avslutad utbildning. I region Östergötland arbetar de med att koppla samman arbetsuppgifter inom specifika områden där en specialistutbildning krävs för att tydliggöra uppgifter kopplat till specialistutbildning. Regionen har en samordnare som följer upp utbildningstjänsterna, uppföljning har visat att det är ovanligt att någon inte fullföljer studier inom ramen för utbildningsförmån.

Västra Götalandsregionen har gjort en övergripande uppföljning som visat på att medarbetare som fått utbildningsförmån är kvar i regionen i större utsträckning jämfört med personer som inte fått det.

## Utvecklings- och karriärmöjligheter

### *Arbete med karriär- och kompetensstegar*

Samtliga regioner arbetar med att ta fram olika karriärutvecklingsmodeller och karriär- och kompetensstegar för specialistsjuksköterskor och barnmorskor<sup>36</sup>. De syftar till att tydliggöra olika karriär- och utvecklingsmöjligheter i det kliniska arbetet samt attrahera och behålla personal samt visa på kompetensutveckling och karriärmöjligheter. Regionerna har kommit olika långt i arbetet, vissa har precis påbörjat arbetet med att ta fram kompetensstegar, andra står inför implementering samtidigt som några redan har implementerat det i verksamheter eller haft det i verksamheterna sedan en tid tillbaka. Flera regioner lyfter att karriärutvecklingsmodellerna och stegarna innehåller en tydlig beskrivning av karriärmöjligheter i det kliniska och patientnära arbetet. De lyfter också att möjligheten till utbildningsförmån för studier till specialistsjuksköterska eller barnmorska är en del i arbetet med att kommunicera olika sätt att utvecklas och göra karriär på inom regionen och att medarbetaren tillsammans med sin chef kan ta ut riktningen för kompetensutveckling utifrån individuella ambitioner.

Region Blekinge och region Sörmland uppgav hösten 2020 att arbetet med kompetensstegar och karriärutvecklingsmodeller delvis pausats på grund av covid-19-pandemin.

---

<sup>36</sup> Överenskommelse mellan SKR, Sobona (Kommunala företagens arbetsgivarorganisation) och OFRs (Offentliganställdas förhandlingsråd) förbundsområde Hälso- och sjukvård och Vårdförbundet. I överenskommelsen ingår bland annat att parterna ska verka för att samtliga regioner samt ett urval av större kommuner senast i december 2022 utvecklat karriärmodeller och börjat implementera dessa för Vårdförbundets yrkesgrupper.

Samtliga intervjuade regioner har tagit fram material som beskriver karriärutvecklingsmodeller för sjuksköterskor och barnmorskor. I det material som Västra Götalandsregionen tagit fram beskrivs att karriärutvecklingsmodellen består av flera nivåer, vilka beskriver utvecklingen från nybörjare till erfaren expert, och tydliggör sambandet mellan kompetens, arbetsuppgifter, ansvar och lön.

Region Östergötland har tagit fram en klinisk karriärstege för sjuksköterskor och barnmorskor som tydliggör hur personen kan ta nya steg i sin kliniska karriär samt vilken kompetens (reell och formell) som krävs på olika nivåer. Karriärstegen består av sju steg, se bilaga 12 för en utförligare beskrivning om vad som ingår i respektive steg.

### **Klinisk karriärstege (exempel från region Östergötland)**

Den kliniska karriärstegen består av sju steg för sjuksköterska och barnmorska

- Grund
- Kompetent
- Erfaren
- Senior (krav på specialistutbildning, utbildad barnmorska)
- Klinisk expert
- Avancerad klinisk expert
- Senior klinisk expert

Vid införande av kompetensstegar i region Stockholm gör respektive verksamhet en bedömning av hur många medarbetare som kan befinna sig på varje steg i stegen. Det kan exempelvis finnas verksamheter som inte har behov av att ha medarbetare på de högre stegen. Kompetensstegar är sedan sommaren 2020 infört på bland annat Karolinska universitetssjukhuset.

Region Sörmland lyfter att medarbetare exempelvis kan stanna på nivå tre eller fyra i karriär- och kompetensstegen och att det därför viktigt att synliggöra utveckling på nivåerna lokalt inom olika verksamheter.

### *Att vara en attraktiv arbetsgivare*

Att kunna erbjuda utbildningsförmån lyfts av regionerna som en stor möjlighet att möta kompetensförsörjningsbehovet och kunna prioritera där behovet är störst samt som ett sätt att säkra bemanningen av specialistsjuksköterskor och barnmorskor på sikt. Utbildningsförmån för studier till specialistsjuksköterska och barnmorska ses som en stor del i regionernas arbete med att vara en attraktiv arbetsgivare och erbjuda kompetensutveckling och karriärmöjligheter för sjuksköterskor. Det lyfts också som ett sätt att behålla medarbetare samt att minska omsättning av personal.

Erbjudande om utbildningsförmån möjliggör också att kunna styra till de specialinriktningar där det annars är svårt att rekrytera till. Några regioner lyfter svårigheterna med att rekrytera specialistsjuksköterskor. Att er-

bjuda utbildningsförmån kan vara det huvudsakliga sättet att rekrytera specialistsjuksköterskor på. Flera lyfter att de ser att sjuksköterskor väljer att inte läsa vidare om de inte beviljas utbildningsförmån och att förmånen gör det lättare att motivera till fortsatta studier.

Annat exempel som lyfts är ökad flexibilitet i utbildningar. Region Sörmland lyfter att de köpt uppdragsutbildning för inriktningen operationssjuksköterska vid Karlstads universitet, lärarresurserna kom till regionen och utbildningen kunde anpassas efter regionens behov.

Det anses mer attraktivt att erbjuda utbildningstjänst jämfört med studielön vilket bland annat medfört fler sökande till tjänster med utbildningstjänst i regionerna när de övergått från studielön till utbildningstjänst. Region Sörmland menar att en framgångsfaktor i att öka antal som söker utbildningsförmån har varit att öka ersättningen. I region Östergötland ökade antalet sökande till utbildningstjänst med fem gånger fler sökande jämfört med när regionen erbjöd bidrag och inte full lön.

Den som utbildar sig till barnmorska eller specialistsjuksköterska med utbildningsförmån har redan en anställning klar under utbildningen vilket lyfts som en framgångsfaktor, efter avlagd examen ges också ett lönepåslag.

Patientsäkerhet är något som lyfts av några regioner utifrån att regionerna ges möjlighet att säkerställa en viss tillgång till specialistutbildade sjuksköterskor i framtiden samtidigt som de ser ett ökat behov av specialistsjuksköterskor.

### *Svårt att släppa sjuksköterskor från verksamheterna*

En utmaning som många regioner lyfter är att det råder brist på sjuksköterskor vilket bidrar till att det kan vara svårt att bevilja sjuksköterskor tjänstledigt för studier. I samband med att sjuksköterskor beviljas tjänstledigt behöver ersättare rekryteras vilket kan vara en utmaning då rekryteringsunderlaget av sjuksköterskor är begränsat. I vissa fall kan det handla om att ta in hyrpersonal för att ersätta den sjuksköterska som beviljats tjänstledigt.

Region Östergötland lyfter att det kan vara enklare att rekrytera externa sökande till utbildningstjänst för att inte behöva ta in ersättare för de som beviljats tjänstledigt, men då är inte regionen attraktiv när det gäller karriärmöjligheter för dem som redan är anställda i regionen.

En region uppger också att det kan uppstå en målkonflikt på verksamhetsnivå, mellan produktion och kompetensutveckling, då det inte alltid är möjligt att bevilja tjänstledigt för studier som är önskvärt ur ett kompetensförsörjningsperspektiv.

### *Begränsat antal som kan erbjudas utbildningsförmån*

Flera regioner lyfter vikten av att statsbidraget för den aktuella satsningen ges på längre sikt. Nuvarande system bygger på att även regionerna avsätter medel för utbildningsförmån för att säkra det framtida kompetensförsörjningsbehovet. Antalet platser med utbildningsförmån anges i vissa fall vara för få vilket kan medföra att regionerna inte kan bevilja samtliga sökande utbildningsförmån eller att några ombeds påbörja studier kommande termin. Samtidigt uppger några regioner att de kan ha svårt att få sökande till

tjänster med utbildningsförmån och att de behöver arbeta för att öka kännedom om möjligheten bland medarbetarna för att öka antalet sökande, speciellt inom vissa inriktningar.

Region Västerbotten redogör för att intresset för utbildningstjänst minskade hösten 2020 jämfört med hösten 2019, det minskade intresset menar de både är från medarbetare och verksamhet.

I några fall lyfter regionerna att det kan vara en utmaning i att få personer att stanna i tjänst efter avslutad utbildning och det ges exempel på specialistsjuksköterskor som valt att avsluta sin anställning efter genomförd utbildning då man inte varit nöjd med den lön som erbjudits.

### *Svårt garantera utbildningsplatser och planera*

En del regioner lyfter utmaningar i att sjuksköterskor som beviljats utbildningsförmån inte blivit antagna till utbildning. Ett sätt för regionerna att säkerställa att anställda som beviljats utbildningsförmån får plats på utbildning är att köpa uppdragsutbildningar från universitet och högskola, för att garantera en utbildningsplats. Detta medför stora kostnader för regionerna då de dels betalar för utbildningsförmånen, dels betalar för utbildningsplatsen.

Några regioner lyfter också en utmaning i att få medarbetare som beviljats utbildningsförmån att fullfölja utbildningen. I vissa fall blir medarbetaren återbetalningsskyldig om utbildning inte fullföljs, dock lyfter flera att detta sällan eller aldrig har aktualiserats.

Regionerna lyfter att statsbidraget har bidragit till att fler sjuksköterskor har kunnat erbjudas utbildningsförmån eller att man kunnat höja ersättningen. Dock lyfter flera regioner utmaningar i att planera för antal som kan beviljas utbildningsförmån då statsbidragen anses kortsiktiga och det är svårt för regionerna att ha en längre planeringshorisont. Region Stockholm och Östergötland lyfter att de förmodligen skulle kunna erbjuda fler sjuksköterskor utbildningstjänst om statsbidraget var mer långsiktigt och annonserades för en längre tid. En längre planeringshorisont anses nödvändig för att kunna möjliggöra för fler att få utbildningsförmån. Vid kortare planeringshorisont bidrar det till svårigheter att estimerar antalet tjänstledigheter för studier och kan bidra till att antalet tjänstledigheter inte kan beviljas i den utsträckning som vore önskvärt.

### *Konsekvenser till följd av satsningen*

Den mest påtagliga konsekvensen av satsningen är utmaningen med att rekrytera sjuksköterskor som ersätter de som får utbildningsförmån. I flera regioner är det även vakanser bland sjuksköterskor vilket leder till svårigheter att rekrytera. Dock uppges att ett sätt att minska konsekvenserna gällande bemanning kan vara att sjuksköterskorna studerar på halvfart för att minska påverkan på verksamheten i form av medarbetarbortfall.

Ytterligare en konsekvens som lyfts är att verksamheter blir av med erfarna sjuksköterskor som går vidare och studerar inom en inriktning som innebär att personen byter verksamhetsområde.

Förväntningar hos andra yrkesgrupper på att få betald vidareutbildning lyfts och så även rättviseaspekten över att samtliga yrkesgrupper inte erbjuds utbildningsförmån.

Givet att det finns två olika former av ekonomisk ersättning så uppstår svårigheter i att vissa sjuksköterskor erbjuder bidrag istället för bibehållen lön i de fall regionerna erbjuder båda typer av utbildningsförmån vilket kan föranleda att vissa avböjer utbildningsförmån om inte utbildningstjänst erbjuds framför studielön.

### *Ingen specifik samverkan om utbildningsförmån med lärosätena*

Samtliga intervjuade regioner redogör för att samverkan med närliggande lärosäten är god. Samverkan sker bland annat inom områden som rör verksamhetsförlagd utbildning (VFU), inriktning, innehåll i utbildningar, dimensionering av utbildningar och vilka utbildningar som man önskar inom respektive region eller sjukvårdsregion. Det är ingen region som har specifik samverkan kring frågor som rör utbildningsförmån. I samtliga regioner kan sjuksköterskan söka utbildning på valfritt lärosäte i landet. Västra Götalandsregionen lyfter dock att lärosätena märker av när personer inte beviljas utbildningsförmån inom vissa inriktningar av regionen, då kan lärosäten stå med tomma platser på utbildningarna och det är svårt att få sjuksköterskor till utbildning som inte får ekonomisk ersättning för studier.

## Sammanfattande diskussion

### *Det totala antalet utbildningsförmåner har minskat över tid*

Antalet personer som har beviljats utbildningstjänst, bibehållen lön för studier till specialistsjuksköterska eller barnmorska, har ökat över tid. Trots detta var det totala antalet personer som beviljats utbildningsförmån (studielön och utbildningstjänst) mindre 2020 jämfört med 2018.

Även om antalet personer som beviljats utbildningsförmån, inte ökat över tid så framkommer i Socialstyrelsens uppföljning att intresset bland medarbetare ökat, inte minst när ersättningen har höjts. De flesta regioner har valt att gå från att erbjuda ekonomiskt bidrag till bibehållen grundlön vid vidareutbildning. Det har gjort att mer medel gått till att höja den ekonomiska ersättningen vid vidareutbildning framför att öka antalet platser med utbildningsförmån.

Det råder konkurrens om platserna på lärosätena och då intagen är nationella är det inte alltid givet att en person som beviljats utbildningsförmån blir antagen till den utbildning som hen sökt till. Detta har medfört att en del regioner upphandlar utbildning, så kallad, uppdragsutbildning för att säkerställa att de som beviljats utbildningsförmån antas till utbildning. Det innebär merkostnader, dels betalar regionerna för utbildningsplatsen, dels betalar de för medarbetarens lön. Det kan vara en ytterligare faktor som bidragit till att det totala antalet sjuksköterskor med utbildningsförmån minskat trots att statsbidraget ökat.

Vid insamling av data för antal personer som beviljats utbildningsförmån 2020 har ett fåtal regioner i sin rapportering till myndigheten även inkluderat de som beviljats utbildningsförmån 2019 och fortsatt innehaft det under 2020. Siffror för 2019 har exkluderats då uppföljningen handlar om antal personer som beviljats utbildningsförmån 2020. Om dessa siffror inte hade

exkluderats från denna uppföljning hade det totala antalet beviljade utbildningsförmåner varit högre 2020 jämfört med 2018. Det är möjligt att regioner vid tidigare rapporteringar även inkluderat de som beviljats utbildningsförmån föregående år i sina rapporteringar och att antalet beviljade utbildningsförmåner därför varit lägre än vad som redovisats.

### *Systemet har bidragit till en ökad efterfrågan på utbildningstjänst*

Regionerna menar att möjligheten till utbildningsförmån har bidragit till att få vill utbildas till specialistsjuksköterskor utan ekonomisk ersättning från arbetsgivaren. Det har bidragit till att regionerna är beroende av de medel som betalas ut genom statsbidraget för att kunna erbjuda så många vidareutbildning som de gör idag samt att kunna rekrytera.

En ökad långsiktighet i medlen är nödvändig för att regionerna ska kunna ha en längre planeringshorisont för antalet som kan beviljas utbildningsförmån. I en del fall kan det handla om att vissa regioner sannolikt skulle kunna erbjuda fler utbildningsförmån om de kunde estimerat antal utbildningsförmåner på längre sikt än för ett år i taget som idag i och med att statsbidraget meddelas årsvis.

De flesta utbildningsstarter ligger på hösten och kan också påverka möjligheterna att erbjuda utbildningsförmån, om fler utbildningar startar på våren kan möjlighet ges att sprida ut antalet som beviljas utbildningsförmån över hela året.

Flexibla utbildningsformer efterfrågas och anses nödvändigt för att kunna öka kapaciteten och få fler att vidareutbilda sig, något som även det Nationella vårdkompetensrådet lyfter i sin rapport om lärdomar och åtgärdsförslag efter coronavåren 2020 [71].

### *En stor utmaning i att ersätta de som får utbildningsförmån*

Det är en utmaning för regionerna att utbilda specialistsjuksköterskor och barnmorskor samtidigt som det råder brist på grundutbildade sjuksköterskor. Att bevilja en medarbetare tjänstledigt samtidigt som det är svårt att täcka upp för personal som är tjänstlediga är en stor utmaning för regionerna. Initiativet ses som värdefullt men strukturella och organisatoriska hinder kan försvåra möjligheterna att tillsätta tjänster med utbildningsförmån.

I flera fall handlar det om medarbetare som efter avslutade studier går till annan verksamhet för arbete beroende på specialinriktning. I detta lyfter regionerna själva att det är viktigt att se till den samlade kompetensförsörjningen i regionen när det kommer till att bevilja tjänstledigt för vidareutbildning, trots att medarbetaren inte kommer tillbaka till verksamheten efter avslutade studier.

Som ett sätt att minska sårbarheten och utmaningen i att bevilja tjänstledigt anser en del verksamheter att det kan vara enklare att bevilja tjänstledigt för studier på halvfart. Det tar då längre tid att bli färdigutbildad specialistsjuksköterska samtidigt som medarbetaren har en fot kvar i verksamheten parallellt med att studier bedrivs.

### *Utbildningsförmån som en källa till rekrytering*

Utbildningsförmån är en möjlighet för regionerna att kunna styra kompetensförsörjningen till specialistinriktningar som respektive region har störst brist inom. Samtliga regioner rapporterar hösten 2020 att efterfrågan är större än tillgången på specialistsjuksköterskor. Operationssjukvård, intensivvård, anestesijukvård och distriktssköterskor är de inriktningar som flest regioner rapporterar brist inom. Nästan alla regioner erbjuder utbildningsförmån för de angivna inriktningarna samt för studier till barnmorska.

Att erbjuda utbildningsförmån för vissa inriktningar kan vara regionens huvudsakliga rekrytering av specialistkompetens då det inte alltid är möjligt att rekrytera på annat sätt, dvs. externt.

# Digitalisering och e-hälsa

Särskilt fokus under 2020 ska enligt överenskommelsen om God och nära vård ligga på de fyra inriktningsmålen som definieras i den senaste strategiska inriktningen för Vision e-hälsa 2025 och som presenteras nedan. Det framgår samtidigt av överenskommelsen att dessa insatser inte ska utesluta andra regionala eller nationella satsningar eller prioriteringar.

Regionerna redovisar ett omfattande arbete inom området e-hälsa för 2020. Många insatser görs men kopplingen till Vision e-hälsa 2025 är inte alltid så tydlig.

Möjligheten att erbjuda videobesök i den regiondrivna vården har utvecklats mycket snabbt i samtliga regioner. En kraftig ökning ses av de digitala vårdbesöken. Den snabba utvecklingen av digitala vårdtjänster har även påskyndat andra sätt att arbeta på, exempelvis videomöten mellan olika nivåer i systemet, samt gett möjlighet till distansarbete för hälso- och sjukvårdspersonal. Med hjälp av digital teknik har nya metoder för konsultationer börjat användas för att överbrygga gränser mellan regionernas primärvård och specialistvård samt kommunal hälso- och sjukvård.

## Vision e-hälsa

Staten och SKR har kommit överens om en gemensam vision, Vision e-hälsa 2025. Visionen följdes av en handlingsplan för 2017–2019 och därefter en strategi för genomförande för 2020–2022 [72]. I strategin lyfts fyra inriktningsmål fram: individen som medskapare, rätt information och kunskap vid rätt tillfälle, trygg och säker informationshantering samt utveckling och digital transformation i samverkan.

**Figur 5 Inriktningsmålen i Vision e-hälsa. Bilden hämtad från Regeringskansliets och SKR:s rapport En strategi för genomförande av Vision e-hälsa 2025, s. 8.**





Flera myndigheter har i uppdrag att följa utvecklingen på e-hälsoområdet. E-hälsomyndigheten fick under 2020 (S2020/07991) i uppdrag att följa utvecklingen av digitaliseringen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst och årligen lämna en uppföljningsrapport till regeringen, fram till och med år 2025. Rapporterna ska baseras på de indikatorbaserade ramverk för uppföljning av Vision e-hälsa 2025 som myndigheten utvecklat under 2020. E-hälsomyndigheten publicerade en första uppföljning i april 2021 [73]. Socialstyrelsen har varit delaktig i arbetet.

Statskontoret fick i september 2020 i uppdrag (S2020/06741/FS) att följa upp arbetet med Vision e-hälsa 2025 och redovisa detta senast den 1 december 2021. Uppdraget innefattar att analysera huruvida det gemensamma arbetet som staten och SKR gjort i enlighet med överenskommelsen Vision e-hälsa 2025 varit effektivt, relevant och ändamålsenligt. Det ingår dock inte i uppdraget att följa upp utvecklingen av e-hälsa och digitaliseringen i hälso- och sjukvård eller socialtjänst, då detta görs av andra aktörer, enligt uppdragstexten. Statskontoret ska bland annat beakta Socialstyrelsens uppdrag om att utveckla nyckeltal för användningen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna och redovisa resultatet på sin hemsida (S2020/05630/FS).

## Ökat fokus på utveckling och användning av digitala tjänster i regionerna

Som även nämns i avsnittet Tillgänglighet har pandemin medfört ett ökat fokus på utveckling och användning av digitala tjänster. Regionerna redovisar genomgående en stor ökning avseende användandet av digitala tjänster för bokning samt en ökning av digitala vårdkontakter jämfört med året innan. Flera regioner redovisar mångdubbelt fler distansbesök.

Det är vanligt förekommande att regionerna redovisar pågående projekt inom ramen för arbetet med e-hälsa, bland annat inom följande områden: Modernisering och utveckling av 1177, utveckling och implementering av digitala lösningar för stöd inom egenvård (såsom påminnelser, tobaksavvänjning), olika digitala satsningar på ungdomar, (såsom ungdomsmottagning (UM)-online), mobil dokumentation samt läkemedelsrobotar. Generellt har regionerna prioriterat avgränsade och konkreta insatser framför strukturerade långsiktiga sådana. Samtidigt utgör de avgränsade ofta steg på vägen eller delmål för att uppfylla mer övergripande förändringar av arbetsätt.

### Egenmonitorering är ett exempel på utvecklade tjänster

Flera regioner har under året fokuserat på utveckling av egenmonitorering. Under 2020 påbörjades exempelvis ett större arbete i region Sörmland med att se över området egenmonitorering och konkret testa en egenmonitoreringslösning i samverkan mellan kommun och region. I region Uppsala har

man initierat en upphandling avseende lösning för patientens egenmonitorering (PEM). I region Kronoberg och region Västerbotten har påbörjats arbete eller pilot med egenmonitorering av patienter med kroniska sjukdomar, såsom hjärtsvikt och KOL. I region Jämtland Härjedalen har man infört arbetssättet egenmonitorering av patienter med kroniska sjukdomar, såsom hjärtsvikt, KOL, diabetes typ 2 eller hypertoni på fler hälsocentraler och detta prövas även på några av sjukhusets mottagningar.

Fortsatt införande av iKBT och en ökning i användningen redovisas i flera regioner. Under 2020 startades cirka 3 500 KBT-program via nätet i Västra Götalandsregionen, vilket motsvarar cirka 11 procent av alla KBT-behandlingar.

## Exempel på andra nya tjänster eller funktionaliteter som implementerats under 2020

- Region Gotland: Vårdplattformen "Alltid öppet" har tagits i drift. Tjänsten möjliggör digital vårdkontakt för patienter genom ett av vården initierat möte. Flera yrkesgrupper har numera möten digitalt i Alltid öppet-appen och nya arbetssätt har implementerats med ökad användning av telefonbedömning.
- Region Västmanland: Vårdpersonal hos kommunerna har getts åtkomst till sammanhållen journal i regionen (kräver patientens samtycke), något som underlättar det dagliga vårdarbetet.
- Region Västmanland, region Kronoberg och region Jämtland Härjedalen har etablerat digitala ingångar för anamnestagning, triagering och chatt. Tjänsten används som komplement till 1177 Vårdguidens rådgivningsmottagning för initial bedömning.
- Region Norrbotten och region Västerbotten har utvecklat en webbaserad applikation för hälsoenkäten
- Västra Götalandsregionen: Under året har IBD Home, en e-tjänst som ska underlätta vardagen för personer som lever med inflammatorisk tarmsjukdom, övergått i förvaltning och pilotprojektet för KOL avslutas under 2021.
- Ett fåtal regioner redovisar att de arbetat med att införa nytt vårdinformationssystem samt att ta fram de underlag som behövs för att de framtida vårdinformationssystemen ska ge ett gott stöd i det dagliga arbetet.

## Rätt information och kunskap vid rätt tillfälle (inriktningsmål i Vision e-hälsa)

Regionerna ska enligt överenskommelsen om God och nära vård arbeta för en gemensam tillämpning av standarder. Insatserna kan enligt överenskommelsen exempelvis handla om säkerställande av medverkan i och följsamhet till det nationella utvecklingsarbetet rörande begrepp, termer, kodverk, klassifikationer, informationsstruktur, modeller och standarder. Det kan också handla om att frågor som rör standarder och informationshantering i hälso- och sjukvården lyfts och kopplas samman med närliggande processer eller verksamheter, såsom informationssäkerhet, upphandling och tillgänglighet.

I E-hälsomyndighetens rapport [73] presenteras utvecklingen av digitalisering inom hälso- och sjukvården utifrån ett urval av indikatorer som kopplas till de fyra inriktningsmål som definierats i *En strategi för genomförande av Vision e-hälsa 2025, nästa steg på vägen, 2020–2022* [72]. Inom ramen för målen Individerna som medskapare samt Rätt information och kunskap presenterar E-hälsomyndigheten flera indikatorer. Användandet av digitala tjänster har enligt rapporten ökat mycket under 2020. Det framgår att användandet av 1177 Vårdguidens tjänster nästan fördubblats jämfört med 2019 (96 miljoner inloggningar 2020 jämfört med 51 miljoner inloggningar 2019) och att digitala vårdmöten har fått allt större spridning.

Allt fler kommuner använder sig även av olika typer av välfärdsteknik – både inom ordinärt boende, särskilda boenden för äldre samt stöd- och serviceboenden för personer med funktionsnedsättning. För inriktningsmålen Trygg och säker informations-hantering samt Utveckling och digital transformation i samverkan ser man att regionernas samlade it-kostnader inte har förändrats nämnvärt, men att det skiljer stort mellan regionerna hur stor andel av kostnaden som läggs på utveckling och innovation. Regionerna upplever även att det finns ett antal hinder för införandet av e-tjänster så som lagstiftning, resurser samt verksamhetens inställning.

### *Särskilda insatser*

Inom området strukturerad vårdinformation är det framförallt SUSSA-samverkan, Strukturerad vårdokumentation (via SKR) och Framtidens vårdinformationsstöd (FVM) som omnämns. FVM, som sker i samverkan mellan åtta regioner, har fortsatt men i anpassad omfattning utifrån pandemin. Regionernas samarbete vad gäller vårdinformation har getts hög prioritet bland annat genom Nationell Samverkansgrupp för strukturerad vårdinformation.

Regionerna beskriver deltagande i olika regionala, sjukvårdsregionala och nationella projekt, nätverk och arbetsgrupper exempelvis via Inera AB och SKR. Flera regioner arbetar med att stärka hälsoinformatiken och att arbeta med termer och begrepp, terminologi, klassifikation och kodverk. Region Halland och åtta andra regioner har gått samman i SUSSA-samverkan för att nå målen för Vision e-hälsa 2025 - bland annat har man beslutat om ett nytt vårdinformationsstöd.

Det finns även flera interna initiativ. Region Kalmar och region Jönköping beskriver samverkan inom sydöstra sjukvårdsregionen inom ramen för programmet eSpir, där man breddinfört tjänsten (Inera AB) e-remiss. Inom eSpir har också en kartläggning skett kring behov av gemensamt arbete kring information och data som underlag för forskning och utveckling vilket resulterat i ett projekt kring fortsatt gemensamt arbete. Region Stockholm beskriver att man avbrutit upphandlingen av ett nytt huvudjournalssystem för att i stället förlänga livslängden på befintliga it-system och planerat framåt för generationsskifte i it-miljön. Under 2020 beskriver region Gotland att man, i samarbete med bland annat SKR, gjort en genomlysning av de juridiska förutsättningarna för möjlighet till informationsdelning genom vårdprocessen.

## Trygg och säker informationshantering (inriktningsmål i Vision e-hälsa)

Regionerna ska enligt överenskommelsen om God och nära vård stärka sitt informationssäkerhetsarbete, genom exempelvis införande av ledningssystem, utveckling och upprätthållande av en god informationssäkerhetskultur centralt och lokalt, arbete med informationssäkerhetskrav eller underleverantörer samt kontinuerlig uppföljning av informationssäkerhetsarbetet. En del i arbetet bör även vara att ta tillvara på stöd och vägledningar från berörda myndigheter.

I E-hälsomyndighetens rapport (s 44 ff) [73] följs exempelvis upp om regioner har tillräcklig informatikkompetens och andelen kommuner som har en särskild person med uppgift att samordna informationssäkerhetsarbetet. Dessutom följs andelen kommuner som klassificerar sina informationsmängder upp, samt i vilken utsträckning detta görs. Även andelen kommuner som kräver stark autentisering för inloggning i system som behandlar personuppgifter redovisas.

### *Särskilda insatser*

Genomförda insatser handlar i huvudsak om områdena informationsklassning, ledningssystem för informationssäkerhet, datasäkerhet, dataskydd, personuppgiftshantering och behörigheter. Insatserna är ett pågående arbete. En del regioner har också upphandlat nya it-stöd och utökat de personella resurserna på it-området. Översyn av rutiner pågår. Flera regioner har sett över sina ledningssystem för informationssäkerhet och kartlagt informationshanteringen, i en del fall är nya system under utveckling. Systematisk informationsklassning har införts i flera regioner. Översyn av processer för personuppgiftshantering har gjorts och skydd för personuppgifter i syfte att höja kvaliteten i dataskyddsarbetet. Även översyn och revidering av loggkontrollrutin för att förebygga/hantera obehörig åtkomst till journalinformation.

Flera regioner har genomfört utbildningar i informationssäkerhetsarbete, exempelvis de som anordnas av Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB). Även system för säkrare läkemedelshantering, remisser och medicintekniska produkter har införts i en del regioner.

## Utveckling av e-hälsa och välfärdstjänster i kommunerna

Socialstyrelsen har sedan 2014 haft ett regeringsuppdrag att följa utvecklingen av e-hälsa och välfärdstjänster i kommunerna. Utvecklingen redovisas årligen. Den senaste rapporten redovisades i maj 2021 [74]. Rapporterna bygger på nyckeltal som Socialstyrelsen har tagit fram i samarbete med regionala e-hälsosamordnare och i samråd SKR, Digitaliseringskommissionen och Myndigheten för delaktighet.

Inom ramen för uppdraget skickade Socialstyrelsen i januari 2021 ut en enkät till samtliga kommuner om utvecklingen av e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna.

## E-tjänster

I den del av enkäten som avsåg den kommunala hälso- och sjukvården ställdes frågan om enskilda genom en e-tjänst kan komma åt och läsa sin hälso- och sjukvårdsjournal. Endast 5 kommuner (2 procent) uppgav att de hade en sådan tjänst.

Några kommuner hade i fritextsvaren angett att de hade andra e-tjänster som avser den kommunala hälso- och sjukvården, exempelvis digital hälso- och sjukvårdskalender, ansökan om hjälpmedel, begäran om registerutdrag och ansökan om tillfällig vistelse i hemsjukvården.

E-tjänster kan stödja och underlätta för brukaren och effektivisera verksamheten. De ska vara utformade efter målgruppernas behov och förutsättningar samt vara ett komplement till andra former av service och kontakt med socialtjänsten. E-tjänsterna får däremot inte innebära en försämring för den stora grupp människor som har svårigheter att hantera digitala media eller inte använder internet [74].

## Välfärdsteknik

I den kommunala hälso- och sjukvården är tekniken delvis densamma som inom socialtjänsten och delvis är det andra produkter. De vanligaste välfärdstekniska tjänster som förekommer i kommunerna är SIP med video (79 procent av kommunerna) och passiva larm (75 procent av kommunerna), se tabell 13.

De kommuner som i störst utsträckning rapporterar att de har välfärdsteknik i den kommunala hälso- och sjukvården är de med 15 000–30 000 respektive 30 000–70 000 invånare.

I enkäteten ställdes en särskild fråga om hur många läkemedelsfördelare<sup>37</sup> som kommunen har i den kommunala hälso- och sjukvården. Kommunerna anger att det totalt finns 770 sådana i bruk. År 2020 var det 587. Antalet medicinfördelare har således ökat med 31 procent mellan 2020 och 2021.

---

<sup>37</sup> Läkemedelsfördelare eller dispenser är ett digitalt hjälpmedel som påminner patienten när det är dags att ta medicinen, fördelar medicinen och signalerar till vårdgivaren om det sker avvikelser.

**Tabell 13. Andel kommuner som har olika typer av välfärdsteknik i den kommunala hälso- och sjukvården 2020 och 2021 (procent)**

Välfärdsteknik	2020	2021
Passiva larm, exempelvis epilepsilarm	60	75
GPS-larm		50
Digital signering av hälso- och sjukvårdsåtgörder, exempelvis läkemedelssignering	50	57
Läkemedelsdispenser	28	26*
Samordnad individuell planering (SIP) med stöd av video för utskrivning från slutenvård		78
Samordnad individuell planering (SIP) vid andra tillfällen		79
Elektroniskt planeringsverktyg för personal	56	51
Nyckelfria lås till hemsjukvårdens patienter	64	58
Inkontinenssensorer	22	16
Annan medicinsk utrustning (exempelvis för monitorering)	4	10
Digitalt stöd för fysisk träning/aktivering	26	33
Digitala medicinskåp		59
Annat	9	6

\* Utöver detta var det 8 kommuner där regionen står för läkemedelsdispenser.

Sex procent av kommunerna uppgav att de hade annan digital teknik. Exempel som anges i fritextsvaren är system för säker kommunikation, digitala mätare för exempelvis saturation, blodtryck och puls, system för hemmonitorering och en app. för sårvård.

# Det fortsatta arbetet med uppföljningen

Uppdraget till Socialstyrelsen att följa utvecklingen i regioner och kommuner innefattar årliga redovisningar även 2022 och 2023. Den fortsatta uppföljningen behöver utgå från och bygga vidare på det som framkommit i redovisningarna och mot bakgrund av de utmaningar som redovisats av regioner och kommuner. Specifika delar kan komma att belysas närmare i de kommande rapporterna, och information kan behöva begäras in på ett mer strukturerat sätt. Socialstyrelsen avser följa upp den tidigare genomförda undersökningen för att följa utvecklingen av fast läkarkontakt och redovisa detta i en av de kommande rapporterna om uppföljningen av omställningen till en mer nära vård.

Utformningen av det fortsatta uppföljningsarbetet i regioner och kommuner kommer att ske i nära samverkan med uppdraget om utvecklingen av indikatorer. Ambitionen är att kunna länka samman kvantitativ och kvalitativ uppföljning till en samlad bild av omställningens genomförande och resultat.

För det fortsatta arbetet med indikatorer det kommande året finns behov av att identifiera olika befintliga utvecklingsspår och prioritera det viktigaste bland dessa. Socialstyrelsen bedömer det väsentligt att fokusera på det som kan ge mest nytta och blir användbart i det sista förslaget till indikatorer inom uppdraget som kommer att presenteras år 2022. För mer information om planerna för det fortsatta arbetet med indikatorer, se bilaga 1.

# Referenser

1. Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård, Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
2. Uppföljning av omställningen till en mer nära vård : Ett förslag på indikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
3. Uppföljning av omställningen till en mer nära vård - Utvecklingen i regioner och kommuner och uppföljning av överenskommelsen En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
4. Regeringskansliet. Överenskommelse mellan staten och SKR; En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare. 2019.
5. Att följa utvecklingen av fast läkarkontakt – Delrapport inom ramen för regeringsuppdrag om uppföljning av omställningen till en mer nära vård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
6. Insatser under 2020 för att främja omställningen till en god och nära vård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
7. God och nära vård : en primärvårdsreform (SOU 2018:39). Stockholm: Norstedts Juridik; 2018.
8. Rapport av överenskommelsen, God och nära vård 2020 – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården. SKR; 2021.
9. Effektiv vård : slutbetänkande (SOU 2016:2). Stockholm: Wolters Kluwer; 2016.
10. God och nära vård : en gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53). Stockholm: Wolters Kluwer; 2017.
11. God och nära vård : vård i samverkan (SOU 2019:29). Stockholm: Norstedts juridik; 2019.
12. God och nära vård : en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19). Stockholm: Norstedts juridik; 2020.
13. Regeringskansliet. Överenskommelse mellan staten och SKR; God och nära vård 2020 - En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården 2019.
14. Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv 2019 - En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder. Stockholm: Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys; 2020.
15. SKR. Patientkontrakt - Validering och pilottest regionalt och nationellt och nationellt. 2021. Hämtad 2021-06-12 från: <http://primarvardskvalitet.skl.se/analysochvalidering/valideringochpilottestregionaltochnationellt.988.html>
16. Handbok för utveckling av indikatorer - För god vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.



17. SKR. Vården i siffror. 2021. Hämtad från:  
<https://skr.se/skr/halsasjukvard/patientinflytande/tillganglighetivardenvardgarantin/vardenisiffror.46740.html>
18. Rådet för främjande av kommunala analyser. Kolada. 2021. Hämtad från: <https://www.kolada.se/>
19. Utvecklad nationell uppföljning av hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
20. van Dishoeck, A-M, et al. Displaying random variation in comparing hospital performance. *BMJ*. 2011;651–7.
21. Shewhart, WA. Economic control of quality of manufactured product. New York: Van Nostrand; 1931.
22. Socialstyrelsen. Statistik om covid-19. 2021. Hämtad 2021-06-12 från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistik-om-covid-19/>
23. Socialstyrelsen. Analys av uppdämda vårdbehov efter pandemin. 2021. Hämtad 2021-06-12 från:  
<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/pandemins-effekter-pa-varden/analys-uppdamda-vardbehov-efter-pandemin/>
24. OECD. OECD Statistics. 2021. Hämtad 2021-05-19 från:  
<https://stats.oecd.org/>
25. Små utförarens möjlighet att verka i primärvården - Uppdrag att kartlägga hur ofta och i vilken omfattning privata utförare gemensamt ingår avtal med regionerna om tillhandahållande av primärvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
26. Utveckling av indikatorerna undvikbar slutenvård och oplanerade återinskrivningar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
27. Jakten på den perfekta ersättningsmodellen : vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme? (SOU 2017:56). Stockholm: Wolters Kluwer; 2017.
28. SKR. Patientavgifter i hälso- och sjukvården. 2021. Hämtad från:  
<https://skr.se/skr/halsasjukvard/ekonomiavgifter/patientavgifter.14668.html>
29. Digifysiskt vårdval : tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet (SOU 2019:42). Stockholm: Norstedts juridik; 2019.
30. En akut bild av Sverige - Kartläggning av akutsjukvårdens organisation och arbetsfördelning. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2018.
31. Mårtensson, F. Jag vill se virtuella hälsorum i hela landet. *Läkartidningen*. 2019; 116(8).
32. SCB. Kostnader per verksamhetsområde för regioner 2015–2019. 2020. Hämtad från: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/offentlig-ekonomi/finanser-for-den-kommunala-sektorn/rakenskapssammandrag-for-kommuner-och-regioner/pong/tabell-och-diagram/kommun--och-regionsektorn-2019/kostnader-per-verksamhetsomrade-for-regioner-20152019/>
33. SKR. Väntetider i vården. 2021. Hämtad från:  
<https://skr.se/skr/halsasjukvard/patientinflytande/tillganglighetivardenvardgarantin/vantetiderivarden.35115.html>
34. Andersson, J. Gratis primärvård minskade inte trycket på akuterna i Sörmland. *Läkartidningen*. 2019; 116(4).
35. Agera för säker vård. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.

36. Vård och omsorg för äldre - Lägesrapport 2021. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
37. SKR. Patientkontrakt. 2020. Hämtad 2021-06-12 från: <https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardnaravard/patientkontrakt.28918.html>
38. Slutrapport patientkontrakt - etapp 3. SKR; 2020.
39. Analys av första och andra covid-19-vågen – produktion, köer och väntetider i vården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
40. Återinskrivningar av multisjuka och sköra äldre. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
41. Region Östergötland. Egenmonitorering. 2021. Hämtad 2021-06-13 från: <https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/Startsida/Verksamheter/CVU/Aktuella-projekt/Ekosystem-for-e-Halsa/Egenmonitorering/>
42. Inera AB. Stöd för multidisciplinära konferenser. 2020. Hämtad 2021-06-13 från: <https://www.inera.se/utveckling/avslutade-projekt-och-utredningar/stod-for-multidisciplinara-konferenser/>
43. Region Uppsala. Effektiv och nära vård - målbild och strategi. Region Uppsala; 2018.
44. Västra Götalandsregionen. Nära vård. 2018. Hämtad 2021-06-13 från: <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/varldskiftet/vi-staller-om-sjukvarden/nara-varld/>
45. Region Gävleborg. Sju programområden. 2020. Hämtad från: <https://www.regiongavleborg.se/samverkanswebben/halsa-varld-tandvard/utveckling-och-uppfoljning/god-och-nara-varld/sju-programomraden/>
46. Region Kronoberg. Digitala vårdformer och tjänster. 2020. Hämtad 2021-06-13 från: <https://www.regionkronoberg.se/vardgivararbetsomraden-processer/planen-for-digifysisk-varld/digitala-varldformer-och-tjanster/#tab-43351>.
47. Region Sörmland. Digitalt vårdmöte via Skype för företag i Sörmland. 2020. Hämtad 2021-06-13 från: <https://www.1177.se/Sormland/om-1177-varldguiden/e-tjanster-pa-1177-varldguiden/det-har-kan-du-gorannar-du-loggat-in/kontakta-varlden-pa-natet/digitalt-varldmote-via-skype-for-foretag-och-1177-i-sormland/>
48. Inventering e-hälsoinsatser. ESPIR e-hälsa SPiSs, 2018-06-20; 2018.
49. Region Norrbotten. Digitalen - vård där du är. 2020. Hämtad 2021-06-14 från: <https://www.norrboten.se/sv/Halsa-och-sjukvard/Digitalen/>
50. Inera AB. eHälsa och IT i regionerna. 2019. Hämtad 2021-06-14 från: <https://www.inera.se/globalassets/inera/media/dokument/projekt/e-halsa-och-it-i-regionerna-2020.pdf>
51. Region Kalmar. Covid-19 påverkar all verksamhet. 2020. Hämtad 2021-06-13 från: <https://www.regionkalmar.se/nyhetslista/covid-19-paverkar-all-verksamhet/>
52. Cederberg, J. Pandemin skyndade på Blekinges digitala vård. Läkartidningen nyheter. 2020; 2020-07-10.
53. Region Gävleborg. Införandet av Digitala vårdmöten flyttas fram. 2020. Hämtad 2021-06-15 från: <https://www.regiongavleborg.se/samverkanswebben/halsa-varld-tandvard/utveckling-och-uppfoljning/god-och-nara-varld/digitala-varldmoten/nyheter/inforandet-av-digitala-varldmoten-flyttas-fram/>

54. Region Jämtland Härjedalen. Nu kan du chatta med din hälsocentral. 2020. Hämtad 2021-06-15 från: <https://www.1177.se/Jamtland-Harjedalen/sa-fungerar-varden/varden-i-jamtland-harjedalen/nar-du-behover-varld/primarvarden-online--chatta-med-din-halsocentral/>
55. Region Västerbotten. Samhällsrum - där samhället får rum. 2018. Hämtad 2021-06-15 från: <https://www.regionvasterbotten.se/informationsmaterial-och-riktlinjer/play/samhallsrum-dar-samhallet-far-rum?videoindex=0>
56. Region Västerbotten. Stor ökning av digitala vårdmöten. 2020. Hämtad 2021-06-15 från: <https://www.regionvasterbotten.se/stor-okning-av-digitala-vardmoten>
57. Wikipedia. 1177 Vårdguiden. 2021. Hämtad 2021-06-14 från: [https://sv.wikipedia.org/wiki/1177\\_V%C3%A5rdguiden](https://sv.wikipedia.org/wiki/1177_V%C3%A5rdguiden)
58. Digitala vårdtjänster och artificiell intelligens i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
59. Analys av första covid-19-vågen - – produktion, köer och väntetider i vården. Socialstyrelsen; 2020.
60. Digital samverkan över organisationsgränser - En rapport från Ineras förstudie Stöd för multidisciplinära konferenser. Inera AB; 2019.
61. Inera AB. Statistik över verksamheters anslutningar. 2021. Hämtad 2021-05-11 från: <https://www.inera.se/tjanster/statistik-for-ineras-tjanster/Organisationsstatistik/anslutning/>
62. SKR. Väntetider i vården - Första linjen barn och unga. 2021. Hämtad 2021-06-16 från: <https://www.vantetider.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/primarvard/forstalinjenbarnochunga.54348.html>
63. Uppföljning och analys av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020 - Regionernas inrapportering av primärvårdsdata till den nationella väntetidsdatabasen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
64. Överenskommelserna om ökad tillgänglighet i barnhälsovården - En andra delrapport från Socialstyrelsens uppdrag att stödja, följa och analysera genomförandet av överenskommelserna för åren 2018 till 2020. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
65. Fast kontakt i primärvården - Patienters uppfattning om tillgången till fast läkarkontakt och fast vårdkontakt i primärvården (2021:1). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2021.
66. Meddelandeblad Fast läkarkontakt m.m. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
67. Meddelandeblad Patientens rätt till fast vårdkontakt – verksamhetschefens ansvar för patientens trygghet, kontinuitet och samordning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
68. Socialstyrelsen. Fast läkarkontakt. 2021. Hämtad 2021-08-19 från: <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/god-och-naravard/fast-lakarkontakt/>
69. SKR. Bemanningstrend inhyrd personal. 2021. Hämtad 2021-06-14 från: <https://skr.se/arbetsgivarekollektivavtal/personalochkompetensforsorjning/halsoochsjukvard/bemanningstrendinhyrdpersonal.11422.html>
70. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård - Lägesrapport 2021. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.

71. Pandemin och kompetensförsörjningen – Lärdomar och åtgärdsförslag från Nationella vårdkompetensrådet efter coronavåren 2020. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
72. En strategi för genomförande av Vision e-hälsa 2025, nästa steg på vägen, 2020–2022 Stockholm: Regeringskansliet, SKR; 2020.
73. Uppföljning Vision e hälsa 2025 - Rapport avseende år 2020. Kalmar, Stockholm: E-hälsomyndigheten; 2021.
74. E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2021 - Uppföljning av den digitala utvecklingen i socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
75. Regeringskansliet. Överenskommelse mellan staten och SKR; God och nära vård 2021 En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. 2021.

# Bilaga 1. Mer om utveckling av indikatorer, deluppdrag II

I denna bilaga presenteras kompletterande information om det arbete som bedrivits sedan senaste rapporten om indikatorer för nära vård inom ramen för uppdrag om uppföljning av omställningen till en mer nära vård [2]. Den kompletta listan över föreslagna indikatorer, indikatorförslag 2.0, presenteras kortfattat i bilaga 13 och mer utförligt i *Bilaga 14 – Indikatorlista och exempel på profildiagram för kommuner och regioner*.

## Vad har hänt sedan senaste rapporten?

Covid-19-pandemin har även påverkat arbetet med indikatorer för nära vård. Även om många möten och avstämningar har kunnat ske digitalt på ett effektivt sätt så har ett fördjupat arbete i exempelvis workshopform med många deltagare varit något svårare att genomföra. Högt prioriterade aktiviteter vid myndigheten som rör covid-19 har dessutom påverkat kontinuiteten i projektet.

Ett parallellt uppdrag som integrerats i arbetet är uppdraget om uppföljning av fast läkarkontakt.

Genomgångar har gjorts av regionala indikatoruppsättningar för att fånga viktiga mått och områden som inte redan täckts in. Avstämningar med SKR och Vård- och omsorgsanalys och deras näraliggande uppdrag och andra arbeten har också genomförts såväl som en gemensam workshop för de tre organisationerna om indikatorer för nära vård.

Ett utvecklingsspår som har prioriterats är att utveckla möjligheterna att med hjälp av Socialstyrelsens individdataregister följa olika relevanta patientpopulationer. Dessa har utgjorts av personer med kroniska sjukdomar eller personer med insatser i kommunal hälso- och sjukvård. Arbetet beskrivs närmare nedan under rubriken *Utvecklingsarbete med fokus på patienter med kronisk sjukdom och patienter inom kommunal hälso- och sjukvård*.

I den senaste överenskommelsen mellan staten och SKR *En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav* anges att ”Uppföljningen ska i högre grad fokusera på resultat och måluppfyllelse, mindre på process”. Förslagen i detta projekt har i linje med den inriktningen särskilt fokus på indikatorer på resultat och utfall snarare än på specifika arbetssätt [75].

Överenskommelsens fokus på fast läkarkontakt har också påverkat urvalet av indikatorer.

Socialstyrelsen har sedan föregående rapportering av uppdraget föreslagit att myndigheten ska ges möjlighet att inom ramen för hälsodataregistren ta in uppgifter om primärvården. Detta kan på sikt ge helt nya förutsättningar

för att följa upp de målområden som lyfts fram i samband med nära vård [1].

## Sammanställning av synpunkter från dialoger om indikatorer för nära vård

Nedan följer en sammanställning av de synpunkter och förslag som framkommit i myndighetens dialog med olika intressenter<sup>38</sup>.

### Synliggörande av kommunernas primärvård

Flera aktörer har haft synpunkter på att det presenterade indikatorförslaget har ett otillräckligt fokus på den kommunala hälso- och sjukvården. De menar att det behöver framgå att omställningen omfattar kommunala insatser likväl som insatser inom regionernas primärvård, och därmed är ett ansvar för alla huvudmän för hälso- och sjukvård. Därför bör de bakgrundsmått och indikatorer som presenteras kompletteras med motsvarande uppgifter om exempelvis bemanningsförutsättningar, insatser och resultat avseende den kommunala hälso- och sjukvården. Ett konkret förslag har varit att dela upp indikatorerna på kommuner respektive vårdcentraler (regionens primärvård).

### Nära vård behöver mätas i olika delar av vården och i gränssnitten mellan verksamheter

Flera företrädare menar att indikatorerna inte enbart bör belysa primärvården utan behöver omfatta flera delar av vården och i synnerhet belysa gränssnittet mellan dessa verksamheter. Exempelvis bör man inkludera den öppna specialiserade vården där det finns samordningsproblem med både kommunens och regionens primärvård. Vidare lyfts vikten av att belysa samverkan och övergångar mellan specialiserad vård och primärvård åt bägge håll. Det kan dels handla om hur remittering sker och hur primärvården bidrar till att patienter med behov av det får tillgång till specialiserad vård. Dels kan det handla om hur övergången från specialiserad vård sker till primärvården efter exempelvis en slutenvårdsvistelse.

I sammanhanget framhålls också vikten av att man mäter på ett inkluderande sätt så att medarbetare i olika delar av vården känner igen sig och att deras arbete synliggörs. Exempelvis vore det bra att kunna följa sådant som utveckling av konsultationer från primärvård till specialistvård, antal öppenvårdsbesök samt konsultationer som sker med specialistvård från primärvården i samband med vårdbesök i hemmet (hemsjukvård respektive hembesök).

---

<sup>38</sup> Socialstyrelsen har i arbetet med indikatorer haft löpande avstämningar med SKR och Vård- och omsorgsanalys. Uppdraget har också fört dialog med patientföreträdare i nämnden för funktionshinderfrågor på Socialstyrelsen. Därutöver har även genomförts ett antal dialogmöten med olika intressenter kring indikatorer för nära vård. Intressenterna inkluderar företrädare för Astma- och allergiförbundet, Region Kalmar, Region Norrbotten, Region Uppsala, Region Värmland, Västra Götalandsregionen, Region Örebro, Regionala stödfunktioner för kommunerna, VästKom, Tillgänglighetsdelegationen, Nationella primärvårdsrådet, Kommittén för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga och Sveriges läkarförbund.

## Identifiera målgrupper och centrala processer

Ett utvecklingsområde kan vara ett mer målgruppsinriktat arbete, till exempel genom att följa barn och unga, äldre samt personer med psykisk ohälsa. Detta kan göras för att fånga upp olika gruppers olika behov av till exempel samordning. För patienter i yngre åldrar kan samordningsprocesser mellan primärvården, skola och elevhälsa vara viktiga att följa. En annan process där samordning är central är övergången från barn- till vuxenvård, där det kan finnas en kulturskillnad i vården och barnen behöver lotsas in i det nya vårdsammanhanget. Det kan gälla såväl unga personer med psykisk ohälsa och/eller missbruk som kronisk somatisk sjukdom som till exempel astma. Här finns ett behov av att mäta så kallade ”säkra övergångar” (att patienter inte hamnar mellan stolarna).

Några andra exempel på grupper som kan behöva följas är: nyligen utskrivna från sjukhus, personer med kronisk sjukdom, personer med kognitiv svikt och personer med komplexa hälsoproblem. En annan skör grupp är personer inom LSS och habilitering. Kontinuitet för denna grupp är central och det handlar om planer och överenskommelser mellan 4-5 aktörer. Ett tankesätt här är att ”om man formerar vården för de sköra så borde den fungera för alla”. Diagnoser kan vara viktiga att följa men då är det även viktigt att beakta att en diagnosgrupp kan innehålla patienter med mycket varierande livskvalitet.

Företrädare för patienter med sällsynta diagnoser lyfter fram behovet av att följa hur primärvården och sjukvårdsystemet som helhet håller samman vården för personer med ovanliga sjukdomar.

Ur ett kommunperspektiv har det lyfts att indikatorerna har stor tyngdpunkt på den kommunala vården av äldre men att även andra grupper som får kommunala vårdinsatser ytterligare skulle kunna synliggöras.

## Presentera indikatorerna i ett sammanhang och komplettera med andra uppföljningsmetoder

I konsultationerna har förslag också framförts om att inte enbart presentera förslag på indikatorer, men att också presentera dessa i ett sammanhang (grupperat eller i kluster) där det ingår uppgifter om till exempel både primärvård och specialiserad vård. Detta dels för att skapa en bättre förståelse för hur olika insatser och resultat hänger ihop, dels som ett sätt att inkludera även specialiserad vård i dialogen om omställningen. Det skulle exempelvis kunna vara en ingång för att på ett konstruktivt sätt kunna diskutera frågan om resurstilldelning till olika delar av vården i samband med omställningen. Det har också framförts tankar om att den nationella nivån skulle kunna ge tydligare vägledning om vad som kan/bör följas upp på olika nivåer.

Flera intressenter framhåller att det inte räcker med bara indikatorer för att följa utvecklingen. Flera av de centrala byggstenarna i nära vård-omställningen handlar om att ändra attityder, bygga relationer och att skapa förtroende. Aspekter som är svåra att fånga via registerdata. En synpunkt som framhållits är vikten av att kunna följa individers upplevelser, att

kunna ”ställa sig i patientens skor”. Förslag har framförts om att komplettera patient- och brukarenkäter med stickprov i form av dialog/djupintervjuer för att fånga patienternas helhetsupplevelse på ett annat sätt. Patienters och närståendes berättelser kan vara en viktig källa till kunskap om hur vårdssystemet fungerar i verkligheten. Sådana berättelser kan inhämtas från verktyg som Webbkollen<sup>39</sup>. Likaså information från avvikelserapporter eller klagomål. Det kan eventuellt behövas stöd till huvudmän och vårdgivare i form av metoder för uppföljning, till exempel stöd för patientintervjuer. Andra metoder som kan komplettera indikatorerna utgörs av uppföljningsbesök, kvalitetsuppföljning, inspektioner, brukarrevisioner och markörbaserad journalgranskning. Förekomst och uppföljning av metoder som används vid överlämning mellan vårdnivåer kan vara ett annat sätt. Även yrkesverksammas syn på omställningen är viktig att ta tillvara. Det kan exempelvis vara lämpligt att följa yrkesverksammas erfarenheter specifikt för de grupper som infört nya arbetssätt såsom till exempel mobila team eller digitala arbetssätt.

För att skapa maximal nytta och lärande för användarna av indikatorförslaget kan det behövas ett arbete med att presentera indikatorer tematiskt där man beskriver området, vad det handlar om och hur man kan fånga det med hjälp av indikatorer, andra uppföljningsmetoder och med andra underlag.

Slutligen framhålls att det är viktigt att lyfta fram det som behöver följas upp, även om det inte går att mäta i dagsläget. Detta då det sänder en signal i en viss riktning. Ett exempel är målet i personcentrerade sammanhållna vårdförlopp om att patienten ska få kontakt med någon inom vården inom 24 timmar.

## Var i processen mäter vi? Balans mellan struktur-, process- och resultatindikatorer

Inför ett dialogmöte i februari 2021 delade myndigheten in såväl Socialstyrelsens som SKRs indikatorer med flera, i kategorierna struktur- process- och resultatmått. Detta gjordes som ett underlag för att inhämta synpunkter avseende balansen mellan olika typer av mått.

De synpunkter som inhämtades vid aktuell workshop var att det är lämpligt att följa såväl struktur- som process och resultatmått, och hitta en balans mellan dessa. Olika typer av mått behövs för en helhetsbeskrivning.

Resultatmått är viktiga men kan ibland vara trubbiga. Det är vidare viktigt att ha en uppfattning om strukturmått såsom omfattningen av läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter etc. för en viss patientgrupp i ett visst gränssnitt. Struktur- eller bakgrundsmått är viktiga för att få en bild av hur det ser ut. I dagsläget har vi otillräcklig överblick över omfattningen av läkare och andra yrkeskategorier, vilken tillgång patienterna har och hur många patienter per läkare eller annan yrkeskategori som finns. Vi har också otillräcklig kunskap om vilka insatser som ges. Samtidigt kan för stort fokus på struktur- och resursmått medföra inlåsningseffekter som kan bromsa utveckling

---

<sup>39</sup> Webbkollen är ett intervjustöd för att följa upp kvaliteten för individer som har kontakt med vård och omsorg inom kommuner och regioner.



av nya arbetssätt. Därför blir det viktigt med en kombination av struktur-, process- och resultatmätt, framförallt att följa upp resultat parallellt med att följa omställningen. Det kan vara lämpligt med en kombination av mått som speglar patienters och professionsföreträdares upplevelse, kombinerat med vissa strukturmått såsom förekomst av fasta kontakter inom vården. Vad som i nära vård-sammanhang utgör struktur-, process- och resultatmätt kan dock diskuteras.

En synpunkt som framkommit angående denna är att Socialstyrelsen i förslaget till indikatorer fångar struktur- respektive resultatnivåerna relativt väl, men att det behövs mer fokus på processnivån. Detta för att kunna visa vad som händer mellan verksamheter och vilka resultat som skapas av detta. Vilka konkreta insatser och arbetssätt hänger samman med minskade oplanerade återinläggningar? Vad händer när man inför exempelvis ortopedkonsultationer digitalt eller mobil röntgen? Som nämns ovan kan detta kräva att uppföljning med hjälp av indikatorer kombineras med kvalitativ uppföljning. Ett annat liknande förslag som framförts är att utveckla möjligheten att följa besöksorsaker i akutsjukvården, det vill säga i vilken utsträckning patienter kommer in till akutmottagning för bedömningar eller insatser som skulle ha kunnat ges i regionens eller kommunens primärvård. Och hur detta förändras över tid, exempelvis för äldre eller personer med insatser i kommunal hälso- och sjukvård.

## Synpunkter på kriterier för urval av indikatorer

Myndigheten har fått ett antal synpunkter på vilka urvalskriterier som ska tillämpas för indikatorerna. Bland dessa återfinns att välja ut ett **mindre antal indikatorer** som riktar in sig på **kärnan av god vård**, det vill säga som visar önskad (system)förflyttning och som känns **meningsfulla** för medarbetarna i olika delar av vården.

Vidare bör måtten visa en **spridning** över tid eller mellan de enheter som ingår i en jämförelse för att kunna visa förändringar. Kopplat till detta har synpunkter framförts om att trögrörliga mått som man ändå vill inkludera kanske inte behöver presenteras varje år. Måtten bör vara **begripliga**, det vill säga vara mått som man förstår även om man inte är så väl insatt. Vidare bör det helst finnas data för indikatorerna ett antal år **bakåt i tiden**. Flera regioner lyfter vikten av att identifiera **gemensamma indikatorer** som regioner och kommuner kan följa tillsammans (flera regioner nämner att man har planer på att ta fram sådana i samband med gemensamt målbilds-/strategiarbete för nära vård). Möjlighet till **jämförelse** mellan regioner (och kommuner) lyfts också som viktigt. Möjlighet till internationell jämförelse kan också vara intressant, inte minst mot bakgrund av att Sverige inte alltid placerar sig i topp vad gäller vårdens kontinuitet och samordning.

I processen att välja indikatorer kan det vara bra att beakta att **vissa indikatorer korrelerar starkt med andra (goda) erfarenheter av vården**. Exempelvis förefaller det finnas ett sådant samband mellan patientrapporterad förekomst av fast läkarkontakt och patientens upplevelse av vårdens samordning och delaktighet.

## Synpunkter på föreslagna indikatorer

- Angående **strukturella förutsättningar** så behöver indikatorerna ta hänsyn till att det behöver se olika ut i olika kommuner. Sjukvårdsbehoven kan skilja sig mycket mellan kommuner i en region, vilket också bör påverka utformningen av till exempel hälsofrämjande insatser, digitalt vårdutbud etc.
- Att inkludera **bemanningsstal** vad gäller allmänspecialister och distriktsköterskor per invånare får generellt stöd av de tillfrågade. Utöver nämnda grupper menar flera aktörer att man borde komplettera dels med fler yrkesgrupper och fler grupper av specialister (till exempel specialistsjuksköterskor inom KOL, diabetes) samt olika läkarspecialiteter. Dessutom behöver man titta på bemanningen också utifrån hur specialistkompetens görs tillgänglig för primärvården genom olika former av delade tjänster eller utifrån konsultation från primärvården till specialistvården. Det är centralt för omställningen att allmänläkaren har god tillgång till specialister inom olika områden (motsvarande resonemang gäller för flera andra yrkesgrupper). Något som borde gå att mäta via konsultationer. Strukturerad registrering av konsultationer genom KVÅ-kod skulle kunna ske av specialistvården som både har intresse och vana av liknande registrering. Det kan i sin tur öka tillgängligheten och kvaliteten inom primärvården. En del av beskrivningen av omställningen handlar om att visualisera även vad den specialiserade vården gör.
- På **bemanningsområdet** har också följande indikatorer nämnts som möjliga kompletterande mått: Antal listade invånare per heltidsläkare (baserad på manuell inrapportering från vårdcentralerna), Andel kostnad för inhyrd personal av total personalkostnad, Andel uppdaterade kompetensförsörjningsplaner och olika mått på Hållbart medarbetarengagemang (HME<sup>40</sup>).
- **Fortbildning, forskning och utveckling:** Förslag har också framförts om att följa omfattningen av fortbildning såväl som forskning bland läkare i primärvården. Något som är relevant även för andra yrkesgrupper inom primärvården. Några konkreta förslag är andel disputerade specialister i allmänmedicin, andel personal som får forskningstid i tjänsten, andel förenade anställningar samt hur mycket resurser som satsas på forskartjänster (AT, BT) och antal kliniska studier. I dialogen har också indikatorn rutin för uppföljning av klinisk personals vidareutbildningsplaner lyfts fram.
- **Kontinuitet och samordning:** Ett flertal av de redan föreslagna indikatorerna på området kontinuitet och samordning förefaller ha brett stöd från dem som lämnat synpunkter. Det gäller till exempel fasta kontakter (till exempel andel patienter med fast vårdkontakt respektive fast läkarkontakt, och i framtiden även fast omsorgskontakt), förekomst av individuell vårdplan(ering) och kontinuitetsindex. En region har dock valt ett alternativt mått för läkarkontinuitet än kontinuitetsindex: Om man vid

---

<sup>40</sup> SKR och Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA) erbjuder en modell och ett frågebatteri för att kontinuerligt utvärdera och följa upp arbetsgivarpolitiken i kommuner och regioner med fokus på Hållbart medarbetarengagemang (HME).

minst tre besök träffat samma läkare vid minst två tillfällen. Detta då man bedömde att kontinuitetsindex i *PrimärvårdsKvalitet* var svårt att förklara/förstå. Flera aktörer lyfter också att det är relevant att mäta kontinuitetsindex för fler yrkeskategorier än läkare.

- Vad gäller att mäta **samordnad individuell planering** (SIP) framhålls ett antal utmaningar: Det är inte bara att räkna antal registrerade SIPar, man behöver tydliggöra mer exakt hur man ska dokumentera och tydligt definiera kriterier för vad som ska inkluderas. När är en plan upprättad, genomförd, uppföljd respektive avslutad? Vilken kvalitet håller den? Det kan även finnas tekniska hinder i regionerna vad gäller vilken information som finns dokumenterad och tillgänglig i olika informationssystem. I en region<sup>41</sup> mäts *andel SIP där den enskilde deltagit i mötet vid hälso-centraler*. Vidare framhålls att SIP kan vara ett för trubbigt instrument för kroniska sjukdomar som patienten har under lång tid. Om man mäter antalet SIPar, mäter man bara en del av problemet. SIP kan också ibland ersättas av andra verktyg, och då synliggörs inte insatsen. Det är snarare arbetssätten för samverkan än förekomsten av en plan (SIP) man behöver följa. SIP kan därför behöva kompletteras med andra mått och uppföljningsmetoder såsom *förekomst av behandlingsplaner*, vilka kan utgöra viktiga informationsbärare mellan olika aktörer i vården.
- Vad gäller **fasta kontakter** framhålls behov av att utveckla ett gemensamt sätt att på nationell nivå mäta och redovisa fast vårdkontakt och fast läkarkontakt, och att dessa mått behöver kompletteras med patientrapporterade mått på fast läkarkontakt.
- Vad gäller indikatorn **primärvårdens andel av resurserna** så har inläggningar framförts om att indikatorn påverkas av hur man väljer att organisera sin vård, vad man väljer att inkludera i primärvården. Om en region beslutar att inkludera eller exkludera till exempel rehabilitering i primärvården kan det se ut som man gjort en stor satsning på primärvården. Det kan därför vara vanskligt att följa förflyttningen på det sättet då det riskerar att minska engagemanget hos grupper (till exempel hälso- och sjukvårdspersonal inom den specialiserade vården) som är avgörande för att exempelvis primärvården ska fungera. En region planerar att mäta nettokostnad per invånare för primärvård (som ska öka). En utmaning är att synliggöra de resurser som exempelvis sjukhuset tillgängliggör i samband med att man utvecklar arbetssätt med ökad samverkan mellan primärvård och specialiserad vård. De resurser som ligger kvar på sjukhuset men kommer primärvårdens patienter tillgodo när sjukhusets personal "konsultar" i primärvården behöver kunna registreras och synliggöras.
- Användandet av olika indikatorer från **Nationell patientenkät** kring delaktighet, samordning etc. har stöd, liksom användande av mått ur nationella **brukarundersökningar** såsom vad tycker de äldre om äldreomsorgen. Dock framhålls vikten av att säkerställa att personer med kognitiv funktionsnedsättning inkluderas i uppföljningen av patientrapporterade

---

<sup>41</sup> Norrbotten.

erfarenheter. Dels generellt, dels för att följa hur vården klarar att anpassa sig till specifika utmaningar för denna patientgrupp. Dessutom skulle man på ett annat sätt behöva fånga förmågan att bygga relation mellan vård och patient. Olika grupper har olika behov, så en möjlighet skulle kunna vara att undersöka hur det ser ut i olika åldersgrupper. Samt att mäta bredare än enbart för enskilda läkarbesök.

- **Tillgänglighet:** Få synpunkter har framkommit vad gäller de föreslagna tillgänglighetsindikatorerna. En aspekt som lyfts är att komplettera befintlig information med uppgifter om huruvida det är *enkelt för patienten att komma i kontakt med vården och vårdpersonalen*. Det finns exempel på där läkare och annan vårdpersonal lämnar ut telefonnummer till patienterna, vilket skapar trygghet genom att patienten vet att hen kan ringa. Det är ett steg längre än att ha en utsedd fast vårdkontakt. En aspekt som lyfts som viktig är att följa hur primärvården undanröjer *tillgänglighetsbarriärer*, det vill säga hur man når personer som inte söker vård trots att de har behov av det. Här skulle man kunna mäta/följa huruvida vårdcentraler identifierar vilka som behöver uppsökande vårdkontakter och i vilken utsträckning sådana kontakter tas. Vidare har en synpunkt avseende indikatorn *Jag har tillgång till den hälso- och sjukvård jag behöver*<sup>42</sup> varit att den kan slå väldigt olika från år till år och påverkas av strukturella faktorer som nedläggning av BB, sjukvårdsinrättningar med mera och därmed snarare spegla allmänt förtroende för hälso- och sjukvården.
- Överlag finns ganska stort stöd för **systemindikatorer** som oplanerade återinskrivningar, påverkbar slutenvård och utskrivningsklara patienter). Samtidigt framförs synpunkter på att mått som återinskrivningar är breda och därmed kan bli för allmänna och behöva spetsas till exempelvis genom att titta på specifika grupper. Man bör komplettera sådana breda "indikatorer" med andra mer specifika eller smala indikatorer för att undvika att man övervärderar eller tolkar resultaten fel. Mått som påverkbar slutenvård och utskrivningsklara patienter på sjukhus mäts i flera regioner på kommunnivå.

## Förslag på nya eller kompletterande indikatorer

- **Sökmönster och digitala vårdkontakter** är viktigt att följa. Det kan göras exempelvis i form av andel digitala vårdbesök (nybesök respektive återbesök) samt patienternas nöjdhet med dessa. Emellertid behöver man ha i åtanke att alla invånare inte har samma möjlighet till uppkoppling, samt följa om den digitala vårdutvecklingen sker på ett inkluderande sätt i relation till exempelvis personer med nedsatt kognitiv förmåga. Det är också viktigt att kunna följa kvaliteten i dessa möten, i vilka fall de utgör huvudalternativ för vården och att de inte medför högre totalkostnader genom att patienten ändå behöver söka sig vidare i systemet på annat sätt. Det är viktigt att kunna följa flödena och se hur vården hittar en balans mellan kvantitet och kvalitet i dessa möten. För vissa typer av vård

---

<sup>42</sup> Indikator fanns inte med i indikatorförslaget från juni 2020 men har adderats till listan av möjliga indikatorer i samband med konsultationer under det gångna året.

eller grupper kan digitala vårdkontakter också innebära positiva följder som ökad upplevd personlig integritet i vårdkontakten.

- Förslag på kompletterande **indikatorer på hälsofrämjande arbete** inkluderar: hälsosamtal, folkhälsoinsatser inom skola samt kultur och fritid, mått som rör individens förmåga att främja sin hälsa, insatser för att stärka individen till egenvård, såsom exempelvis patientutbildningar, andelen KOL-patienter som inte röker, samt fullföljda studier (som mått på folkhälsoutfall).
- Förslag för att mäta **om vården tillhandahålls nära invånarna** inkluderar mått på tillgänglighet, hembesök inklusive digitala besök för läkare, sjuksköterskor med flera., andel planerad vård, förekomst av mobila team, besök på akutmottagningarna (indirekt mått på primärvårdens tillgänglighet) och kö till BUP. En synpunkt är att kommunal hälso- och sjukvård per definition ses som ”nära vård”. Det är emellertid angeläget att följa om den vården faktiskt är tillgänglig och av god kvalitet, exempelvis genom att läkare finns tillgängliga för personer i exempelvis det särskilda boendet, att dessa har tillräckligt med tid för uppdraget, samt att sjuksköterskorna är närvarande i teamet. Det är också viktigt att beakta de tre dimensionerna geografi, tillgänglighet och relation som begreppet nära innehåller.
- Möjligheten att (digitalt) kunna **dela information om patienten** utgör en viktig aspekt att följa ur ett nära vård-perspektiv. Det kan handla om förekomst av gemensamt journalsystem inom regionen och med kommunerna, och/eller delad information mellan specialiserad vård och primärvård. Centralt är att primärvården, och den fasta läkaren om sådan finns, har all relevant information om patienten. Att läkare kan utbyta information om patientens läkemedelslista är viktigt, liksom att sjuksköterska på särskilt boende har tillgång till en aktuell digital läkemedelslista. Brist på sammanhållna journalsystem/dokumentation påverkar tryggheten för patienter i till exempel särskilt boende.
- Arbetet med **patientkontrakt** som för närvarande pågår i regioner och kommuner lyfts av flera intressenter som betydelsefullt för både för patienterna och den personal som ska ge vård. Innehållet i patientkontraktet behöver emellertid vara värdeskapande exempelvis genom att fast vårdkontakt får ett reellt innehåll. Det kan vara viktigare att följa hur man arbetar och vad arbetssättet betyder för patienten, än antal kontrakt. Det kan i framtiden vara möjligt att via kontraktet exempelvis följa upp hur många patienter som blivit föremål för samordning.
- **Anmälningar till patientnämnden inom området kommunikation.** Anmälningar handlar ofta om bristande kommunikation, inte sällan i relation till kontinuitet och svårighet att få svar och kan därför fungera som ett indirekt mått på (avsaknaden av) kontinuitet.
- **Palliativ vård:** Ett förslag på området palliativ vård utgörs av måttet *Andel patienter med palliativ diagnos som har en dokumenterad behandlingsstrategi* (inklusive privata hälsocentraler). Palliativ vård har generellt lyfts som ett område att följa och patientföreträdare framhåller brister i denna vård i kommunerna vad gäller tillgång till syrgas, smärtlindring och medicinsk personal.

- **Trygghet** har också lyfts som centralt att mäta, till exempel på det sätt som görs på olika sätt i Webbkollen, där intervjuguiderna exempelvis inkluderar frågor om patienten känner sig trygg med den vård och omsorg hen får.

## Övriga synpunkter och förslag

- Vad gäller kontinuitet är det viktigt att förutom personkontinuitet till respektive yrkeskategori också följa **teamkontinuitet** och samverkan, det vill säga hur samverkan mellan hela team och patienten fungerar. Det kan dock vara svårt att belysa med indikatorer och kräver eventuellt andra uppföljningssätt. En möjlig väg för att följa detta kan utgöras av metoden Collaborative care, vilket är en metod för att skapa teamkontinuitet där en vårdsamordnare står för kontinuiteten för patienten genom att samordna vårdteamets insatser utifrån patientens behov.
- Det är förhållandevis många läkarmått på indikatorlistan. Invånaren/brukaren kanske har en annan kontakt som är central, vilket också behöver belysas.
- En möjlig väg för att följa omställningen kan vara att följa pengarna, eftersom det är den som får ersättning som ansvarar för respektive del av vården.
- Vid flera dialogmöten har deltagare lyft svårigheterna med att det p.g.a. avsaknad av data eller juridiska begränsningar vad gäller delning av data mellan huvudmännen inte är möjligt att mäta det vi egentligen skulle vilja mäta. Det skulle exempelvis vara önskvärt att kunna följa olika grupper samlade hälso- och sjukvårdsprocesser. Kan vi inte få bra data blir det också svårt att följa upp. Idealt skulle vara om det fanns ett sådant register<sup>43</sup>.

## Socialstyrelsens huvudsakliga respons till följd av synpunkterna

Listan på synpunkter och förslag är relativt omfattande och det är inte möjligt att tillgodose alla dessa inom ramen för myndighetens uppdrag att föreslå indikatorer för att följa omställningen. Till stor del har synpunkterna påverkat urvalet och utökningen av indikatorer i det uppdaterade förslaget. Idén med att nivågruppera indikatorerna följer av behovet att tillgodose flera relevanta synpunkter och samtidigt förbättra överskådligheten.

Vissa framförda förslag som exempelvis att följa patienters väg genom vården kan vara möjliga att genomföra i framtiden förutsatt att datakällor utvecklas och/eller att de juridiska möjligheterna till datatillgång över vårdgivargränser ändras. Sådana bredare frågor om datatillgång ligger emellertid utanför myndighetens aktuella uppdrag, och behöver tas vidare i andra sammanhang. Det gäller även i hög utsträckning förslag om utveckling av kvalitativa metoder för att komplettera indikatoruppföljningen med.

Andra förslag kan vara svåra att genomföra på nationell nivå då de antingen kräver information som främst finns tillgänglig eller är meningsfull

<sup>43</sup> Socialstyrelsen presenterade i februari 2021 sin utredning om utökning av patientregistret till att också inkludera uppgifter om besök i primärvården.

att följa upp i den lokala kontexten, eller utgör för smala eller specifika områden för att kunna följa den övergripande omställningen till en mer nära vård. Det gäller exempelvis önskemål om att följa patienter med en sällsynt diagnos eller andra enskilda patientgrupper eller tillstånd.

Att bättre synliggöra kommunal primärvård har beaktats i arbetet på flera sätt. En del handlar om att ta fram specifika uppföljningspopulationer som består av personer som fått kommunernas primärvård (arbetet beskrivs vidare i nästa avsnitt). Att föreslå att specifika kärnindikatorer bör redovisas på kommunnivå är också ett steg för att konkret undersöka vilka mått som det finns tillräckligt underlag för och som är mer relevanta att redovisa just för kommunerna. Förslaget om att redovisningen främst bör fokusera på profiler med värden över tid också för enskilda kommuner är en konkret utveckling av arbetet med att synliggöra och stödja kommunernas roll i reformen. Utvecklingsarbete har också gjorts vad gäller att redovisa kalkylerade kostnader för primärvården som helhet – alltså både kommunernas och regionernas primärvård sammantaget – vilket inte gjorts tidigare. Även om dessa uppgifter enbart kan redovisas på riksnivå så ser Socialstyrelsen att det är viktigt att visa att primärvården, även vad gäller kostnader, omfattar såväl regioners som kommuners verksamhet<sup>44</sup>.

Ett påbörjat utvecklingsarbete rör att undersöka i vilken mån och med vilken kvalitet nationella uppgifter om legitimerad personal kan avgränsas och redovisas för om man är sysselsatt i just primärvård i kommuner och regioner inklusive verksamhet som utförs av privata vårdgivare.

Mycket utvecklingsarbete som skulle stödja uppföljning med indikatorer ligger inte inom projektets direkta påverkan. Exempelvis rör det utveckling vad gäller kvalitet och täckningsgrad för inrapporterade uppgifter till olika datakällor. Inklusive register hos Socialstyrelsen. Här ser projektet främst som sin roll att lyfta fram dessa frågor.

Några synpunkter och förslag rör att förslaget har en låg andel processmått eller så föreslås flera specifika processmått och uppföljning av hur de kopplar till resultat. Socialstyrelsen har medvetet valt att främst ha fokus på resultatmått. Detta stöds också i den senaste överenskommelsen mellan staten och SKR där det om uppföljning av nära vård står: ”Uppföljningen ska i högre grad fokusera på resultat och måluppfyllelse, mindre på process” [75]. En anledning att fokusera på resultatmått är att konceptet med nära vård inte är nationellt definierat utifrån vilka insatser och förändringar som ska göras utan att detta kommer att variera mellan olika kommuner och regioner [7].

En svårighet med att främst följa resultatmått är dock att koppla resultaten till eventuella nära vård-insatser eller förändringar som gjorts. Här kan mått och indikatorer som snarare indikerar implementering än effekter av reformen ändå vara aktuella. Framförallt bör dock uppföljningen med de nationella indikatorerna kombineras med andra kvantitativa och kvalitativa data om arbetet med nära vård i olika kommuner och regioner. Valet av breda resultatindikatorer på nationell nivå kan ses som en inriktning där relaterade men olika processmått kan väljas utifrån de olika målbilder och arbetssätt som ses som mest adekvata i olika regioner och kommuner.

---

<sup>44</sup> Det vill säga verksamheter för vilka regioner respektive kommuner är huvudmän.

# Utvecklingsarbete om kronisk sjukdom och kommunal hälso- och sjukvård

## Kronikerpopulationer

Socialstyrelsen har skapat patientpopulationer för 10 kategorier av kroniska sjukdomar. Dessa populationer har tagits fram med hjälp av Socialstyrelsens patientregister för slutenvård och öppen specialiserad vård samt läkemedelsregistret. Samtliga populationer har betecknats som prevalenta i den meningen att de fått en aktuell huvuddiagnos inom perioden sju föregående år.

Idag saknas ett nationellt register över vårdkontakter i primärvården vilket begränsar nyttan med populationerna eftersom de patienter som fått sin diagnos i primärvården inte ingår i prevalensberäkningarna. Inte heller kan de framtagna kronikerpopulationerna följas upp vad gäller den vård som ges inom primärvården. Socialstyrelsen avser att inkludera uppgifter från primärvården när detta blir möjligt.

Ett initialt syfte har varit att över tid följa dessa gruppers vårdkonsumtion inom specialiserad vård samt deras läkemedelsuttag efter förskrivning i öppen specialiserad vård respektive primärvård. Statistik över volymer och flöden togs fram för att beskriva var vården sker.

Data har fortsättningsvis också varit tänkta att utgöra underlag för diskussion om hur man med befintliga register kan följa vårdkonsumtion och vårdkvalitet för relevanta grupper ur ett nära-vårdsperspektiv.

De populationer som på detta sätt togs fram utgjordes av de åtta somatiska populationerna, hjärtsvikt, förmaksflimmer, hjärtinfarkt, ischemisk hjärtsjukdom, stroke, diabetes, astma och KOL. Två populationer för psykiatriska diagnoser definierades för ångest och depression. Definitioner och exempel på bearbetningar av dessa data presenterades i Socialstyrelsens förslag på indikatorer för god och nära vård 2020 [2].

## Populationer med kommunal hälso- och sjukvård

Två särskilda patientpopulationer togs också fram för den kommunala hälso- och sjukvården. Dessa rörde personer som har beslut om särskilt boende och för personer med kommunal hemsjukvård i ordinärt boende. I båda dessa fall baseras populationerna på persontid, det vill säga den tid som personen har ett beslut om särskilt boende respektive den tid personen har sammanhängande period av insatser utförda av den kommunala hälso- och sjukvården. Populationerna har inledningsvis avgränsats till åldrarna 65 år och äldre.

Några exempel på indikatorer och mått baserade på dessa data presenterades i Socialstyrelsens förslag på indikatorer för god och nära vård 2020.

## Synpunkter efter konsultationer och Socialstyrelsen fortsatta arbete

Efter konsultationer med Socialstyrelsens egna experter inom olika sakområden och med indikatoransvariga vid SKR har ett antal utvecklingsförslag tagits fram för hur de olika patientpopulationerna kan användas. Förslagen



rör både mått för uppföljning av var vården sker och indikatorer på bibehållen eller förbättrad medicinsk kvalitet. Nedan följer en sammanfattning av dessa synpunkter och förslag.

Både populationerna och de uppföljningar som har gjorts initialt bedömdes överlag som rimliga. Detta gällde både uppföljningen av vårdkonsumtion och volymerna av förskrivna läkemedel i primärvård och i specialiserad vård.

Överlag ansåg de konsulterade att det är viktigt att följa upp att patienter med kroniska sjukdomar som behandlas i primärvård följer samma vårdprogram som de som behandlas i specialiserad vård. Primärvården har goda möjligheter till detta eftersom de har förutsättningar till att se hela patienten. Det är också värdefullt att följa upp dessa populationer återkommande och långsiktigt.

Arbetet med kronikerpopulationerna kan utvecklas på ett meningsfullt sätt genom att följa upp sådana populationer med definierad samsjuklighet.

Påverkbar slutenvård är ett område som behöver bevakas. Ett särskilt område som rör den palliativa vården är återkommande inskrivningar i livets slutskede.

Läkemedelsuppföljningarna kan generellt förbättras genom att även mäta följsamheten över tid för de patienter som förskrivs läkemedel i primärvården jämfört med motsvarande patienter i specialiserad vård. Dessa uppföljningar blir också bättre genom att följa antal DDD<sup>45</sup> istället för antalet uttag. Ett alternativ är att följa förskrivningstillfällena.

Höftfrakturer och fallskador är väletablerade mått på vårdens insatser i kommunal hälso- och sjukvård. Dessa bör följas upp för att mäta bibehållen kvalitet. Det finns ytterligare uppföljningsmått att överväga för de två populationerna med kommunal hälso- och sjukvård. Exempel på sådana är förekomst av urinvägsinfektioner som leder till inskrivning i slutenvård och andelen som dör på sjukhus. Det senare kan vara ett viktigt mått vid uppföljning av den palliativa vården. För äldre och personer med kommunal hälso- och sjukvård bör också mått på läkemedelsbiverkningar och polyfarmaci<sup>46</sup> beräknas.

Man bör överväga att vid uppföljning av äldre med kommunala hälso- och sjukvård dela upp även åldrarna över 65 år för att säkerställa att utvecklingen mot mindre specialiserad vård och slutenvård gäller även de över 80 år.

Vi bör ta hänsyn till de akuta skedena för populationerna med psykisk ohälsa och följa upp dessa populationer tiden efter debuterad sjukdom. Här är det bland annat möjligt att undersöka patienter som får sina första antidepressiva läkemedel i primärvården och hur dessa behandlas över tid. Det är också möjligt att följa upp nyinsättning av antidepressiva läkemedel och i vilken utsträckning det görs i primärvård. Frågan är här om det sker en ökning över tid av förstagångsförskrivningar i primärvården i relation till motsvarande förskrivning i specialiserad vård.

---

<sup>45</sup> Definierade dygnsdoser (DDD)

<sup>46</sup> Polyfarmaci innebär att patienten har flera/många läkemedel. Det finns dock ingen enhetlig definition av begreppet.

För de psykiatriska diagnoskategorierna bör man differentiera diagnoserna, bland annat genom att dela upp i svår och lindrig diagnos. Dessa grupper behandlas sannolikt i helt olika omfattning i primärvård och specialiserad vård. Dessutom är det viktigt att särredovisa mätningarna för flera åldersgrupper för populationer med psykisk ohälsa.

Att följa upp nyinsjuknande patienter är också aktuellt för vissa somatiska sjukdomar som exempelvis stroke och hjärtinfarkt med ett akut skede som kan följas upp. För stroke skulle man kunna överväga att särredovisa de patienter i kronikerpopulationerna som under senaste halvåret fick sin första diagnos. Detta gäller särskilt stroke och akut hjärtinfarkt där man kan förvänta sig mer specialiserad vård under den första tiden efter sjukdomsdebuten.

Slutligen kan det vara värdefullt att kombinera kronikerpopulationer med populationerna inom kommunal hälso- och sjukvård för att följa hur dessa personer omhändertas i den kommunala hälso- och sjukvården.

## Utveckling av mått baserade på registerpopulationer

Under 2021 har Socialstyrelsen påbörjat ett utvecklingsarbete för att ta fram uppföljningsmått för de registerbaserade populationerna.

Beräkningar och analyser för följande mått har gjorts:

- Påverkbar slutenvård för personer som ingår i de olika populationerna. Här har exempel tagits fram för både kronikerpopulationerna (hjärtsvikt) samt för de två populationerna med kommunal hälso- och sjukvård. För de två sistnämnda populationerna har ett mått beräknats med den mer omfattande uppsättning påverkbara diagnoser i slutenvård som har tagits fram särskilt för en äldre befolkning [26].
- Höftfrakturer och fallskador för patienter med insatser kommunal hälso- och sjukvård. Beräkningarna har gjorts både för personer i särskilt boende och för personer med insatser i kommunal hemsjukvård. Uppgifterna kommer att publiceras i Socialstyrelsens rapport *Öppna jämförelser 2021 – kommunal hälso- och sjukvård*.
- Uppföljning av nyinsjuknade patienter med ångest eller depression och deras läkemedelsförskrivning.
- Dessutom bör urval göras av patienter som med större sannolikhet behandlas i primärvården, de med lindrig eller medelsvår diagnos. Uppföljning av nyinsättning av antidepressiva läkemedel och i vilken utsträckning detta görs i primärvård.

## Plan för det fortsatta arbetet med indikatorer

För det kommande året finns behov av att inventera de olika utvecklingsspår som finns och prioritera det viktigaste bland dessa och fokusera på det som kan ge mest nytta och bli användbart i ett sista förslag på indikatorer inom ramen för uppdraget.

För uppföljning av nära vård och de indikatorer som föreslagits är projektets bedömning att utveckling av föreslagna och redan existerande systematiska datainsamlingarna från primärvården ger mer nytta än att samla in aggregerade data via formulär till regioner och kommuner. Det finns stor potential i att utveckla exempelvis väntetidsdatabasen och PrimärvårdsKvalitet. Men för att kunna följa patienter över vårdnivåer och vårdgivargränser på nationell nivå är det nödvändigt med individdataregister så som den utvidgning av hälsodataregistren som föreslagits av Socialstyrelsen [1].

Projektet ser dock att vissa centrala aggregerade mått ändå skulle kunna bli aktuella att samla in framöver, främst då kanske mått som visar på implementering av reformen så som uppgifter om fast läkarkontakt. Eventuellt skulle redan existerande enkätinsamlingar riktade till befolkningen och medarbetare i vården kunna föreslås att genomföras oftare eller bredare. Det kan exempelvis vara delmängder av sådant som samlas in i IHP-undersökningarna, patientenkäter som avser fler vårdkontakter än enbart med läkare, eller nationell rapportering av utfallen av HMI (Hållbart Medarbetar-Index).

Även om uppdraget främst innebär att ge förslag på indikatorer så kommer frågor om förvaltning komma mer i fokus när uppdraget går mot sitt slut. Det kan röra frågor som: Ska indikatorerna faktiskt uppdateras och presenteras samlat framöver med aktuella data? Ska det gälla ett begränsat antal och hur kan i så fall den avgränsningen se ut? Hur ska förvaltning och tillgängliggörande av data fungera när data sammanställs och ägs av olika organisationer? Även det slutliga förslaget inom ramen för uppdraget kommer att innehålla flera utvecklingsdelar. Merparten av utvecklingsspåren är sådana där projektet kan peka på vilken utveckling som skulle behövas, men där projektet inte själv rör över det faktiska arbetet. En framtida förvaltning av indikatorer innehåller i sig också ett nödvändigt inslag av anpassning och utveckling då exempelvis möjligheter med förbättrad data, förändrade behov eller ny kunskap tillkommer.

Beroende på om urvalet indikatorer verkar relativt stabilt i god tid innan slutrapporteringen kan även ambitionerna höjas angående att uppdatera, beställa och samla ihop data. Detsamma gäller att utveckla presentationer av resultat.

Fortsatta konsultationer kommer också att genomföras för att få in synpunkter på det utvecklade förslaget som presenteras i den här rapporten. Projektet uppmuntrar även och tar gärna emot synpunkter och inspel på förslaget utan att vi själva initierar en formell konsultation. Uppdragets slutgiltiga förslag på indikatorer ska presenteras i augusti 2022.

## Bilaga 2. Socialstyrelsens pågående arbete

### Myndighetens uppdrag att främja omställningen

Socialstyrelsen arbetar samlat med att stödja kommuner och regioner i omställningen och har sedan april 2020 ett flerårigt uppdrag (S2020/03319/FS) på området. Uppdraget delredovisades i mars 2021 i rapporten *Insatser under 2020 för att främja omställningen till en god och nära vård*. Myndighetens insatser utgår från de förändringar som beskrivs i färdplanen för omställningen till en god och nära vård som utvecklades av utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* (S2017:01). Nedan följer en sammanfattning av Socialstyrelsens stöd till omställningsarbetet under år 2020 [6].

#### Stöd till nära vård

Socialstyrelsen bidrar till den kulturförändring som behöver ske för att underlätta omställningen så att vården i högre grad organiseras och bedrivs med utgångspunkt från patientens behov och förutsättningar. Under 2020 har Socialstyrelsen i dialog med intressenter lyft fram myndighetens stöd till omställningen till god och nära vård.

Under pandemin har en del av omställningsarbetet stannat av i kommuner och regioner. Samtidigt har behoven av en förstärkning av den nära vården blivit tydligare och det är angeläget att omställningsarbetet prioriteras framöver. Socialstyrelsen bidrar till den kulturförändring som behöver ske för att underlätta omställningen så att vården i högre grad organiseras och bedrivs med utgångspunkt från patientens behov och förutsättningar. Genom uppföljningen identifieras hinder och styrkor.

#### Stöd till god vård

Kunskapsstyrningen behöver stödja omställningen och ge stöd till att den nära vården ges med goda medicinska resultat. Socialstyrelsen har inlett ett arbete med att stärka den kommunala hälso- och sjukvården och det fortsätter inom ramen för stödet till omställningen till en god och nära vård. Under 2020 har Socialstyrelsen påbörjat arbetet med att ta fram kunskapsstöd för kommunal hälso- och sjukvård med stöd av nationella riktlinjer.

Flera arbeten pågår för att förbättra uppföljningen av den kommunala hälso- och sjukvården. Nya indikatorer har utvecklats för öppna jämförelser och har testats under 2020. En förstudie har inletts för att ta fram en enhetsundersökning för kommunal hemsjukvård som komplement till den enhetsundersökning som genomförs för särskilda boenden. Det kommunala hälso- och sjukvårdsregistret innehåller idag information om vårdåtgärder som ge-

nomförs av legitimerad personal i kommunal regi och data har börjat publiceras på Socialstyrelsens webbplats. En analys av förutsättningarna att inhämta uppgifter även från privata vårdgivare har genomförts och en rapport har lämnats till regeringen.

Socialstyrelsen har beviljats stöd från EU-kommissionen för att stödja kommunerna att utveckla en strategisk styrning och ledning för god kvalitet i hälso- och sjukvården.

## Stöd till samordnad vård och omsorg

Kommuner och regioner har uppmärksammat behovet av att stärka samordningen mellan huvudmän, vårdgivare och mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Under 2020 har Socialstyrelsen tagit fram och publicerat ett Meddelandeblad för att tydliggöra uppdraget som huvudman och verksamhetschef inom kommunal hälso- och sjukvård. En förstudie om samverkan mellan kommuner och regioner har genomförts och pekar på behovet av att ta fram stöd för att underlätta kommunikationen mellan vårdgivare. Arbeta med att ta fram ett sådant stöd har påbörjats.

Socialstyrelsen har initierat en översyn av myndighetens föreskrifter som är av betydelse för omställningen till en god och nära vård. Översynen ska göra det enklare att tillämpa regelverken om samverkan, samordning och upprättande av olika planer. Under 2020 har översynen lett fram till att föreskrifterna (SOSFS 2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutna vård har kunnat upphöra att gälla den 1 januari 2021.

## Stöd till att främja hälsa och förebygga ohälsa

Under 2020 har en förstudie avslutats om hur Socialstyrelsens stöd till rehabilitering kan utvecklas. Stöd till arbete med levnadsvanor genomförs inom ramen för andra regeringsuppdrag. Bland annat har ett stöd för att utveckla arbetet med levnadsvanor tagits fram. Särskilda utbildningsmaterial om äldres levnadsvanor och hälsa har också publicerats.

## Stöd till att göra patienten delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser

Under pandemin har det enligt uppföljningen skett en utveckling i digitala kontaktvägar mellan professioner och med patienter. Socialstyrelsen har genomfört en pilotundersökning under 2020 för att kartlägga erfarenheter av digitala kontaktvägar och vårdmöten.

## Stöd till att göra primärvården till navet i vården och omsorgen

Socialstyrelsen har i juni 2021 redovisat ett arbete med att ta fram stöd till dimensionering av fast läkarkontakt i primärvården. Socialstyrelsen har också tagit fram ett Meddelandeblad om fast läkarkontakt.

## Stöd till kompetensutveckling

Kommuner och regioner har stort fokus på kompetensförsörjningsfrågor. Socialstyrelsen kan bistå genom stöd till kompetensutveckling av chefer

och medarbetare. Under 2020 har Socialstyrelsen publicerat ett stöd för behovsbedömning vid val av hjälpmedel. En utbildning om koder för funktionsförmågor togs fram under 2020 och publicerades i januari 2021. Socialstyrelsen har även tagit fram flera utbildningar om vårdhygien för att möta upp behoven under pandemin.

## Kommunikationsinsatser

Under 2020 har många av de arenor där Socialstyrelsen normalt medverkar påverkats av pandemin. Socialstyrelsen har ändå i viss utsträckning ordnat och medverkat vid digitala konferenser samt poddar.

Ett nytt område för god och nära vård har tagits fram på kunskapssguiden.se.

# Nationella vårdkompetensrådet

## Nationella vårdkompetensrådets uppdrag och verksamhet

Nationella vårdkompetensrådet (även kallat rådet) är ett rådgivande organ som ska bidra till en god planering av vårdens kompetensförsörjning. Rådets uppdrag är att göra bedömningar av kompetensbehoven och att stödja och åstadkomma samverkan om kompetensförsörjningsfrågor på nationell och regional nivå.

Nationella vårdkompetensrådet inrättades på uppdrag av regeringen den 1 januari 2020 och består av representanter från regioner, kommuner, lärosäten, Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet (UKÄ).

Rådet är placerat på Socialstyrelsen med ett tillhörande kansli. Det är Socialstyrelsen som planerar och organiserar rådets arbete, i samråd med UKÄ.

Fr.o.m. den 1 maj 2021 är rådets verksamhet reglerad i förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

Nationella vårdkompetensrådet ska bidra till en god planering av vårdens kompetensförsörjning genom att

1. göra samlade bedömningar av kompetensförsörjningsbehoven baserade på tillgängliga kunskapsunderlag och tillgängliggöra sammanställningar av kunskapsunderlag,
2. stödja beslutsfattare och andra berörda aktörer på nationell och regional nivå i frågor av betydelse för kompetensförsörjningen när det gäller hälso- och sjukvårdspersonal,
3. åstadkomma samverkan mellan och föra dialog med berörda aktörer, och
4. stödja de sjukvårdsregionala råden.

Nationella vårdkompetensrådet har beslutat om tre övergripande målområden för rådets verksamhet för åren 2020 till 2022:

1. Nationellt samordna och främja samverkan om kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården på nationell och regional nivå
2. Främja en kunskapsbaserad kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården
3. Ge berörda aktörer tillgång till en samlad och kvalitetssäkrad bild av nuvarande och framtida kompetensförsörjningsbehov

I rådets verksamhetsplan för 2021 har ovan nämnda mål konkretiserats i form av prioriterade aktiviteter<sup>47</sup>. Bland annat ska rådet under 2021 följa upp etableringen av sex sjukvårdsregionala råd, arbeta för att stärka samordningen av verksamhetsförlagd utbildning och klinisk praktik, främja fler

---

<sup>47</sup> Rådets verksamhet ([nationellavardkompetensradet.se](http://nationellavardkompetensradet.se))

forskarutbildade i vården, utveckla statistikflöden för läkare och andra yrkesgrupper samt fortsätta att följa analysera och ge förslag på åtgärder med koppling till coronapandemin.



## Bilaga 3. Redovisningsstruktur RSS

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att följa regioners och kommuners arbeten inom ramen för överenskommelsen om God och nära vård 2020 – en omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården (S2019/03056/FS, S2020/03319/FS). Kommunerna har genom de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) tilldelats medel för utvecklingsområdet goda förutsättningar för vårdens medarbetare, medlen kan också användas för att stödja omställningen till den nära vården. Redovisningen ska göras av RSS i respektive län för de medel som avsatts till kommunerna.

Detta dokument är ett underlag med frågor för att underlätta redovisning av utveckling som skett och aktiviteter som genomförts inom ramen för överenskommelsen. Beskriv uppnådda resultat samt påbörjade och genomförda åtgärder inom respektive område. Som stöd för redovisning kan bifogad Excel-mall användas.

I redovisningen ska jämställdhetsperspektivet belysas där så är lämpligt och det ska framgå hur insatserna bidragit till det jämställdhetspolitiska delmålet jämställd hälsa.

Redovisningen skickas till omställningen@socialstyrelsen.se **senast den 31 mars 2021**.

För eventuella frågor vänd er till omställningen@socialstyrelsen.se.

Med utgångspunkt i regioner och kommuners redovisningar samt kompletterande datainsamling kommer Socialstyrelsen utarbeta en rapport som lämnas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 30 augusti 2021.

### Allmänna insatser för att stödja omställningen till nära vård

Om kommunen genomfört insatser för omställningen till en nära vård kan dessa redovisas.

Redogör för insatser inom utvecklingen av den nära vården med fokus på primärvården utifrån uppnådda resultat samt påbörjade och genomförda åtgärder.

### Goda förutsättningar för vårdens medarbetare

*En ändamålsenlig kompetensförsörjning för omställningen till en nära vård*

Hur har kommunen arbetat för att stödja en ändamålsenlig kompetensförsörjning för omställningen till en nära vård?

Exempel på insatser inom detta område är att arbeta för att det finns medarbetare med kompetens för den vård som bedrivs samt att medarbetarna arbetar tillsammans på ett optimalt sätt, utveckling för teamet och för respektive yrkesroll, främjande av interprofessionella arbetssätt och goda lärandemiljöer.

#### *Utveckla förutsättningarna på arbetsplatsen*

Hur har kommunen arbetat med att stärka och utveckla goda förutsättningar på arbetsplatsen för medarbetarna?

Exempel på insatser inom detta område är hälsofrämjande och hållbar arbetsmiljö, stärkta förutsättningar för ledarskapet, rätt använd kompetens utifrån ett personcentrerat och hälsofrämjande arbetssätt.

#### *Utbilda vårdens framtida medarbetare*

Hur arbetar kommunen med att utbilda vårdens framtida medarbetare?

Exempel på insatser inom detta område är stärkt kompetensutveckling, utvecklade förutsättningar för verksamhetsintegrerat lärande i primärvården, utveckla utbildnings- och handledarkapaciteten och tillvarata kompetens hos personer med utländsk utbildning.

#### *Hur har medel använts länsgemensamt exempelvis med stöd av RSS?*

Beskriv hur medel inom överenskommelsen har använts länsgemensamt?

#### *Hur har covid-19 påverkat arbetet med omställningen*

Hur har covid-19 påverkat arbetet med omställningen till en mer nära vård?

Hur har covid-19 påverkat arbetet med goda förutsättningar för vårdens medarbetare?

## Bilaga 4. Kompletterande frågor till kommunerna

4. Har ni ett beslut om samverkan mellan kommun och region när det gäller omställningen till en nära vård?

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

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

Ja/nej

- Om nej på fråga 2

6. Arbetar ni tillsammans med regionen med att ta fram en målbild för hur omställningen till en nära vård ska gå till?

Ja/nej

## Bilaga 5. Redovisningsstruktur regionerna

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att följa regioners och kommuners arbeten inom ramen för överenskommelsen om God och nära vård 2020 – en omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården (S2019/03056/FS, S2020/03319/FS).

Detta dokument är ett underlag med frågor för att underlätta redovisning av utveckling som skett och aktiviteter som genomförts inom ramen för överenskommelsen. I redovisningen ska jämställdhetsperspektivet belysas där så är lämpligt och det ska framgå hur insatserna bidragit till det jämställdhetspolitiska delmålet jämställd hälsa.

Beskriv uppnådda resultat samt påbörjade och genomförda åtgärder inom respektive område. Som stöd för redovisning kan bifogad Excel-mall användas.

Redovisningen skickas till omställningen@socialstyrelsen.se **senast den 31 mars 2021**.

För eventuella frågor vänd er till omställningen@socialstyrelsen.se.

Med utgångspunkt i regioner och kommuners redovisningar samt kompletterande datainsamling kommer Socialstyrelsen utarbeta en rapport som lämnas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 30 augusti 2021.

## Utveckling av den nära vården med fokus på primärvården

- Beskriv den övergripande utvecklingen av den nära vården i länet
- Beskriv hur ert stöd till omställningsarbetet sett ut
- Beskriv utvecklingen av tillgängligheten i primärvården
- Beskriv utvecklingen av och stödet för ökad kontinuitet och relations-  
skapande åtgärder i primärvårdens patientkontakter med särskilt fokus på  
fast vårdkontakt och fast läkarkontakt.
- Beskriv utvecklingen av och stödet för personcentrerad hälso- och sjuk-  
vård.
- Beskriv utvecklingen av införandet av patientkontrakt, exempelvis hur  
planering för uppföljning samt information och utbildning till personal  
och invånare sker
- Beskriv insatser och resultat utifrån de särskilda insatsområdena som be-  
skrivs i överenskommelsen
- Hur har samverkan mellan regioner och kommuner utvecklats?
- Redogör för hur samordningen inom och mellan vårdgivare utvecklats
- Vilka insatser har regionen vidtagit i syfte att minska undvikbar sluten-  
vård? (med särskilt fokus på patienter med kroniska sjukdomar)
- Hur följer regionen själv upp och mäter effekter av de genomförda insat-  
serna som syftar till att minska undvikbar slutenvård?
- Ändamålsenligt resursutnyttjande för omställningen, exempelvis åtgär-  
der för överföring och utveckling av kompetensstöd, utbildning och  
forskning
- Redogör för hur privata verksamheter med offentlig finansiering invol-  
verats i arbetet med omställningen till en mer nära vård. Ge gärna exem-  
pel
- Hur har regionen arbetat med hälsofrämjande och preventiva insatser?

Vänligen uppdatera nedanstående tabell för regionen som presenteras i So-  
cialstyrelsens rapport *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård –  
utvecklingen i regioner och kommuner och uppföljning av överenskommel-  
sen En investering för utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare.*  
Tabellen finns på sida 23–26 i rapporten. Se separat dokument som bifogats  
där regionen kan uppdatera tabellen.

### Inriktningsdokument för en mer nära vård

Regionernas inriktningsdokument för en mer nära vård.

Region	Regionens inrikt- ningsdokument	Politiskt beslut	Inriktningsdokument för region och kommu- ner
xxxx	xxxx	Xxxxx	xxxxx

## Ökad tillgänglighet i barnhälsovården

- Beskriv den övergripande utvecklingen av barnhälsovårdens arbete för jämlik hälsa hos barn 0-6 år i regionen
- Beskriv arbete som genomförts för att bidra till
  - ökad tillgänglighet för grupper med högre risk för sämre hälsa och tandhälsa på grund av socioekonomisk utsatthet, exempelvis genom utökade hembesöksprogram eller annan uppsökande verksamhet
  - ökad eller bibehållen vaccinationstäckning
  - ökad samverkan mellan barnhälsovården och andra aktörer

## Goda förutsättningar för vårdens medarbetare

- Beskriv övergripande utveckling av goda förutsättningar för vårdens medarbetare
- Beskriv arbete som genomförts för att bidra till
  - en ändamålsenlig kompetensförsörjning för omställning till en nära vård
  - att utveckla förutsättningarna på arbetsplatsen
  - utbilda vårdens framtida medarbetare

## Insatser inom ramen för Vision e-hälsa 2025

- Beskriv övergripande det pågående arbetet med e-hälsa och digitalisering. I detta ingår att ge exempel på eventuella nya tjänster eller funktionaliteter inom e-hälsoområdet som har implementerats under året
- Beskriv vilka särskilda insatser som genomförts under 2020 för att bidra till
  - en strukturerad vårdinformation och tillämpning av standarder
  - att stärka arbetet med informationssäkerhet

## Hur har covid-19 påverkat arbetet med omställningen

Hur har covid-19 påverkat arbetet med omställningen till en mer nära vård?

Hur har covid-19 påverkat arbetet med goda förutsättningar för vårdens medarbetare?

## Bilaga 6. Finansiell styrning av omställningen till en mer nära vård – exempel

Hur finansiell styrning används för att bidra till omställningen till en mer nära vård – exempel

Tabell 1 - Exempel resurssättning

Exempel	Syfte	Fördel	Nackdel	Exempel på tillämpning i praktiken
<b>Särskilda medel för finansiering av nära vårdinitiativ</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Möjliggöra genomförande av nära vård-initiativ</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Kan fungera som katalysator för att genomföra initiativ (när de inte behöver konkurrera med ordinarie verksamhet om resurser)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Komplicerar potentiellt prioritering mellan inledda initiativ och annan verksamhet i de fall initiativ ska permanentas eller breddas, införas,</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Mobil röntgen i Region Östergötland<sup>1</sup></li><li>Hälsorum i Slussfors – provtagning och distanskontakt med vården<sup>1</sup></li><li>Glesbygdsmedicinska centra i såsom Storuman och Vilhelmina<sup>2</sup></li><li>Mobila team i till exempel Västra Götalandsregionen<sup>3</sup> och Region Skåne<sup>4</sup></li></ul>

Källa: <sup>1</sup>Digifysiskt vårdval (SOU 2019:32).; <sup>2</sup>Effektiv vård SOU (2016:2).; <sup>3</sup>Mobil närvård VGR; <sup>4</sup>Mobilt team, Vårdsamverkan Skåne; Lumell Associates-analys

**Tabell 2 - Exempel resursfördelning**

Exempel	Syfte	Fördel	Nackdel	Exempel på tillämpning i praktiken
<b>Utökade resurser till primärvården</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Öka primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens totala resurser</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ger primärvården stärkta förutsättningar att hantera ett utökat uppdrag</li> <li>• Signalerar att primärvården är en central del i omställningen till en mer nära vård</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Att utöka resurser behöver inte innebära att patientflöden påverkas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exempelvis Region Skåne (0,4 % av total hälso- och sjukvårdsbudget)<sup>1</sup>, Region Stockholm (3 % av primärvårdsbudget 2021)<sup>2</sup> och Region Östergötland (1,6 % av primärvårdsbudget)<sup>3</sup> har utökat resurser</li> </ul>
<b>Samordning av resurser mellan vårdformer och/eller huvudmän</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Skapa förutsättningar för samverkan och effektivt resursutnyttjande</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisatoriska gränser mellan huvudmän minskar och gemensamt arbete underlättas genom en ökad samverkan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan medföra otydlig gränsdragning mellan huvudmän inom samarbetet och svårigheter att skilja mellan kommuners och regioners betalningsansvar<sup>4</sup></li> <li>• Oklara effekter på kostnader som både kan öka och minska (exempel från TioHundra i Norrtälje)<sup>5</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Norrtälje med Norrtäljedellen/ TioHundra – samverkan mellan kommun och region<sup>5</sup></li> <li>• Närvård Skaraborg – samfinansiering kommun/region<sup>6</sup></li> <li>• Närvårdssamverkan Uppsala – samverkan kommun/region<sup>7</sup></li> <li>• Hälsostaden Ängelholm<sup>8</sup></li> <li>• Vårdcentrum i Finspång<sup>9</sup></li> </ul>

Källa: <sup>1</sup>Region Skånes verksamhetsplan och budget 2021; <sup>2</sup>En stark region i en osäker tid – Budget 2021 för Region Stockholm; <sup>3</sup>Satsningar på primärvård och psykiatri, Region Östergötland 2021; <sup>4</sup>Från två till TioHundra – Utvärdering av Norrtäljeprojektets genomförande, effekter och ekonomiska utfall Medica Management Centrum (MMC), 2011; <sup>5</sup>En vetenskaplig utvärdering av TioHundraprojektet - Uppdrag, sammanfattning och alternativa scenarier, 2011; <sup>6</sup>Närvården i Västra Skaraborg, HCM, 2013; <sup>7</sup>Närvårdssamverkan i Uppsala län <sup>8</sup>Läkartidningen 2016; <sup>9</sup>Vårdcentrum i Finspång, Region Östergötland; Lumell Associates-analys



**Tabell 3 - Exempel ersättningsmodell**

Exempel	Syfte	Fördel	Nackdel	Exempel på tillämpning i praktiken
<b>Besöksersättning för digitala vårdkon-takter i primärvården</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Skapa effektivare arbetssätt och erbjuda mer nära vård för patienten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kan åstadkomma skillnad på kort sikt, utan att vara beroende av ändringar inom andra delar av systemet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behöver användas för situationer där det sannolikt inte finns behov av fysisk undersökning för att minska risken för uppföljande besök av samma orsak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>5 av 21 regioner har besöksersättning<sup>1</sup>, exempelvis Region Stockholm för videobesök<sup>2</sup>, Region Västerbotten för digitala vårdbesök<sup>3</sup></li> </ul>
<b>Mårelaterad ersättning till primärvårdsenheter utifrån täckningsgrad*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Skapa drivkraft för vårdgivare som ersätts med kapitering att ha god tillgänglighet och ta helhetsansvar för patient</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kan åstadkomma skillnad på kort sikt, utan att vara beroende av ändringar inom andra delar av systemet</li> <li>Minskar potentiellt antalet remitteringar där det inte finns uppenbara behov</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risk för incitament att inte remittera vidare</li> <li>Risk för incitament att prioritera lättare patienter för att höja täckningsgrad</li> <li>Svårt för vårdgivare att fullt ut påverka vart listade patienter söker sig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>I 10 av 21 regioner till primärvården<sup>3</sup>, exempelvis region Norrbotten, region Stockholm och region Västerbotten<sup>3, 4</sup></li> </ul>
<b>Mårelaterad ersättning till primärvårdsenheter med låg andel akutbesök inom specialiserad vård</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Skapa drivkraft för vårdgivare att ha god tillgänglighet och ta helhetsansvar för patient</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kan åstadkomma skillnad på kort sikt, utan att vara beroende av ändringar inom andra delar av systemet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risk för incitament att inte remittera patienter till specialistakuten från primärvården</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Region Skåne – 20 miljoner fördelas till den tredje delen vårdcentraler med minst akutbesök, och 10 miljoner till den mellersta tredjedelen<sup>5</sup></li> </ul>
<b>Ersättning för utökade öppettider i primärvården</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Öka tillgängligheten i primärvården</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kan åstadkomma skillnad på kort sikt, utan att vara beroende av ändringar inom andra delar av systemet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utökade öppettider betyder inte per automatik att patientflöden påverkas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>5 av 21 regioner ersätter utökade öppettider<sup>1</sup>, exempelvis Region Stockholm<sup>2</sup> och Region Skåne<sup>5</sup></li> </ul>
<b>Produktionsbaserad ersättning till primärvårdsenheter för samverkan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Skapa drivkraft att genomföra vissa samverkansaktiviteter (exempelvis genomförda SIP)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kan åstadkomma skillnad på kort sikt, utan att vara beroende av ändringar inom andra delar av systemet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risk för incitament att aktiviteter genomförs utan att verkliga behov finns</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>7 av 21 regioner ersätter exempelvis särskilt för genomförd SIP<sup>1</sup>, exempelvis Region Skåne<sup>6</sup> och Region Stockholm<sup>2</sup></li> </ul>

Not: \*Andel besök i primärvården av totala antalet öppenvårdsbesök

Källa: <sup>1</sup>Förfrågningsunderlag för primärvården för samtliga regioner; <sup>2</sup>Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård, Region Stockholm 2021; <sup>3</sup>Ersättningsmodell 2021, Hälsoval Västerbotten; <sup>4</sup>Digifysiskt vårdval SOU 2019:42; <sup>5</sup>Förfrågningsunderlag och Avtal för Vårdcentral i Hälsoval Skåne 2021; <sup>6</sup>Uppdrag egen regi 2020, Region Skåne; Lumell Associates-analys

**Tabell 4 - Exempel ersättningsnivå**

Exempel	Syfte	Fördel	Nackdel	Exempel på tillämpning i praktiken
<b>Höjd ersättningsnivå till primärvårds-enheter i glesbygdsområden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Möjliggöra etablering av verksamhet i områden med begränsat nära vårdutbud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kan åstadkomma skillnad på kort sikt, utan att vara beroende av ändringar inom andra delar av systemet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kan vara svårt med gränsdragning till områden med normal ersättning</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>13 av 21 regioner har glesbygdstilllägg<sup>1</sup>, exempelvis Region Västerbotten, Region Norrbotten och Region Jämtland Härjedalen<sup>2,3,4</sup></li> </ul>
<b>Höjd ersättningsnivå till primärvårds-enheter som har patienter inskrivna i mobila team</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kompensera utförare för extra insatser till patienter som är inskrivna i mobila vårdteam</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kan åstadkomma skillnad på kort sikt, utan att vara beroende av ändringar inom andra delar av systemet</li> <li>Motverkar selektion av mindre vårdtunga patienter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avsaknad av tydliga kriterier för inskrivning i mobila vårdteam kan potentiellt leda till omotiverat ökade kostnader</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Region Skåne<sup>5</sup></li> </ul>

Källa: <sup>1</sup>Digifysiskt vårdval (SOU 2019:42); <sup>2</sup>Ersättningsmodell 2021, Hälsoval Västerbotten; <sup>3</sup>Ersättning vårdval primärvård 2021, Region Norrbotten; <sup>4</sup>Förfrågningsunderlag 2021 Hälsoval Region Jämtland Härjedalen; <sup>5</sup>Förfrågningsunderlag och Avtal för Vårdcentral i Hälsoval Skåne, 2021; Lumell Associates-analys

**Tabell 5 - Exempel kostnadsansvar**

Exempel	Syfte	Fördel	Nackdel	Exempel på tillämpning i praktiken
<b>Borttaget kostnadsansvar i primärvården för viss service och utredning för att undvika remisser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reducera barriärer för att erbjuda behandling och genomföra utredningar inom primärvården</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kan leda till minskad remittering mellan vårdenheter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Riskerar att öka kostnader för regionen om åtgärd ej kompletteras av kostnadstak eller andra begränsningar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ej fullt kostnadsansvar för medicinsk service i följande regioner: Gotland, Halland, Kalmar, Norrbotten, Skåne, Stockholm, Värmland, Västra Götaland och Örebro<sup>1</sup></li> </ul>
<b>Kostnadsansvar i primärvården för de egna patienternas besök till närakut</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Skapa incitament för ökad tillgänglighet i primärvården</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kan leda till minskade hänvisningar till närakut</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kan potentiellt medföra snedvridande incitament att hänvisa patienter till somatisk akutmottagning framför närakut</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Region Stockholm där vårdcentralen får avdrag på 100 kr per ytterligare besök om andelen besök till närakut i förhållande till listat antal patienter överstiger 0,2<sup>2</sup></li> </ul>
<b>Förändrat kostnadsansvar för att öka samverkan – genom minskat antal frist dagar innan kommuners betalningsansvar för utskrivningsklara patienter inträder</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Skapa incitament för att utskrivningsklara patienter inte ska stanna kvar på sjukhus när de är färdigbehandlade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kan öka incitament för samverkan mellan region och kommun</li> <li>Kommuner får incitament att vidareutveckla arbetsätt och utbud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Riskerar att medföra ökade kostnader för kommuner om de inte klarar att ta hem utskrivningsklara patienter tidigare.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alla regioner utifrån Lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård</li> </ul>

Källa: <sup>1</sup>Digifysiskt vårdval (SOU 2019:42); <sup>2</sup>Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård, Region Stockholm 2021; Lumell Associates-analys

**Tabell 6 - Exempel ekonomiska incitament**

Exempel	Syfte	Fördel	Nackdel	Exempel på tillämpning i praktiken
<b>Ingen/lägre patientavgift för primärvård</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Skapa incitament för invånare att söka nära vård i första hand</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Minskar relativ kostnad för primärvården i jämförelse med annan vård</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kan medföra ett omotiverat ökat söktryck till nära vård som är svårt att finansiera</li> <li>Osäkert om åtgärden medför effekt på patientflöden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Region Sörmland avskaffade patientavgift i primärvård 2017, nu återinfört<sup>1,2</sup></li> </ul>
<b>Lägre patientavgift på vårdcentral där patienten är listad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Skapa incitament för invånare att söka vård där de är listade i första hand</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uppmuntrar aktivt till listning och att patienter söker vård där de är listade</li> <li>Effektiviserar resursutnyttjande om debiteringar minskar mellan vårdenheter som har kostnadsansvar för listade patienters vårdkonsumtion i andra delar av öppenvården</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medför högre kostnader för olistade patienter än andra</li> <li>Patienter som är listade vid vårdcentraler med låg tillgänglighet kan påverkas negativt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lägre patientavgift vid besök på listad vårdcentral i VGR<sup>3</sup></li> </ul>

Källa: <sup>1</sup>Patientavgifter i hälso- och sjukvården 2021, SKR; <sup>2</sup>Patientavgifterna tillbaka i Sörmland, Läkartidningen 2019; <sup>3</sup>Patientavgiftshandboken 2021, VGR; Lumell Associates-analys

## Tänkbar utveckling av den finansiella styrningen för att bidra till omställningen till en mer nära vård – exempel

Under den särskilda uppföljningen har företrädare för regioner och kommuner lyft exempel på hur finansiell styrning skulle kunna användas för att bidra till omställningen till en mer nära vård.

**Tabell 7 - Översikt tänkbara exempel på finansiell styrning för en mer nära vård**

Finansiell styrning		Riktad till:		
	Åtgärd	Sluten-vård på sjukhus <sup>1</sup>	En mer nära vård <sup>2</sup>	Sam-verkan <sup>3</sup>
<b>System och struktur</b>				
Resurs-sätt-ning	Fortsatt användning av särskilda medel till nära vård-initiativ		●	
Resursför-delning	Omfördelning av resurser från slutenvård till mer nära vård		●	
	Utvecklade former för samordning av resurser mellan vårdformer och/eller huvudmän			●
<b>Utförare</b>				
Ersättnings-modell	Minskad grad av detaljstyrning i primärvårdens ersättningsmodeller		●	
	Utveckling av slutenvårdens ersättningsmo-deller för att skapa incitament och reducera hinder att bidra till omställningen	●		
	Matchning av incitament för olika vårdformer och -nivåer*		●	
	Utveckling av ersättningsmodeller för hälso-främjande insatser i primärvården		●	
	Nationellt enhetliga ersättningar för primärvården		●	
Ersättnings-nivå	Utveckling av ersättningsnivåer som inte ger in-citament att prioritera särskild teknik eller kon-taktform		●	
	Avveckling av ersättningsnivåer som ger högre ersättning för patienter om de inte är listade vid mottagningen eller inte bor i det egna lä-net		●	
	Utveckling av DRG-systemet så att det inte ger snedvridning mot slutenvård, vid uppföljning av produktivitet	●		
Kostnads-ansvar	Utveckling av formerna för kostnadsansvar för medicinsk service och läkemedel		●	
	Införande av kostnadsansvar för primärvården, för vård som utförs av exempelvis akutmottag-ning men kunnat utföras av primärvården		●	
<b>Invånare</b>				
Ekonomiska incitament	Minskad patientavgift vid akutmottagning eller i specialiserad vård för de som först sökt den nära vården	●		

Not: Förklaring av kategorierna i tabellen: <sup>1</sup>Slutenvård på sjukhus – avser åtgärder som huvudsakligen riktas till att direkt påverka patientflöden till och från slutenvård på sjukhus; <sup>2</sup>En mer nära vård – avser åtgärder som huvudsakligen riktas till att stärka förutsättningarna för den nära vården, exempelvis regional primärvård eller kommunal vård och omsorg; <sup>3</sup>Samverkan – avser åtgärder som huvudsakligen riktas till att skapa incitament för samverkan. \*Matchning med finansiell styrning behöver riktas på samma sätt till alla tre kategorier (slutenvård på sjukhus, en mer nära vård och samverkan) och det nära målet med matchning är en omställning till en mer nära vård.

**Tabell 8 - Tänkbara exempel på resursfördelning\***

Exempel	Syfte	Fördel	Nackdel
<b>Omfördelning av resurser från slutenvård till mer nära vård</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Öka den nära vårdens andel av hälso- och sjukvårdens totala resurser</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ger den nära vården stärkta förutsättningar att hantera ett utökat uppdrag</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Att omfördela resurser behöver inte innebära att patientflöden påverkas</li> </ul>
<b>Utvecklade former för samordning av resurser mellan vårdformer och/eller huvudmän</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Skapa förutsättningar för samverkan och effektivt resursutnyttjande</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisatoriska gränser mellan huvudmän minskar och gemensamt arbete underlättas genom en ökad samverkan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan medföra svårigheter att skilja mellan kommuners resp. regioners betalningsansvar<sup>1</sup></li> <li>• Oklara effekter på kostnader som både kan öka och minska (exempel från TioHundra i Norrtälje)<sup>2</sup></li> </ul>

Not: \*Utvecklingsexempel framtagna och grupperade utifrån vad som framkommit i intervjuer samt litteraturstudier. Källa: <sup>1</sup>Från två till TioHundra – Utvärdering av Norrtäljeprosjektets genomförande, effekter och ekonomiska utfall Medical Management Centrum (MMC), 2011; <sup>2</sup>En vetenskaplig utvärdering av TioHundraprojektet - Uppdrag, sammanfattning och alternativa scenarier, 2011; Lumell Associates-analys

**Tabell 9 - Tänkbara exempel på förändrad ersättningsmodell\***

Exempel	Syfte	Fördel	Nackdel
<b>Minskad grad av detaljstyrning i primärvårdens ersättningsmodeller</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Underlätta för verksamheter göra lokala anpassningar och prioriteringar utifrån behov</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Minskar risken för snedvridande incitament och undanträngningseffekter från specifika ersättningar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risk finns för otydlig styrning och att omställning inte genomförs</li> <li>Inga tydliga incitament att ta helhetsansvar för patient</li> <li>Inga tydliga incitament för att producera mer vård</li> </ul>
<b>Utveckling av slutenvårdens ersättningsmodeller för att skapa incitament och reducera hinder att bidra till omställningen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Skapa möjligheter för slutenvården att ställa om till en mer nära vård</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kan öka slutenvårdens bidrag i omställningsarbetet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ökad detaljstyrning genom slutenvårdens ersättningsmodeller kan potentiellt skapa snedvridande incitament</li> </ul>
<b>Matchning av incitament för olika vårdformer och -nivåer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Skapa positiva incitament för alla inblandade parter att ställa om till en mer nära vård</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ökar sannolikhet att önskade förändringar får genomslag om flera parter har incitament att bidra till förändringen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>I de fall snedvridande incitament finns kan sådana förstärkas om liknande incitament finns i flera delar av hälso- och sjukvården</li> </ul>
<b>Utveckling av primärvårdens ersättningsmodeller för hälsofrämjande insatser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Skapa drivkrafter för att arbeta mer hälsofrämjande samt för att genomföra insatser där positiva effekter uppstår i andra delar av systemet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ett utvecklat hälsofrämjande arbete har potential att påverka patientflöden genom att på lång sikt minska behovet av specialiserad sjukhusvård och slutenvård</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Små effekter på kort sikt</li> <li>Osäkert om behovet av hälso- och sjukvård påverkas av åtgärden då hälsoutfall påverkas av en rad andra faktorer</li> <li>Riskabelt att utforma en finansiell styrning som styr mot icke-produktion</li> </ul>
<b>Nationellt enhetliga ersättningar för primärvården</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Skapa bättre förutsättningar för planering av vård genom långsiktighet och underlätta etablering i olika regioner</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Förenklar för vårdgivare att bedriva verksamhet inom flera regioner</li> <li>Minska administration och förbättra planeringsförutsättningar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Minskar regionernas möjlighet att anpassa utformningen utifrån regionala preferenser och behov</li> </ul>

Not: \*Utvecklingsexempel framtagna och grupperade utifrån vad som framkommit i intervjuer samt litteraturstudier.

Källa: Lumell Associates-analys

**Tabell 10 - Tänkbara exempel på ändrad ersättningsnivå\***

Exempel	Syfte	Fördel	Nackdel
<b>Utveckling av ersättningsnivåer som inte ger incitament att prioritera särskild teknik eller kontaktform</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Minska incitament att prioritera viss teknik eller kontaktform</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ger utförare frihet att själva bestämma vilken kontaktform som passar bäst vid varje tillfälle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Om det finns inslag av besöksersättning i ersättningsmodellen: svårt med gränsdragningar kring vilka typer av kontakter som ska motivera ersättning, exempelvis chatt</li> </ul>
<b>Avveckling av ersättningsnivåer som ger högre ersättning för patienter om de inte är listade vid mottagningen eller inte bor i det egna länet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Minska incitament att prioritera patienter som inte är listade hos dem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kan leda till mer effektivt resursutnyttjande</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Svårt att beräkna fram en korrekt ersättning för besök vid mottagning där patienter inte är listade eftersom den listade mottagningen normalt får en del av besökskostnaden redan i kapiteringen</li> </ul>
<b>Utveckling av DRG-systemet så att det inte ger snedvridning mot slutenvård, vid uppföljning av produktivitet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Att slutenvård inte ska prioriteras för att det ger högre DRG-poäng</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reducerar finansiella barriärer som kan gå emot omställningen till en mer nära vård</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Om för liten skillnad, potentiellt incitament för att genomföra insatser i öppenvård även om slutenvård är medicinskt motiverat</li> </ul>

Not: \*Utvecklingsexempel framtagna och grupperade utifrån vad som framkommit i intervjuer samt litteraturstudier.  
Källa: Lumell Associates-analys

**Tabell 11 – Tänkbara exempel på ändrat kostnadsansvar\***

Exempel	Syfte	Fördel	Nackdel
<b>Utveckling av formerna för kostnadsansvar för medicinsk service och läkemedel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reducerar barriärer för att erbjuda behandling och genomföra utredningar inom primärvården, med bibehållen kostnadskontroll</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kan leda till minskad remittering mellan vårdenheter</li> <li>Skapar incitament för att ta helhetsansvar för patienten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risk finns att patienter remitteras för sent till specialistvård</li> </ul>
<b>Införande av kostnadsansvar för primärvården, för vård som utförs av exempelvis akutmottagning men kunnat utföras av primärvården</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Skapa incitament för i) ökad tillgänglighet till primärvården för primärvårdstillstånd samt ii) för helhetsansvar kring patient</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kan leda till minskade kostnader för regioner men samtidigt ett ekonomiskt incitament då en hög tillgänglighet och kontinuitet inte medför utbetalning av målrelaterad ersättning till primärvården</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Potentiellt svårt för primärvården att påverka patienters sökmönster, exempelvis om 1177 rekommenderar patienten att söka annan vård än primärvård eller om besök sker vid en tid på dygnet då primärvården inte är öppen</li> </ul>

Not: \*Utvecklingsexempel framtagna och grupperade utifrån vad som framkommit i intervjuer samt litteraturstudier.  
Källa: Lumell Associates-analys

**Tabell 12 – Tänkbara exempel på utveckling av ekonomiska incitament\***

Exempel	Syfte	Fördel	Nackdel
<b>Minskad patientavgift vid akutmottagning eller i specialiserad vård för de som först sökt den nära vården</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Öka möjligheten för korrekt triagering</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Skapa incitament för invånare att söka nära vård i första hand Tydliggör att den nära vården är den primära vårdnivån för invånaren</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kan medföra att patienter som behöver sjukhusvård väljer annan vård i första hand.</li></ul>

Not: \*Utvecklingsexempel framtagna och grupperade utifrån vad som framkommit i intervjuer samt litteraturstudier.  
Källa: Lumell Associates-analys



# Bilaga 7. Intervjuguide finansiell styrning

## Intervjuguide Regionföreträdare

Omställning till en mer nära vård

Vad är centrala initiativ i regionens/ert arbete med att ställa om till en mer nära vård?

Vilka patientflöden har ni riktat in er på i omställningsarbetet till en mer nära vård?

Har ni andra tankar/idéer kring hur man skulle kunna ställa om till en mer nära vård och i så fall vilken typ av vård och för vilka patientgrupper? Exempelvis annan typ av vård som inte görs idag eller liknande vård som idag fast som erbjuds på ett annat sätt?

Styrning

Vilka styrmekanismer har ni använt/planerat att använda för att få till en omställning till en mer nära vård och i så fall hur? Exempelvis finansiell styrning, uppdragsstyrning, kunskapsstyrning.

Fördjupningsfrågor kring finansiell styrning

Har ni ändrat/planerat att ändra den finansiella styrningen för att bidra till omställningen till en mer nära vård, både för hälso- och sjukvården generellt samt specifikt mellan öppen och slutenvård?

Hur påverkar er generella finansiella styrning omställningen till en mer nära vård?

Hur skulle den finansiella styrningen kunna utvecklas för att bidra till omställningen till en mer nära vård?

Hur påverkar er nuvarande finansiella styrning flödet mellan slutenvård på sjukhus och vård som ges utanför slutenvården/i öppenvården?

Vilka andra faktorer krävs för att möjliggöra omställningen till en mer nära vård?

Avslutande frågor

Känner ni till goda exempel på finansiell styrning i riktning mot en mer nära vård?

## Intervjuguide kommunföreträdare

Omställning till en mer nära vård

Hur arbetar kommunen med omställningen till en mer nära vård? På egen hand eller i samverkan med regionen? Vad är centrala initiativ i ert arbete?

Hur påverkas kommunen av pågående omställningsarbetet mot mera nära vård i regionen?

Utifrån kommunens ansvarsområden – finns exempel på förändringar som skulle kunna bidra till att patienter som idag får vård inom slutenvården på sjukhus istället erhåller den genom mer nära vård?

- Har ni andra förslag på hur hälso- och sjukvården som bedrivs i regionens regi skulle kunna arbeta annorlunda för en omställning till mer nära vård?
- Vad man skulle kunna göra genom samverkan mellan region och kommun?

Finansiell styrning

Förändringar kring betalningsansvaret utifrån lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård är ett exempel på finansiell styrning.

- Finns det någon annan finansiell styrning för er egen verksamhet eller utifrån avtal med andra som påverkar patientflöden till och från slutenvård på sjukhus?
- Hur påverkar regionens finansiella styrning patientflöden till och från slutenvård på sjukhus?

Hur skulle den finansiella styrningen kunna utvecklas för att bidra till omställningen till en mer nära vård?

Vilka andra faktorer krävs för att möjliggöra omställningen till en mer nära vård?

Avslutande frågor

Känner ni till goda exempel på finansiell styrning i riktning mot en mer nära vård?

# Bilaga 8. Intervjuguide digitala vårdtjänster

Intervjuguide gällande regionernas arbete med digital vård i primärvården.

Tema 1. Strategi för digitala vårdbesök

Hur påverkar arbetet med omställningen till en mer nära vård arbetet med att erbjuda digitala vårdbesök i primärvården? (Är digitala vårdbesök en uttalad del av regionens strategi till en mer nära vård?)

- Finns en uttalad målsättning och riktlinjer inom regionen angående i vilken utsträckning digitala vårdbesök ska erbjudas i primärvården? (i förhållande till fysiska besök, hembesök)

Hur informeras och utbildas allmänheten och patienter om möjligheten till digitala vårdbesök?

- Vilken roll spelar 1177 vårdguiden i att styra mot digitala vårdbesök?

Är vissa patientgrupper, a) geografiskt, b) demografiskt eller c) grupper med särskilda behov utpekade som särskilda målgrupper för digitala vårdbesök i er region?

Tema 2. Tillgänglighet till möten/besök i primärvården

Hur och via vilka vägar eller ingångar kan patienterna få ett digitalt vårdbesök?

Hur tillgängliggörs digitala vårdbesökstider för patienter i regionen?

- Styr patienten till den vårdcentral patienten är listad på?

Finns regionala riktlinjer som styr för vilken tid på dygnet som digitala vårdbesök kan ske?

Finns möjlighet att boka stöd i form av tolk etc. som digitalt kan närvara i form av ett trepartssamtal?

Erbjuds digitala vårdbesök som trepartssamtal (för anhörig, eller annan vårdgivare/huvudman att samtidigt delta)?

Finns planer på att använda trepartssamtal (digitala konferenser) med andra berörda parter, exempelvis specialistvården, kommunal hälso- sjukvård, socialtjänst istället för att exempelvis skicka remiss?

Tema 3. Säkerhet och kontinuitet

Finns någon typ av verktyg/stöd (exempelvis anamnes) upphandlad och tillgängliggjord av regionen som kortar ned tiden för dokumentation till journalföringen under ett digitalt vårdbesök? (Snabbare tillgänglighet på

uppdaterad journal underlättar remisser och samarbeten över organisatoriska gränser)

Finns riktlinjer för återbesök inom primärvården, att detta ska ske av samma vårdgivande person/behandlare, och om detta ska ske primärt digitalt eller fysiskt?

Tema 4. Utbildning och kvalitetssäkring av digitala vårdbesök i primärvården  
Vilka personalkategorier bedömer ni från regionnivå arbetar med digitala vårdbesök i er region?

Finns riktlinjer och utbildning kring hur olika personalkategorier ska arbeta digitalt?

Sker digital triagering som gör att tillstånd, diagnoser olämpliga för digital vårdform dirigeras till fysisk vård?

Finns det någon rutin som säkerställer en strukturerad anamnes via tillgång till journal eller från patienten före det digitala vårdbesöket?

Finns det någon typ av praktikgemenskap eller AI-stöd (via chattfunktion) tillhands före/under/efter ett digitalt vårdbesök i primärvården för vårdpersonal/behandlaren att fråga om hjälp etc.?

Finns det någon typ av uppföljning på regional nivå av digitala vårdbesök som också utgör coaching av medarbetare utifrån särskilda patientfall eller typiska problem som kan uppstå?

# Bilaga 9. Intervjuguide vidareutbildning för sjuksköterskor

Intervjuguide gällande regionernas arbete med att möjliggöra för sjuksköterskor att genomgå specialistutbildning eller utbildning till barnmorska med utbildningsförmån samt arbete med karriärmöjligheter<sup>48</sup>.

## Tema 1. Inriktning

Hur har ni identifierat vilka specialistinriktningar som ska erbjudas studielön eller utbildningstjänst?

Hur prognostiserar regionen antalet tjänster med studielön och utbildningstjänst som kan erbjudas?

Hur fördelas tjänsterna med studielön och utbildningstjänst inom regionen? (exempelvis fördelning mellan primärvård, slutenvård).

## Tema 2. Förutsättningar

Finns det några krav på att den som fullföljt specialistutbildning eller utbildning till barnmorska med utbildningstjänst eller studielön förbinder sig att arbeta kvar generellt inom regionen eller på en specifik arbetsplats, exempelvis ett sjukhus i regionen?

Hur ser samverkan ut med universitet/högskola och andra regioner vid planering för vilka specialistutbildningar som ska erbjudas studielön eller utbildningstjänst?

Ställer regionen några krav på den som söker en utbildningstjänst eller tjänst med studielön? (exempelvis att personen har en fast anställning i regionen, arbetslivserfarenhet osv.)

Hur säkerställer regionen att det finns handledare tillgängliga i verksamheterna?

## Tema 3. Tillvarata kompetens

Hur säkerställer regionen att den specialistutbildade sjuksköterskans kompetens tillvaratas efter utbildning?

I vilken utsträckning följer regionen upp att de som erbjudits utbildningstjänst och studielön fullföljt sin utbildning?

## Tema 4. Framgångsfaktorer och förbättringsmöjligheter

Utöver att regionen tilldelats medel för ändamålet, vad har möjliggjort att ni kunnat utöka antalet sjuksköterskor som blivit erbjudna specialistutbildning och utbildning till barnmorska med studielön eller utbildningstjänst?

---

<sup>48</sup> När benämningen utbildningsförmån används innefattar det både utbildningstjänst och studielön.

Finns det förbättringsmöjligheter vad gäller utbildningstjänst och tjänst med studielön?

Tema 5. Hinder och konsekvenser

Vad ser ni för hinder för att öka antalet sjuksköterskor som genomgår specialistutbildning eller utbildning till barnmorska med utbildningstjänst eller studielön?

Vad ser ni för konsekvenser för verksamheterna med att erbjuda studielön och utbildningstjänster?

Tema 6. Karriärmöjligheter för specialistsjuksköterskor och barnmorskor

Hur arbetar regionen med att möjliggöra utvecklings- och karriärmöjligheter för specialistsjuksköterskor och barnmorskor?

Hur arbetar regionen med att införa karriärmodeller för specialistsjuksköterskor och barnmorskor?

Hur kan upplägget med olika former av karriärmöjligheter såsom exempelvis karriärmodeller se ut?

Tema 7. Övrigt

Finns det något som ni önskar tillägga

## Bilaga 10. Enkät till regionerna

I enkäten ingår frågor om vidareutbildning till specialistsjuksköterska eller barnmorska. Socialstyrelsen har valt att använda begreppet studielön när ett ekonomiskt bidrag för studier erbjuds samt begreppet utbildningstjänst när bibehållen lön ges vid studier. I båda fall kan studier ske på hel- och halvfart och kombineras med arbete.

Vidareutbildning till specialistsjuksköterska eller barnmorska

1 A) Hur många sjuksköterskor har beviljats studielön (bidrag till studier) VT 2020?

1 B) Hur många sjuksköterskor har beviljats studielön (bidrag till studier) HT 2020?

2 A) För vilka inriktningar har regionen beslutat att erbjuda studielön för?

- Akutsjukvård
- Ambulanssjukvård
- Anestesisjukvård
- Hälso- och sjukvård för barn och unga
- Diabetesvård
- Distriktssköterska
- Företagshälsovård
- Hjärtsjukvård
- Infektionssjukvård
- Intensivsjukvård
- Kirurgisk vård
- Medicinsk vård
- Onkologisk vård
- Operationssjukvård
- Palliativ vård
- Psykiatrisk vård
- Skolsköterska
- Vård av äldre
- Avancerad klinisk sjuksköterska
- Annan inriktning

Om annan inriktning, vilken?

2 B) Erbjuds studielön för studier till barnmorska?

Ja/Nej

3) Hur ser upplägget ut för studielön? (*Exempelvis om studier bedrivs på helfart eller halvfart kombinerat med arbete*)

4 A) Hur många sjuksköterskor har beviljats utbildningstjänst (studier med bibehållen grundlön) VT 2020?

4 B) Hur många sjuksköterskor har beviljats utbildningstjänst (studier med bibehållen grundlön) HT 2020?

5 A) För vilka inriktningar har regionen beslutat att erbjuda utbildningstjänst för?

- Akutsjukvård
- Ambulanssjukvård
- Anestesisjukvård
- Hälso- och sjukvård för barn och unga
- Diabetesvård
- Distriktssköterska
- Företagshälsovård
- Hjärtsjukvård
- Infektionssjukvård
- Intensivsjukvård
- Kirurgisk vård
- Medicinsk vård
- Onkologisk vård
- Operationssjukvård
- Palliativ vård
- Psykiatrisk vård
- Skolsköterska
- Vård av äldre
- Avancerad klinisk sjuksköterska
- Annan inriktning

Om annan inriktning, vilken?

5 B) Erbjuds utbildningstjänst för studier till barnmorska?

Ja/Nej

6) Hur ser upplägget ut för utbildningstjänst? (*Exempelvis om studier bedrivs på helfart eller halvfart kombinerat med arbete*)

7 A) Vad ser regionen för framgångsfaktor med att erbjuda studielön?

7 B) Vad ser regionen för utmaningar med att erbjuda studielön?

8 A) Vad ser regionen för framgångsfaktorer med att erbjuda utbildningstjänst?

8 B) Vad ser regionen för utmaningar med att erbjuda utbildningstjänst?

9 A) Hur många sjuksköterskor har beviljats studielön i er region VT 2020 jämfört med VT 2019?

Färre/Ungefär lika många/Fler/Vet inte/Plats för kommentar

9 B) Hur många sjuksköterskor har beviljats studielön i er region HT 2020 jämfört med HT 2019?

Färre/Ungefär lika många/Fler/Vet inte/Plats för kommentar



10 A) Hur många sjuksköterskor har beviljats utbildningstjänst i er region VT 2020 jämfört med VT 2019?

Färre/Ungefär lika många/Fler/Vet inte/Plats för kommentar

10 B) Hur många sjuksköterskor har beviljats utbildningstjänst i er region HT 2020 jämfört med HT 2019?

Färre/Ungefär lika många/Fler/Vet inte/Plats för kommentar

11 A) På vilket sätt har covid-19 påverkat möjligheten för sjuksköterskor att genom utbildningstjänst eller studielön påbörja specialistutbildning HT 2020?

11 B) På vilket sätt har covid-19 påverkat möjligheten för sjuksköterskor att genom utbildningstjänst eller studielön påbörja utbildning till barnmorska HT 2020?

Karriärmöjligheter för specialistsjuksköterskor

12) Beskriv hur regionen arbetar med att möjliggöra utvecklings- och karriärmöjligheter för specialistsjuksköterskor och barnmorskor?

13) Vill du lägga till några övriga kommentarer vad gäller sjuksköterskors möjligheter till specialistutbildning eller om denna uppföljning?

# Bilaga 11. Sammanfattning från dialog med yrkes- och fackförbund

Socialstyrelsen har haft dialog med Barnmorskeförbundet, Vårdförbundet och Vårdförbundet Student i frågan om utbildningsförmån till sjuksköterskor. Samtliga förbund välkomnar satsningen med att erbjuda utbildningsförmån, Vårdförbundet trycker på att det finns en okunskap hos mindre arbetsgivare i hur de ges tillgång till medel från satsningen och att kunskapen och informationen om det behöver öka. Även bland medarbetare och studenter behöver kännedom om möjlighet till utbildningsförmån genom regionerna öka menar Vårdförbundet och Vårdförbundet Student.

Vårdförbundet Student har ställt frågan till sina medlemmar om vad en anledning till att studera vidare till specialistsjuksköterska är. De flesta svarar betald vidareutbildning, löneökning samt att arbetsgivaren tar tillvara på kompetensen hos den specialistutbildade som faktorer för att studera vidare.

Vårdförbundet Student lyfter även frågan kring att vissa utbildningar, i de flesta fall, kräver ett års arbetslivserfarenhet innan vidareutbildning påbörjas och menar att det för en del kan vara svårt att återgå till studier efter att man börjat arbeta som sjuksköterska. Samtidigt lyfter förbundet att en del redan vet från början när de studerar till sjuksköterska att de vill utbilda sig till specialistsjuksköterska eller barnmorska. Även Barnmorskeförbundet menar att de som väljer att studera till barnmorska är inriktade på det redan när de börjar studera till sjuksköterska. Barnmorskeförbundet vill även lyfta frågan om att det borde finnas en direktutbildning för barnmorskor, utan att de först skulle behöva utbilda sig till sjuksköterska.

Vårdförbundet Student menar att ett hinder för att sjuksköterskor väljer att studera vidare med utbildningsförmån kan vara då en sjuksköterska som beviljats utbildningsförmån förbinder sig att stanna kvar i regionen, i exempelvis två år efter examen och därmed får minskad möjlighet till rörlighet under en period.

Förbundet trycker på vikten av VFU i kommunal hälso- och sjukvård för att som student få en bild och erfarenhet av arbete inom den kommunala hälso- och sjukvården. De menar också att det är viktigt att ha VFU inom samtliga områden för att öka antalet som studerar vidare inom de inriktningar där det exempelvis råder brist – så att fler personer får upp ögonen för olika områden.

Medarbetarperspektivet i samband med utbildningsförmån behöver belysas menar Vårdförbundet, hur medarbetarna upplever denna typ av satsning samt att det är viktigt att det finns en framtagna kompetensplan för hur kompetens ska tillvaratas efter examen. En framgångsfaktor i att erbjuda utbildningsförmån är att det finns en struktur och att medarbetaren ser en motivation till att den får andra arbetsuppgifter.

I kompetensförsörjningsplaner behöver omställningen till en mer nära vård vägas in för hur verksamheter ska klara omställningen utifrån olika scenarier. Förbundet trycker på att det bör finnas ett nationellt gemensamt ansvar att utbilda inom bristyrken och att det är en nationell angelägenhet att skapa förutsättningar och strukturer för rätt kompetenser, inte upp till varje arbetsgivare.

Barnmorskeförbundet redogör för att det inte är eller har varit någon utmaning med att få sjuksköterskor att söka till barnmorskeutbildning och att det är en hög procentuell andel som genomför utbildning. Förbundet betonar också att det är viktigt att säkerställa en god arbetsmiljö som gör att fler stannar inom verksamheterna.

# Bilaga 12. Klinisk karriärstege

Exempel på klinisk karriärsteg för sjuksköterska och barnmorska. Exemplet är taget från region Östergötland och beskriver vad som ingår i respektive steg.

## 1. Grund

Du arbetar som sjuksköterska med stöd och handledning.

## 2. Kompetent

Som kompetent arbetar du självständigt som sjuksköterska i teamet. Du är trygg i mötet med patienter, närstående och kollegor.

## 3. Erfaren

Du är kliniskt erfaren sjuksköterska som har utvecklat din kliniska förmåga genom problemlösning och reflektion kring komplexa omvårdnadssituationer.

## 4. Senior

Du är senior sjuksköterska med fördjupad eller specialiserad kompetens inom omvårdnad. Du är kliniskt och teoretiskt mycket skicklig och erfaren.

## 5. Klinisk expert

Du har ett fördjupat ansvar att självständigt leda och utveckla vården för ett definierat expertområde inom omvårdnad. Du har ett utbildningsansvar inom expertområdet.

## 6. Avancerad klinisk expert

Du har ett fördjupat ansvar att självständigt leda och utveckla vården för ett definierat expert-område inom omvårdnad. Du har ett övergripande utbildningsansvar inom ansvarsområdet.

## 7. Senior klinisk expert

Du stärker interaktionen mellan vård, forskning och utbildning inom omvårdnad. Du bistår vid handledning i vårdutveckling och omvårdnadsforskning. Minst 50 procents kliniskt arbete.

# Bilaga 13. Förslag 2.0 alla indikatorer och andra mått

Nedan listas alla indikatorer och andra mått som ingår i Socialstyrelsens förslag. Mer utförlig information om måtten finns i Excel-filen *Bilaga 14 – Indikatorlista och exempel på profildiagram för kommuner och regioner* som finns tillgänglig i anslutning till rapporten på Socialstyrelsens webbplats: [www.socialstyrelsen.se/publikationer](http://www.socialstyrelsen.se/publikationer)

## Indikatorer och andra mått för uppföljning av nära vård med fokus på primärvård

Område	Nivå	Typ av mått	Namn
1. Förutsättningar nära vård	1	Centralt mått	Andel av befolkningen över 80 år
1. Förutsättningar nära vård	1	Centralt mått	Antal allmänläkare per invånare
1. Förutsättningar nära vård	1	Centralt mått	CNI - Care Need Index
1. Förutsättningar nära vård	1	Centralt mått	Hållbart medarbetarindex särskilt boende
1. Förutsättningar nära vård	1	Centralt mått	Kostnad äldreomsorg per invånare över 80 år
1. Förutsättningar nära vård	1	Centralt mått	Kostnadsandel primärvård i regionerna
1. Förutsättningar nära vård	1	Centralt mått	Kostnadsandel primärvård, kommuner och regioner
1. Förutsättningar nära vård	1	Centralt mått	Mycket stressigt arbete, primärvårdsläkare
1. Förutsättningar nära vård	1	Centralt mått	Sjukfrånvaro bland regionanställd personal
1. Förutsättningar nära vård	1	Kärindikator	Andel nya specialistbevis i allmänmedicin
1. Förutsättningar nära vård	1	Utveckling	Distansbesök i primärvården
1. Förutsättningar nära vård	1	Utveckling	Antal legitimerad personal per invånare/brukare
1. Förutsättningar nära vård	1	Utveckling	Antal legitimerad personal i primärvård per invånare
1. Förutsättningar nära vård	1	Utveckling	Andel enheter som erbjuder distansbesök i primärvården
1. Förutsättningar nära vård	2	Indikator	Läkaren kan utbyta lista över läkemedel digitalt med läkare utanför vårdcentralen
1. Förutsättningar nära vård	2	Indikator	Rutiner för läkemedelsgenomgångar i samverkan med sjuksköterska och omsorgspersonal
1. Förutsättningar nära vård	2	Indikator	Väl förberedd att möta patienter med psykiska sjukdomar
1. Förutsättningar nära vård	2	indikator	Vårdcentralen erbjuder videokonsultationer
1. Förutsättningar nära vård	2	Mått	Allmänspecialister och distriktssköterskor i primärvården
1. Förutsättningar nära vård	2	Mått	Andel specialister i allmänmedicin av alla specialistläkare
1. Förutsättningar nära vård	2	Mått	Kostnader för primärvården
1. Förutsättningar nära vård	2	Mått	Kostnadsandel primärvård och äldreomsorg
1. Förutsättningar nära vård	2	Mått	Självrapporterad hälsa i befolkningen
1. Förutsättningar nära vård	2	Mått	Övervikt och fetma i befolkningen
1. Förutsättningar nära vård	2	Utveckling	Antal disputerade inom allmänläkarvård (ej enbart läkare).
1. Förutsättningar nära vård	3	Indikator	Läkaren kan följa alla laboratorietest digitalt
1. Förutsättningar nära vård	3	Indikator	Rutin för uppföljning av individuella fortbildningsplaner
1. Förutsättningar nära vård	3	Indikator	Rutin för vårdplanering i samverkan med ansvarig läkare och kommunal personal
1. Förutsättningar nära vård	3	Indikator	Rutin för vårdplanering i samverkan med den enskildes delaktighet

Område	Nivå	Typ av mått	Namn
1. Förutsättningar nära vård	3	indikator	Förtroende för 1177 Vårdguidens e-tjänster
1. Förutsättningar nära vård	3	indikator	Förtroende för digitala vårdbesök
1. Förutsättningar nära vård	3	Mått	Sjuksköterskor per antalet bostäder/hem-sjukvårdspatienter, helgdagar
1. Förutsättningar nära vård	3	Mått	Sjuksköterskor per antalet bostäder/hem-sjukvårdspatienter, vardagar.
2. Nära vård - var sker vården?	2	Mått	Läkemedelsförskrivning i primärvård och specialiserad vård
2. Nära vård - var sker vården?	2	Mått	Personer och vårdkontakter i specialiserad vård
2. Nära vård - var sker vården?	2	Mått	Vårdkontakter och personer i primärvård respektive specialiserad vård
2. Nära vård - var sker vården?	2	Utveckling	Besök hos psykolog eller kurator i primärvården
2. Nära vård - var sker vården?	2	Utveckling	Depression och ångest övergång till primärvård (läkemedelsförskrivning)
2. Nära vård - var sker vården?	2	Utveckling	Vårdkontakter i hemmet per invånare 80 år eller äldre
3. Nära vård - fokus primärvård	1	Kärmindikator	Fast läkarkontakt personer 65 år eller äldre (obs bredare än lagens flk)
3. Nära vård - fokus primärvård	1	Kärmindikator	Medicinsk bedömning inom tre dagar
3. Nära vård - fokus primärvård	1	Kärmindikator	Möjlighet att träffa läkare vid behov i särskilt boende
3. Nära vård - fokus primärvård	1	Kärmindikator	Patientens upplevelse av delaktighet
3. Nära vård - fokus primärvård	1	Kärmindikator	Tillgodosett vårdbehov, patientrapporterat
3. Nära vård - fokus primärvård	1	Kärmindikator	Äldre med läkemedel som bör undvikas
3. Nära vård - fokus primärvård	1	Kärmindikator	Upplever det tryggt på äldreboende
3. Nära vård - fokus primärvård	1	Utveckling	Andel patienter med fast läkarkontakt
3. Nära vård - fokus primärvård	1	Utveckling	Andel patienter med SIP (olika varianter)
3. Nära vård - fokus primärvård	1	Utveckling	Andel patienter med SIP som följts upp
3. Nära vård - fokus primärvård	1	Utveckling	Barn/unga besök vid psykisk ohälsa inom tre dagar
3. Nära vård - fokus primärvård	1	Utveckling	Diskuterat levnadsvanor i primärvården (patientrapporterad, flera frågor)
3. Nära vård - fokus primärvård	1	Utveckling	Kommunal vård i livets slutskede, brytpunktsamtal
3. Nära vård - fokus primärvård	2	Indikator	Blodsockervärde vid diabetes typ-2
3. Nära vård - fokus primärvård	2	Indikator	Bredspektrumantibiotika vid urinvägsinfektion
3. Nära vård - fokus primärvård	2	Indikator	Läkare som är nöjda med den tid de kan lägga på varje patient
3. Nära vård - fokus primärvård	2	Indikator	Läkemedelsgenomgång för äldre
3. Nära vård - fokus primärvård	2	Indikator	Lätt att få vård på kvällen och helger (avser inte akutbesök på sjukhus)
3. Nära vård - fokus primärvård	2	Indikator	Mycket tryggt med stöd från hemtjänst
3. Nära vård - fokus primärvård	2	Indikator	Patientens upplevelse av vårdens samordning
3. Nära vård - fokus primärvård	2	Indikator	Patienternas upplevelse av kontaktsätt till primärvården
3. Nära vård - fokus primärvård	2	Indikator	Patientupplevelse av information och kunskap
3. Nära vård - fokus primärvård	2	Indikator	Personalen insatt i tidigare kontakter
3. Nära vård - fokus primärvård	2	Indikator	Risikoförebyggande åtgärder i särskilt boende
3. Nära vård - fokus primärvård	2	Indikator	Tar fram vårdplan för egenvård för kroniska patienter
3. Nära vård - fokus primärvård	2	Indikator	Träffar samma läkare vid hälso-/vårdcentral
3. Nära vård - fokus primärvård	2	Indikator	Upplever det mycket tryggt på äldreboende
3. Nära vård - fokus primärvård	2	indikator	Diskussion om egna åtgärder för bättre hälsa
3. Nära vård - fokus primärvård	2	indikator	Får information från sjukhuset vid utskrivning inom 24 timmar

Område	Nivå	Typ av mått	Namn
3. Nära vård - fokus primärvård	2	indikator	Får information om förändrad vård från den specialiserade vården
3. Nära vård - fokus primärvård	2	indikator	Har en ordinarie läkare eller sjuksköterska
3. Nära vård - fokus primärvård	2	indikator	Personer som trots behov inte fick hjälp med koordinering
3. Nära vård - fokus primärvård	2	indikator	Primärvårdens tillgänglighet per telefon
3. Nära vård - fokus primärvård	2	indikator	Stöd för att hantera hälsotillstånd efter sjukhusvistelse
3. Nära vård - fokus primärvård	2	indikator	Svar samma dag på medicinsk fråga
3. Nära vård - fokus primärvård	2	indikator	Tillgänglighet till sjuksköterska i kommunal hälso- och sjukvård
3. Nära vård - fokus primärvård	2	Mått	Rådgivning vid ohälsosam levnadsvana
3. Nära vård - fokus primärvård	2	Utveckling	Andel patienter med fast vårdkontakt
3. Nära vård - fokus primärvård	2	Utveckling	Andel patienter med kronisk sjukdom som fått återbesök i primärvården
3. Nära vård - fokus primärvård	2	Utveckling	Kontinuitetsindex för patienter med kronisk sjukdom i primärvård
3. Nära vård - fokus primärvård	2	Utveckling	Kontinuitetsindex till läkare särskilt boende
3. Nära vård - fokus primärvård	2	Utveckling	Vidbehovsordination av opioid mot smärta, kommunal vård i livets slutskede
3. Nära vård - fokus primärvård	3	Indikator	Bemötande med respekt och värdighet
3. Nära vård - fokus primärvård	3	Indikator	Maximal tid för kontakt/besök efter larm
3. Nära vård - fokus primärvård	3	Indikator	Onödiga patientbesök på akuten
3. Nära vård - fokus primärvård	3	Indikator	Tillräckligt med tid vid vårdbesök
3. Nära vård - fokus primärvård	3	Utveckling	Ingen närvarande vid dödsögonblicket, kommunal vård i livets slutskede
3. Nära vård - fokus primärvård	3	Utveckling	Smärtskattning under sista levnadsveckan, kommunal vård i livets slutskede
3. Nära vård - fokus primärvård	3	Utveckling	Utan förekomst av trycksår vid dödsfallet, kommunal vård i livets slutskede
3. Nära vård - fokus primärvård	3	Utveckling	Vidbehovsordination av ångestdämpande läkemedel, kommunal vård i livets slutskede
4. Nära vård - systemeffekter	1	Kärmindikator	Besök inom 90 dagar i specialiserad vård
4. Nära vård - systemeffekter	1	Kärmindikator	Besök på akutmottagning bland personer 80 år eller äldre
4. Nära vård - systemeffekter	1	Kärmindikator	Oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar
4. Nära vård - systemeffekter	1	Kärmindikator	Påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom
4. Nära vård - systemeffekter	1	Kärmindikator	Påverkbar slutenvård äldre
4. Nära vård - systemeffekter	1	Kärmindikator	Överbeläggningar och utlokaliseringar
4. Nära vård - systemeffekter	1	Kärmindikator	Förtroende för hälso-/vårdcentraler
4. Nära vård - systemeffekter	1	Utveckling	Fallskador ordbo-population
4. Nära vård - systemeffekter	1	Utveckling	Fallskador särskilt boende-population
4. Nära vård - systemeffekter	1	Utveckling	Påverkbar slutenvård äldre, ordbo
4. Nära vård - systemeffekter	1	Utveckling	Påverkbar slutenvård äldre, särskilt boende
4. Nära vård - systemeffekter	1	Utveckling	Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt (hjärtsvikts pop.)
4. Nära vård - systemeffekter	2	Indikator	Fallskador bland personer 65 år eller äldre
4. Nära vård - systemeffekter	2	Indikator	Förtroende för hälso- och sjukvården i befolkningen
4. Nära vård - systemeffekter	2	Indikator	Jag har tillgång till den hälso- och sjukvård jag behöver
4. Nära vård - systemeffekter	2	Indikator	Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar – BUP
4. Nära vård - systemeffekter	2	Indikator	Utskrivningsklara patienter på sjukhus
4. Nära vård - systemeffekter	2	Utveckling	Samtalsbehandling för barn