Socialstyrelsen

Uppföljning av omställningen till en god och nära vård

Delredovisning 2026

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

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

Artikelnummer: 2026-8-10409

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, augusti 2026

Förord

Socialstyrelsen har sedan 2019 haft i uppdrag att följa upp regionernas och kommunernas insatser inom omställningen till en god och nära vård enligt överenskommelsen för god och nära vård. Den 8 juni 2023 beslutade regeringen att i ett nytt regeringsuppdrag fortsatt ge Socialstyrelsen i uppdrag att främja, stödja och följa upp omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård. Det nya regeringsuppdraget ska slutredovisas 2028. Detta är den tredje delredovisningen inom ramen för det regeringsuppdraget. Socialstyrelsen ska enligt uppdraget följa upp och analysera hur omställningen till en god och nära vård i regioner och kommuner utvecklas.

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

Utredarna Johanna Jupiter och Louise Strandendahl har varit projektledare. Annakarin Bjuhr, Joakim Edvinsson, Christina Emilsson, Martin Lindblom och Ylva Westander har bidragit i framtagandet av rapporten. Ansvarig enhetschef har varit Petra Rinman.

Björn Eriksson
Generaldirektör

Innehåll

Förord 3

Sammanfattning 7

Socialstyrelsens slutsatser 7

Uppföljning och utveckling av kärnindikatorer 8

Styrning, ledning och resurser 10

Delaktighet och personcentrering 12

Kontinuitet 14

Hälsofrämjande och förebyggande arbete 16

Samverkan och samordning 17

Tillgänglighet 19

Övergripande bedömning 21

Socialstyrelsens uppdrag 22

Målen för omställningen till en god och nära vård 22

Uppdragsbeskrivning 22

Uppföljningens syfte 24

Rapportens disposition 25

Metod och genomförande 25

Övergripande arbete och utveckling av omställningen 29

Utvecklingen av omställningen går framåt men i olika takt 29

Utveckling av resultat utifrån kärnindikatorerna 30

Förtroendet för hälso- och sjukvården minskar 33

Centrala insatser som regionerna fokuserat på i arbetet med omställningen 34

Centrala insatser som kommunerna fokuserat på i utvecklingen av den nära vården 36

Styrning och ledning av omställningen 39

Styrning av primärvården i regionerna 40

Resurser till primärvården i regionerna och kommunerna 46

Nytt journalsystem har införts i flera regioner under 2025 52

Arbetet med en gemensam systemledning etablerar sig mellan regioner och kommuner i länen 52

Uppföljningar och utvärderingar av omställningen 53

Delaktighet och personcentrering 57

Män upplever mer delaktighet i sin vård än kvinnor 58

Kvinnor är mindre nöjda med vården och läkaren i primärvården 60
Utbildningar och insatser för att underlätta för patienterna att vara delaktiga i sin vård 62
Stärkta förutsättningar för att arbeta personcentrerat 66
Majoriteten av regionerna arbetar med insatser avseende den dokumenterade överenskommelsen 70
Hälften av de svarande kommunerna har inte genomfört några insatser avseende dokumenterad överenskommelse 71
Få regioner och kommuner arbetar med metoden delat beslutsfattande 74
Egenvård 74
Lärande om arbetet med personcentrering och delaktighet från tre län 77
Summering av fördjupningsstudien 85
Kontinuitet 86
Insatser för ökad kontinuitet för patienter i primärvården 87
Viss ökning av kontinuitetsindex för primärvårdsläkare 90
Regionernas arbete med fast läkarkontakt 91
Fast vårdkontakt och fast omsorgskontakt 97
Hälsofrämjande och förebyggande insatser 101
Män uppger i högre utsträckning att läkaren pratat om levnadsvanor 102
Minskning av läkemedel som bör undvikas för äldre i kommunal hälso- och sjukvård 103
Fallskador ökar för personer med sjukvård i hemmet 105
Viss ökning av akutbesök bland äldre 106
Fokus på samverkan, digitala verktyg och nya arbetssätt för att stödja ett strukturerat hälsofrämjande arbete 108
Samverkan och samordning 111
Minskning av oplanerade återinskrivningar bland äldre, men utvecklingen är olika i länen 112
Strukturer för samverkan och samordning mellan region och kommun 113
Tillgänglighet 123
Hälften av de äldre uppger att det är lätt att få träffa läkare vid särskilt boende 124
Insatser för att tillgängliggöra primärvården för särskilda målgrupper 133
Kompetensförsörjning 135

Analys och slutsatser ... 141

Övergripande analys och slutsatser ... 141

Förstärkning av styrning och gemensamma strukturer, men hinder för att nå resultat kvarstår ... 142

Arbetet med delaktighet och personcentrering kräver samlad omställning av arbetssätt ... 144

Patient- och brukarperspektivet behöver stärkas ytterligare i omställningsarbetet ... 145

Arbetet med fast läkarkontakt går framåt men behöver kombineras med fler insatser ... 146

Teamsamverkan positivt för samtliga mål för omställningen ... 147

Regionala skillnader och trösklar in till primärvård begränsar tillgängligheten ... 148

Indikationer på att utvecklingen för personer med vård i hemmet går åt fel håll ... 149

Hälsofrämjande en stor del av arbetet med omställningen men nyttan av vissa insatser behöver följas upp ... 149

Det finns ett behov av ett nationellt stöd för att tillsammans utveckla uppföljningen av omställningen ... 150

Referenser ... 152

Bilaga 1. Metod ... 156

Enkätundersökning till regioner och kommuner ... 156

Statistikens innehåll ... 157

Kvalitativ fördjupningsstudie i tre län ... 162

Redovisningar av resultat utifrån indikatorer ... 163

Bilaga 2. Om kärnindikatorer för att följa målen för god och nära vård ... 165

Indikatorer för olika syften på olika nivåer ... 166

Kärnindikatorernas målkoppling ... 167

Urvalets balans och bredd ... 170

Fokus på resultat för patienterna ... 171

Datatillgång och datakvalitet ... 172

Fokus på den mest övergripande nivån av uppföljning i urvalet ... 172

Samverkan och dialog ... 172

Om enskilda indikatorer ... 173

Bilaga 3. Tabeller ... 193

Sammanfattning

Den 8 juni 2023 beslutade regeringen att i ett regeringsuppdrag [1] fortsatt ge Socialstyrelsen i uppdrag att främja, stödja och följa upp omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård.[1] Regeringsuppdraget ska slutredovisas 2028. Detta är den tredje uppföljningen inom ramen för det regeringsuppdraget.

Socialstyrelsen ska redogöra för regioners och kommuners utveckling på nationell nivå. Socialstyrelsen ska även genomföra analyser och uppföljning av indikatorer.

Nedan följer en sammanfattning av rapporten och Socialstyrelsens främsta slutsatser och bedömningar. Sammanfattningen kan ses som en kortversion av rapporten och syftar till att ge läsaren en överblick över uppföljningens bärande resultat och slutsatser.

Socialstyrelsens slutsatser

Primärvårdens roll som nav har förstärkts under 2025, men utmaningar kvarstår

Målbild för omställningen till en god och nära vård är att primärvården ska vara navet i hälso- och sjukvårdssystemet och samspela med övrig hälso- och sjukvård och socialtjänst, så att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska uppnås. En primärvårdsreform är kopplad till omställningen. Målen för primärvårdsreformen är följande:

- Tillgängligheten till primärvården ska öka.
- En mer delaktig patient och en personcentrerad vård.
- Kontinuiteten i primärvården ska öka.[2]

Årets uppföljning visar vissa tecken på strukturförändringar och att primärvårdens ställning successivt stärks genom att fler regioner prioriterar primärvården resursmässigt, och majoriteten av regionerna har genomfört insatser för att stärka primärvårdens tillgång till specialistkompetens. Regionerna framhåller att strukturerna för systemledning har förstärkts under 2025, liksom den gemensamma styrningen tillsammans med

[1] Socialstyrelsen har under perioden 2019–2024 haft i uppdrag att följa upp och redovisa omställningen till en god och nära vård enligt överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).
[2] Prop. 2019/20:164 s. 17–32.

kommunerna. Samtidigt visar uppföljningen att utvecklingen mot omställningens mål är ojämn och inte likvärdig för patienterna över landet. Socialstyrelsen ser stora utmaningar främst inom styrning, kompetensförsörjning, tillgänglighet och patientinflytande som påverkar takten på omställningen.

Uppföljningen visar även att det finns en bred konsensus på nationell, regional och lokal nivå om att omställningen är nödvändig, och regioner och kommuner i flera län har tagit tydliga steg framåt inom flera av omställningens målområden. Resultat och utmaningar beskrivs närmare i de sammanfattande avsnitten för respektive område nedan.

Uppföljning och utveckling av kärnindikatorer

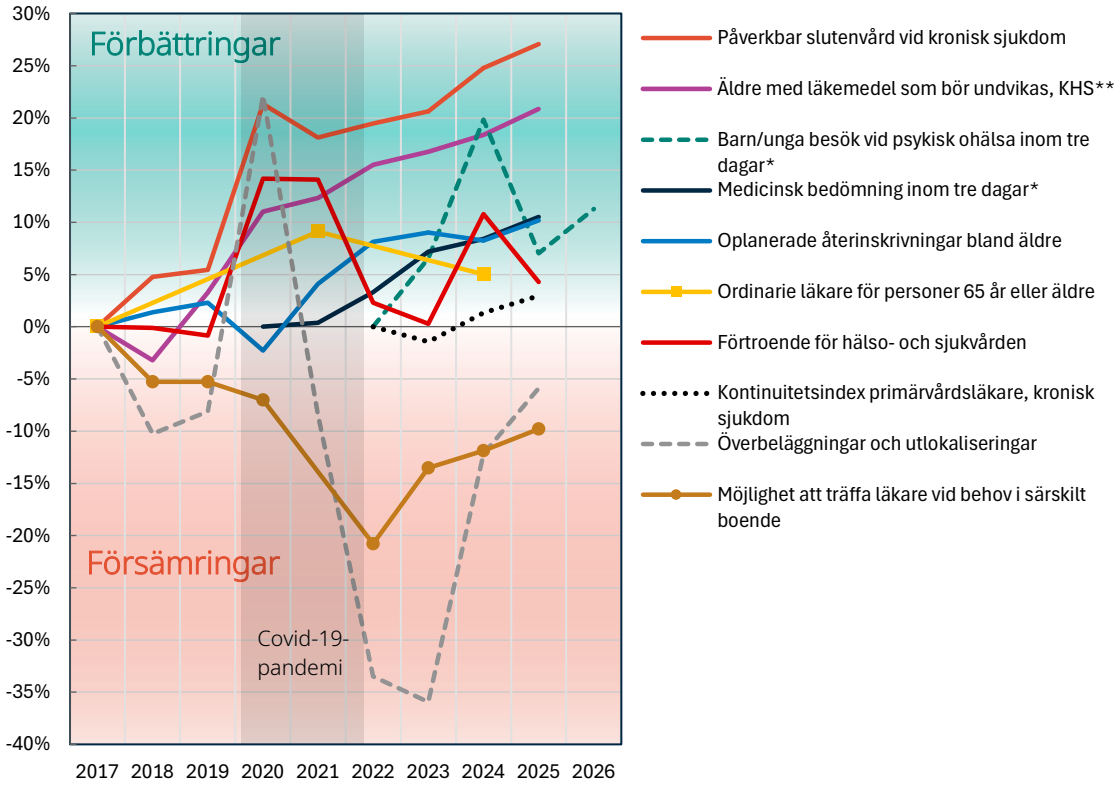
Socialstyrelsen följer tolv kärnindikatorer som knyter an till målen för en god och nära vård. För tio av dessa finns jämförbara resultat över tid. Nedan följer en summering av uppföljningen och utvecklingen av kärnindikatorerna.

Förbättringar kring kontinuitet och samverkan men försämrat förtroende för vården

Sammantaget visar indikatorerna som mäter utvecklingen av omställningen på ett blandat resultat. För vissa områden syns tydliga förbättringar, särskilt där kontinuitet och samverkan är viktiga förutsättningar. I andra delar är utvecklingen svag och det saknas för vissa av indikatorerna möjlighet att göra jämförelser över tid. Förtroendet för hälso- och sjukvården har försämrats sedan föregående år.

Figur 1. Utveckling av resultatet för kärnindikatorerna

Procentuell förändring av resultatet för 10 av de 12 kärnindikatorerna för att följa målen för god och nära vård jämfört med nivån 2017 eller det tidigaste året därefter med tillgängliga data.



* För 2025 exkluderas de regioner som genomgår byte av vårdinformationssystem vilket ofta påverkat rapporteringen.
** Bland personer med insatser inom kommunal hälso- och sjukvård (KHS) i ordinärt boende.

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

Några övergripande mönster:

- Indikatorer som speglar samverkan och kontinuitet – till exempel minskad påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom och minskad förskrivning av läkemedel som bör undvikas till äldre – visar fortsatt tydliga förbättringar jämfört med 2017.
- Kontinuitetsindex för primärvårdsläkare vid kronisk sjukdom har förbättrats något de senaste två åren, men det finns betydande skillnader mellan regionerna.
- Ett par indikatorer som speglar tillgänglighet – möjlighet att träffa läkare på särskilt boende, samt överbeläggningar och utlokaliseringar – har förbättrats efter en längre period med försämringar, men nivåerna är fortfarande sämre än 2017.
- För målet delaktighet och personcentrering saknas underlag för en bedömning av utvecklingen utifrån kärnindikatorerna, bland annat på

grund av omfattande förändringar i Nationell patientenkät. Bilden kompletteras därför med andra mått och kvalitativa underlag.

- Indikatorn för förtroende för hälso- och sjukvården visar en tydlig minskning mellan 2024 och 2025. Indikatorn för förtroendet för hälso-/vårdcentraler visar på ett oförändrat läge mellan 2024 och 2025 samt fortsatt lägre än nivåerna under pandemin. I Hälso- och sjukvårdsbarometern mäts även förtroendet för sjukhusen – detta är högre än för hälso-/vårdcentraler. Förtroendet varierar stort mellan regioner och är genomgående lägre bland kvinnor än bland män.

Sammantaget pekar resultaten på att delar av hälso- och sjukvården utvecklas i riktning mot en mer nära och samordnad vård, samtidigt som andra delar står stilla eller försämras.

Styrning, ledning och resurser

Årets uppföljning visar vissa tecken på strukturförändringar och att primärvårdens ställning successivt stärks. Detta genom att fler regioner prioriterar primärvården resursmässigt och genom att arbetet med systemledning etablerar sig mellan regioner och kommuner i länen. Samtidigt återstår arbete för att dessa strukturer fullt ut ska genomsyra styrning, prioriteringar samt resursfördelning och därmed få effekter för patienten.

Fler regioner budgeterar mer till primärvården men utmaningar i styrningen kvarstår

I 2025 års uppföljning anger 14 av 21 regioner att primärvården fått en större budgetandel jämfört med 2024, jämfört med 9 regioner föregående år. Det är 5 regioner som har fastställt ett explicit andelsmål för primärvårdens budgetandel. Samtidigt visar kostnadsstatistiken att primärvårdens andel av regionernas totala hälso- och sjukvårdskostnader i princip är oförändrad sedan 2017, men öppenvården som helhet har ökat tydligt över tid.

Regionerna pekar på flera hinder för att öka primärvårdens budgetandel. Ekonomiska underskott, vårdplatsbrist, höga bemanningskostnader, kostnadsökningar för läkemedel och medicinteknik samt den demografiska utvecklingen gör det svårt att omfördela medel utan att riskera undanträngning i den specialiserade vården.

Ett av de största hindren för att omställningen ska kunna genomföras är de fortsatta utmaningarna kring kompetensförsörjning. Tillgången till rätt kompetens beskrivs av regioner och kommuner som avgörande för att omställningens mål ska kunna uppfyllas i högre grad inom flertalet målområden. Att hitta och behålla personal har länge varit en utmaning inom hälso- och sjukvården, omsorgen och socialtjänsten. Socialstyrelsens

prognoser visar på en fortsatt potentiell brist på ett flertal yrkesgrupper, både legitimerade och olegitimerade, fram till 2040. Regioner och kommuner redovisar många olika insatser för att både behålla befintlig personal och för att rekrytera.

Det gap i styrkedjan som identifierades i Socialstyrelsens uppföljning från 2025 kvarstår. Socialstyrelsen bedömer att regionerna och kommunerna fortsatt behöver stärka styrkedjan från ledningsnivå ner till verksamhetsnivå. Samordning och samverkan mellan de olika vårdnivåerna behöver, trots vissa förbättringar, fortsatt utvecklas och förstärkas för att omställningens mål om en primärvård som nav ska kunna nås. Myndigheten kommer arbeta för att stödja i ledning och styrning i regioner och kommuner genom att erbjuda stöd i strategisk styrning.

Arbetet med systemledning etableras men påverkan på den operativa nivån behöver följas upp

Uppföljningen visar att samtliga 21 regioner uppger att de tillsammans med kommunerna i länet etablerat en gemensam struktur, ofta kallat systemledning av kommunerna och regionerna i länen, för arbetet med god och nära vård. Samtliga regioner uppger att det finns någon form av länsgemensam plan för omställningen till god och nära vård. Det handlar om gemensamma färdplaner, länsgemensamma ledningsgrupper, direktörsberedningar och noder för lokal systemledning. Regionerna beskriver dessa strukturer som centrala för att driva omställningen mer sammanhållet. De gemensamma strukturerna fokuserar ofta på att stärka primärvårdens roll och göra den till navet, tydliggöra ansvarsfördelning mellan huvudmännen och utveckla gemensamma indikatorer och uppföljningar.

Socialstyrelsen bedömer att detta är en positiv utveckling men ser även att det finns behov av att följa implementeringen av systemledning, hur det etablerar sig i hela styrkedjan samt hur förändringarna märks i verksamheten och för patienten.

Utmaningar med nya journalsystem har påverkat utvecklingsarbetet

Flera regioner har under 2025 infört eller vidareutvecklat nya vårdinformationssystem. Regionerna beskriver bytena som nödvändiga för att möjliggöra sammanhållen dokumentation, bättre informationsdelning och datadriven styrning. Systemen beskrivs av vissa regioner ha bidragit till förbättrad samordning vid utskrivning från sjukhus och effektivare dokumentation. Samtidigt har införandet varit resurskrävande. Arbetssätt

och rutiner har behövt anpassas, personal har behövt utbildas, och vissa funktioner – till exempel registrering av fast läkarkontakt – hanteras fortsatt delvis manuellt. I flera regioner har utvecklingsarbete inom andra områden, som arbete med omställningen till en god och nära vård, tillfälligt behövt skjutas upp. Bytena har även påverkat datakvaliteten, bland annat i rapporteringen av väntetidsdata.

Regionernas och kommunernas arbete med uppföljning och utvärdering sker i varierande omfattning och behöver stärkas och stödjas

Nästan alla regioner har genomfört någon form av uppföljning eller utvärdering av omställningen under 2025. Kommunerna gör det i lägre grad; mindre än hälften av de svarande kommunerna uppger att de genomfört en uppföljning eller utvärdering inom ramen för omställningen.

Socialstyrelsen kan konstatera att uppföljningsarbetet fortfarande i stor utsträckning fokuserar på enskilda satsningar snarare än förändringar på systemnivå. Uppföljningen visar att det finns behov av nationellt stöd för uppföljning och utvärdering av omställningen till en nära vård. Detta har även framförts av företrädare för regioner och kommuner i dialog med Socialstyrelsen. Uppföljningen visar att patienternas erfarenheter tydligare behöver inkluderas i regioners och kommuners egna uppföljningar och utvärderingar.

Socialstyrelsens samlade bedömning är att myndigheten bör ta en tydligare och mer aktiv roll i att stödja kommuner och regioner i detta arbete. För att detta stöd ska bli ändamålsenligt behöver Socialstyrelsen föra en nära dialog med regioner och kommuner om vilka behov som finns samt vilka delar av uppföljning och utvärdering som särskilt behöver utvecklas.

Delaktighet och personcentrering

Delaktighet och personcentrering är en grundläggande del av omställningen. Årets uppföljning innehåller en särskild fördjupning kring detta målområde, inklusive en fördjupande studie i tre regioner och utvalda kommuner i tre län (Jönköpings, Dalarnas och Västerbottens län).

En majoritet av regioner och kommuner har genomfört insatser för att stärka personalens förutsättningar att arbeta personcentrerat

En stor majoritet av regioner och kommuner uppger att de genomfört insatser för att stärka personalens förutsättningar att arbeta personcentrerat.

Det handlar bland annat om utbildningar i personcentrerad vård (ofta med stöd av nationella kunskapscentrum), utveckling av strukturer som personcentrerade rond- och överlämningsrutiner och utveckling av fast vård- och omsorgskontakt. Regionerna arbetar i omfattande utsträckning med patientutbildningar, både individuellt och i grupp, och såväl fysiskt som digitalt. Utbildningarna omfattar bland annat kroniska sjukdomar, stress, sömn, levnadsvanor, psykisk ohälsa och föräldraskap. Flera regioner rapporterar en ökad användning av digitala stödprogram via 1177.

Verktyg och modeller för ökad delaktighet behöver implementeras i större utsträckning i regioner och kommuner

Uppföljningens enkätundersökning visar att majoriteten av regionerna under 2025 har genomfört någon form av insats kopplat till den dokumenterade överenskommelsen[3], främst rutiner och utbildningar. Färre regioner har infört dokumenterad överenskommelse brett i verksamheterna. Av kommunerna har knappt hälften genomfört några särskilda insatser. I den fördjupade studien framkommer det att den dokumenterade överenskommelsen har utvecklingspotential och behöver implementeras i högre utsträckning i verksamheterna. Modeller med peer support[4] och strukturerad patientmedverkan (till exempel Levande bibliotek och patientstödjare i Jönköpings län) lyfts som goda exempel från specialistvården med potential att användas mer även i primärvården.

Vidare visar uppföljningen att få regioner och kommuner har formella rutiner för metoden delat beslutsfattande, särskilt för personer med nedsatt beslutsförmåga. Socialstyrelsen bedömer att det finns behov av att ytterligare implementera metoden delat beslutsfattande. Metoden är särskilt angelägen för personer med psykisk funktionsnedsättning, där den kan bidra till ökad delaktighet.

Delaktighet och personcentrering är självklara mål i styrdokumenten, men gapet mellan ambition och praktik är betydande

Uppföljningen visar att det har skett en förflyttning där delaktighet och personcentrering etablerats som självklara mål i styrdokument och strategier. Trots detta finns det utmaningar att omsätta den personcentrerade vården i det dagliga arbetet, och gapet mellan strategi och praktik är fortfarande

[3] Tidigare kallat patientkontrakt.
[4] Peer support innebär att personer med egen erfarenhet av sjukdom eller psykisk ohälsa anställs för att stödja andra patienter.

betydande. Personalen på den operativa nivån inom hälso- och sjukvården uppfattar ett personcentrerat arbetssätt som en självklar del av arbetet, men att tidspress, hög arbetsbelastning, personalomsättning och resursbrist gör det svårt att alltid jobba med personcentrering och delaktighet i praktiken. Uppföljningen visar även att utvecklingen går för långsamt och inte märks av i tillräckligt stor uträckning för patienterna.

Socialstyrelsens bedömning är att det personcentrerade arbetssättet behöver prioriteras av regioner och kommuner och att personalen behöver ges förbättrade förutsättningar att arbeta personcentrerat. Resultaten pekar på att patienter och brukare på ett tydligare sätt behöver vara involverade i den egna vården och omsorgen men även på systemnivå i utveckling, uppföljning och styrning. Socialstyrelsen bedömer även att regionerna och kommunerna behöver inkludera patient- och brukarperspektivet mer systematiskt i arbetet med omställningen. Uppföljningen visar att tillgängligheten till hälso- och sjukvården varierar mellan olika patientgrupper och delar av landet. Det innebär att möjligheten att vara delaktig i sin egen vård inte är jämlik.

Fast vårdkontakt ses som en viktig förutsättning för att nå målen om personcentrering och delaktighet

En annan viktig slutsats från fördjupningsstudien är att kontinuitet i form av en fast vårdkontakt är en viktig förutsättning för att målen om personcentrering och delaktighet ska nås. Intervjuer med personal och patientföreträdare visar att fasta kontakter bedöms som avgörande för personcentrering och delaktighet.

Kontinuitet

Regioner och kommuner arbetar med olika verktyg för att stärka kontinuiteten. Socialstyrelsens uppföljning följer särskilt upp arbetet med fast läkarkontakt.

Andelen invånare som har en registrerad fast läkarkontakt har ökat men arbete kvarstår

Andelen invånare med registrerad fast, namngiven läkarkontakt[5] i regionernas administrativa system har ökat i de 16 regioner som redovisar uppgiften. I genomsnitt hade 66 procent i regionerna under 2025 en

[5] Regionerna gör olika tolkningar av funktionen av och arbetssättet med fast läkarkontakt, och det mäts därför på olika sätt. Det gör att informationen om andelen invånare som har en fast läkarkontakt behöver tolkas med försiktighet, framför allt vid jämförelser mellan olika regioner.

registrerad fast läkarkontakt, jämfört med 62 procent i samma regioner 2024. Spridningen är stor: från 27 till 97 procent.

Samtidigt uppger endast 31 procent av invånarna i Myndigheten för vård- och omsorgsanalys befolkningspanel att de har en fast läkare på sin vårdcentral. Skillnaden mellan registrerad andel och upplevd tillgång är därmed stor och har ökat jämfört med föregående år. Bland äldre är både behov och tillgång större. I åldersgruppen 80 år och äldre uppger 85 procent att de behöver en fast läkare och 60 procent att de har en.

Uppföljningen visar att kompetensförsörjningen, särskilt av allmänläkare, är en stor utmaning, vilket försvårar möjligheten att nå Socialstyrelsens riktvärde om en fast läkare per 1 100 patienter. Socialstyrelsen bedömer att arbetet med fasta läkar- och vårdkontakter fortsatt behöver vara ett prioriterat område för regionerna och kommunerna. Uppföljningen visar att insatsen är central inte bara för kontinuitet, utan också för tillgänglighet, delaktighet och personcentrering. Men för att kontinuiteten för patienterna ska öka kan arbetet med fast läkarkontakt även behöva kombineras med fasta vårdkontakter inom andra yrkeskategorier och teaminsatser för att stärka kontinuiteten. Arbetet behöver även kalibreras efter olika målgruppers behov samt särskilt prioritera patienter med komplexa och långvariga vårdbehov. Socialstyrelsen bedömer att en utvecklad målgruppsanpassning och stärkt fokus på både relationell och informationsmässig kontinuitet kan förbättra kontinuiteten för patienten.

Fler regioner använder 1177.se för att informera invånarna om fast läkarkontakt men informationen behöver fortsätta utvecklas

Det är 16 av 21 regioner som uppger att de använder 1177.se för att informera invånarna om vem som är deras fasta läkarkontakt. Det är en ökning från förra året då 10 regioner svarade samma sak. Informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar vilket kan innebära att informationen på 1177.se behöver kompletteras.[6] De lagändringar som trädde i kraft den 1 juli 2026 ställer även krav på att patienten ska få information om vem som är hens fasta vårdkontakt och fasta läkarkontakt samt hur dessa och vårdenheten kan kontaktas.

Uppföljningen visar att ingen region har möjlighet att följa upp hur stor andel av de listade patienterna som gjort ett aktivt val av fast läkarkontakt samt att fler invånare behöver få kännedom om vem som är deras fasta läkarkontakt. Socialstyrelsen kommer att fortsatt ge stöd till regioner och

[6] (3 kap. 6 § PL).

kommuner i deras arbete med att stärka kontinuiteten, i syfte att bidra till målen med ökad kontinuitet för patienten.

Få kommuner uppger att antalet patienter med fast vårdkontakt ökat

Av 252 svarande kommuner uppger 81 procent att de har rutiner för dokumentation och registrering av fast vårdkontakt. Under 2025 uppger 26 procent att antalet patienter med fast vårdkontakt har ökat, medan 25 procent inte ser någon ökning. En stor andel, 48 procent, anger att utvecklingen inte kan följas upp eller anges.

Organisatoriskt uppger flera kommuner att de har förändrat arbetssätt och bemanning för att skapa bättre förutsättningar för fast vårdkontakt. Drygt hälften av de svarande kommunerna uppger att de initierat och förstärkt arbetet med fast vårdkontakt.

Hälsofrämjande och förebyggande arbete

Hälsofrämjande och förebyggande insatser är fortsatt en stor del av regioners och kommuners arbete inom omställningen

Målet med omställningen av hälso- och sjukvården är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. En betydande del av regionernas och kommunernas arbete med omställningen fokuserar på insatser som syftar till att stärka patienter i deras hälsa.

Majoriteten av regionerna uppger att de under 2025 genomfört hälsofrämjande och förebyggande insatser. Det är även en av de insatser som flest kommuner uppger att de arbetat med. Regionerna beskriver att de även har stärkt det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i primärvården genom exempelvis utvecklad samverkan, kompetenshöjande insatser och ökad användning av digitala verktyg.

Samtidigt uppger regionerna att det kvarstår utmaningar i arbetet. I vissa regioner saknas ett samlat införande av hälsofrämjande insatser för hela primärvården. Utvecklingsarbetet bedrivs istället på utvalda vårdcentraler eller inom ramen för tidsbegränsade pilotprojekt, med breddinförande planerat först för kommande år. Flera regioner betonar att folkhälsan inte är jämlik och att specifika grupper, såsom invånare i socioekonomiskt utsatta områden och personer med psykisk eller intellektuell funktionsnedsättning, inte nås i samma utsträckning av hälsofrämjande insatser eller i lägre grad

deltar i exempelvis hälsoundersökningar. Detta kräver särskilt anpassade arbetssätt, riktade insatser och nära samverkan mellan regioner och kommuner, vilket i sin tur ställer krav på resurser och kompetens.

Socialstyrelsen bedömer, så som vid förra årets uppföljning, att regionernas och kommunernas insatser inte alltid riktas till tydligt prioriterade målgrupper, vilket kan leda till mindre träffsäkra åtgärder och undanträngning av grupper med större behov.

Minskning av läkemedel som bör undvikas för äldre i kommunal hälso- och sjukvård

Bland äldre personer som bor på särskilt boende har andelen med läkemedel som bör undvikas minskat varje år sedan 2013. Bland äldre personer med kommunal hälso- och sjukvård som bor i ordinärt boende skedde en mindre ökning år 2018; därefter har andelen minskat för varje år men också konsekvent fortsatt ligga över andelen för personer på särskilt boende. Kvinnor i ordinärt boende har konsekvent haft en högre grad av läkemedel som bör undvikas.

Fallskador ökar för personer med sjukvård i hemmet, så även akutbesök bland äldre

Sedan 2017 har förekomsten av fallskador minskat bland personer i särskilt boende men ökat bland dem med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende; denna utveckling fortsatte också under 2025. För personer i särskilt boende var 2025 det år med lägst förekomst av fallskador, medan det för personer i ordinärt boende istället var det år med högst förekomst sedan 2014. Med undantag för åren efter pandemin har antalet akutbesök bland personer 80 år eller äldre minskat i en svag takt, men för 2025 ses istället en ökning.

Samverkan och samordning

För att nå omställningens mål om en nära och samordnad vård behöver samverkan mellan kommuner och regioner stärkas. Samverkan behöver ske inom och mellan olika aktörer samt på olika nivåer – i primärvården i regioner och kommuner men även med tandvård, socialtjänst, elevhälsan, civila samhället med flera.

Samverkan mellan region och kommun har stärkts ytterligare under 2025 men utvecklingen ser olika ut i landet

Samtliga regioner uppger att de har gemensamma strukturer för samverkan i arbetet med god och nära vård. Av regionerna uppger 18 av 20 att de under 2025 genomfört flera insatser för att stärka primärvårdens tillgång till specialistkompetens. Åtgärderna omfattar bland annat att utveckla mer strukturerade konsultationsvägar mellan primärvård och specialistmottagningar, inklusive särskilda telefonlinjer, konsultationstider och digitala lösningar. Flera regioner uppger att de även har gemensamma ronder och team där specialistläkare deltar i primärvårdens arbete, både fysiskt på exempelvis vårdcentraler och korttidsboenden och digitalt i så kallade distansronder.

Uppföljningen visar att oplanerade återinskrivningar bland äldre minskar, vilket kan ses som en indikation på att samverkan stärkts i vårdkedjan. Andelen oplanerade återinskrivningar bland äldre har minskat sedan 2013. Då var andelen oplanerade återinskrivningar 10 procent; år 2025 uppgick andelen till 8,7 procent, vilket också var något lägre än 2024. Utvecklingen skiljer sig dock mellan olika regioner och kommuner och andelen har konsekvent varit högre för män än för kvinnor.

Teamsamverkan positivt för samtliga mål för omställningen

Uppföljningen visar att flertalet regioner och kommuner arbetar mot en mer teambaserad och samordnad vård kring patienten, vilket de beskriver har en positiv påverkan på samtliga mål för omställningen. Multiprofessionella team har byggts ut i både regioner och kommuner, med fokus på äldre och personer i palliativ vård. Teamen upplevs bidra till bättre samordning, ökad trygghet och förbättrad arbetsmiljö. Flera regioner lyfter att teambaserade arbetssätt inte alltid är formellt kravställda i primärvården, utan förekommer lokalt och varierande mellan vårdcentraler. Detta skapar skillnader i landet i hur långt man kommit med att arbeta strukturerat med multiprofessionella team. Socialstyrelsen ser att det finns ett behov av att regionerna och kommunerna etablerar tydligare och mer robusta stödstrukturer för samverkan och samordning, både inom hälso- och sjukvården och mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst, för att arbetet inte ska vara personberoende.

Tecken på att utvecklingen inte går åt rätt håll för personer med vård i hemmet

För personer med kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende ses en ökning av påverkbar slutenvård[7] de senaste åren, trots en förbättring jämfört med 2017. Tillsammans med ökningen av fallskador pekar detta på att utvecklingen för personer med vård i hemmet inte går i önskad riktning. Socialstyrelsen arbetar med framtagande av stödmaterial, enhetlig terminologi, ändamålsenliga beskrivningssystem och hälsodataregister samt analys av konsekvenser för vårdsystemet i övrigt. Syftet är att bidra till att underlätta för regioner och kommuner att utveckla nya personcentrerade vårdformer som stödjer omställningen till god och nära vård och förbättrar vården för personer i hemmet.

Tillgänglighet

Att öka tillgängligheten till primärvården är ett centralt mål i omställningen. Årets uppföljning visar både positiv utveckling och fortsatta utmaningar.

Omfattande arbete med att förbättra tillgängligheten men fortsatt stora regionala skillnader

Det pågår omfattande aktiviteter för att förbättra tillgängligheten i primärvården, bland annat genom digitala lösningar, förstärkt bemanning i vissa verksamheter och utvecklade arbetssätt. Äldre samt barn och unga är fortsatt i fokus för regionernas arbete med tillgänglighet.

På kommunal nivå fokuserar många insatser för att öka tillgängligheten på att stärka den medicinska kompetensen genom regelbunden kompetensutveckling, förbättrad introduktion, handledning av nyanställda och utveckling av nya roller. Flera kommuner lyfter mentorskap som ett sätt att ta tillvara seniora medarbetares erfarenhet.

Uppföljningen visar att stora regionala skillnader kvarstår. Bland annat varierar graden av överbeläggningar och utlokaliseringar stort över landet och sedan 2017 har variationen ökat mellan regionerna. En viktig aspekt av såväl tillgänglighet som kvalitet i vården är att en person har tillgång till rätt resurser och kompetens i förhållande till de behov hen har. En given tolkning av en utlokalisering eller överbeläggning är att tillgången till slutenvårdsresurser inte var tillräcklig vid tillfället. Men resultatet kan även

[7] Avser inskrivningar på sjukhus som bedömts ofta kunna förebyggas genom ett optimalt omhändertagande och stöd via den öppna vården (inklusive hälso- och sjukvård i hemmet).

indirekt sägas spegla hur vårdsystemet som helhet utvecklas. Eftersom variationen är stor behöver Socialstyrelsen arbeta för att fördjupa förståelsen av varför vissa regioner har bättre utveckling och bidra till ett lärande mellan regionerna.

Personer med funktionsnedsättning når inte primärvården

Uppföljningen visar även att trösklarna in till primärvården fortsatt upplevs som höga, särskilt för personer med funktionsnedsättning, vilket påverkar delaktigheten, förtroendet och möjligheten till personcentrerad vård. Socialstyrelsen konstaterade i förra årets uppföljning att kompetens kring funktionsnedsättningar och deras konsekvenser behöver öka i primärvården. Årets uppföljning både förstärker den bilden och visar att olika typer av kontaktvägar in till vården är viktiga för att uppnå en personcentrerad vård. Socialstyrelsen bedömer att regionerna och kommunerna behöver förenkla och variera hur man kommer i kontakt med primärvården för att bättre möta olika målgruppers behov. Riktade verksamheter tycks kunna öka tillgängligheten för personer med funktionsnedsättning. Det pekar på vikten av riktade och anpassade modeller för olika grupper.

Hälften av de äldre uppger att det är lätt att få träffa läkare vid särskilt boende

Drygt hälften av de boende i särskilda boenden uppger 2025 att det är mycket eller ganska lätt att få träffa läkare vid behov. Nivån har förbättrats sedan 2022, men är fortfarande lägre än före pandemin. Tillgången till sjuksköterska upplevs som bättre, men var fjärde boende anser sig inte ha mycket eller ganska lätt att få träffa sjuksköterska vid behov. Utvecklingen varierar mellan länen och har i de flesta fall försämrats sedan 2017.

Andelen medicinska bedömningar inom tre dagar fortsätter öka men data är bristfälliga

Andelen medicinska bedömningar inom tre dagar i primärvården (vårdgarantimåttet) har fortsatt att öka, men 2025 års siffror är osäkra på grund av bristande rapportering från regioner som bytt journalsystem. När dessa regioner exkluderas syns ändå en viss förbättring jämfört med 2024. För barn och unga med psykisk ohälsa rapporteras en ökning av andelen som får en första bedömning inom tre dagar, men även här saknas data från flera regioner.

Övergripande bedömning

Socialstyrelsens uppföljning för 2025 visar att omställningen till en god och nära vård tar steg framåt, särskilt genom stärkta resurser till primärvård, fler registrerade fasta läkarkontakter i de administrativa systemen, ökat teamarbete samt viss förbättring för samverkan, kontinuitet och hälsofrämjande arbete.

Samtidigt är utvecklingen av omställningen till en god och nära vård ojämn mellan regioner och kommuner, och flera centrala utmaningar kvarstår – framför allt bristande och sårbar kompetensförsörjning, regionala skillnader i tillgänglighet och överbelastning samt ett tydligt gap mellan styrdokumentens ambitioner om delaktighet och personcentrering och den faktiska praktiken.

Socialstyrelsen gör bedömningen att primärvårdens roll som nav har förstärkts under 2025, men att förtroendet för hälso- och sjukvården minskar bör ses som en utveckling åt fel håll. Socialstyrelsen anser att det är viktigt att tilliten och tillgängligheten till primärvården stärks så att personer inte avstår från att söka vård inom primärvården när det är den lämpligaste vårdnivån. Primärvården ska vara det naturliga valet för förstahandskontakt med vården och då behövs ett högt förtroende.

Att utvecklingen inte sker på samma sätt eller i samma takt i hela landet är vanligt vid utvecklingsarbete i komplexa system. Skillnader mellan regioner och kommuner speglar lokala förutsättningar och kan bli en källa till lärande. Socialstyrelsen konstaterar att resultaten behöver förstås mot bakgrund av en omvärld med utmaningar med kompetensförsörjning, ekonomiska underskott och en växande grupp äldre med omfattande och komplexa behov.

Omställningen till god och nära vård går framåt men kräver fortsatt långsiktigt, verksamhetsnära arbete. Under 2026 gjordes ett tillägg i Socialstyrelsens instruktion som tydliggör ett bredare och mer verksamhetsnära och långsiktigt arbete för att främja, stödja och följa upp omställningen till en god och nära vård. Myndigheten arbetar för att ge regioner och kommuner goda förutsättningar att fortsätta ställa om till en nära vård och att följa upp resultaten.

Socialstyrelsens uppdrag

Målen för omställningen till en god och nära vård

I propositionen *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*[8] beskrivs regeringens målbild för omställningen av hälso- och sjukvården på följande sätt:

> 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.

Primärvården bör alltså utgöra ett nav. Att primärvården bör utgöra navet i vården kan betraktas som ett process- och strukturmål för att nå de effektmål som sedan anges som målet för omställningen.

Även en primärvårdsreform är kopplad till omställningen. Målen för primärvårdsreformen är:

- Tillgängligheten till primärvården ska öka.
- En mer delaktig patient och en personcentrerad vård.
- Kontinuiteten i primärvården ska öka.[9]

Uppdragsbeskrivning

Socialstyrelsens uppdrag

I juni 2023 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att främja, stödja och följa upp omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård (S2023/01930, delvis). Socialstyrelsen arbetar med en rad insatser för att stödja omställningen till en god och nära vård. De är valda för att stödja huvudmännens och vårdgivarnas arbete med att uppnå målen med omställningen.[10] Uppdraget omfattar även att kommunicera arbetet med

[8] Se proposition 2019/20:164 *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* s. 1.
[9] Prop. 2019/20:164 s. 17–32.
[10] Delarna i regeringsuppdraget som gäller Socialstyrelsens arbete med att främja och stödja arbetet med omställningen redovisas årligen i en egen rapport. Senaste delredovisningen *Insatser för att stödja*

omställningen på ett tillgängligt och sammanhållet sätt med olika målgrupper.

Den del av regeringsuppdraget som handlar om att följa upp omställningen ska Socialstyrelsen delredovisa till Regeringskansliet i augusti varje år under perioden 2024–2027. Detta är den tredje delredovisningen av vår uppföljning av omställningen inom ramen för regeringsuppdraget. I delredovisningarna ska Socialstyrelsen redogöra för utvecklingen av omställningen på nationell, regional och kommunal nivå. Analyserna bör även omfatta utvecklingen för olika målgrupper och bland annat beakta ett barnrätts- och ungdomsperspektiv samt ett funktionshinderperspektiv. I möjligaste mån bör analyserna också beakta huvudmännens egna uppföljningar av omställningen. Socialstyrelsen ska även genomföra analyser som grundar sig på uppföljningen av utvalda indikatorer och mått samt redovisning från regioner och kommuner om insatser som har vidtagits med anledning av statliga stöd till omställningen. En slutredovisning av regeringsuppdraget ska lämnas senast den 30 augusti 2028.

Uppföljning med indikatorer

I uppdraget ingår att följa omställningen med hjälp av indikatorer. Indikatoruppföljningen ska göras med utgångspunkt i de centrala mått och kärnindikatorer som Socialstyrelsen redovisade i rapporten *Uppföljning nära vård. Deluppdrag II. Nationella indikatorer. Slutrapport* [2]. I enlighet med uppdraget har Socialstyrelsen tagit fram ett mindre urval av indikatorer samt utvecklat vår digitala presentation av dessa så att den är kontinuerlig, lätt tillgänglig och publik.[11] Det mindre urvalet av indikatorer ska kunna användas för att följa målen för omställningen och bland annat kunna utgöra underlag för diskussion och reflektion mellan olika aktörer på en övergripande nivå. Uppföljningen med indikatorer ska särskilt beakta behovet av att belysa patientperspektivet. Under 2026 har vissa förändringar gjorts av kärnindikatorerna beroende på förändrad datatillgång.

Statsbidrag till kommuner och regioner

Sedan 2025 har myndigheten även i uppdrag att fördela statsbidrag till kommuner och regioner för utvecklingen av en god och nära vård. Under 2025 har statsbidrag för omställningen till god och nära vård fördelats till kommuner och regioner i enlighet med förordningen (2024:1253) om statsbidrag till kommuner och regioner för utveckling av en god och nära

omställningen till en god och nära vård 2025 publicerades i mars 2026. För vidare beskrivning av insatser som bidrar till målen, se sidan 10–15 i nämnd rapport.

[11] Översiktssida för indikatorer för målen för god och nära vård i Socialstyrelsens analysverktyg: https://dataanalys.socialstyrelsen.se/superset/dashboard/GONV_Oversikt/?expand_filters=0

vård. Totalt 3 674 000 000 kronor fördelades till samtliga kommuner och regioner under 2025.

Material från återrapporteringen av statsbidrag har använts i denna uppföljning, främst gällande redovisningar kring kompetensförsörjning [3].

Uppdrag med anledning av propositionen *Nästa steg för en god och nära vård*

Syftet med de lagändringar som trädde i kraft den 1 juli 2026, är att tydliggöra primärvårdens uppdrag samt att stärka tillgången till medicinsk kompetens i den kommunala hälso- och sjukvården. Ansvarsfördelningen mellan olika roller inom den kommunala hälso- och sjukvården ska också ses över. Lagändringarna berör bland annat samverkan mellan region och kommun, medicinskt ansvarig för rehabilitering, medicinsk bedömning dygnet runt vid behov inom den kommunala hälso- och sjukvården samt tydlig information om vem som är patientens fasta läkarkontakt och fasta vårdkontakt inom vården och hur patienten kan komma i kontakt med dem. Socialstyrelsen har fått regeringens uppdrag[12] att sprida information om lagändringarna och att stödja implementeringen. Myndigheten har genomfört informationsinsatser och dialoger med berörda aktörer under våren 2026. Dessa insatser kommer även att fortsätta under hösten 2026. Slutredovisning sker i februari 2027. Eftersom denna uppföljning gäller arbete med omställningen under 2025 tas inte dessa lagändringar i beaktning.

Uppföljningens syfte

Syftet med uppföljningen är att följa upp omställningen för att kunna bedöma utvecklingen av den, och att bidra till ett löpande kontinuerligt lärande där uppföljningens resultat bidrar till kunskap om vilka behov regionerna och kommunerna har av ytterligare stöd. Uppföljningen är därmed en viktig del av myndighetens samlade arbete för att stödja omställningen.

Socialstyrelsen beskriver insatser som genomförts i arbetet med omställningen utifrån redovisningarna från kommuner och regioner. Socialstyrelsen har, så långt det är möjligt, bedömt hur regioners och kommuners arbete med omställningen förändrats över tid och det senaste året. För att kunna följa och bedöma utvecklingen av omställningen beskriver och analyserar vi även förutsättningar för att genomföra omställningen. Syftet är att analysera dels vilka resurser som regioner och

[12] Uppdrag till Socialstyrelsen om åtgärder med anledning av propositionen *Nästa steg för en god och nära vård* (S2025/01642).

kommuner har för arbetet med omställningen, dels hur långt regioner och kommuner kommit på central nivå med att organisera och styra verksamheterna i riktning mot omställningens mål.

Rapportens disposition

I rapportens avsnitt *Övergripande arbete och utveckling av omställningen* redovisas först den översiktliga utvecklingen för de kärnindikatorer som är kopplade till målen för god och nära vård samt centrala insatser som genomförts av regioner och kommuner i arbetet med omställningen. Detta följs av avsnittet *Styrning och ledning* som innehåller resultat gällande finansiering och kostnader samt regionernas och kommunernas arbete med att följa upp och utvärdera omställningen.

Rapportens disposition utgår sedan från målsättningarna för en god och nära vård i avsnitten *Delaktighet och personcentrering*, *Kontinuitet, Hälsofrämjande och förebyggande insatser, Samverkan och samordning* och *Tillgänglighet.* Vi har valt att integrera resultat från kärnindikatorerna för målen för god och nära vård tillsammans med resultat från regioners och kommuners enkätsvar i samtliga av dessa avsnitt.

Rapporten avslutas med att redovisa uppföljningens sammanfattande analys och slutsatser.

Metod och genomförande

Socialstyrelsens uppföljning bygger på en enkät till samtliga regioner och kommuner, en kvalitativ fördjupningsstudie i tre län, ett urval indikatorer samt dokumentstudier. För närmare metodgenomgång se bilaga 1.

Enkäten består av kvantifierbara ja- och nej-frågor och flervalsfrågor men även till stora delar av fritextfrågor. Fritextsvaren har sammanställts utifrån vad som mest frekvent tas upp av regioner och kommuner.[13]

Det har även genomförts en fördjupad kvalitativ intervjuundersökning i tre län – Västerbotten, Dalarna och Jönköping – med fokus på delaktighet och personcentrering. I de tre länen har både region- och kommunföreträdare intervjuats och det har totalt genomförts intervjuer med 35 personer. De som blivit intervjuade är bland andra samordnare, strateger, personal och patientföreträdare.

[13] Viktigt att ha i åtanke är att flera enkätfrågor efterfrågar insatser som genomförts under 2025. Detta innebär att om en region eller kommun anger att de inte genomfört någon insats i frågan betyder det inte nödvändigtvis att de inte genomfört några insatser överhuvudtaget. Insatser kan ha genomförts tidigare år och därmed är det inte aktuellt att genomföra dem igen, vilket gör att svaret på frågan blir nej.

Av uppdraget framgår att ett mindre urval indikatorer ska användas för att följa omställningens utveckling på ett övergripande vis med fokus på målen för god och nära vård. Urvalet av kärnindikatorer gjordes 2024 och för att få en kontinuitet i uppföljningen försöker vi undvika att ta bort eller ändra indikatorerna mellan åren. Av tabell 1 framgår Socialstyrelsens urval av sådana indikatorer.

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

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

Indikator	Nyckelord (mål)
Förtroende för hälso- och sjukvården	Tillgänglig, Kontinuitet
Medicinsk bedömning inom tre dagar	Tillgänglig
Medicinsk bedömning inom tre dagar vid psykisk ohälsa hos barn och unga	Tillgänglig, Stärker hälsan
Möjlighet att träffa läkare i särskilt boende	Tillgänglig, Personcentrerad, Samordnad
Kontinuitetsindex primärvårdsläkare, kronisk sjukdom	Kontinuitet, Personcentrerad **NY!**
Ordinarie läkare för personer 65 år eller äldre	Kontinuitet, Personcentrerad, Delaktig, Samordnad, Tillgänglig
~~Tillgodosett vårdbehov, regionernas primärvård~~	~~Tillgänglig, Personcentrerad~~
Uppfattning om vården och läkaren, hälso-/vårdcentral	Tillgänglig, Personcentrerad **NY!**
~~Delaktighet och involvering, regionernas primärvård*~~	~~Delaktig, Personcentrerad~~
Upplevd delaktighet, hälso-/vårdcentral	Delaktig, Personcentrerad **NY!**
~~Diskuterat levnadsvanor, regionernas primärvård~~	~~Stärker hälsan, Personcentrerad, Delaktig, Tillgänglig~~
Påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom	Kontinuitet, Tillgänglig, Samordnad, Stärker hälsan
Oplanerade återinskrivningar bland äldre	Samordnad, Tillgänglig, Kontinuitet
Äldre med läkemedel som bör undvikas, KHS i ordinärt boende*	Samordnad, Kontinuitet, Stärker hälsan, Tillgänglig
Överbeläggningar och utlokaliseringar	Tillgänglig

*Avser personer med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende. Med ordinärt boende avses boende i vanliga flerbostadshus, egna hem eller motsvarande.

Av tabell 1 framgår även de nyckelord som vi bedömt att indikatorerna främst indikerar, exempelvis tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet. Nyckelorden utgår ifrån målformuleringarna för god och nära vård i regeringens proposition *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en*

primärvårdsreform.[14] De flesta av indikatorerna kopplar till flera nyckelord, vilket innebär att ett förbättrat värde på en indikator kan innebära att flera aspekter av målen uppnåtts i större utsträckning. Flera av indikatorerna bedömer vi även vara beroende av många samverkande faktorer och verksamheter. Mer om hur indikatorerna kopplar till målen och andra överväganden för urvalet framgår av bilaga 2 *Om kärnindikatorer för att följa målen för god och nära vård*.

På grund av förändringar i den nationella patientenkäten går tre av de ursprungliga kärnindikatorerna inte längre att följa och har därför tagits bort från urvalet. Det gäller följande indikatorer:

- diskuterat levnadsvanor, regionernas primärvård
- delaktighet och involvering, regionernas primärvård
- tillgodosett vårdbehov, regionernas primärvård.

Vi har också valt att lägga till tre nya indikatorer dels utifrån nya liknande frågor i den nationella patientenkäten, dels utifrån ett mått från Primärvårdskvalitet:

- kontinuitetsindex primärvårdsläkare, kronisk sjukdom
- uppfattning om vården och läkaren, hälso-/vårdcentral
- upplevd delaktighet, hälso-/vårdcentral.

I rapporten redovisas resultatet för kärnindikatorerna dels samlat på övergripande nivå, dels enskilt i efterföljande kapitel. I den enskilda redovisningen visas standardmässigt utvecklingen för kärnindikatorn över tid och uppdelad på kvinnor och män, samt en figur där värdet för 2017, 2024 och 2025 för respektive län kan jämföras. I vissa fall kompletteras redovisningen med redovisning av andra indikatorer och mått som bedömts relevanta för det område som kapitlet handlar om; det kan exempelvis vara en liknande indikator som den övergripande kärnindikatorn men som avser personer i en viss verksamhet istället för totalbefolkningen, eller att förtroendet för hälso- och vårdcentraler redovisas i samband med kärnindikatorn som avser förtroende för hälso- och sjukvården totalt. Dessa kompletterande indikatorer och mått utgår från vad Socialstyrelsen tidigare identifierat kunna vara relevant att följa för god och nära vård [2].

I Socialstyrelsens analysverktyg, som finns tillgängligt via vår webbplats, finns också möjlighet att följa utvecklingen av kärnindikatorerna för enskilda kommuner och regioner eller för exempelvis alla kommuner i en region. För indikatorer som bygger på Socialstyrelsens register finns även möjligheten att se utvecklingen för olika åldersgrupper. I verktyget kan även

[14] Se prop. 2019/20:164 s. 17–40.

alla data laddas ned.[15] Via Socialstyrelsens webbplats finns även alla beskrivningar av indikatorerna tillgängliga i myndighetens indikatorbibliotek.[16]

Under 2025 har Socialstyrelsen genomfört verksamhetsbesök i regionerna. Besöken syftade till dialog om de olika förutsättningarna för funktionen och arbetssätt med fast läkarkontakt samt de olika utmaningar regionerna har. Dialogerna med representanter för hälso- och sjukvårdsledningen berörde hur respektive region arbetar med kontinuitet och funktionen fast läkarkontakt utifrån sina regionala och lokala förutsättningar.

[15] Socialstyrelsens analysverktyg: https://dataanalys.socialstyrelsen.se/superset/dashboard/GONV_Oversikt/?expand_filters=0
[16] Socialstyrelsens indikatorbibliotek: https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/indikatorer/indikatorbibliotek/

Övergripande arbete och utveckling av omställningen

I kapitlet redovisas först den översiktliga utvecklingen för de kärnindikatorer som är kopplade till målen för god och nära vård. Därefter ger vi en övergripande bild av hur regionerna under 2025 har arbetat med omställningen till en god och nära vård, samt en nulägesbild av regioners och kommuners prioriterade insatser i arbete med omställningen. Mer detaljerade beskrivningar av insatser och resultat kopplat till omställningens målområden redovisas i andra kapitel.

Utvecklingen av omställningen går framåt men i olika takt

Omställningen till en god och nära vård syftar till att utveckla och förändra ett komplext vård- och omsorgssystem. Utvecklingen varierar mellan olika delar av omställningen och mellan olika organisationer. Det är många olika aktörer, både professioner och organisationer, som i hög grad är autonoma och har sina egna mål, logiker och drivkrafter, som ska förändra invanda arbetssätt [4]. Att resultatet för vissa indikatorer står stilla eller utvecklas långsamt behöver ses mot bakgrund av bemanningsutmaningar, besparingskrav och ökande vård- och omsorgsbehov. Olika indikatorer som summeras på nationell nivå behöver förstås i mer lokala sammanhang där omställningen faktiskt ska ske. Detta gör att omställningen både sker, och behöver få ske, på olika sätt och i olika takt för att målen ska kunna nås. Trots denna komplexitet ser Socialstyrelsen att utvecklingen av omställningen har gått framåt under 2025.

Uppföljningen visar att regioner och kommuner ofta redovisar samma eller liknande insatser inom flera målområden. Detta indikerar att arbetet med omställningen till en god och nära vård är tvärgående till sin karaktär och att insatserna ofta bidrar till utveckling inom flera målområden samtidigt.

Utifrån regionernas och kommunernas återrapportering av statsbidraget kopplat till arbetet med omställningen till en god och nära vård bedömer Socialstyrelsen bland annat att många kommuner och regioner, i samverkan med varandra, fortfarande befinner sig i ett implementerings- och utvecklingsskede i omställningen till en god och nära vård [3].

Utveckling av resultat utifrån kärnindikatorerna

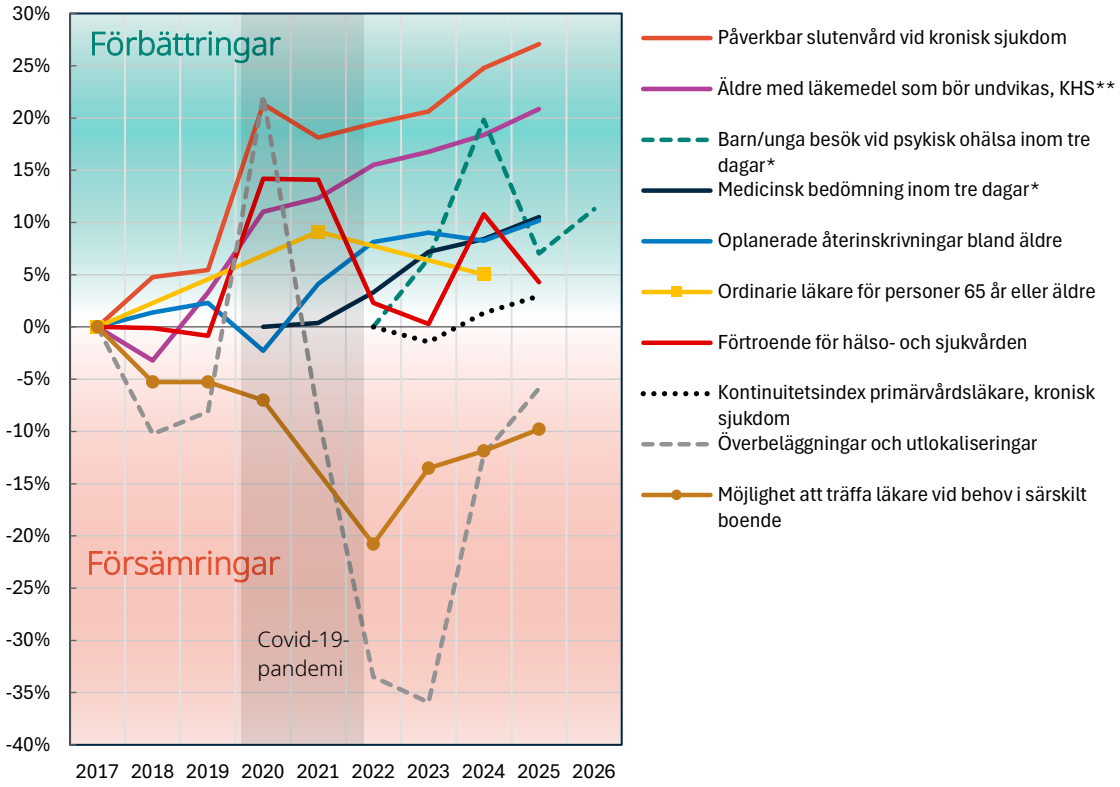
I figur 2 redovisas den procentuella förändringen av resultatet för de utvalda kärnindikatorer som kopplar an till målen för god och nära vård och där resultat finns för mer än en mätperiod (10 av 12 indikatorer).[17] I de fall det finns jämförbara data är startåret 2017, annars är startåret det tidigaste året sådana data finns tillgängliga för indikatorn. År 2017 var det år färdplanen och den första målbilden för god och nära vård presenterades av utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* (S2017:01) i rapporten *God och nära vård – en gemensam färdplan och målbild* (S2017:53) [5]. Startåret används även som referensår så att åren visar den procentuella skillnaden jämfört med referensåret.

Den procentuella skillnaden visas så att riktningen är bättre eller sämre värden, istället för högre eller lägre. Ett positivt värde innebär alltså att värdet var bättre än referensårets värde. Exempelvis betyder värdet +27 procent för läkemedel som bör undvikas till äldre med kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende att *färre* personer har sådana läkemedel 2025 jämfört med 2017.

[17] Nationell patientenkät har förändrats på flera sätt och de indikatorer som bygger på enkäten har inte gått att fortsätta följa. Nya mått används som kärnindikatorer från enkäten men de finns nu bara för en mätperiod.

Figur 2. Utveckling av resultat utifrån kärnindikatorerna

Procentuell förändring av resultatet utifrån 10 av de 12 kärnindikatorerna för att följa målen för god och nära vård jämfört med nivån 2017 eller det tidigaste året därefter med tillgängliga data.



* För 2025 exkluderas de regioner som genomgår byte av vårdinformationssystem vilket ofta påverkat rapporteringen.
** Bland personer med insatser inom kommunal hälso- och sjukvård (KHS) i ordinärt boende.

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

Av figuren framgår att två av indikatorerna pekar på en utveckling som sedan 2017 inte skett mot de mål som anges för god och nära vård.[18] Specifika kvantitativa mål för utvecklingen saknas – exempelvis kan det vara så att en positiv utveckling borde vara ännu större för att ses som ett positivt resultat, eller att ett oförändrat resultat kan ses som ett gott resultat givet rådande förutsättningar. För en del indikatorer som visar en god utveckling är detta fortsättningen på en utveckling som startat redan före 2017. Närmare tolkning av respektive indikator kommer nedan.

[18] Se prop. 2019/20:164 s. 17–27.

Förbättringar av resultatet för indikatorer som rör kontinuitet och samverkan

Vi ser fortsatt positiva resultat för indikatorn som rör läkemedel som bör undvikas till äldre för personer med kommunal hälso- och sjukvård i det ordinära boendet och indikatorn som rör påverkbar slutenvård för personer med kroniska sjukdomar. Dessa indikatorer kan påverkas av en rad faktorer, men goda resultat kräver bland annat samverkan och kontinuitet i vården. Här syns de största procentuella förbättringarna jämfört med 2017. Även om detta är en utveckling som startade före 2017 är det positivt att den fortsätter, och även för 2025 ses tydliga förbättringar för båda måtten.

Den nya kärnindikatorn *kontinuitetsindex primärvårdsläkare, kronisk sjukvård* består av ett mått på personkontinuitet mellan läkare och personer med kroniska sjukdomar. Här ses också en viss förbättring under de två senaste åren.

Vissa resultat på tillgänglighet går åt rätt håll

För två kärnindikatorer som tidigare visat på stora försämringar ses förbättrade värden. Den ena rör hur personer som bor på särskilt boende för äldre upplever tillgången till läkare och den andra situationen med överbeläggningar och utlokaliseringar på sjukhusen. Även om nivåerna inte är tillbaka där de var referensåret 2017 visar de fortsatt en förbättring under 2025, vilket var det tredje respektive fjärde året i rad. För medicinska bedömningar i primärvården inom tre dagar ses också en viss fortsatt förbättring 2025 – dock är underlaget för väntetidsmåtten skakigt på grund av byten av vårdinformationssystem i många regioner.

Delaktighet och personcentrering

För målen om delaktighet och personcentrering har kärnindikatorerna tidigare visat en svag utveckling, där exempelvis indikatorn *delaktighet och involvering, patientrapporterad, primärvård* var i princip oförändrad under perioden 2018 till 2024. För 2025 saknas dock uppdateringar för flera av indikatorerna som berör målet. Det beror dels på att frågorna och svarsalternativen i den nationella patientenkäten gjorts om i och med mätningen 2025 så att de gamla måtten inte går att följa, dels på att indikatorn för fast läkarkontakt bland äldre inte uppdaterades under 2025. För dessa områden finns dock andra kompletterande mått och kvalitativa data för att bedöma utveckling i avsnitten *Delaktighet och personcentrering* samt *Kontinuitet*.

Minskat förtroende

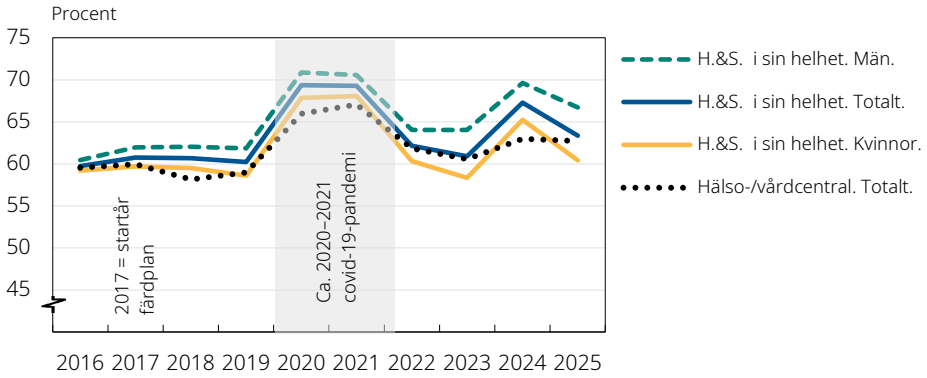
Indikatorn om förtroendet för hälso- och sjukvården visar en tydlig försämring mellan 2024 och 2025. Läs vidare om detta nedan i den mer utförliga redovisningen av indikatorn, där även förtroendet för vården vid hälso-/vårdcentraler kompletterar bilden.

Förtroendet för hälso- och sjukvården minskar

Förtroendet för hälso- och sjukvården kan påverkas av faktorer såsom upplevelse av vårdens tillgänglighet och kontinuitet. Indikatorn kan i viss mån även spegla vårdens effektivitet, bland annat för att en bedömning av resursförbrukning kan spela roll för de svar som ges. Indikatorn är indirekt relevant för alla målområden för god och nära vård (de antas alla kunna inverka på hur invånarna svarar på denna fråga), men utöver detta har även förtroendet ett stort värde i sig. Det gäller kanske speciellt i förändringsskeden, vilket kan vara aktuellt för de olika regionala och kommunala sjukvårdssystemen kopplat till omställningen till en god och nära vård. Det kan vara viktigt för tolkningen att beakta att förtroendet också påverkas av den allmänna debatten om hälso- och sjukvården.

Figur 3. Förtroende för hälso- och sjukvården

Andel invånare som svarar att de har ett stort eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvården (H.&S.) i dess helhet respektive vid hälso-/vårdcentraler i sin egen region.



Källa: Hälso- och sjukvårdbarometern, Sveriges Kommuner och Regioner.

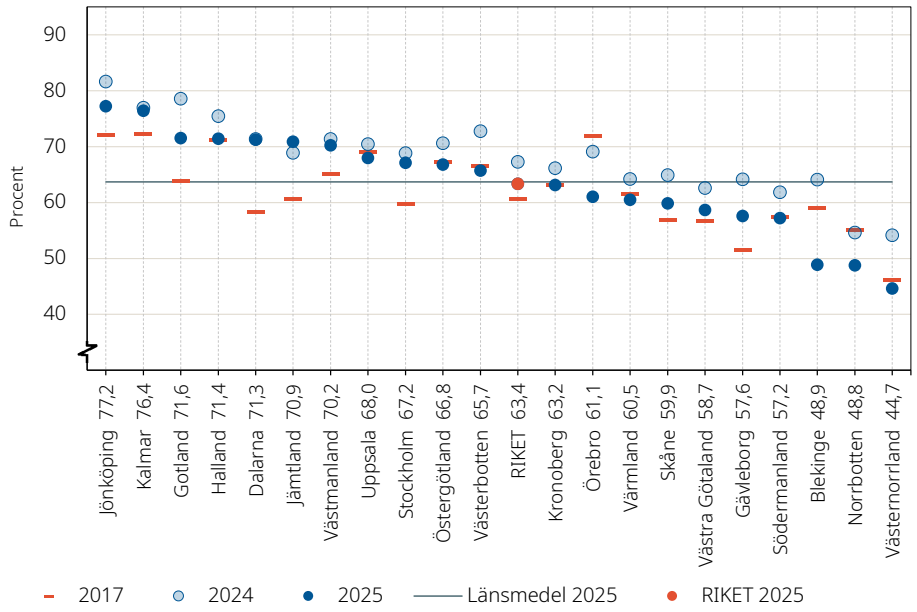
Av de svarande på Hälso- och sjukvårdsbarometern 2025 har drygt 63 procent ett stort eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvården i dess helhet i sin egen region, vilket är en minskning jämfört med 2024. Minskningen innebär att förtroendet är likvärdigt det för hälso-/vårdcentraler. Förtroendet för hälso-/vårdcentraler var oförändrat mellan 2024 och 2025 och fortsatt lägre än nivåerna under pandemin. I Hälso- och sjukvårdsbarometern mäts även förtroendet för sjukhusen – som är högre än för hälso-/vårdcentraler. För sjukhusen sågs ett stort ökat förtroende 2025

jämfört med 2024 [6]. Och skillnaden i förtroende mellan vården vid sjukhus respektive hälso-/vårdcentraler har ökat.

Kvinnor har i genomsnitt ett lägre förtroende för hälso- och sjukvården än vad män har. Samma mönster att män har större förtroende för vården än kvinnor ses internationellt [7].

Figur 4. Förtroende för hälso- och sjukvården

Andel invånare som svarar att de har ett stort eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvården i dess helhet i sin egen region.



Källa: Hälso- och sjukvårdbarometern, Sveriges Kommuner och Regioner.

Invånarnas förtroende för hälso- och sjukvården i dess helhet i den egna regionen varierar i landet. Högst är förtroendet i Jönköpings län (där 77 procent svarar att de har stort eller mycket stort förtroende) och lägst är förtroendet i Västernorrland (där 45 procent svarar att de har stort eller mycket stort förtroende). I endast en region har förtroendet ökat jämfört med 2024. I och med minskningarna visar nu endast cirka hälften av regionerna på ett ökat förtroende jämfört med 2017.

Centrala insatser som regionerna fokuserat på i arbetet med omställningen

Regionerna har i fritextsvar fått summera de viktigaste insatserna under 2025 i arbetet med omställningen till en god och nära vård.

Flera regioner arbetar aktivt med primärvårdsplaner och strategier

Regionernas redovisningar visar att omställningen till en god och nära vård under 2025 huvudsakligen har inriktats på att stärka primärvården, fördjupa samverkan med kommunerna och utveckla mer personcentrerade och proaktiva arbetssätt. Flera regioner har tagit fram nya strategier, utvecklingsplaner och färdplaner – exempelvis olika regionala strategier för hur de ska arbeta med framtidens hälsosystem – samt gemensamma planer för primärvården.

De viktigaste insatserna som beskrivs av regionerna har till en stor del handlat om att bygga upp primärvårdens kapacitet och kompetens. Det gäller både ekonomiska förstärkningar av vårdvalen, justeringar av ersättningsmodeller och satsningar på kompetensförsörjning, där fler ST-läkare i allmänmedicin lyfts av några regioner.

Insatser som bidrar till ökad kontinuitet beskrivs som centralt för arbetet med omställningen

Många regioner har initierat eller beslutat om handlingsplaner för att långsiktigt närma sig det nationella riktvärdet om cirka 1 100 listade invånare per specialist i allmänmedicin och för att minska beroendet av hyrpersonal. Parallellt utvecklas arbetsformer som ska stödja kontinuitet och fasta kontakter, bland annat genom strukturerade mottagningar för personer med komplexa behov, särskilda äldremottagningar samt senior- och hälsovårdsprogram med riktade hälsosamtal för olika åldrar.

Ett annat genomgående tema är förstärkt systemledning och fördjupad samverkan mellan regioner och kommuner. Flera regioner har etablerat gemensamma ledningsstrukturer, länsgemensamma styrgrupper och långsiktiga färdplaner för god och nära vård. Det handlar om överenskommelser kring hemsjukvård[19] och vård i hemmet som omfattar hela den vuxna befolkningen, gemensamma närområdesplaner, rehabilitering och kommunal vård, samt samfinansierade eller samorganiserade lösningar där närvårdsplatser, sjukstugor och korttidsboenden bemannas gemensamt. Syftet är bland annat att skapa mer sammanhållna vårdflöden, tryggare utskrivningar och tydligare ansvarsfördelning mellan huvudmännen.

[19] Termen hemsjukvård ersattes i tillämpliga fall med hälso- och sjukvård i hemmet den 1 juli 2026, se 12 kap. 2 § HSL och prop.2025/26:19 s. 58.

Äldre samt barn och unga med psykisk ohälsa beskrivs som prioriterade grupper

Insatserna har också i hög grad riktats mot särskilt prioriterade målgrupper. För äldre sköra personer utvecklas mobila närvårdsteam, akutgeriatriska vårdplatser, äldrevårdskoordinatorer och samverkande team mellan primärvård, sjukhus och kommunal omsorg för att möjliggöra bedömning och behandling i hemmet och minska oplanerade sjukhusinläggningar. För barn och unga, särskilt med psykisk ohälsa, har flera regioner etablerat eller vidareutvecklat funktioner som ”En väg in”, familjecentraler och multiprofessionella team, där primärvårdens roll tydliggörs.[20] Även för personer med psykisk ohälsa, samsjuklighet eller kroniska sjukdomar utvecklas stegvisa vårdmodeller, integrerade mottagningar och gemensamma team mellan primärvård, psykiatri och socialtjänst.

Digitalisering beskrivs som centralt för att öka invånarnas egenmakt

Digitalisering, kunskapsstyrning och patientdelaktighet lyfts som viktiga insatser i arbetet med omställningen. Flera regioner har infört eller vidareutvecklat nya vårdinformationssystem, digitala kommunikationsvägar, webbtidbokning, monitorering och digitala stöd- och behandlingsprogram för att öka tillgänglighet, effektivitet och invånarnas egenmakt. Arbetet med personcentrerad vård beskrivs ha konkretiserats genom regionala ramverk, utbildningar, teambaserade arbetssätt och ökad användning av dokumenterade överenskommelser och individuella planer som stöd för delaktighet.

Centrala insatser som kommunerna fokuserat på i utvecklingen av den nära vården

Kommunerna har liksom föregående år fått ange områden eller arbetssätt som de antingen initierat eller förstärkt[21] under 2025 utifrån en lista på cirka 30 områden och arbetssätt. Det är inte möjligt att jämföra resultaten med föregående år, eftersom datainsamlingen i år har skett direkt via kommunerna och inte som tidigare år via de regionala

[20] Insatser och resultat gällande primärvårdens arbete med psykisk ohälsa kommer att redovisas mer ingående i delredovisningen av *Uppdrag att genomföra nationella utvecklingsinsatser för att stärka primärvårdens arbete med psykisk ohälsa* (S2025/01229), den 31 oktober 2026.
[21] Med initierat och förstärkt avses att regionen eller kommunen under tidsperioden antingen påbörjat ett nytt arbetssätt eller utvecklat ett redan existerande område eller arbetssätt. Syftet med frågorna har varit att få svar på hur vanligt förekommande olika typer av insatser varit i arbetet med omställningen.

samverkansstrukturerna (RSS). De mönster vi identifierat i år för vilka insatser kommunerna oftast respektive mer sällan har initierat eller förstärkt är desamma som i tidigare års uppföljningar.

Samverkansinsatser och hälsofrämjande arbete i fokus för kommunernas arbete med omställningen

Samverkansinsatser är liksom vid tidigare års uppföljningar den insats flest kommuner svarat att de initierat eller förstärkt under 2025, se figur 5 nedan. Samverkansinsatser handlar om att kommunen har deltagit i samverkansforum med regionen eller inom kommunens egna verksamheter.

Arbetet med hälsofrämjande insatser (88 procent), och arbetet med rehabiliterande och/eller habiliterande insatser (80 procent) tillhör likt föregående år två av de vanligaste insatstyperna i kommunerna.

Flera kommuner redovisar att de initierat och förstärkt arbetet med multiprofessionella team (70 procent). I kommunundersökningen 2025 uppgav 88 procent av kommunerna att de i samverkan med region erbjuder vård och omsorg i multiprofessionella team i någon av kommunens boendeformer. Störst ökning var det inom ordinärt boende, från 71 procent till 83 procent sedan året innan [8].

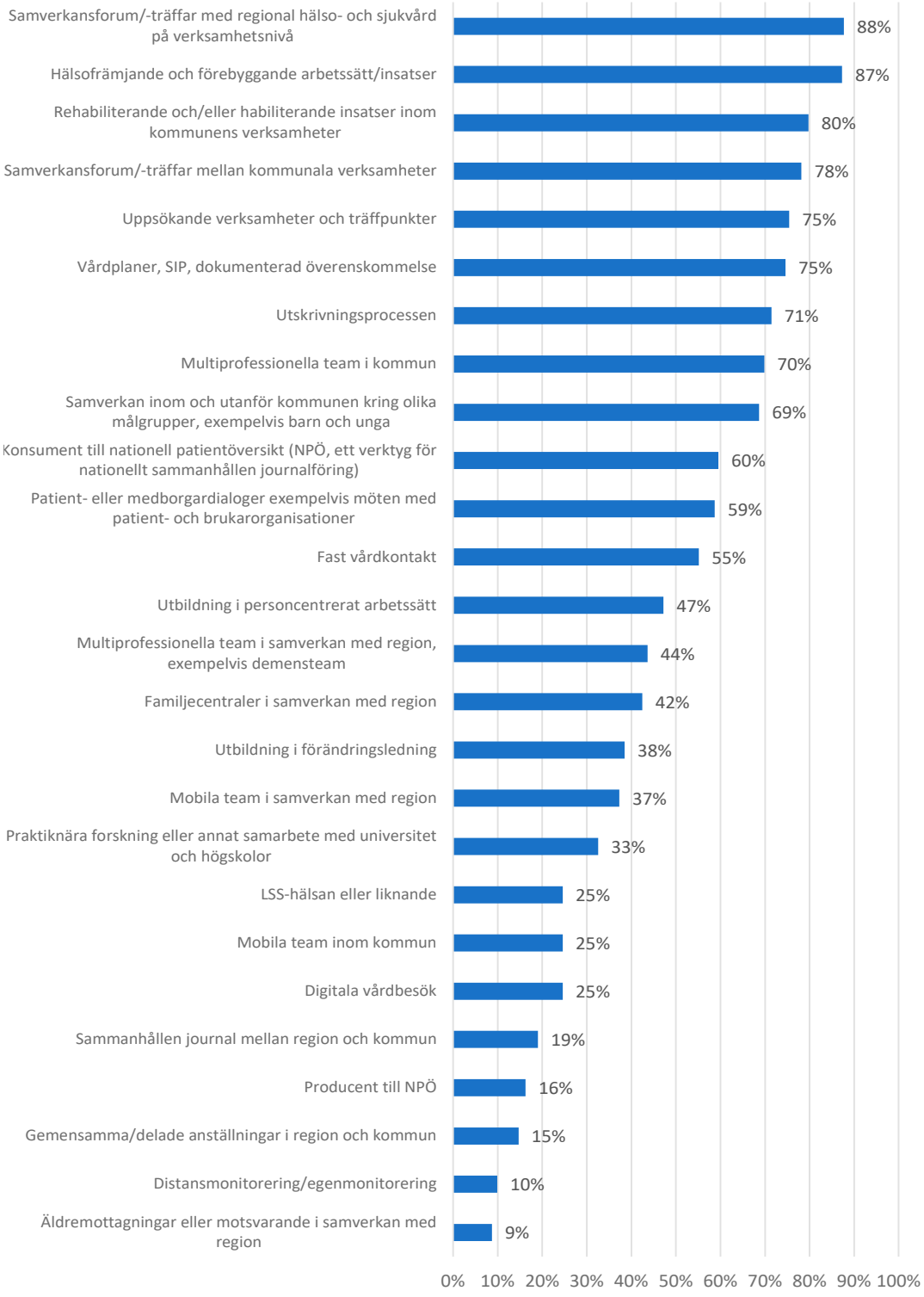
Insatser som rör patientens delaktighet och personcentrering uppges ha initierats och förstärkts i kommunerna

Flera kommuner (75 procent) uppger att de initierat och förstärkt arbetet med uppsökande verksamhet och träffpunkter samt arbete med vårdplaner, samordnad individuell plan (SIP) och dokumenterad överenskommelse. Det är 59 procent av kommunerna som uppger att de initierat och förstärkt arbetet med patient- och brukardialoger. Till områden och arbetssätt som kommuner i mindre utsträckning uppger att de initierat eller förstärkt hör bland annat distans- eller egenmonitorering[22] och att ha skapat så kallade äldrecentraler i samverkan med regionen.

[22] Egenmonitorering ingår inte i Socialstyrelsens termbank och någon definition av begreppet finns inte i myndighetens termbank. Då egenmonitorering används av huvudmännen och frågan har ställts på samma sätt i flera år används termen här och på några till ställen i rapporten där verksamheterna själva har använt termen. Huvudmännen refererar ofta till SKR:s definition av egenmonitorering: ”löpande registrering, övervakning och bedömning av värden avseende en persons hälsotillstånd, där personen själv utför registreringen.”

Figur 5. Insatser genomförda inom arbetet med god och nära vård

Andel kommuner som initierat eller förstärkt respektive område eller arbetssätt under 2025 inom arbetet för en god och nära vård. Besvarad av 252 kommuner.



Källa: Kommunernas redovisningar av insatser inom god och nära vård 2025.

Styrning och ledning av omställningen

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

Huvudsakliga resultat

- Fler regioner uppger att de budgeterat en större andel till primärvården 2025 än 2024. År 2024 uppgav 9 av 21 regioner och 2025 uppger 14 av 21 regioner att de budgeterat en större andel. Även antal regioner som fastställt ett andelsmål för ekonomiska resurser till primärvården har ökat, från tre regioner 2024 till fem regioner 2025, även om antalet fortsatt är litet.
- En av de viktigaste insatserna som regionerna beskriver att de genomfört under 2025 är en stärkt struktur för systemledning och gemensam styrning med kommuner, bland annat genom gemensamma färdplaner för god och nära vård, länsgemensamma ledningsgrupper och noder för lokal systemledning. Samtliga regioner svarar att de tillsammans med kommunerna i länet har en gemensam struktur för arbetet med en god och nära vård.
- Primärvårdens styrning mot målen i omställningen genom förfrågningsunderlag[23] visar på stora variationer i omfattning och utformning.
- Flera regioner beskriver att de under 2025 har infört nya journalsystem eller vidareutvecklat sina befintliga. Detta har inneburit förändringar på flera sätt som krävt omfattande anpassning av arbetssätt och rutiner. I vissa regioner har införandet tagit stora resurser i anspråk vilket lett till att annat utvecklingsarbete fått stå tillbaka, som bland annat arbetet med omställningen till god och nära vård. Men regionerna beskriver också att bytet stärkt samordningen kring patienter som skrivs ut från sjukhus och inneburit digitaliseringsvinster såsom effektivare dokumentation.
- Regionernas redovisningar visar att de fortsatt lägger stor vikt vid att följa upp och utvärdera sitt arbete. Nästa samtliga regioner (20 av 21) uppger att de under 2025 genomfört någon uppföljning eller utvärdering av hela eller delar av omställningen. Hos kommunerna är arbetet med uppföljning och utvärdering inte lika vanligt förekommande; 41 procent av de svarande kommunerna uppger att de genomfört någon uppföljning eller utvärdering inom ramen för omställningen.

[23] Enligt 2 kap. 1 § lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) definieras förfrågningsunderlag som sådant underlag för ansökan om att delta i ett valfrihetssystem som en upphandlande myndighet tillhandahåller.

- Det finns flera goda exempel på utvärderingar av olika arbetssätt, men det samlade uppföljningsarbetet är splittrat. Som Socialstyrelsen tidigare konstaterat behöver fler uppföljningar och utvärderingar följa omställningen på systemnivå i regioner och kommuner, och inte enbart enskilda satsningar eller arbetssätt.
- Kompetensförsörjning uppges fortsatt vara en stor utmaning. Socialstyrelsens prognoser för ett urval yrkesgrupper visar en fortsatt risk för brist på kompetens i framtiden.

Styrning av primärvården i regionerna

En viktig del av omställningen till en god och nära vård är att det som med fördel kan göras i primärvården ska genomföras där. Detta för att en mer personcentrerad vård ska kunna erbjudas och för att den specialiserade vården ska kunna fokusera på det de gör bäst. För att arbeta mot detta finns olika tillvägagångssätt, exempelvis att tillföra mer ekonomiska medel eller att ändra arbetssätt.

Regionerna arbetar för att stärka styrning, samverkan och primärvården inom ramen för omställningen

Flera regioner exemplifierar olika insatser som genomförts under 2025 inom målområdet styrning och ledning inom ramen för arbetet med omställningen till en god och nära vård. Flera regioner har tagit fram eller reviderat övergripande strategier och utvecklingsplaner för att skapa en tydlig riktning för hur verksamheten ska utvecklas i omställningen. Exempel på detta är Region Skåne som uppger att de integrerat strategin ”Framtidens hälsosystem” i ordinarie styr- och ledningsprocesser samt Region Västernorrland som tagit fram en gemensam färdplan för 2025–2030 för region och kommuner. Region Kronoberg lyfter den länsgemensamma utvecklingsstrategin för skola, omsorg och hälso- och sjukvård som tagits fram under 2025 och som sträcker sig till 2035.

En tydlig inriktning för att stärka styrningen inom omställningsarbetet är att bygga upp gemensam systemledning mellan region och kommuner, se mer under avsnitt *Arbetet med en gemensam systemledning etablerar sig mellan regioner och kommuner i länen*.

Regionerna uppger att styrningen av primärvården utvecklas genom nya uppdrag, ersättningsmodeller och handlingsplaner. Region Västerbotten har gjort en omfattande översyn av Hälsoval med ny beställning, ersättningsmodell och uppföljningsplan. Region Stockholm och Region

Skåne har stärkt vårdcentralernas avtal med krav på bemanning, fasta kontakter och geografiskt samordningsansvar, ofta kopplat till målrelaterad ersättning. Flera regioner har beslutat om handlingsplaner eller långsiktiga planer för att nå riktvärdet om cirka 1 100 listade invånare per specialist i allmänmedicin.

Ekonomiska incitament används också för att styra utvecklingen. Exempelvis beskriver Region Värmland och Region Blekinge politiska beslut om ekonomisk förstärkning av primärvården genom vårdvalet.

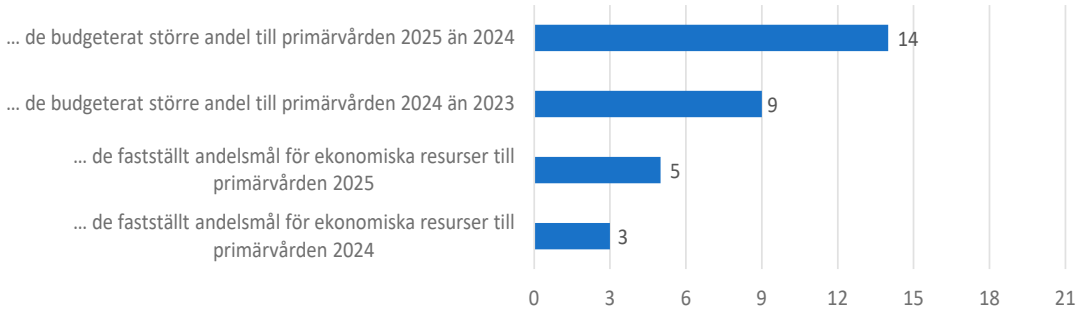
Regionerna beskriver att de även genomför organisatoriska förändringar och utveckling av ledningsstrukturer i arbetet med omställningen. Region Skåne har inrättat en ny förvaltning, Nära vård och hälsa, med särskilt uppdrag att leda omställningen. Region Halland, Region Västernorrland och Region Blekinge lyfter införandet av nya vårdinformationssystem som en del i att möjliggöra sammanhållen vård och informationsdriven styrning. Flera regioner – exempelvis Kalmar, Västerbotten och Örebro – beskriver förstärkta gemensamma lednings- och samverkansgrupper (länssamverkansgrupper, systemledningsgrupper, strategiska arbetsgrupper för medicinska frågor) med målet att samla styrningen, ha en gemensam uppföljning och ge förutsättningar för en mer långsiktig utveckling i arbetet med omställningen.

Fler regioner uppger att de budgeterat mer till primärvården, men hinder för att ekonomiskt stärka primärvården kvarstår

Som framgår av figuren nedan är det 14 av 21 regioner som angett att de budgeterat större andel till primärvården 2025 än 2024. Det är en ökning från nio regioner som redovisades i förra uppföljningen. Även antal regioner som fastställt ett andelsmål för ekonomiska resurser till primärvården 2025 har ökat från tre regioner 2024 till fem regioner 2025, även om antalet fortsatt är litet.

Figur 6. Antal regioner som angett att…

Besvarad av 21 regioner.



Källa: Regionernas redovisningar av insatser inom god och nära vård 2024 och 2025.

Det är dock 15 av 21 regioner som uppger att det finns hinder för att ekonomiskt stärka primärvården. Dessa hinder är bland annat kopplade till olika utmaningar i den specialiserade vården, som ekonomiska underskott, vårdplatsbrist, bemanningskostnader samt kostnadsutveckling inom bland annat läkemedel och medicinteknik. Att den specialiserade vården har ett högt och svårpåverkat kostnadstryck beskrivs av flertalet regioner begränsa möjligheten att omfördela befintliga medel utan risk för undanträngning eller ytterligare obalanser. Även den demografiska utvecklingen och en åldrande befolkning med kroniska sjukdomar beskrivs som en stor utmaning eftersom det leder till ett ökat behov av både primärvård och specialiserad vård. Det framförs även att avsaknaden av politiskt beslutade målnivåer för primärvårdens budgetandel i vissa regioner försvårar långsiktig planering.

Samtidigt framhåller flera regioner att de, trots dessa hinder, har en uttalad inriktning att successivt stärka primärvården, bland annat genom riktade satsningar och effektiviseringar, samt genom att på sikt föra över vissa vårduppdrag från specialistvården till primärvården. Flera regioner betonar att det är svårt att frigöra medel från specialistvården och överföra till primärvården, och menar att det snarare handlar om att det behövs ytterligare medel till primärvården. Detta då specialistvården i många fall redan har ett ekonomiskt underskott.

Primärvårdens förfrågningsunderlag visar på stora variationer i regionerna

Vid upphandling enligt LOV beskrivs vilka villkor och krav som en vårdgivare måste uppfylla för att få ingå avtal med regionen i förfrågningsunderlag. Socialstyrelsen har genomfört en kartläggning av förfrågningsunderlagen för vårdval vårdcentral/hälsocentral[24] i samtliga 21 regioner, vilken visar på stora variationer både i utformning och omfattning. Resultatet visar att samtliga regioner har formulerat krav och fokusområden som är direkt kopplade till målområdena i omställningen. Primärvården beskrivs som navet i hälso- och sjukvården, och personcentrering, samverkan med kommuner och andra aktörer samt hälsofrämjande och förebyggande arbete är områden som lyfts särskilt. Alla regioner prioriterar någon eller några särskilda målgrupper, exempelvis barn och familjer, äldre personer, personer med psykisk sjukdom, kroniska sjukdomar och funktionsnedsättning samt ohälsosamma levnadsvanor. Två regioner (Jönköpings och Värmland) ger ersättning direkt kopplat till god och nära vård. Prioriterade områden utifrån de mål som anges i förordningen om

[24] Sedan 2010 är det obligatoriskt för samtliga regioner att erbjuda invånarna möjligheten att välja vårdcentral, och privata vårdgivare har rätt att etablera sig enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem.

statsbidrag[25] och hälso- och sjukvårdslagen[26] och som har varit utgångspunkten för kartläggningen beskrivs i tabellen nedan.

Tabell 2. Beskrivning av krav relaterade till målområden för god och nära vård i primärvården.

Underlag från förfrågningsunderlag i samtliga 21 regioner för 2025. För att beskriva omfattningen av kraven i underlagen används följande indelning: ett fåtal: 1–4 regioner, vissa: 5–8 regioner, flera: 9–12 regioner, ett flertal: 13–17 regioner, majoriteten av regionerna: 18–21 regioner.

Målområde	Kravspecifikationer	Beskrivning	Ersättning	Uppföljning
Tillgänglighet	Alla har krav på telefonkontakt, öppettider och digital tillgänglighet. Majoriteten har krav på hembesök vid behov. Flera har krav om att patienter ska ha inflytande /vara medskapande vid vård, rehabiliterings- och omsorgsplanering. Flera har krav om lättillgänglig och lättförståelig information till patienter.	Prioriterat område i alla regioner, till exempel väntetid för kontakt och medicinsk bedömning. Öppettider och jour. Tillgängliga lokaler.	Majoriteten har målrelaterad ersättning kopplat till tillgänglighet, till exempel för medicinsk bedömning inom 3 dagar och tillgänglighet på telefon.	Ett flertal har krav på uppföljning av medicinsk bedömning inom 3 dagar. Majoriteten har krav på uppföljning av telefontillgänglig heten. Utöver kontroll av måluppfyllelse används resultat av uppföljning för verksam-hetsutveckling.
Kontinuitet	Majoriteten har krav på fast läkarkontakt och fast vårdkontakt. Flera regioner prioriterar kontinuitet för särskilda grupper, till exempel sköra äldre eller personer med kronisk sjukdom, funktions-nedsättning eller behov av samordnade insatser.	Områden som prioriteras är organisation, funktion och arbetssätt, till exempel bemanning och kompetens, struktur för samverkan och samordning samt teambaserat arbete.	Flera regioner ger prestations-baserad ersättning för kontinuitet, till exempel fast läkarkontakt.	Nästan samtliga regioner följer upp andel patienter med fast läkarkontakt. Ett fåtal regioner beskriver en tydlig och systematisk uppföljning av kontinuitet.

[25] Förordning (2024:1253) om statsbidrag till kommuner och regioner för utveckling av en god och nära vård.
[26] 13 a kap. HSL.

Målområde	Kravspecifikationer	Beskrivning	Ersättning	Uppföljning
Delaktighet	Majoriteten har krav om att tillhandahålla tolk och medverkan i vård- och rehabiliteringsplaner samt tillgänglig och lättförståelig information om sin vård, öppettider och kontakter.	Variationer mellan regioner hur kraven på tillgänglighet är formulerade och på vilken detaljnivå.	Majoriteten ersätter tolkkostnader i samband med vårdbesök. Reglerna för ersättning varierar dock mellan regionerna.	Flera regioner hänvisar till SKR:s indikatorer för Nära vård, till exempel inom området ”Invånare och patienter som aktiva medskapare”.
Samordning och samverkan	Majoriteten har krav om SIP vid behov av samordnad vård. Majoriteten har krav om organisation, funktion och arbetssätt för samarbete och samverkan med andra vårdgivare och vårdnivåer.	Det framgår tydligt att primärvården förväntas vara navet i en sammanhållen vårdkedja. Samordning ska ske strukturerat genom fasta kontakter, SIP och systematiskt samarbete.	Ett flertal har prestations-baserad ersättning för SIP samt annan samverkan och samordning.	Uppföljning av samordning sker i begränsad omfattning. Vanligast är uppföljning av SIP.
Kompetens och kompetens-försörjning	Majoriteten har krav om verksamhetschef och medicinsk ledningsansvarig läkare, specialistläkare i allmänmedicin under öppettider, distriktssköterska samt tvärprofessionella team. Majoriteten har krav om utbildningsplatser för läkare och andra vårdprofessioner.	Skillnad mellan regioner hur omfattande och specificerade kraven är beskrivna. Majoriteten har krav om fortbildning. Kompetens-försörjning ett prioriterat område för majoriteten av regionerna.	Schablon-ersättning kopplat till ST-läkare. Vissa regioner ersätter för handledning av studenter och elever enligt avtal med lärosäten och regionen.	Ett fåtal har systematisk uppföljning kopplat till kompetens-försörjning.
Person-centrering	Flera har krav om ett personcentrerat förhållningssätt, till exempel att patienten ska vara en likvärdig partner eller att vården ska utformas i ett partnerskap mellan patienten och vårdgivaren.	Tydligt att personcentrering genomgående ska vara ett grundläggande förhållningssätt för hur vården ska organiseras och bedrivas.	Ingen region har ersättning kopplad till person-centrering.	Vanligast är uppföljning med stöd av indikatorer kopplade till patient-upplevelse och bemötande, till exempel via patientenkäter.

Målområde	Kravspecifikationer	Beskrivning	Ersättning	Uppföljning
Rehabilitering*	Majoriteten har krav om tillgång till rehabiliterings-koordinator enligt lag (1§, 2019:1297) om koordineringsinsatser till sjukskrivna patienter. Majoriteten har krav om individuell rehabiliteringsplan vid långvarig sjukskrivning. Ett flertal har krav om teambaserad rehabilitering, samverkan och samordning.	Betydande variationer i krav om att erbjuda rehabiliterings-insatser samt omfattningen av dessa.	Ersättning ges främst för rehabiliteringsk oordinering och för att möjliggöra en strukturerad rehabiliteringsp rocess. Vanligaste modellen är kapitations-ersättning per listad invånare.	Ett fåtal beskriver en kvantitativ uppföljning av sjukskrivnings- och rehabiliteringspr ocessen med hjälp av åtgärdskoder.
Förebyggande och hälso-främjande	Majoriteten har krav om att det ska utgöra en del i det dagliga patientarbetet. Majoriteten har krav om hälsoinriktade insatser i enlighet med nationella riktlinjer. Ett flertal har krav om riktade hälsosamtal och kompetens att stödja förändring av ohälsosamma levnadsvanor.	Tydligt prioriterat område i primärvården.	Flera regioner har ersättning kopplat till riktade hälsosamtal. Vissa ersätter tobaks-avvänjning och fysisk aktivitet på recept.	Majoriteten följer upp det hälsofrämjande och förebyggande arbetet, särskilt med fokus på hälsosamtal.

* Vissa regioner har separata vårdval för rehabilitering vilka inte ingår i denna kartläggning.

Socialstyrelsen genomför under 2026 en sammanställning av relevanta styrande dokument i den kommunala hälso- och sjukvården i ett urval av tio kommuner från sex län. Resultatet av kartläggningen av styrningen i regioner och kommuner kommer att sammanställas och redovisas inom någon av rapporteringarna inom ramen för regeringsuppdraget att främja, stödja och följa upp omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård (S2023/01930 (delvis)).

Resurser till primärvården i regionerna och kommunerna

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

Ett annat sätt att följa hur primärvårdens resurser utvecklats är att analysera hur personalresurserna förändrats över tid, hur de ser ut idag och hur skillnaderna mellan tillgång och efterfrågan prognosticerats, vilket också redovisas i avsnittet.

Kostnaderna för öppen vård ökar tydligt, men inte primärvårdens kostnadsandel

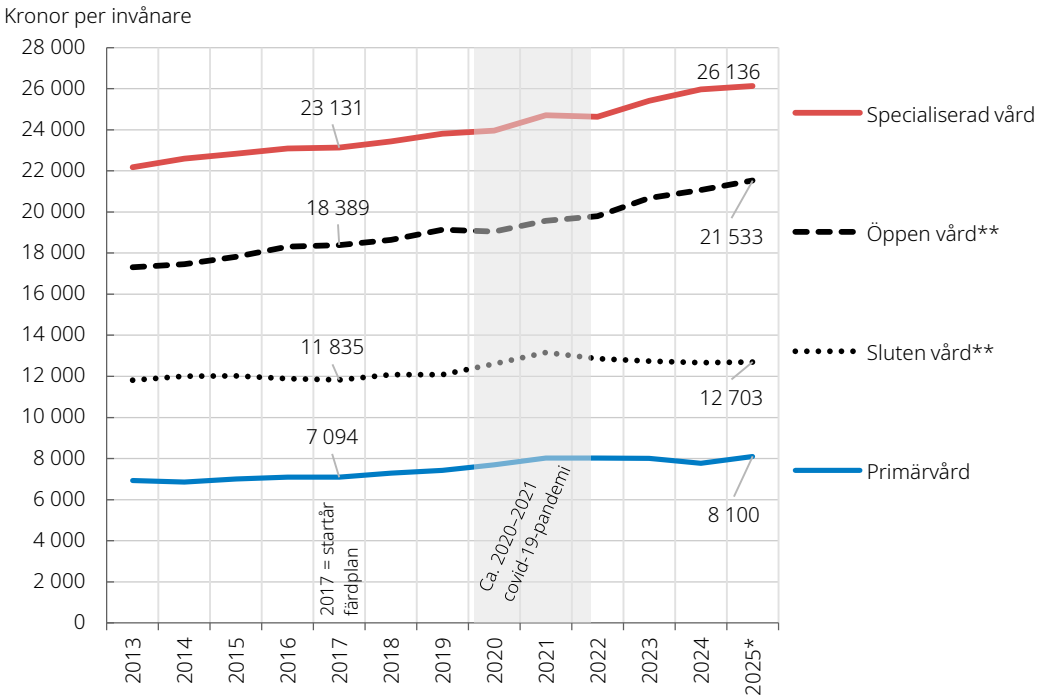
Kostnaderna[27] per invånare för regionernas primärvård visar en viss ökning i fasta priser[28]; sedan 2017 motsvarar det drygt 1 000 kronor mer per invånare med 2025 års prisnivå (blå linje i figur 7).

[27] Av de mått som beskriver kostnader har Socialstyrelsen tidigare valt att i första hand följa de kostnader som finns oavsett finansieringskälla [1]. Detta kostnadsslag brukar kallas *kostnader för det egna åtagandet* eller bara *kostnader* [11]. Ett annat ofta använt kostnadsslag är *nettokostnader* och till nettokostnaderna räknas enbart de kostnader som kommunen eller regionen själva ska finansiera (oavsett om verksamheten utförs i egen regi, privat eller av andra kommuner/regioner).

[28] Med fasta priser menas att kostnaderna justeras för att räkna bort effekten av ökade priser för verksamheten, såsom ökade lönekostnader för hälso- och sjukvårdspersonal, för att spegla en faktisk volymförändring av kostnader/resurser. Detta är likvärdigt med att justera kostnader för inflationen (den allmänna prisutvecklingen i samhället) då KPI eller KPIF brukar användas. Här används dock index som är mer anpassat för prisutvecklingen för hälso- och sjukvården. För en genomgång och val av index för fastprisberäkningar se *Uppföljning nära vård Deluppdrag II. Nationella Indikatorer slutrapport. Socialstyrelsen 2022,* s. 28–29.

Figur 7. Kostnader för vårdnivåer respektive vårdformer i regionerna

Kostnader för det egna åtagandet för olika vårdnivåer respektive vårdformer i regionernas hälso- och sjukvård (inklusive tandvård). Kronor per invånare, 2025 års prisnivå enligt LPIK.



* Preliminära uppgifter. Exklusive Gotlands kommun/Region Gotland.
** primärvård samt specialiserad somtisk- och psykiatrisk vård. Hemsjukvård/"vård i hemmet" räknas här till öppen vård.

Källa: Statistikdatabasen, Statistiska Centralbyrån. Kvalitetsjusterat Landstingsprisindex (LPIK), Sveriges Kommuner och Regioner. Beräkningar av Socialstyrelsen.

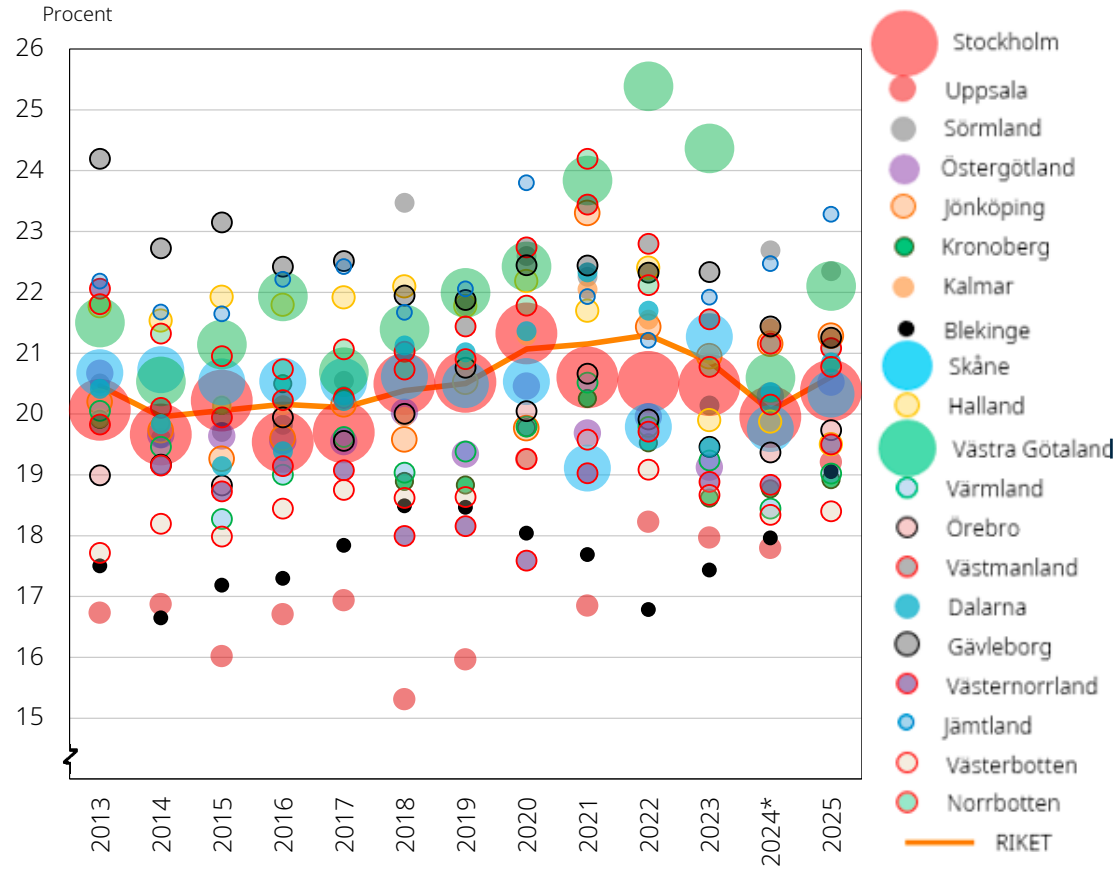
Av figur 7 framgår också att ökningen varit större inom den specialiserade somatiska vården räknat i antal kronor (cirka 3 000 kronor i 2025 års prisnivå). Procentuellt räknat motsvarar det dock en likartad ökning av primärvårdens och den specialiserade somatiska vårdens kostnader sedan 2017 (14,5 respektive 14,3 procent).

Av figur 7 framgår även kostnadsutvecklingen, i fasta priser, för vårdformerna öppen respektive sluten vård.[29] Trots att primärvårdens kostnadsökningar inte är tydligt större än den specialiserade somatiska vårdens, ökar kostnaderna för öppen vård betydligt mer än för sluten vård. Kostnadsökningen för öppen vård är drygt 18 procent sedan 2017. Kostnaden för öppen vård ökar också varje år sedan 2013, med undantag för pandemiåret 2020. Sedan 2017 har den öppna vården ökat mer än dubbelt så mycket som den slutna vården, som endast ökat cirka 7 procent.

[29] Summerat för den specialiserade somatiska och psykiatriska vården samt primärvården. Till öppen vård räknas här även hemsjukvård/"vård i hemmet".

Figur 8. Andel primärvård av regionernas hälso- och sjukvårdskostnader

Andel av regionernas totala hälso- och sjukvårdskostnader (kostnader för det egna åtagandet) som utgörs av primärvård. Region Gotland saknar uppgifter om kostnader för det egna åtagandet och ingår därför inte i figuren separat eller i värdena för RIKET.



*Ett fel i Västra Götalandsregionens räkenskapssammandrag för 2024 gör att minskningen av kostnadsandelen för dem och för riket 2024 är större än om detta fel skulle korrigeras, dock kvarstår utvecklingen för riket med en minskning 2024 och ökningen 2025 även med de korrigerade uppgifterna.[30]
Källa: Statistikdatabasen, SCB. Beräkningar av Socialstyrelsen.

Av figur 8 framgår att andelen av regionernas totala hälso- och sjukvårdskostnader som utgörs av primärvård ökade något under 2025 jämfört med 2024. Andelen för 2025 är därmed även något högre än den var 2017 och i stort sett på samma nivå som 2013. Från 2017 kan en viss ökning ses fram till 2022. För 2023 och 2024 sågs sedan en tydlig minskning av kostnadsandelen och trots ökningen för 2025 når den inte upp till nivån för 2022.

[30] SCB tillåter inga revideringar efter den slutgiltiga publiceringen av räkenskaperna om de inte påverkar BNP-beräkningarna. Den korrigerade kostnadsandelen för Västra Götalandsregionen 2024 skulle ha varit 23,3 procent och för riket 20,5 procent om regionens korrigerade uppgifter skulle användas i redovisningen. (e-post med korrigerade räkenskapsuppgifter från Västra Götalandsregionen: *Sv: VGR – kostnader egna åtagandet 2024* Dnr 66863/2025-5)

Jämfört med 2017 har kostnadsandelen för specialiserad somatisk vård ökat ännu mer än för primärvården. De verksamhetsområden som har minskat sina andelar sedan 2017 har varit *specialiserad psykiatrisk vård, tandvård* och *övrig hälso- och sjukvård* samt *politisk verksamhet avseende hälso- och sjukvård*. Den största minskningen av kostnadsandelen avser området *övrig hälso- och sjukvård* som innefattar bland annat *ambulans- och sjuktransporter, funktionshinder- /hjälpmedelsverksamhet* och *FOU avseende hälso- och sjukvård*.[31]

Av figur 8 framgår även hur stor kostnadsandelen för primärvård är i olika regioner och hur den har utvecklats över tid. Primärvårdens kostnadsandel av de totala kostnaderna 2025 varierade mellan 18,4 och 23,3 procent 2025, vilket är den minsta variationen mellan regioner för hela perioden 2013–2025. Av figuren framgår att de tre största regionerna alla redovisade en ökad andel 2025, vilket har stor påverkan på rikets värde. Totalt sett ökade kostnadsandelen i 9 av 20 regioner 2025 jämfört med 2024. I jämförelse med 2017 har kostnadsandelen ökat i 13 av 20 regioner.

Utöver regionernas primärvård räknar vi kommunal hälso- och sjukvård som en del av primärvården. Kostnadsuppgifter om denna del saknas i räkenskapssammandragen från kommunerna. Dessa kostnader särskiljs där inte i redovisningen för respektive omsorgsområde. Främst gäller det omsorgen om äldre och personer med funktionsnedsättning. I de hälsoräkenskaper[32] som SCB beräknar för den nationella nivån ingår schablonberäkningar[33] av kostnaderna för kommunernas hälso- och sjukvård. Dessa beräkningar är uppdaterade till och med 2024.

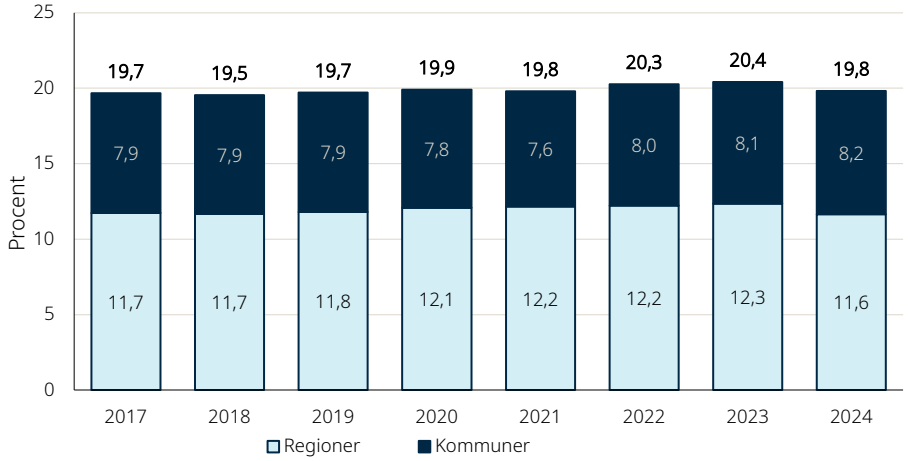
[31] https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__OE__OE0107__OE0107D/KostnDRLT/ (hämtat 2026-06-16).

[32] Hälsoräkenskaperna utgör en del av nationalräkenskaperna: https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/nationalrakenskaper/nationalrakenskaper/halsorakenskaper/ (besökt 2025-06-11)

[33] Schablonen som används för andelen hälso- och sjukvårdskostnader för olika delar av kommunal verksamhet baseras på en uppskattning av fördelningen av kostnaderna utifrån förhållandet i de ca 80 kommuner som 2011 rapporterade uppgifter om kostnad per brukare (KPB).

Figur 9. Kostnadsandel primärvård, kommuner och regioner

Andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna som utgörs av kostnader för primärvård finansierad av kommuner och regioner*.



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

Källa: Hälsoräkenskaper, Statistiska Centralbyrån. Beräkningar av Socialstyrelsen.

Kostnadsandelen för primärvård utifrån SCB:s beräkningar, när regionernas primärvård och kommunal hälso- och sjukvård räknas samman, var i princip oförändrad under perioden 2017–2024 (figur 9). Det ses heller inga tydliga förändringar av fördelningen av kostnaderna för primärvården mellan kommuner och regioner utifrån dessa beräkningar.

Sysselsättningen i primärvården ökar men fortsatt risk för brist på kompetens i framtiden

I Socialstyrelsens rapport *Personalstatistik inom primärvården – slutrapport 1* [9] redovisas antal sysselsatta inom primärvårdens fem största legitimerade yrkena. Dessa är sjuksköterska, läkare, fysioterapeut, arbetsterapeut, psykolog. Även de fem största icke-legitimerade yrkena redovisas vilka utgörs av undersköterska, vårdbiträde, vårdare, personlig assistent och specialpedagog. Statistiken visar att cirka 450 000 hälso- och sjukvårdspersonal arbetade inom primärvården i november 2024. Det är en ökning med 4 procent jämfört med 2022.

I Socialstyrelsens rapport *Personalstatistik inom primärvården – slutrapport 2* [10] har skillnaderna mellan tillgång och efterfrågan prognosticerats för ett

urval yrken[34] i primärvården.[35] Enligt prognosen finns det en risk för fortsatt brist på flera yrkesgrupper, både legitimerade och icke-legitimerade, som sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden.

Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården

Socialstyrelsen har haft i uppdrag att utreda och ta fram förslag på riktvärden för distriktssköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter respektive psykologer i primärvården, utifrån analyser av vårdbehov [11]. Utredningen visar att det finns tydliga geografiska skillnader i tillgång på distriktssköterskor, psykologer, arbetsterapeuter och fysioterapeuter i primärvården samt att länsvisa mått över personaltäthet riskerar att dölja underliggande skillnader inom länet. Utredningen belyser att ett lämpligt riktvärde kan variera beroende på exempelvis befolkningens vårdbehov, geografiska förutsättningar och hur primärvårdens uppdrag organiseras. Nedan visas prognos på tillgång och efterfrågan för år 2030 och 2040 för ett urval yrkesgrupper.

Tabell 3. Prognosticerade riktvärden för ett urval yrkesgrupper

Yrkesgrupp	2023 Utgångsläge	2030 (prognos) Tillgång	Efterfrågan	2040 (prognos) Tillgång	Efterfrågan
Distriktssköterskor	9 350	9 200	10 000	9 600	10 900
Arbetsterapeuter	5 500	5 300	6 000	5 000	6 900
Fysioterapeuter	7 260	7 500	7 800	7 900	8 700
Psykologer	3 230	3 400	3 400	3 800	3 600

Källa: Socialstyrelsen, *Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården*, 2026.

Riktvärden kan användas som ett av flera underlag för personalplanering.[36] Socialstyrelsen ser att de föreslagna riktvärdena behöver kompletteras med fler underlag för att vara relevanta för en stärkt kompetensförsörjning. På nationell nivå kan Socialstyrelsen bidra med analyser som stödjer

[34] Yrkesgrupper som inkluderats i prognosen är läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, psykologer, barnmorskor, kuratorer, medicinska sekreterare, personliga assistenter, skötare, undersköterskor, vårdare och vårdbiträden.
[35] Prognoserna finns med olika scenarier. För att ta del av samtliga samt hur prognoserna genomförts se Socialstyrelsens rapport *Personalstatistik inom primärvården – slutrapport 2*, 2026.
[36] I rapporten används SCB:s primärvårdsprognos för att ta fram ett underlag för framtida bemanning i primärvården. Den ligger till grund för föreslagna riktvärden för yrkesgrupperna psykologer, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och distriktssköterskor.

huvudmännen, medan det på lokal nivå behövs analyser av exempelvis personalomsättning, kontinuitet, kompetens och vårdbehov.

Nytt journalsystem har införts i flera regioner under 2025

Flera regioner beskriver att de under 2025 har infört eller vidareutvecklat sina journalsystem. Detta har inneburit stora förändringar på flera sätt som krävt omfattande anpassning av arbetssätt och rutiner. Men regionerna beskriver att bytet stärkt samordningen kring patienter som skrivs ut från sjukhus och inneburit digitaliseringsvinster såsom effektivare dokumentation.

Annat utvecklingsarbete har pausats vid införande av nytt journalsystem

Införandet och användningen av nytt journalsystem har inneburit flera utmaningar för både regioner och kommuner. Själva systembytet beskrivs av regionerna som resurskrävande och arbetsintensivt, med behov av omfattande anpassningar av arbetssätt, rutiner och stödprocesser. Invanda arbetssätt behöver ändras och personal läras om. Detta beskrivs av kommunerna som viktigt för att få genomslag i utskrivningsprocesser och annan samordnad vård och omsorg, samtidigt som det är tids- och resurskrävande. I vissa regioner har införandet därför lett till att annat utvecklingsarbete fått stå tillbaka, vilket påverkat bland annat takten i arbetet med omställningen till god och nära vård.

Det framförs av flera regioner att det även kvarstår vissa begränsningar i data och funktionalitet. Vissa uppgifter, såsom registrering av fast läkarkontakt, hanteras fortfarande manuellt i vissa regioner, vilket innebär att journal- och listningssystemen inte alltid ger en fullständig bild. Det finns också exempel på patientgrupper, som personer i särskilda boenden, som inte enkelt kan särskiljas i systemen, vilket försvårar uppföljning och styrning.

Arbetet med en gemensam systemledning etablerar sig mellan regioner och kommuner i länen

En av de viktigaste insatserna som regionerna beskriver för att uppnå en god och nära vård under 2025 är att strukturerna för systemledning förstärkts och att det etablerats gemensam styrning med kommuner, bland annat genom gemensamma färdplaner för god och nära vård, länsgemensamma

ledningsgrupper och noder för lokal systemledning. Samtliga 21 regioner svarar att regionen tillsammans med kommunerna i länet etablerat en gemensam struktur för arbetet med en god och nära vård. De förstärkta strukturerna för systemledning och den gemensamma styrningen med kommunerna beskrivs av regionerna vara centrala framgångsfaktorer för att långsiktigt kunna genomföra omställningen till en god och nära vård på ett mer sammanhållet och hållbart sätt i hela landet.

Flera regioner har tagit fram eller reviderat långsiktiga utvecklingsplaner och gemensamma primärvårdsplaner tillsammans med kommunerna. Dessa planer uppges syfta till att tydliggöra primärvårdens roll, lyfta arbetet med fasta kontakter och kontinuitet samt synliggöra behovet av förstärkt samverkan med kommunal vård och omsorg, skola och andra samhällsaktörer.

Region Sörmland anger att de genom Länsstyrgruppen har stärkt systemledningen för god och nära vård, med gemensamt arbete i regionens ledning och de medicinska divisionerna. Inom SAMS – Samverkansmodell Sörmland – har multidisciplinära konferenser införts för komplexa patientärenden, vilket har visat sig framgångsrikt för att undvika att patienter hamnar mellan stolarna.

Region Norrbotten beskriver ett formaliserat samarbete mellan regionens högsta ledning och kommuncheferna, med gemensam målbild och prioriteringar för Nära vård. Region Värmland anger att de har etablerat gemensamma systemledningsstrukturer med direktörsberedning, hälso- och sjukvårdsledning samt social- och skolchefer i nätverk och noder. I Region Värmland uppger nästan 50 procent av deltagarna i systemledningen att de ser förändringar i sin egen organisation som ett resultat av det gemensamma ledningsarbetet [12].

Uppföljningar och utvärderingar av omställningen

Regionerna fortsätter att följa upp och utvärdera sitt arbete, ofta i syfte att undersöka om pilotprojekt kan breddinföras men även i vissa fall med ambitionen att följa upp om förflyttning skett inom arbetet med omställningen. Nästan samtliga regioner (20 av 21) uppger att de under 2025 genomfört någon uppföljning eller utvärdering av hela eller delar av omställningen. Hos kommunerna är arbetet med uppföljning och utvärdering inte lika vanligt förekommande; 41 procent av de svarande kommunerna uppger att de genomfört någon uppföljning eller utvärdering inom ramen för omställningen. Flera kommuner som uppger att de genomfört uppföljningar har bifogat exempelvis handlingsplaner eller färdplaner för arbetet med nära vård som inte tydligt innefattar uppföljningar eller utvärderingar. De flesta

kommuner som bifogat en uppföljning och utvärdering har följt upp enskilda insatser som de genomfört inom ramen för arbetet med god och nära vård.

Totalt 14 av landets 21 regioner har tillsammans med kommunerna i länet tagit fram indikatorer eller nyckeltal för att följa utvecklingen i omställningen. Vid en närmare genomgång av det inskickade materialet kring indikatorer visar det sig vara flera regioner som inte gemensamt tagit fram indikatorer men däremot använder Socialstyrelsens framtagna indikatorer och analysverktyg samt Kolada. Det finns flera exempel på att indikatorerna presenteras på länsgemensamma webbplatser med infografik där utvecklingen kan följas.

Arbetet med uppföljning och utvärdering behöver stärkas och stödjas

Förra årets uppföljning av god och nära vård visade på behov av nationellt stöd för uppföljning och utvärdering av omställningen: detta framkommer även i årets uppföljning. I den fördjupande studien kring delaktighet och personcentrering (se avsnitt *Delaktighet och personcentrering*) lyfter intervjupersonerna att uppföljning behöver stärkas och stödjas från nationellt håll för att patienternas erfarenheter tydligare ska inkluderas. Detta har även framförts av företrädare för regioner och kommuner i dialog med Socialstyrelsen. År 2026 anordnade Socialstyrelsen en konferens där regioner och kommuner deltog och delade erfarenheter av arbetet med omställningen till en god och nära vård samt tillgänglighet. Konferensen fokuserade på lärande och erfarenhetsutbyte mellan regioner och de kommuner de samarbetar med. Utvärderingen visade att detta sätt att dela erfarenheter och data var mycket uppskattat. Under konferensen lyfte flera deltagare att denna typ av konferens med fokus på lärande kan och bör ses som ett komplement till skriftlig uppföljning.

Exempel på resultat från regionernas och kommunernas uppföljningar och utvärderingar

Det är inte möjligt att skapa sig en mer övergripande bild av hur långt kommuner och regioner kommit med omställningen utifrån deras utvärderingar och uppföljningar. Men i regionernas och kommunernas utvärderingar och uppföljningar finns exempel där regioner och kommuner bedömer att enskilda insatser kopplade till omställningen till nära vård har

lett till mätbara förbättringar för både patienter och medarbetare. Nedan följer några exempel.[37]

Flera uppföljningar och utvärderingar från regionerna beskriver att personcentrerade och hälsofrämjande arbetssätt förbättrar invånarnas upplevelse, trygghet och förståelse av sin sjukdom. Vid uppföljning av hälsosamtal på äldremottagningar i Region Uppsala uppgav 82 procent av respondenterna att de kände sig tryggare efter att ha fått kontakt med mottagningen. Andelen respondenter som ansåg att hälsosamtalen var "mycket bra" uppgick till 77 procent [13]. En utvärdering av ett pilotuppdrag för egenmonitorering[38] i Värmland visar att patienter upplever ökad trygghet och bättre förståelse för sin sjukdom, samtidigt som behovet av resor till sjukhus minskar. Eskilstuna kommun har följt upp personcentrering genom en kombination av kvalitativa och kvantitativa metoder. Uppföljningen visar att arbetet har lett till vissa förbättringar vad gäller brukares nöjdhet och minskat antal vårddygn på sjukhus [14].

Det finns också utvärderingar som visar på vinsterna med teamsamverkan. Uppföljningen av en pilotstudie i Dorotea kring teamsamverkan visar på resultat som stora tidsvinster och en förbättrad arbetsmiljö samt att patienterna behöver ha färre möten då de genom teamsamverkan får en fast samordnare istället för en mängd olika kontakter [15].

Det finns exempel på uppföljningar av enskilda insatser som av kommuner och regioner bedöms ha lett till ökad resurseffektivitet eller minskad belastning av slutenvården. Linköpings kommun visar bland annat att antalet besök på akutmottagning för personer 80 år och äldre minskade tydligt mellan 2023 och 2024. Kommunen bedömer att det sannolikt beror på förstärkt korttidsvård och utvecklade områdesbaserade team [16]. Flera kommuner i Skåne hänvisar till en utvärdering genomförd av Lunds universitet av mobila team, som bland annat visar att teamen avlastar vårdcentraler och minskar väntetider för patienterna [17]. Ett exempel på en uppföljning är den om minskad vårdkonsumtion inom psykiatrin där specialistpsykiatriska omvårdnadsteam (SPOT) införts. Enligt Region Örebro minskade antalet akuta återinläggningar inom 30 dagar med 48 procent, antalet vårddygn inom psykiatrin med 27 procent och antalet öppenvårdsbesök med 15 procent medan antalet jourbesök ökade med 26 procent efter införandet av SPOT. Region Örebro konstaterar samtidigt att det är svårt att dra säkra slutsatser baserat på vårdkonsumtion eftersom denna inte enbart är behovsstyrd utan även beror på utbudet (tillgång till vårdplatser och mottagningstider) [18].

[37] Mer om urval och metod i bilaga 1.
[38] Termen egenmonitorering ingår inte i Socialstyrelsens termbank och någon definition av begreppet finns ej i myndighetens termbank. Då termen används av region Värmland används termen här.

Det finns även exempel kring lärande av att använda datadrivna verktyg. I en uppsats görs en fördjupning av resultaten från ett förbättringsarbete i tre kommuner i Jönköpings län kring stöd för lärande uppföljning i forum för lokal gemensam ledning mellan vårdcentraler och kommunal hälso- och sjukvård [19]. Förändringsidén var att data över gemensamma resultat kan ligga till grund för reflektion, så att man tillsammans kan identifiera gap i kvalitet, sätta upp mål och genomföra förbättringar. Resultaten tyder på att användningen av data i realtid bidragit till en positiv utveckling av en god och nära vård i de deltagande kommunerna. Antalet patienter med registrerad fast vårdkontakt inom kommunal hälso- och sjukvård ökade från 18 till 387 på två år. Antalet patienter med en dokumenterad överenskommelse var större i de deltagande kommunerna, medan den under samma tidsperiod minskat övriga kommuner i länet.

Delaktighet och personcentrering

En grundpelare i omställningen till en god och nära vård är att vården ska utgå från patientens behov, preferenser och erfarenheter, och ett av regeringens mål för reformen är att patienter ska göras mer delaktiga och att personcentreringen ska öka.[39] Personcentrering innebär att vården i högre grad organiseras och bedrivs med utgångspunkt från patientens behov och förutsättningar. Det är ett förhållningssätt som är nära kopplat till värderingar, attityder och kulturen i en verksamhet. Förhållningssättet grundas på tanken att mottagaren är en person med förmågor och behov. Personen ska vara delaktig, och personalen är en resurs i personens hälsoprocess. Det finns ingen entydig definition av personcentrering. Eftersom personcentrering alltid måste utgå från individen kommer personcentrering i praktiken att betyda olika saker, i olika situationer, för olika individer [20].

Patienternas delaktighet i utvecklingen av vården på verksamhetsnivå och strategisk nivå beskrivs som en viktig framgångsfaktor för att nå omställningens mål [21]. Regioner och kommuner arbetar med delaktighet för patienten med stöd av olika verktyg. I detta kapitel beskrivs indikatorer om patientrapporterad delaktighet i primärvården samt insatser och resultat av arbetet med delaktighet.

I årets uppföljning har Socialstyrelsen valt att göra en fördjupning i målområdet, bland annat genom en fördjupningsstudie i tre län samt fler enkätfrågor kopplade till området.

Huvudsakliga resultat

- Män är i genomsnitt mer nöjda med den vård de fått och har större förtroende för läkaren än kvinnor. Upplevelsen av vården varierar mellan regionerna. Region Jämtland Härjedalen hade den högsta andelen positiva svar 2025 avseende både den vård som gavs och förtroendet för läkaren bland patienter som besökt läkare på en hälso- eller vårdcentral.
- Regionernas redovisningar visar att patient- och anhörigutbildningar, såväl fysiska som digitala, är en central del av omställningen till en mer personcentrerad och nära vård. Enligt regionerna stärker insatserna patienters och närståendes kunskap, egenvårdsförmåga, trygghet och delaktighet samt förbättrar tillgången till information och stöd via 1177 och andra digitala plattformar, i enlighet med de nationella målen för god och nära vård.

[39] Se prop. 2019/20:164 s. 21–27.

- En majoritet av regionerna och kommunerna uppger att de har genomfört insatser för att stärka personalens förutsättningar att arbeta personcentrerat. Insatserna omfattar bland annat utbildningar i personcentrerad vård, ofta med stöd av nationella kunskapscentrum, utveckling av personcentrerade rond- och överlämningsrutiner samt vidareutveckling av funktionen fast vård- och omsorgskontakt.
- Uppföljningen visar att 16 av 20 svarande regioner har rutiner för att bedöma vilken egenvård patienten kan utföra själv, eller med stöd av någon annan. Rutiner för att säkerställa delaktighet vid bedömning av egenvård för personer med nedsatt beslutsförmåga eller kommunikationssvårigheter är vanligare i kommunerna (81 procent) än i regionerna (10 av 20 svarande regioner).
- Fördjupningsstudien visar att personcentrering och delaktighet i högre grad har blivit en uttalad praxis i omställningen till god och nära vård. Samtidigt kvarstår utmaningar i det praktiska genomförandet, bland annat till följd av hög arbetsbelastning, resursbrist och bristande tillgänglighet i primärvården, särskilt för personer med komplexa behov.
- Fördjupningsstudien visar att det finns ett behov av att stärka patient- och brukarperspektivet samt att utveckla nationellt stöd för uppföljning och mätning av insatser och resultat.
- Fast vårdkontakt uppges vara en central förutsättning för personcentrering och delaktighet, och modeller med peer support (stöd från personer med egen erfarenhet av sjukdom) och strukturerad patientmedverkan lyfts fram som goda exempel med potential att användas mer i primärvården.
- Den dokumenterade överenskommelsen beskrivs av intervjupersonerna som en metod med utvecklingspotential för att omsätta ett personcentrerat arbetssätt i praktiken. Samtidigt har den införts i begränsad utsträckning.
- Få regioner och kommuner har tydliga rutiner för delat beslutsfattande, särskilt för personer med nedsatt beslutsförmåga.

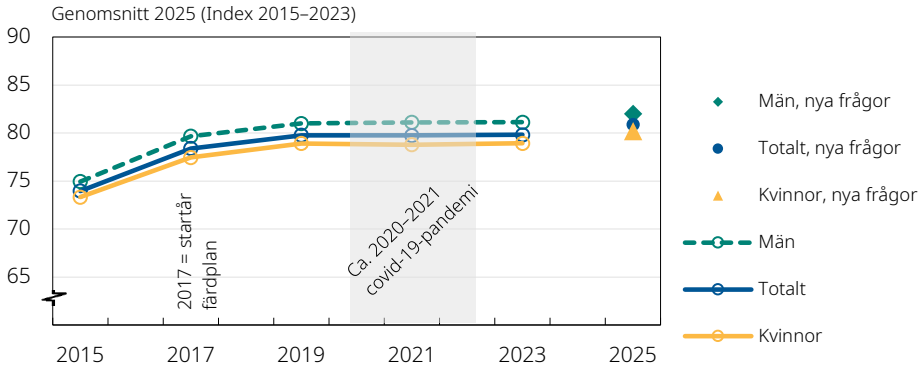
Män upplever mer delaktighet i sin vård än kvinnor

I den nationella patientenkätundersökningen får personer som nyligen varit i kontakt med vården svara på frågor om sitt senaste vårdbesök [2]. Här används den undersökning som avser läkarbesök vid hälso-/vårdcentraler. Indikatorn *upplevd delaktighet* består av flera frågor som räknas samman till en så kallad dimension. Från och med mätningen 2025 har frågorna, svarsalternativen och beräkningssättet för dimensionen gjorts om. Förändringarna är så pass många och omfattande att värdena 2025 inte kan

jämföras med de tidigare värdena, och det är svårt att göra en bedömning av vad den samlade effekten av förändringarna är.[40]

Figur 10. Upplevd delaktighet (och involvering), hälso-/vårdcentral

Positiva svar om delaktighet i sin vård från patienter som besökt läkare på hälso-/vårdcentral. Genomsnitt av svar på flera frågor (respektive index för de inaktuella måtten 2015–2024 då dimensionen hette *delaktighet och involvering*)



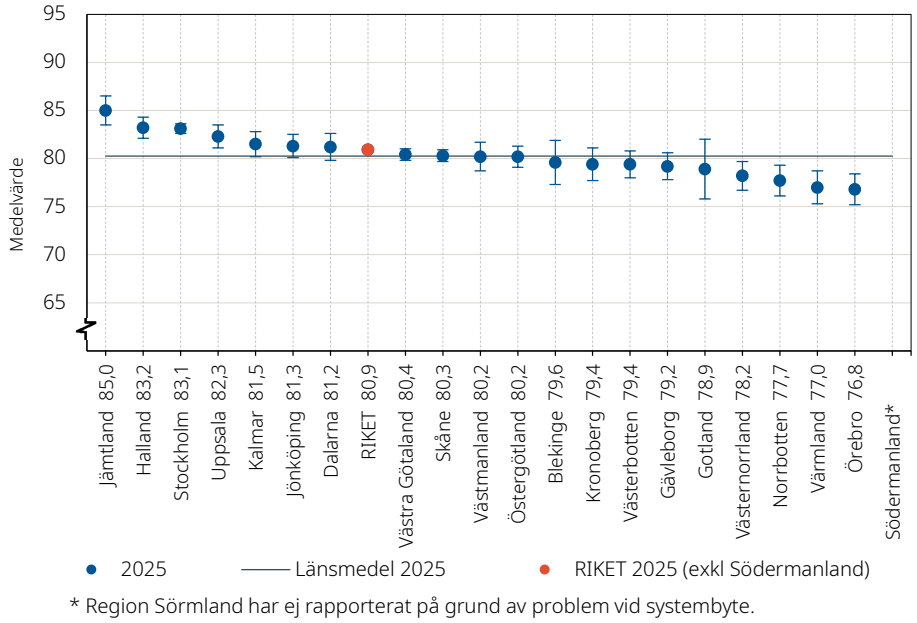
Källa: Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Regioner.

Av figuren ovan framgår även de tidigare värdena för dimensionen som då kallades *delaktighet och involvering* för att den tidigare utvecklingen från 2015 till 2023 ska framgå. Men nivån 2023 ska alltså inte jämföras med det nya måttet 2025. Tydligt för både det gamla och det nya sättet att mäta är att män i högre utsträckning än kvinnor upplever att de är delaktiga i sin vård vid hälso-/vårdcentralerna.

[40] Se bilaga 2, avsnittet *Upplevd delaktighet, hälso-/vårdcentral* för en genomgång av förändringarna av beräkning, frågor och svarsalternativ.

Figur 11. Upplevd delaktighet, hälso-/vårdcentral

Positiva svar om delaktighet i sin vård från patienter som besökt läkare på hälso- och vårdcentral. Genomsnitt av svar på flera frågor.



* Region Sörmland har ej rapporterat på grund av problem vid systembyte.

Källa: Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Regioner.

För 2025 hade patienterna vid hälso-/vårdcentraler i Region Jämtland, Region Halland, Region Stockholm och Region Uppsala en mer positiv upplevelse av delaktighet än länsmedelvärdet.

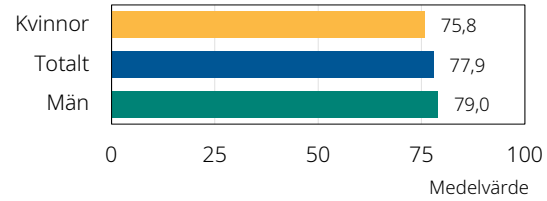
Kvinnor är mindre nöjda med vården och läkaren i primärvården

Kärnindikatorn om upplevelse av vården bygger på två nya frågor i Nationell patientenkät, dels förtroendet för läkaren, dels upplevelsen av den vård patienten fick (till exempel bedömning, behandling, undersökning eller uppföljning).[41]

[41] Vid översyn av enkäten inför insamlingen 2025 har frågan om huruvida patienten upplevt att hens vårdbehov blivit tillfredsställt tagits bort. Frågan utgjorde grunden för en av våra utvalda kärnindikatorer. Som en ny kärnindikator från Nationell patientenkät för att följa hur nöjda patienterna är med vården vid hälso-/vårdcentraler har vi valt det sammansatta mått som också används i Nationell patientenkäts redovisning. För mer information om måttet se bilaga 2, avsnittet *Ny kärnindikator 2026: Upplevelse av vården och läkaren vid hälso-/vårdcentral*.

Figur 12. Upplevelse av vården och läkaren vid hälso-/vårdcentral

Positiva svar om vården som gavs och förtroende för läkaren från patienter som besökt läkare på hälso-/vårdcentral. Genomsnitt av svar på två frågor, 2025.

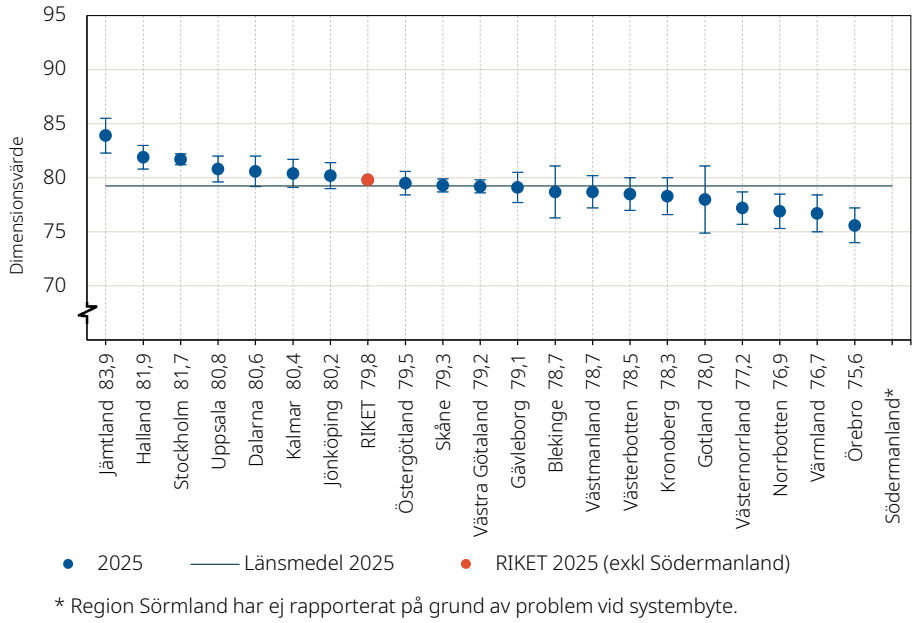


Källa: Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Regioner.

Män är i genomsnitt mer nöjda med vården som gavs och har större förtroende för läkaren än vad kvinnor har; detta gäller för det sammanvägda måttet som används för indikatorn såväl som för frågorna var för sig.[42]

Figur 13. Upplevelse av vården och läkaren vid hälso-/vårdcentral

Positiva svar om vården som gavs och förtroende för läkaren från patienter som besökt läkare på hälso-/vårdcentral. Genomsnitt av svar på två frågor.



* Region Sörmland har ej rapporterat på grund av problem vid systembyte.

Källa: Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Regioner.

Värdet varierar mellan regionerna. I 2025 års undersökning har Region Jämtland högst värde (84) och Region Örebro lägst (76). Den aktuella kärnindikatorn och den gamla kärnindikatorn om tillfredsställt vårdbehov har tydliga skillnader i frågorna de bygger på[43] men antas mäta likartade

[42] Eftersom frågorna bara använts en gång går det ännu inte att se någon utveckling över tid för indikatorn. Den tidigare kärnindikatorn som avsåg tillfredsställt vårdbehov vid primärvårdsbesöket visade ingen förbättring under perioden från då färdplanen för omställningen presenterades (2017) till sista gången frågan användes 2024.

[43] Se vidare bilaga 2, avsnittet *Ny kärnindikator 2026: Upplevelse av vården och läkaren vid hälso-/vårdcentral*.

kvalitetsaspekter. Vid en jämförelse av resultaten för den nya indikatorn och de senaste resultaten för den gamla indikatorn ses också en likartad ordning mellan regionerna för utfallet.[44] De två regioner som 2025 har högst respektive lägst värde för den nya kärnindikatorn är också samma som för den senaste mätningen med den borttagna frågan (och kärnindikatorn) om tillfredsställt vårdbehov.

Utbildningar och insatser för att underlätta för patienterna att vara delaktiga i sin vård

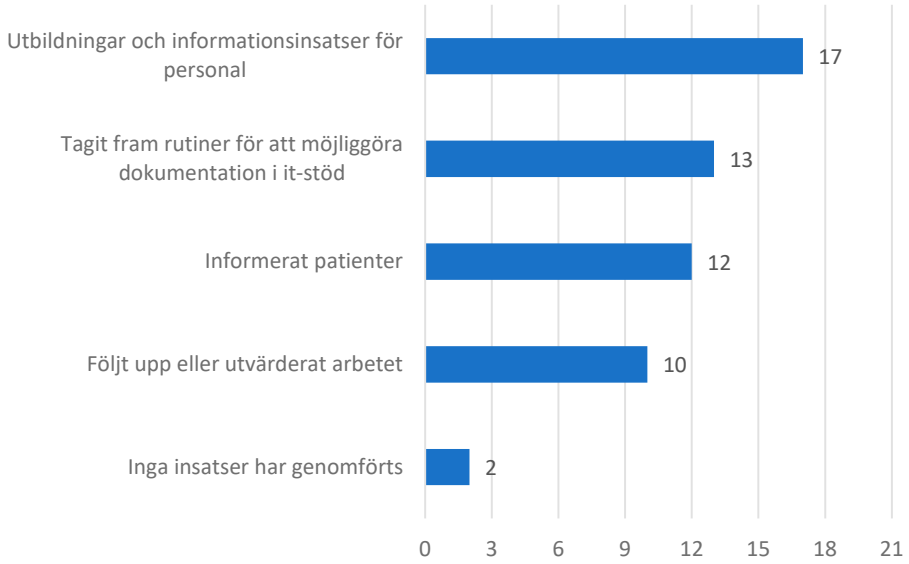
Utbildningar för personal fortsatt i fokus i arbete med delaktighet

I figuren nedan redovisas insatser som regionerna genomfört för att öka patienternas delaktighet. Det är likt föregående års uppföljning utbildningar och informationsinsatser samt rutiner för dokumentation som är de insatser som regionerna uppger att de fokuserat på för att öka delaktigheten. Flest regioner, 17 av 21, har svarat att de genomfört utbildningar och informationsinsatser för personal, följt av att 13 av 21 regioner uppgett att de tagit fram rutiner för att möjliggöra dokumentation i it-stöd. Minst antal regioner, 10 av 21, har angett att de följt upp eller utvärderat arbetet. Det är 2 regioner som har uppgett att de inte genomfört någon insats för att öka patienternas delaktighet i sin vård under 2025.

[44] Korrelation (Pearsson)=0,83.

Figur 14. Insatser för ökad delaktighet

Antal regioner som genomfört följande insatser under 2025 för att öka patienternas delaktighet i sin vård. Besvarad av 21 regioner.



Källa: Regionernas redovisningar av insatser inom god och nära vård 2025.

Det är 11 regioner som uppger att de genomfört andra insatser än de i figuren ovan. Dessa åtgärder omfattar bland annat följande:

- utveckling av personcentrerade vårdförlopp och arbetssätt, inklusive dokumenterad överenskommelse/vårdplan som tas fram tillsammans med patienten
- utbildnings- och informationsinsatser till personal om delaktighet, bemötande och personcentrerad kommunikation
- utökad användning av digitala verktyg (journal via 1177, digitala stöd- och behandlingsprogram, monitorering) som ger patienten bättre insyn och möjlighet att följa och påverka sin vård
- systematisk uppföljning av patientupplevd kvalitet (till exempel genom Nationell patientenkät och lokala enkäter) där delaktighet är en nyckelindikator
- reviderade rutiner vid utskrivning och SIP, med tydligare fokus på att patienten ska vara informerad, delaktig och känna trygghet vid övergångar.

Nästan samtliga regioner har under 2025 erbjudit patientutbildningar

Genom större kunskap om den egna hälsan och ohälsan, och faktorer som påverkar den, kan patienter få bättre förutsättningar för att bli mer delaktiga i den egna vården. Likt föregående år erbjuder nästan alla regioner någon typ av patientutbildning. Av 21 regioner uppger 20 att de under 2025 erbjudit

patientutbildningar. Regionerna uppger att de fortsatt att utveckla ett brett utbud av patient- och invånarinformation för att stärka delaktighet, öka kunskapen om den egna hälsan och förbättra förutsättningarna för egenvård. Utbildningarna ges individuellt och i grupp, både fysiskt och digitalt, ofta integrerat i den ordinarie vården. Många regioner nämner att det i primärvården är vanligt med olika ”skolor” och grupputbildningar, exempelvis kring artros, stress, sömn, ångest, föräldraskap, klimakterium, diabetes och levnadsvanor. Många vårdcentraler beskrivs ha mottagningar för kroniska sjukdomar och riktade insatser för personer i sjukskrivning. Regionerna redogör för att utbildningarna leder till att patienterna får bättre förståelse för diagnos, symtom och behandling samt ökad förmåga att ställa frågor och fatta informerade beslut.

Under 2025 uppger regionerna att många patientutbildningar har utgjorts av digitala stöd- och behandlingsprogram. Flera regioner rapporterar en expansion av program via 1177 Stöd och behandling, med ett större antal regiongemensamma program. Gemensamma plattformar uppges av regionerna möjliggöra likvärdig användning i primärvården. För patienter med särskilda behov används anpassade pedagogiska metoder och digitala hjälpmedel. Enkätsvaren visar dock att det finns regioner där patientutbildningar är mindre utbyggda, vilket påvisar att utbudet inte är likvärdigt i hela landet.

Patientutbildningar med inriktning på olika målgrupper har genomförts

Särskilda informationsinsatser har genomförts för pensionärsgrupper med fokus på användning av 1177 och andra tillgängliga e-tjänster samt egenvårdsråd och förebyggande insatser. Regionerna har även medverkat vid mässor och öppna arrangemang, där praktisk vägledning i digitala vårdtjänster erbjudits för att sänka trösklarna för digital användning.

Flera regioner beskriver att det inom psykiatrin erbjuds strukturerade utbildningar och gruppbehandlingar för flera diagnosgrupper, bland annat neuropsykiatriska tillstånd, psykossjukdomar, affektiva sjukdomar, beroende, PTSD och självskadebeteende. I flera regioner omfattar utbildningarna även anhöriga. För barn och unga kompletteras insatserna ibland med digitala utbildningar och stöd. Habilitering och barnhabilitering erbjuder utbildningar om kommunikationsstöd, stresshantering vid autism, ökad självständighet samt stöd till föräldrar och syskon.

Utbildningsinsatser bedrivs också inom folktandvård, hörsel- och synverksamhet, vuxenhabilitering och LSS, med riktade program till både patienter, närstående och personal i närmiljön. I flera regioner används särskilda pedagogiska modeller, såsom ”Lära och bemästra”, där medicinsk

expertkunskap och erfarenhetsbaserad kunskap kombineras i mindre grupper.[45]

Det är svårt att bedöma effekterna av patientutbildningarna utifrån enkätsvaren. För att kunna dra slutsatser om utbildningarnas resultat behöver utvärderingar av utbildningarna samlas in och analyseras. Detta har inte gjorts inom ramen för årets uppföljning. Ett utvecklingsområde som lyfts fram i den fördjupande studien (se avsnittet *Lärande om arbetet med personcentrering och delaktighet från tre län*) är att utveckla arbetet med egenerfarna personer (peer support). Forskning visar att egenerfarna ledare kan bidra med kunskap och stöd som skiljer sig från traditionella patientutbildningar som utformats av vårdpersonal. De kan exempelvis dela erfarenheter av hur man som patient kan navigera i samhällets olika verksamheter och stödsystem utifrån ett eget patientperspektiv [22].

Mindre än hälften av svarande kommuner erbjuder patientutbildning

Andelen kommuner som uppger att de har erbjudit patientutbildningar under 2025 uppgår till 38 procent, vilket tyder på en ojämlik tillgång till patientutbildningsinsatser i landet. Dock kan det vara så att kommunerna benämner utbildningarna som annat än patientutbildningar då deras målgrupp är användare och brukare. Detta gör resultatet något svårtolkat.

Patientutbildningar som erbjudits i kommunerna har bestått av såväl individuella utbildningar som gruppverksamhet och strukturerade program, träffar, mässor och dagverksamheter med fokus på olika ämnen.

Nedan följer exempel på patientutbildningar för olika målgrupper:

- äldre och seniorer (65+ i ordinärt boende, dagverksamhet och särskilt boende): hälsosamt åldrande, fysisk aktivitet, fallprevention, goda matvanor, social gemenskap, digital delaktighet med mera
- personer med demenssjukdom eller annan kognitiv svikt (ordinärt boende, dagverksamhet, särskilt boende): hjärnhälsa, kost, fysisk aktivitet, egenkontroll med mera
- samtalsgrupper för nydiagnostiserade: information om sjukdomen, vardagstips, kognitiva hjälpmedel, framtidsfullmakt, levnadsberättelse
- personer inom LSS och andra grupper med funktionsnedsättning (inklusive personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning (NPF)): utbildningar om kost, motion, goda levnadsvanor, kommunikation, samtycke och egenmakt, specifika samtals- och träningsupplägg för

[45] Metoden Lära och bemästra kommer ursprungligen från Norges ”Læring og mestring”. Den kombinerar professionell kunskap med patienternas erfarenheter. De medverkande har inflytande över vad träffarna ska innehålla. Syftet är att lära sig leva med och bättre bemästra sjukdom och ohälsa.

personer med NPF med fokus på tidshantering, struktur och organisering av vardagen med mera

- personer inom socialpsykiatrin (exempelvis personer med psykossjukdom, schizofreni, bipolär sjukdom, substansbruk och andra psykiatriska funktionsnedsättningar): användning och anpassning av konceptet ”Ett självständigt liv” (ESL); i vissa kommuner samarbete med rättspsykiatrin med förstärkning genom vardagsnära övningar i boendet
- personer med specifika somatiska sjukdomar eller andra definierade vårdbehov (exempelvis personer med diabetes [särskilt typ 2], hjärtsvikt, hjärt–kärlsjukdom, lungsjukdom, sårproblematik, palliativa diagnoser med flera): egenvård, symtomkännedom, behandling, kost, fysisk aktivitet, korrekt användning av hjälpmedel, utbildning i samband med utprovning av individuella hjälpmedel – inklusive läkemedelsautomater – för att stärka självständighet och trygghet
- personer i rehabilitering: utbildningar i stöd för återhämtning, optimering av hjälpmedelsanvändning, kompensation för aktivitetsnedsättningar
- anhöriga och närstående: grupper för anhöriga till personer med demenssjukdom, psykisk ohälsa, funktionsnedsättning, skadligt bruk och beroende, bemötande och egenvård; särskilt anpassade grupper finns ofta för barn och unga som anhöriga
- föräldrar med egen NPF-diagnos eller skadligt bruk och beroende: utbildningar för att stärka föräldrarollen och kunskapen om barns utveckling och hälsa.

Stärkta förutsättningar för att arbeta personcentrerat

En stor majoritet av regionerna och kommunerna, 19 av 21 regioner samt 81 procent av kommunerna, uppger att de under 2025 genomfört insatser för att stärka personalens förutsättningar för att arbeta personcentrerat. Arbetet har skett genom breddade utbildningssatsningar, ändrade arbetssätt, utveckling av gemensamma strukturer och stärkt samverkan.

Utbildning av personal och stärkta strukturer för personcentrerat arbete vanliga insatser i regionerna

Flera regioner har tagit fram övergripande strategier, ramverk och utbildningar för att tydliggöra riktningen mot en mer personcentrerad vård. Utbildningarna har handlat om grunderna i personcentrering, dokumenterad överenskommelse och delat beslutsfattande, ofta i samarbete med akademin och nationella kunskapscentrum, till exempel Göteborgs centrum för personcentrerad vård (GPCC). Vissa regioner har tagit fram e-utbildningar i

personcentrerad vård för personal inom såväl regional som kommunal hälso- och sjukvård oavsett driftsform. Vissa regioner har kombinerat utbildningarna med ledarskapsinsatser, såsom chefsdagar och chefsutbildningar med särskilt fokus på hur chefer kan skapa organisatoriska förutsättningar för personcentrerade arbetssätt och omsätta kunskapen i konkreta förbättringsarbeten i sin verksamhet.

Flera regioner uppger att de skapat strukturer och metoder för personcentrerad vård. Inom både sjukhusvård och primärvård har personcentrerad rond, personcentrerad överlämning och dokumenterad överenskommelse med patienten införts eller vidareutvecklats. Detta innebär att patient och närstående är mer aktivt involverade i de olika momenten. Inom vuxenpsykiatrin har särskilda satsningar gjorts på arbetssätt kopplade till dokumenterad överenskommelse för att stärka patientinflytande och gemensam planering. Regioner har dessutom arbetat med att utveckla och sprida stöd- och behandlingsplattformar, Min Vårdplan och digitala behandlingsprogram som stödjer delaktighet, egenvård och gemensam uppföljning. I primärvården har invånarteam, utvidgad primärvård och kartläggning av behovsgrupper införts eller vidareutvecklats för att kunna anpassa tillgänglighet och insatser utifrån olika gruppers behov.

Kommunerna stärker personcentrerat arbetssätt genom utbildning, ledarskap och individanpassad planering

På kommunal nivå har ett mycket stort antal utbildnings- och utvecklingsinsatser genomförts för att förankra personcentrerat förhållningssätt i praktiken inom bland annat äldreomsorg, funktionshinderområdet, socialpsykiatri, kommunal hälso- och sjukvård och skola. Flera kommuner beskriver riktade utbildningar i personcentrerad vård och bemötande samt omfattande introduktionsprogram, yrkesresor och interna utbildningsresurser för att säkerställa en grundläggande och likvärdig kompetensnivå hos baspersonal och legitimerade medarbetare.

Ett flertal kommuner uppger att chefer och ledare fått särskilda utbildningar i personcentrerad ledning, kvalitets- och patientsäkerhetsarbete och nära vård, med syfte att långsiktigt bygga strukturer som stödjer personcentrering.

Kommunerna beskriver att de arbetat med verktyg och processer som genomförandeplaner, vårdplaner, rehabiliteringsplaner och levnadsberättelser. Arbetet har handlat om att stärka kvalitet, aktualitet och individfokus i planerna, tydliggöra mål och önskemål, och säkerställa brukares, patienters och anhörigas delaktighet vid upprättande och uppföljning. Flera kommuner lyfter särskilt utvecklingen av fast omsorgskontakt inom hemtjänst och särskilda boenden, liksom fast

vårdkontakt och patientansvarig sjuksköterska (PAS) inom kommunal hälso- och sjukvård.

Samverkan viktig förutsättning i arbetet med personcentrering

Samverkan mellan region och kommun är ett genomgående tema och en viktig förutsättning för att personalen ska kunna arbeta personcentrerat i vårdens övergångar.

I *Öppna jämförelser kommunundersökningen kommunal hälso- och sjukvård 2025* [8] uppger 95 procent av kommunerna att de har en överenskommelse med regionen för samverkan om patienter inom kommunal hälso- och sjukvård.

Gemensamma planer mellan region och kommun tagits fram i flera län, med tydligt fokus på att stärka samverkan, samordning och personcentrering. Dessa planer omfattar ofta gemensamma insatsområden, samt förbättrade digitala kommunikationslösningar.

Kommuner och regioner beskriver gemensamma utbildningar, workshoppar, vårdkedjemöten och närvårdsteam samt satsningar som Trygg hemgång och förstärkt hemsjukvård[46] som centrala framgångsfaktorer för gemensam utveckling. På flera håll har teamarbete över organisationsgränser – exempelvis kring personer med komplexa behov, demensteam, habiliteringsteam och fokuspersoner – stärkt helhetsbilden och skapat bättre förutsättningar för samordnade insatser utifrån individens faktiska behov. Flera lyfter sitt arbete med medborgardialoger, samverkan med civilsamhälle och riktade insatser i områden med socioekonomiska utmaningar som viktiga delar av omställningen.

Det finns en bred uppfattning om att personcentrering behöver genomsyra arbetet med en nära vård och flera regioner arbetar med utgångspunkten ”Vad är viktigt för dig?”, vilket uppges sätta individen i centrum och underlätta samverkan över huvudmannagränserna.

Utmaningar med att ställa om till ett personcentrerat arbetssätt

Samtidigt framträder flera återkommande utmaningar, särskilt kopplade till att förändra invanda arbetssätt, skapa tid för gemensamt utvecklingsarbete och säkra systematisk uppföljning av personcentrering. Flera aktörer, både

[46] Termen hemsjukvård ersattes i tillämpliga fall med hälso- och sjukvård i hemmet den 1 juli 2026, se 12 kap. 2 § HSL och (prop. 2025/26:19, s. 58).

regionala och kommunala, beskriver viljan att arbeta personcentrerat men också svårigheter kopplade till tid och resursfördelning.

Flera kommuner pekar också på svårigheter med att ställa om kultur och arbetssätt. Att gå från ett uppgifts- och rutinorienterat arbetssätt till ett mer relationellt, reflekterande och individstyrt arbetssätt beskrivs som krävande, både för medarbetare och chefer. Behovet av kontinuerlig handledning, stöd i svåra samtal, tydliga uppdrag och rollbeskrivningar samt ledningens aktiva engagemang lyfts som avgörande för att omställningen ska bli långsiktigt hållbar.

På kommunal nivå beskriver flera verksamheter att arbetet med nya modeller, utbildningar och rutiner ännu inte nått full täckning; vissa utbildningar har gått trögt, implementeringen av nya arbetssätt (till exempel fast omsorgskontakt och nya teammodeller som ses som förutsättningar för att arbeta personcentrerat) är påbörjad men inte fullt genomförd, och användningen av SIP behöver stärkas ytterligare för att bli en självklar del i arbetet. I vissa kommuner gäller särskilda satsningar fortfarande bara enstaka enheter eller projekt (till exempel enstaka särskilda boenden), vilket innebär att arbetet med att skala upp och förankra personcentrering i hela organisationen återstår.

En annan återkommande utmaning som lyfts gäller uppföljning och mätning av personcentrering. På regional nivå har avsaknad av ändamålsenliga mätmetoder identifierats, vilket lett till att exempelvis Region Skåne tillsatt särskilda arbetsgrupper för att ta fram riktlinjer och rekommendationer för PREM-instrument som verkligen fångar personcentrerade aspekter. Ett annat exempel är kommunerna i Göteborg användning av PERCCI-S – Person-centred community care inventory för att systematiskt följa upp personers upplevelser av kommunal primärvård i hemmet. Instrumentet beskrivs ge underlag för att följa personcentrering ur patientens perspektiv. Resultatet av PERCCI-S ingår också som ett mått i Göteborgsregionens årliga nyckeltalsrapport om kommunal primärvård.

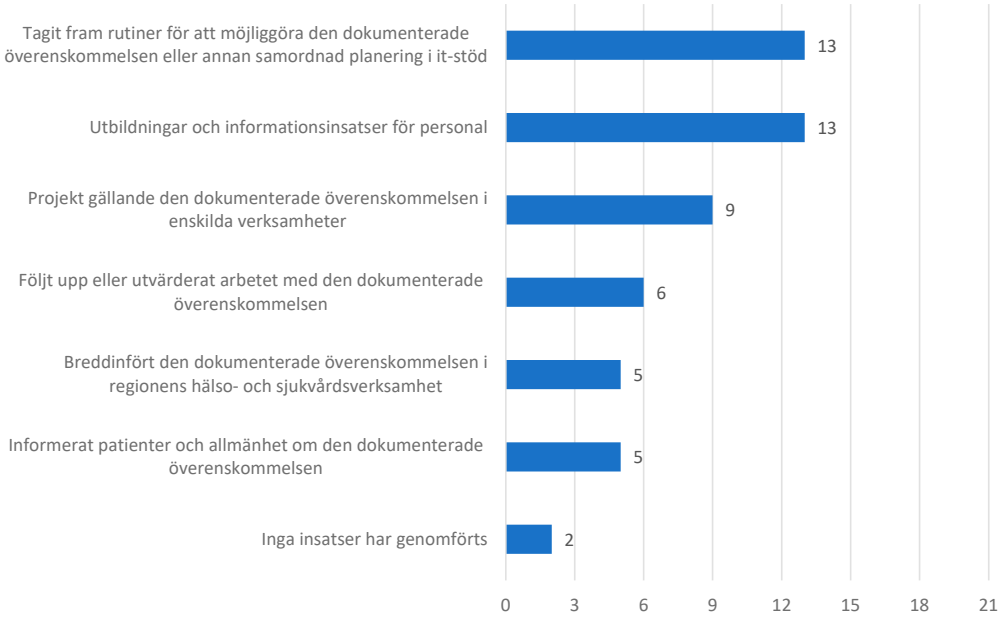
För fördjupning se mer under avsnitt *Lärande om arbete med personcentrering och delaktighet från tre län.* Där lyfts också patienternas upplevelser av vad som krävs för förändring i praktiken.

Majoriteten av regionerna arbetar med insatser avseende den dokumenterade överenskommelsen

Av 21 regioner har 19 genomfört någon typ av insats under 2025 avseende den dokumenterade överenskommelsen[47] eller arbete som motsvarar överenskommelsens olika delar. Förra året uppgav samtliga regioner att de genomfört någon typ av insats. Flest regioner (13 av 21) har genomfört insatser i form av att de tagit fram rutiner för att möjliggöra sådant arbete eller annan samordnad planering i lämpliga it-stöd samt utbildningar och informationsinsatser riktade till personalen. Minst antal regioner (5 av 21) har angett att de infört den dokumenterade överenskommelsen i regionens hälso- och sjukvårdsverksamhet samt informerat patienter och allmänheten om den.

Figur 15. Insatser avseende dokumenterade överenskommelsen, regioner

Antal regioner som genomfört olika insatser under 2025 avseende den dokumenterade överenskommelsen (tidigare patientkontrakt) eller arbete som motsvarar den dokumenterade överenskommelsens olika delar. Besvarad av 21 regioner.



Källa: Regionernas redovisningar av insatser inom god och nära vård 2025.

Det är 11 regioner som anger att de genomfört andra typer av insatser än de inkluderade i frågan. Dessa regioner beskriver att de arbetat vidare med att förvalta och stärka redan etablerade arbetssätt kring dokumenterad överenskommelse och närliggande planer snarare än att initiera nya projekt,

[47] Tidigare kallat patientkontrakt.

samtidigt som flera utvecklingsinsatser har inletts kopplat till samordnad planering och nya journalsystem.

Regionerna har fortsatt att använda fastställda rutiner och befintligt utbildningsmaterial som finns tillgängligt via intranät, och i vissa fall via gemensamma webbplatser för region och kommun, där innehållet beskriver vad en dokumenterad överenskommelse innebär. Informationsmaterialet har under året kompletterats med exempelvis en informationsfilm, och överenskommelsen används som gemensamt arbetssätt inom regional, kommunal och privat hälso- och sjukvård.

Införandet och vidareutvecklingen av vårdinformationssystem har varit ett centralt stöd för arbetet med dokumenterad överenskommelse. I journalsystem har särskilda sökord, såsom ”planering”, lagts till för att möjliggöra dokumentation av dokumenterad överenskommelse och olika typer av vårdplaner. Inom primärvården har det under 2025 tagits fram rutiner för att använda dessa funktioner i samband med rehabiliteringsplaner och sjukskrivnings- och rehabiliteringsplaner, med implementering som påbörjas under 2026. I några fall har regioner tillsammans med kommuner kunnat dra nytta av en sammanhållen HSL-journal, vilket uppges underlätta arbetet med gemensamma rutiner och användning av dokumenterad överenskommelse i både regionens och kommunernas verksamheter. Vissa regioner har även medverkat i utvecklingsprojekt för dokumenterad överenskommelse och varit pilotaktörer sedan tidigare.

Några regioner lyfter vikten av att inte enbart utveckla tekniska lösningar, utan också klarlägga vad som ska dokumenteras, hur dokumenterad överenskommelse förhåller sig till andra planer (till exempel SIP, vårdplan, rehabiliteringsplan) och vilken innebörd olika begrepp ska ha. I väntan på färdigställda definitioner och digitala lösningar har information om dokumenterad överenskommelse i vissa regioner endast delvis kommunicerats till patienter och allmänhet.

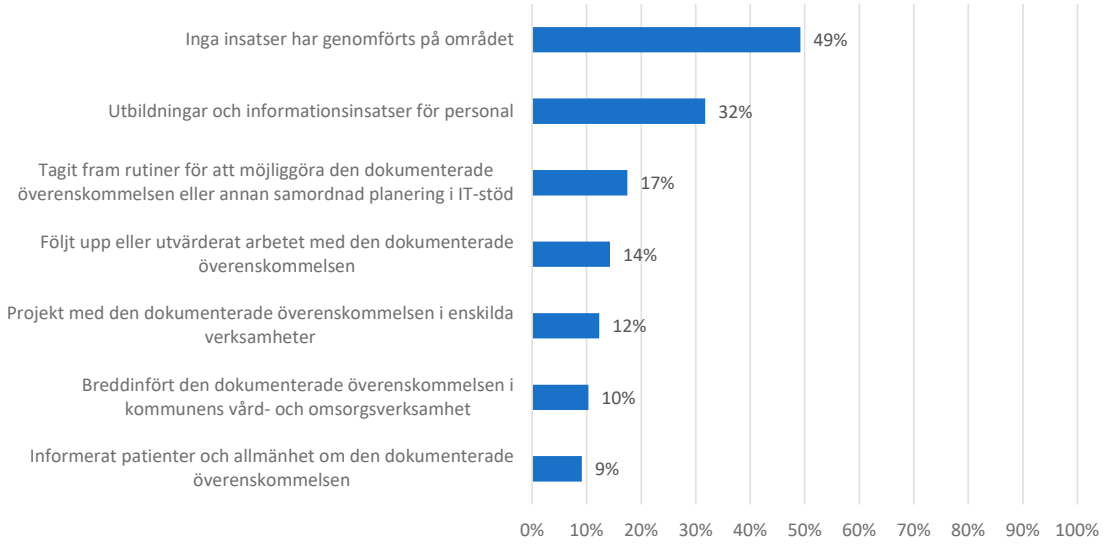
Hälften av de svarande kommunerna har inte genomfört några insatser avseende dokumenterad överenskommelse

Under 2025 har knappt hälften av kommunerna (49 procent) inte genomfört några insatser kopplade till den dokumenterade överenskommelsen. Bland de kommuner som har arbetat med överenskommelsen är den vanligaste insatsen att genomföra utbildningar och informationsinsatser för personal (32 procent). Vidare uppger 17 procent att de har tagit fram rutiner för it-stöd för att möjliggöra dokumenterad överenskommelse eller annan

samordnad planering. Uppföljning eller utvärdering av arbetet med den dokumenterade överenskommelsen har genomförts av 14 procent av kommunerna. Projekt kopplade till överenskommelsen i enskilda verksamheter förekommer i 12 procent av kommunerna, och 10 procent har breddinfört arbetssättet i kommunens vård- och omsorgsverksamhet. Endast 9 procent uppger att de informerat patienter och allmänhet om den dokumenterade överenskommelsen.

Figur 16. Insatser avseende dokumenterade överenskommelsen, kommunerna

Andel kommuner som genomfört olika insatser under 2025 avseende den dokumenterade överenskommelsen (tidigare patientkontrakt) eller arbete som motsvarar den dokumenterade överenskommelsens olika delar. Besvarad av 252 kommuner, flervalsfråga.



Källa: Kommunernas redovisningar av insatser inom god och nära vård 2025.

Det är 17 procent av kommunerna som svarat att de genomfört andra åtgärder än de inkluderade i frågan.

Kommunerna beskriver ett utvecklat samverkansarbete med region och primärvård, bland annat genom

- MAS/MAR-nätverk
- samverkan med chefsläkare för Nära vård
- regionala arbetsgrupper och noder
- gemensamma närområdesplaner
- olika samverkansforum kopplade till omställningen till god och nära vård
- samverkan med lokala vård- och hälsocentraler kring gemensamma arbetssätt och planer.

En omfattande del av arbetet beskrivs av kommunerna avse utveckling och förstärkning av SIP och närliggande arbetssätt, exempelvis

- införande av SIP-samordnare

- strukturerat arbete med SIP
- utbildningsinsatser om SIP och om fast vård-/omsorgskontakt
- tydlig inriktning mot personcentrering samt hälsofrämjande och förebyggande arbetssätt.

Ett centralt syfte med SIP är att stärka patientens inflytande över planeringen av sitt eget liv. Resultaten visar dock att detta inte alltid uppnås i praktiken. I intervjuerna som genomfördes inom ramen för fördjupningsstudien lyfts utmaningar. Bland annat beskrivs att SIP-möten ibland får karaktären av administrativa möten på verksamheternas villkor, snarare än att utgöra en process som främjar patientens delaktighet och inflytande. I flera regioner har uppföljningar av användningen av SIP visat stora skillnader mellan verksamheter, både i hur många SIP som upprättas och i kunskapen om för vilka målgrupper och i vilka situationer SIP ska användas. Detta har bland annat lett till att utveckling av SIP och samordnad planering har lyfts in som prioriterade uppdrag i gemensamma färdplaner för nära vård mellan regioner och kommuner.

Flera kommuner uppger att de sedan längre tid upprättar och utvecklar vårdplaner och medicinska vårdplaner, där vården planeras tillsammans med patienten. Vissa kommuner använder dessa planer istället för begreppet dokumenterad överenskommelse, som ett likvärdigt arbetssätt. Exempel på planer är:

- medicinska behandlingsplaner
- rehabplaner
- hälsoplaner
- krisplaner
- bemötandeplaner, ibland specifikt inom socialpsykiatrin

Kommunerna redovisar även åtgärder kopplade till it-stöd, dokumentation och patientsäkerhet, såsom

- införande av nytt journalsystem
- utveckling av system för SIP
- användning av Nationell patientöversikt (NPÖ)
- användning av samordnad vård- och omsorgsplanering (SAMSA)
- uppföljning genom kvalitets- och patientsäkerhetsberättelser
- framtagande av lokala handlingsplaner för ökad patientsäkerhet med stöd av Socialstyrelsens analysverktyg.

Få regioner och kommuner arbetar med metoden delat beslutsfattande

Delat beslutsfattande (shared decision making) är en metod i sex steg där patienter som behöver vård och stöd samarbetar med personalen för att fatta beslut om insatser. Metoden innebär ett kunskapsutbyte mellan de inblandade parterna, där patienternas kunskaper och önskemål tas tillvara och värdesätts. Med hjälp av metoden kan patienterna bli delaktiga i beslut och stärka sin egenmakt. Socialstyrelsen har sedan 2022 ett uppdrag att genomföra insatser för att stimulera och stärka det nationella arbetet med att utveckla en personcentrerad vård och omsorg för personer med komplex psykiatrisk problematik. Socialstyrelsen rekommenderar att metoden delat beslutsfattande används, och har tagit fram ett kunskapsstöd om metoden. Det riktar sig till både personal och beslutsfattare inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Kunskapsstödet beskriver hur metoden tillämpas praktiskt, hur den förhåller sig till lagar och bestämmelser, samt hur den kan vara ett stöd för verksamheter som vill utveckla en personcentrerad och återhämtningsinriktad vård och omsorg [23].

Då Socialstyrelsen särskilt fördjupat sig i målområdet om delaktighet och personcentrering i årets uppföljning av omställningen har vi följt upp om regionerna och kommunerna har rutiner för delat beslutsfattande för patienter med nedsatt beslutsförmåga.[48] Endast 3 av 21 regioner uppger att de har några sådana rutiner och av de svarande kommunerna uppger 13 procent att de har en sådan rutin. En närmare genomgång av de inskickade rutinerna visar att få berör arbetet med metoden delat beslutsfattande utan att det istället rör sig om samstyckesblanketter med mera. Men vissa initiativ finns; i Region Gävleborg ska en arbetsgrupp kartlägga och ta fram en implementeringsplan för regionen gällande metoden. Arbetet ska i möjligaste mån samordnas med övriga utbildningsinsatser och kopplas till den utbildning regionen har i personcentrerad vård.

Egenvård

Med egenvård avses en hälso- och sjukvårdsåtgärd som behandlande hälso- och sjukvårdspersonal har bedömt att en patient kan utföra själv eller med hjälp av någon annan.[49]

Egenvård som begrepp används av kommuner och regioner i flera olika sammanhang med olika betydelser. Hälso- och sjukvårdspersonal kan

[48] Nedsatt beslutsförmåga handlar om kognitiva funktioner, kopplat till exempelvis demens, intellektuell funktionsnedsättning, psykisk ohälsa, förvärvad hjärnskada.
[49] 2 § lagen (2022:1250) om egenvård.

bedöma att patienten själv kan ta sin medicin, ta prover eller följa olika mätvärden. Att delta i patientutbildningar eller söka information på 1177.se kan också bedömas som egenvård.

Rutiner i regioner och kommuner för bedömning av egenvård är vanligt förekommande

Uppföljningen visar att 16 av 20 svarande regioner har en rutin för bedömning av vilken egenvård patienten själv eller med hjälp av någon annan kan utföra.

För att undersöka hur delaktigheten kan säkerställas för personer med funktionsnedsättning har vi följt upp om det finns rutiner som ska garantera patienters delaktighet vid bedömning av egenvård, när patienten har nedsatt beslutsförmåga eller kommunikationssvårigheter. Resultaten visar att sådana rutiner är vanligare i kommunerna än i regionerna. Bland kommunerna uppger 81 procent av de svarande att det finns en rutin för detta, medan 10 av 20 svarande regioner uppger att de har en sådan rutin.

Insatser för närstående i egenvård integreras ofta i regionernas och kommunernas övriga anhörigstöd

Gällande insatser för närstående som stödjer patienters egenvård genomför 16 av 20 svarande regioner detta. Bland kommunerna uppger 55 procent av de svarande att de erbjuder sådana insatser.

Samtliga regioner beskriver i fritextsvar att närstående får information och instruktioner om hur egenvårdsinsatser ska utföras. Flera regioner beskriver stödet som individuellt utformat utifrån patientens och närståendes behov och förutsättningar. I samband med egenvårdsbedömning vägs närståendes situation in för att skapa en hållbar vårdsituation. Ett genomgående tema hos både regioner och kommuner är att stöd till närstående syftar till att egenvården ska vara säker och att patient och närstående ska känna sig trygga.

Regionerna integrerar insatser till närstående som stödjer patienters egenvård i övrigt anhörigstöd som till exempel närståendeutbildningar, diagnosspecifika e-utbildningar för psykiatriska tillstånd och kroniska sjukdomar. Kommunerna beskriver utbildning av och handledning för anhöriga i hur egenvårdsuppgifter ska utföras på ett tryggt och säkert sätt som en central insats. Legitimerad personal (som sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut med flera) ger sjukdoms- och behandlingsinformation, praktiska instruktioner, går igenom risker samt följer upp. Utbildningen kan ges individuellt i hemmet eller i grupp, exempelvis vid anhörigutbildningar om demens. Flera kommuner beskriver

att detta sker utifrån behov och i anslutning till beslut om egenvård. Flera kommuner beskriver att användning av läkemedelsautomater/robotar och andra hjälpmedel kan underlätta egenvård och indirekt avlasta anhöriga. Informationsmaterial om egenvård håller på att revideras i vissa kommuner för att bli mer tydligt och tillgängligt.

Regioner och kommuners arbete med monitorering

Distansmonitorering innebär att patienten, oavsett plats, själv eller med assistans mäter och delar information om sin hälsa med sjukvården. Det kan handla om att patienter med kroniska sjukdomar som till exempel diabetes, hjärtsvikt eller kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), kan undvika akuta och oplanerade vårdkontakter och samtidigt bli mer delaktiga i sin vård. I fritextsvar är det ett fåtal regioner som nämner att de arbetat med distansmonitorering, och i kommunernas svar om vilket arbete de initierat eller förstärkt under 2025 uppger 10 procent av 252 kommuner att de arbetar med distansmonitorering. En tidigare rapport från Socialstyrelsen visar att införande av distansmonitorering i svensk hälso- och sjukvård går långsamt [24].

Monitorering möjliggör för patienten att bli medskapare av sin vård, med en ökad kunskap, trygghet, kontroll och delaktighet i vårdprocessen. Socialstyrelsen deltar tillsammans med Region Norrbotten i ett EU-projekt där en framgångsrik vårdmodell för distansmonitorering i Spanien överförs, anpassas och implementeras i svensk primärvård [25]. Projektet genomförs på ett antal vårdcentraler i Region Norrbotten. I samarbete med Region Norrbotten används och anpassas modellen till förhållandena på svenska hälso- och vårdcentraler. Pilotverksamhet har bedrivits under två år. Arbetet inleddes vid fyra hälsocentraler och har därefter skalats upp till elva hälsocentraler. Planen är att införa distansmonitorering vid samtliga 24 regiondrivna hälsocentraler i Region Norrbotten under 2026.

Preliminära resultat från följeforskningen av projektet visar att

- cirka 94 procent av patienterna är nöjda med att följa sina värden i hemmet och med att dessa överförs och följs upp av hälso- och sjukvårdspersonal i primärvården
- drygt 40 procent uppger att deras fysiska hälsa har förbättrats sedan de började med distansmonitorering
- cirka 50 procent uppger att deras fysiska hälsa är oförändrad
- cirka 9 procent uppger att deras fysiska hälsa har försämrats.

Patienterna i denna grupp har kroniska sjukdomar, främst hypertoni, hjärtsvikt och typ 2-diabetes. Socialstyrelsen tar fram ett nationellt implementeringsstöd som ska underlätta för övriga regioner att införa distansmonitorering på ett hållbart sätt och i större skala.

Lärande om arbetet med personcentrering och delaktighet från tre län

För att få fördjupad kunskap om vilka faktorer som påverkar möjligheten att nå resultat i arbetet med målområdet personcentrering och delaktighet inom omställningen till en god och nära vård har vi fördjupat oss i tre regioner och utvalda kommuner i länen. Den fördjupade undersökningen har genomförts i Region Jönköpings län, Region Dalarna och Region Västerbotten samt i utvalda kommuner i de tre länen. Fördjupningsstudien har gjorts med ett lärande perspektiv. Analysen fokuserar på vad som varit avgörande för att regioner och kommuner i länen ska lyckas med omställningen inom målområdet personcentrering och delaktighet – vilka framgångsfaktorer, förutsättningar och utmaningar som påverkat resultaten i förhållande till målet. Analysen är inte en jämförande studie mellan regionerna och kommunerna i länen och beskriver inte hur långt de har kommit i omställningsarbetet, utan syftar istället till att identifiera gemensamma mönster i utmaningar och förutsättningar samt att lyfta lärdomar och framgångsfaktorer.

Nedan följer en sammanfattande redogörelse för resultat och analys av det som framkommit i intervjuer med strateger, personal och patientföreträdare. För att fördjupa lärandet kring patientperspektivet har Socialstyrelsens funktionshindersråd tillfrågats om framgångsfaktorer, förutsättningar och utmaningar inom målområdet. De patientorganisationer som intervjuats på lokal nivå representerar främst personer med funktionsnedsättning.

Personcentrering och delaktighet beskrivs som värdegrund i arbetet med en god och nära vård men hinder i genomförandet finns

Arbetet med personcentrering beskrivs av intervjupersoner på strategisk nivå som en central utgångspunkt i omställningen till god och nära vård. Personcentrering beskrivs genomgående som en självklar värdegrund och en ”trygg hamn” i samverkan mellan kommun och region.

Delaktighet beskrivs av intervjupersonerna som centralt för att kunna utföra en personcentrerad vård, men flera beskriver också att det finns utmaningar med att begreppet delaktighet inte är entydigt definierat. En intervjuperson konstaterar att invånare med levd erfarenhet ännu inte fullt ut ”är med och formar vården” på systematiskt sätt och hälso- och sjukvården behöver öka förmågan att verkligen jobba tillsammans med personer, inte bara för dem.

Samtliga regioner och kommuner i länen har etablerade samverkansstrukturer mellan region och kommun (systemledning, samverkansgrupper) och anger personcentrering och samverkan kring invånaren som bärande principer i sina övergripande strategier.

En intervjuperson beskriver det så här:

> I den frågan är det enkelt att kroka arm och bortse från olika förutsättningar. God och nära vård-plattformen är att utgå från vad som är bäst för individen, att se behoven och arbeta med personcentreringen. Detta är en förutsättning för samverkan.

Intervjupersonerna från den strategiska nivån menar att omställningsarbetet ”gett en skjuts” i att tala om delaktighet och personcentrering och bidragit till ett gemensamt språk. I intervjuer med region- och kommunrepresentanter i länen nämner samtliga vikten av en gemensam systemberättelse där utgångspunkten är invånarens situation och helhet, inte organisationen. Arbetet i Region Jönköpings län sedan lång tid utgått från den fiktiva invånaren Esther, ett sätt att säkerställa att alla verksamheter inom olika sektorer uppmuntras till personcentrering och till att ta med invånare i förbättringsarbetet. Tanken är att verksamheterna ska ställa sig frågan ”Vad är bäst för Esther?” och att arbetet genom detta ska planeras utifrån en tänkt person – fokus ska flyttas från den egna organisationen till vad som är bäst för patienten. Intervjuerna visar att Esther är relativt känd bland personalen och på den operativa nivån. Arbetssättet har varit etablerat under lång tid och har bidragit till ett gemensamt fokus på patientens väg genom vårdsystemet.

Även i intervjuerna med personal beskrivs det personcentrerade arbetet som en självklarhet för arbetet. Medarbetare beskriver att de ”alltid tänkt så”, men att tidsbrist, hög arbetsbelastning, personalomsättning och brist på resurser gör det svårt att alltid jobba med personcentrering och delaktighet i praktiken. Särskilt svårt är det när patienterna har komplexa behov, till exempel multisjuka äldre eller personer med både psykiska, fysiska och sociala problem.

En utmaning som lyfts av personal är att arbetet med personcentrerad vård är självklart i deras arbete men att det saknas en diskussion om hur det genomförs systematiskt och konsekvent i arbetet. Personcentrering och arbete med delaktighet tas inte alltid upp i forum som arbetsplatsträffar. En intervjuperson säger så här:

> Det finns ett glapp. Alla jobbar så personcentrerat vi kan. Men viktigt att det finns i mål och en vision. Tas inte upp på arbetsplatsträffar längre. Vi pratar mindre om helhet än tidigare.

Analysen visar att utbildning och metodstöd till personal i frågor om personcentrering och delaktighet kan utvecklas. Frågor om personcentrering

och delaktighet integreras i andra utbildningar, men få av de intervjuade har gått direkt riktade utbildningar. Även här lyfts resurs- och tidsbrist som ett hinder. Så här säger en sjuksköterska inom en LSS-verksamhet om hur arbetet kan utvecklas:

> Vi behöver bättre utbildningar och fler kollegor. Så anställda får tydligare information om vilket jobb som ska bedrivas.

Region Västerbotten har tagit fram en utbildning i samverkan med Centrum för personcentrerad vård (GPCC). Utbildningen ska lanseras brett till både kommun och region för att ge en gemensam grund för det kommande samarbetet. En framgångsfaktor i arbetet är att utbildningen har stöd från högsta ledningen som vill att alla ska ha samma grund att utgå från. Region Dalarna och Högskolan Dalarna har genomfört en digital seminarieserie för medarbetare som de kallade ”Forskningsfika personcentrerad vård”. Där presenterades olika aspekter av ett GPCC-projekt om implementering av personcentrerad vård som har genomförts i Region Dalarna.

I intervjuer med patientföreningar som företräder personer med funktionsnedsättning beskrivs en upplevd förbättring i bemötandet och i hur vården nu i större utsträckning anpassas efter individen. Så här säger en person:

> Jag har lång erfarenhet av hälso- och sjukvård. Natt och dag skulle jag säga. Nu är det så att man månar om patienter, en omsorg och vänlighet och bemötande som inte var i närheten mot hur det var förr.

Men samtidigt beskrivs det att utvecklingen går för sakta, inte märks av i tillräckligt stor uträckning för patienterna och att tillgängligheten till primärvården brister. Dessa utmaningar beskrivs mer ingående i avsnittet nedan.

Kvarstående trösklar till primärvården och brister i tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning

Intervjuer med patientföreningar och organisationer som representerar personer med funktionsnedsättning visar på krångliga vägar in till primärvården och att det kan vara svårt att boka tid till primärvården. Intervjuerna ger delvis olika bilder av vad som är mest utmanande. För vissa grupper utgör ökad digitalisering ett påtagligt hinder, vilket kan leda till att individer avstår från att söka vård inom primärvården. En patientförening som företräder barn och unga med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar framhåller att digitalisering för vissa grupper kan innebära ökade möjligheter och flexibilitet. Samtidigt kan fasta telefontider istället utgöra ett

hinder. Analysen visar att flera alternativa kontaktvägar till vården är viktiga för att en personcentrerad vård ska kunna uppnås.

I intervjuerna framhålls även brister i fysiska anpassningar samt i alternativa kommunikationssätt. Detta medför att vissa grupper undviker att uppsöka vårdcentraler, samtidigt som anhöriga i hög utsträckning behöver ta ett omfattande ansvar.

> Att det fortfarande inte är på den nivån så att alla kan komma in i huset och få vård är fascinerande.

I intervjuer med representanter från Region Västerbotten beskrivs införandet av PRIMO-mottagningar (PRIMO står för primärvårdens medicinska omhändertagande) för personer med funktionsnedsättning som ett gott exempel på hur det går att säkerställa en tillgänglig och fungerande primärvård för personer med medfödda eller tidigt förvärvade funktionsnedsättningar. Intervjuer med personal inom LSS-verksamheter i andra län, där PRIMO-mottagningar inte finns, indikerar att det finns en efterfrågan på motsvarande verksamhet. Sådana mottagningar bedöms kunna bidra till att säkerställa en mer tillgänglig och ändamålsenlig primärvård för målgruppen.

Intervjuerna med patientföreningar visar att specifik kunskap behövs för att möta behov hos personer med funktionsnedsättning, så att de inte osynliggörs eller bemöts utifrån normer snarare än individuella förutsättningar och erfarenheter. Det finns ett tydligt behov av fortsatt kompetensutveckling kring olika funktionsnedsättningar och diagnoser, till exempel neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, synnedsättning, dövhet och långvarig smärta. Analysen visar också att arbetet med en god och nära vård ofta utgår från principen ”vi behandlar alla lika”, men tidigare forskning och rapporter från Socialstyrelsen visar att detta riskerar att marginalisera vissa grupper [26].

Samtidigt visar intervjuerna att det finns en medvetenhet om behovet av ökad kunskap om olika målgruppers förutsättningar för att kunna erbjuda en mer personcentrerad och jämlik vård. Intervjuer med personer på strategisk nivå visar också på en insikt om att både stöd och styrning kan utvecklas ytterligare inom detta område. En intervjuperson uttrycker det på följande sätt:

> Man kan såklart försöka förstå: Vad har vi för tjänster? Och hur passar de vissa specifika målgrupper? Hur ser våra tjänster ut när vi ser med de glasögonen? Det kan man behöva göra specifikt.

Patient- och brukardialoger och invånardialoger är etablerade men kan systematiseras och utvecklas ytterligare

Intervjuer med personer på strategisk nivå från samtliga tre län visar att det finns etablerade former för dialog med patient- och brukarföreningar. Exempel som lyfts är invånarpaneler, riktade dialoger för barn och unga, patientråd samt dialogcaféer med patient- och brukarrepresentanter. Flera intervjupersoner menar samtidigt att området har utvecklingspotential. Idag sker invånarnas delaktighet ofta genom synpunkter och klagomål, det vill säga först när något inte fungerar. Intervjuerna visar att det finns möjlighet att i högre grad arbeta med planerade och framåtsyftande invånardialoger, där invånare och patienter involveras tidigt i utvecklingsarbetet. Ett exempel är Levande bibliotek i Region Jönköpings län, som beskrivs i avsnittet nedan.

Patientföreträdare betonar också att primärvården behöver vara mer närvarande i forum på övergripande nivå, till exempel i etablerade grupper och råd för patient- och brukarmedverkan. De upplever att primärvårdens perspektiv ibland saknas, trots att primärvården ska vara den centrala verksamheten i omställningen.

Patientföreträdarna lyfter även vikten av kontinuitet i dialogen. De beskriver att det ibland går för lång tid mellan dialogtillfällena, vilket minskar möjligheten att upprätthålla engagemanget. En återkommande synpunkt är också att det behövs återkoppling på hur deras erfarenheter och synpunkter har tagits tillvara. Tydlig information om vad som hänt efter en dialog och om medverkan lett till förändringar ses som avgörande för att delaktigheten ska upplevas som meningsfull. Intervjupersoner från Region Västerbotten beskriver att de nu har bra mallar för att samverka med patientföreningar. Mallarna bidrar till en tydlig struktur i dialogerna och minskar risken för att samtalen blir ensidiga eller fastnar i återkommande spår.

Modeller för peer support utgör goda exempel med utvecklingspotential i primärvården

Peer support innebär att personer med egen erfarenhet av sjukdom eller psykisk ohälsa anställs för att stödja andra patienter. Intervjuerna visar att detta är ett arbetssätt som skulle kunna gynna även patienter i primärvården. Så här utrycker sig en intervjuperson från en patientförening:

> Rekommenderat är att arbeta med peer support, att anställa personer med självupplevd psykisk ohälsa. Kan även jobba mer med det i primärvården. Finns inom vuxenpsykiatrin.

I Region Jönköpings län finns exempel på organiserad peer support. Nätverken Levande bibliotek och Peer samlar personer utifrån olika erfarenheter. Levande bibliotek är en metod där personer med egen erfarenhet framför allt av somatisk vård delar sina berättelser för att bidra till utveckling av hälso- och sjukvården. Peer samlar personer med erfarenheter från psykiatrisk vård. I Region Jönköpings län fungerar Levande bibliotek och Peer som en ”resursbank” av patient- och närståendeföreträdare som verksamheter kan anlita för att få in patientperspektiv i till exempel utvecklings- och förbättringsarbete, utbildningar och workshoppar. Personer från Levande bibliotek bidrar bland annat i Esther-coachutbildningen samt i Esther SimLab, ett metodstöd för simulering och praktisk träning i kommunikation, bemötande, samverkan och teamarbete.

Inom Region Jönköpings län finns även tre patientstödjare anställda. De är en resurs för andra patienter och närstående, som kan lotsa vidare i sjukvårdssystemet. Patientstödjarna är kopplade till sjukhusen i Eksjö, Värnamo och Jönköping samt tillhörande vårdcentraler.

I intervjuerna framkommer det också att de insatser som har funnits under längre tid, exempelvis patientstödjare och Levande bibliotek, behöver följas upp och utvärderas mer systematiskt. Om resultaten visar att insatserna har fått god effekt kan arbetssätten spridas till fler verksamheter, utvecklas inom primärvården och till andra delar av landet.

Fasta vårdkontakter, överenskommelser och samordning bedöms stärka personcentreringen och delaktigheten

Intervjupersoner från såväl strategisk nivå som verksamhetsnivå samt patientföreningar lyfter kontinuitet i form av en fast vårdkontakt som en viktig förutsättning för att målen om personcentrering och delaktighet ska kunna nås. En intervjuperson från en organisation som representerar rörelsehindrade barn och ungdomar beskriver vad som är viktigast att utveckla i primärvården så här:

> Samma vårdkontakt är centralt, kanske inte möjligt att alltid ha samma läkare, men att dra samma historia flera gånger är belastande och tar tid. Kännedom och att ha kunskap är viktigt.

Några andra röster från intervjuer med patient- och brukarorganisationer gällande fasta vårdkontakter:

> Otroligt viktigt för patienten, det är det som det hänger på ofta om det är bra eller inte.

> Ja, det är A och O i hela vårdkedjan att det finns fasta kontakter.

Personal inom vården lyfter fasta vårdkontakter som ett viktigt medel för att uppnå en personcentrerad vård och delaktighet. Så här säger en anställd på en vårdcentral:

> När den fasta vårdkontakten var (tillfälligt) borta för en patient så fungerade det sämre. Så det blev tydligt att det var viktigt. Fasta vårdkontakten och dokumenterade överenskommelsen var nödvändiga verktyg.

Alla regioner och kommuner i studien använder dokumenterade överenskommelser, men i olika grad. Flera intervjupersoner bedömer att verktyget kan utvecklas vidare. I Västerbottens län pågår ett arbete med att förtydliga vad en dokumenterad överenskommelse innebär. Syftet är att arbetssättet ska kunna implementeras ytterligare genom att konkretisera vad arbetet med dokumenterad överenskommelse innebär.

I Dalarna används dokumenterade överenskommelser aktivt för personer som bor på särskilt boende för äldre (säbo). Regionen och kommunerna i länet har tagit fram en gemensam webbsida som förklarar vad en dokumenterad överenskommelse är. De har också genomfört utbildningar i både kommunens och regionens verksamheter för att öka användningen.

I Region Jönköpings län infördes 2024 en särskild ersättning inom satsningen ”Nära vård – mest sjuka”. Vårdgivare får ersättning för dokumenterade överenskommelser med patienter som bedöms ha risk för sjukhusinläggning inom 60 dagar. För att vårdgivaren ska kunna få ersättning måste en dokumenterad överenskommelse eller SIP ha upprättats i primärvården under de senaste 90 dagarna vid månadens uppföljning. Dokumenterad överenskommelse har även inkluderats i Region Jönköpings läns styrdokument *Budget med verksamhetsplan* och *Gemensam plan för primärvård* som ett sätt att integrera och uppmärksamma vikten av arbetssättet.

Flera intervjuade lyfter att den dokumenterade överenskommelsen som verktyg har utvecklingspotential. I intervjuerna framkommer det att överenskommelsen fungerar bra om den fylls i noggrant tillsammans med patienten. Samtidigt behöver fokus ligga på innehållet, inte bara på att dokumentet finns. En väl genomarbetad överenskommelse kan göra det enklare både för vården och för patienten. Patienten kan till exempel läsa den i sin journal och se vad som kommits överens om.

Ett exempel som visar hur det kan se ut när personcentrering kombineras med tydlig struktur, samverkan och uppföljning med tydliga och mätbara effekter är samarbete mellan SOS Alarm och Region Jönköpings län kring personer som ofta ringer efter och åker ambulans. Tio patienter identifierades som personer som ringer och åker ambulans frekvent. Regionen anordnade möten där olika vårdinstanser möttes för att tillsammans med patienten skapa en samordnad individuell vårdplan just

utifrån den individen. Innan detta arbetssätt implementerades inkom det 2 399 samtal till 112 från dessa patienter under en femmånadersperiod. Efter implementeringen hade antalet samtal minskat till 679. Den totala samtalstiden minskade under samma period från 101 till 15 timmar, motsvarande en minskning med 85 procent. Antalet ambulansuppdrag kopplade till gruppen minskade med 95 procent. Exemplet visar att ett personcentrerat arbetssätt kan ge både förbättrade resultat för patienter och mer effektiv resursanvändning. Det understryker också betydelsen av att kunna kvantifiera effekter av arbetssätt som annars riskerar att stanna i upplevelsebaserade beskrivningar.

Stöd i att följa upp arbetet med personcentrering och delaktighet önskas

I intervjuerna har vi ställt frågor om möjligheterna att följa upp utvecklingen inom målområdet. Det finns ett stort engagemang för att utveckla uppföljningen av personcentrering och delaktighet, så att den bättre fångar effekter för invånarna. Nuvarande uppföljning på både nationell och lokal nivå beskrivs inte fullt ut hålla jämna steg med den upplevda verksamhetsutvecklingen.

Flera intervjupersoner beskriver utmaningar med att följa upp just dessa perspektiv och efterfrågar tydligare nationellt stöd i uppföljning och utvärdering. En intervjuperson uttrycker det så här:

> Följer vi ens upp det, utifrån dessa frågeställningar om delaktighet och personcentrering? Vi behöver bli bättre här, vilka frågor ska vi ställa, så det går att följa. Det är komplext att följa och utvärdera, vi har behov av hjälp och nationellt stöd.

Några intervjupersoner lyfter att nationella brukarundersökningar upplevs som omfattande och svåra att ta till sig för vissa grupper, till exempel personer inom LSS. För dessa grupper krävs därför kompletterande, lokalt anpassade enkäter. Samtidigt betonas att uppföljning inte bara bör ske på verksamhetsnivå, utan även på systemnivå. Det finns en tydlig efterfrågan på mer konkret nationellt stöd och vägledning, både kring vad som förväntas av verksamheterna och hur uppföljningen bör utformas. Så här uttrycker sig en intervjuperson:

> Viktigt att förmedla uppifrån vad som krävs av oss, det behöver vara tydligt och klart. Vi behöver förstå exakt vad vi ska göra. Tydliga direktiv ger säkerhet i arbetet.

Ett viktigt utvecklingsområde är att mer systematiskt inkludera patienters och brukares perspektiv i uppföljningen. Flera intervjupersoner från den strategiska nivån beskriver att ”många insatser” genomförts, men har ändå svårt att bedöma om de verkligen lyckats med delaktighet och

personcentrering. Det finns exempel på uppföljningar som tydligt fångar patientens och brukarens perspektiv. I Västerbotten genomfördes 2025 en uppföljning av Hälsa, Lärande, Trygghet (HLT), som utvecklats som en gemensam första linje för barn och ungas hälsa i Västerbotten. För att få kunskap om hur barn och föräldrar upplever HLT användes särskilda enkäter till båda grupperna. Enkäterna följde upp deras erfarenheter av HLT-teamens arbete. Barn och föräldrar kunde svara vid två tillfällen: dels i samband med att en SIP upprättades, dels i samband med uppföljning av en tidigare upprättad SIP. Vid båda tillfällena tillfrågades barn och föräldrar om de ville besvara enkäten och ge återkoppling på hur de upplevt mötet och det stöd de fått.

I Umeå kommun har LSS-verksamheten genomfört enkäter riktade till brukare, bland annat kring bemötande, nöjdhet och tillgänglighet. Där arbetade man med att göra enkäten tillgänglig för målgruppen, vilket bidrog till en hög svarsfrekvens.

Summering av fördjupningsstudien

Fördjupningsstudien visar att arbetet med omställningen till en god och nära vård bidragit till att en förflyttning skett från ett mer varierande arbetssätt till att personcentrering och delaktighet i högre grad är en uttalad grundprincip i omställningen till god och nära vård. Analysen visar att intervjupersoner på den operativa nivån uppfattar ett personcentrerat arbetssätt som en självklar del av praxis, men att tidspress, hög arbetsbelastning, personalomsättning och resursbrist gör det svårt att alltid jobba med personcentrering och delaktighet i praktiken. Analysen visar även att bristande tillgänglighet i primärvården utgör ett hinder – särskilt för personer med komplexa behov.

Det finns goda exempel inom hälso- och sjukvården, bland annat modeller för peer support, som i högre utsträckning skulle kunna användas inom primärvården. Samtidigt kvarstår ett gap mellan strategiska ambitioner och faktisk tillämpning i verksamheten. Den strategiska nivån beskriver en tydlig förflyttning inom arbetet med delaktighet och personcentrering i och med omställningen till en god och nära vård. Men intervjuer med den operativa nivån samt patientnivån visar på en begränsad förflyttning och kvarstående utmaningar. Vidare finns ett behov av nationellt stöd för uppföljning och mätning av målområdet. Sammantaget visar analysen att patient- och brukarperspektivet behöver stärkas ytterligare i omställningsarbetet.

Kontinuitet

I arbetet med omställningen fokuseras arbetet med kontinuitet till största del till personkontinuitet. Patienterna har enligt svensk lag rätt att få en fast vårdkontakt. Detta för att möta patientens behov av kontinuitet och trygghet samt ge bättre förutsättningar för en sammanhållen vårdkedja. Regeringen beskriver att kontinuitet som bärande princip ska genomsyra styrning, organisation och arbetssätt i vården. Arbetet med kontinuitet är tänkt att även förbättra arbetsmiljön för vårdpersonalen samt bidra till effektivare arbetssätt.[50]

Regioner och kommuner arbetar med kontinuitet för patienten med stöd av olika verktyg. I detta kapitel beskrivs insatser och resultat av arbete med kontinuitet i stort, men även särskilt kring arbetet med fast läkarkontakt och fasta vård- och omsorgskontakter.

Huvudsakliga resultat

- Regionerna beskriver att de arbetat med ett flertal insatser för att stärka kontinuiteten i primärvården under 2025. Bland annat genom att kombinera ekonomiska incitament med tydligare krav i styrdokument, utvecklade team- och arbetssätt samt förbättrad digital infrastruktur.
- Arbetet har i hög grad inriktats på patienter med stora och komplexa vårdbehov, för vilka fasta kontakter och stabil bemanning bedöms ha störst betydelse.
- Regionerna beskriver att de har stärkt den digitala infrastrukturen för kontinuitet genom införandet av nya vårdinformationssystem, förbättrade verktyg för listning och uppföljning samt utvecklad distansvård. De lyfter även fram förbättrade beslutsstöd och digitala kontaktvägar, såsom journal på nätet och chattfunktioner.
- Trots omfattande insatser kvarstår betydande utmaningar i kompetensförsörjningen inom allmänmedicin, och riktvärdet om cirka 1 100 listade invånare per specialist har ännu inte uppnåtts i flertalet regioner. Genomförandet av handlingsplanerna förutsätter fortsatt rekrytering, utbildning och stärkt attraktivitet i primärvården, samtidigt som ett kvarstående beroende av hyrläkare försvårar etableringen av långsiktiga vårdrelationer.
- Andelen invånare som har en registrerad fast, namngiven läkarkontakt har ökat. Variationen mellan regionerna är fortsatt stor, men inte lika stor som föregående år; den högsta regionala andelen uppgår till 97 procent (liksom föregående år), och den lägsta regionala andelen uppgår till 27 procent (att jämföra med 18 procent föregående år).

[50] Se prop. 2019/20:164 s. 27–32.

- Tre av tio (31 procent) uppger att de hade en fast läkare på sin vårdcentral 2025. Det finns därmed en väsentlig skillnad mellan befolkningens egen uppfattning och regionernas registreringsgrad av fast, namngiven läkarkontakt.
- Äldre har både större behov av och större tillgång till fast läkarkontakt. 85 procent av de som var 80 år eller äldre uppger att de behöver en fast läkare, och 60 procent att de hade en sådan.
- Tre fjärdedelar av regionerna uppger att de använder 1177.se för att informera invånarna om vem som är deras fasta läkarkontakt. Det är en väsentlig ökning från förra året, då bara tio regioner svarade samma sak.
- Regionerna ställer olika krav på vem som kan vara fast läkarkontakt. Liksom föregående år anger samtliga regioner att specialister och ST-läkare i allmänmedicin kan vara fasta läkarkontakter.
- Av 252 svarande kommuner uppger 81 procent att de har rutiner för dokumentation och registrering av fast vårdkontakt. Under 2025 uppger 26 procent att antalet patienter med fast vårdkontakt har ökat, medan 25 procent inte ser någon ökning. En stor andel, 48 procent, anger att utvecklingen inte kan följas upp eller anges.
- Under 2025 uppger 79 procent av de svarande kommunerna att de genomfört insatser för att utveckla arbetet med fast omsorgskontakt i hemtjänsten. I flertalet kommuner har arbetssättet med fast omsorgskontakt redan införts tidigare år, och insatserna under 2025 har framför allt handlat om att vidareutveckla, förtydliga och säkerställa att uppdraget fungerar i praktiken.

Insatser för ökad kontinuitet för patienter i primärvården

Under 2025 har regionerna genomfört ett flertal insatser för att stärka kontinuiteten i primärvården, med särskilt fokus på fast läkarkontakt och fasta vårdkontakter för patienter med stora och komplexa vårdbehov. Styrningen har förstärkts genom målrelaterad ersättning och tydligare krav i uppdrag och förfrågningsunderlag. Flera regioner har infört eller vidareutvecklat ekonomiska incitament kopplade till andel listade patienter med fast läkarkontakt, ibland med olika ersättningsnivåer samt bonusmodeller när enheter når uppsatta kontinuitetsmål. Samtidigt har krav införts på att äldre, kroniskt sjuka, personer med varaktig funktionsnedsättning och patienter med omfattande vårdbehov ska ha namngiven fast läkarkontakt och vid behov fast vårdkontakt. Vissa regioner har utvecklat särskilda uppföljningssystem, exempelvis förbättrade listningsregister och digitala verktyg, för att möjliggöra mer ändamålsenlig uppföljning av Socialstyrelsens riktvärden för fast läkarkontakt och av kontinuitet på vårdcentralsnivå.

Parallellt har regionerna arbetat strategiskt med kompetensförsörjning för att skapa långsiktiga förutsättningar för kontinuitet. Flera har tagit fram handlingsplaner och inriktningsbeslut för att successivt nå riktvärdet för fast läkarkontakt. Det har genomförts riktade lönesatsningar på specialister i allmänmedicin, utökats med fler ST-tjänster och satsats på handledarskap och god lärandemiljö, i bland annat glesbygd. Några regioner bedriver särskilda rekryteringsinsatser mot läkare utbildade utanför EU och har arbetat aktivt för att minska beroendet av hyrpersonal, bland annat genom hyrstopp i regiondrivna verksamheter och integrerade handlingsplaner för hyrbemanning i ordinarie verksamhetsplanering. Sammantaget syftar dessa åtgärder till en mer stabil läkarbemanning och därigenom förbättrade förutsättningar för kontinuitet i primärvården.

I verksamheterna har arbetssätt, organisering och teamstrukturer utvecklats för att öka kontinuiteten för fler yrkeskategorier. Många vårdcentraler har infört eller förstärkt teambaserade arbetssätt där patienter listas på läkare och/eller team, och där generalistkompetens hos såväl läkare som sjuksköterskor lyfts fram för att möta patienter med flera samtidiga tillstånd. Teamronder genomförs regelbundet, ofta en till två gånger per vecka, där inkomna ärenden diskuteras och den profession som har bäst kontinuitet gentemot patienten ansvarar för återkoppling. I vissa fall testas också att patienter direkt vid första kontakten (exempelvis via telefontjänster) styrs till sitt ordinarie team för att stärka kontinuiteten redan från första kontakten.

Andra yrkesgrupper som vårdsamordnare, äldresjuksköterskor och särskilda funktioner i hemsjukvård[51] och särskilda boenden har stärkts, bland annat genom tydligare uppdrag att hålla samman vårdplanering och kalla till SIP. På flera håll har strukturerade flöden utvecklats för kroniker, patienter med svårläkta sår och personer som söker ofta eller har omfattande behov, genom exempelvis årskontroller, dedikerade mottagningar, medicinska bedömningsteam och mer proaktiv uppföljning.

Digital infrastruktur viktig i arbetet med kontinuitet

Ett annat viktigt område har varit informationsstöd och digital infrastruktur. Flera regioner har infört eller vidareutvecklat journalsystem och beslutsstöd med syfte att underlätta registrering och uppföljning av fasta kontakter samt säkerställa att rätt information finns tillgänglig där patienten får vård. Nya vårdinformationssystem har implementerats och successivt anpassats genom framtagande av rutiner, stödmaterial och förbättrade funktioner för bland annat registrering av fast läkarkontakt och hantering av läkemedel i kommun-regionala system. Digitala uppföljningsverktyg och förbättrade

[51] Termen hemsjukvård ersattes i tillämpliga fall med hälso- och sjukvård i hemmet enligt förslag i *Nästa steg för en god och nära vård* (prop. 2025/26:19).

listningssystem har tagits i bruk som stöd för analys av kontinuitet och kvalitet. Samtidigt har distansvård och digitala arbetssätt vidareutvecklats, inklusive SIP på distans, digitala återkopplingssätt via journal på nätet, chatt och mobiltelefon, samt användning av tekniska lösningar som EKG i hemmet, distansronder och mobila bedömningsteam. Detta uppges särskilt ha gynnat sköra äldre och patienter med komplexa behov, där kontinuitet och trygghet är extra viktigt.

Förbättringsarbete och lärande på systemnivå viktigt för utvecklingen

Regionerna har också arbetat med samverkan och lokalt förbättringsarbete för att säkerställa att kontinuitet är ett prioriterat område på alla nivåer. Hälsovalsuppföljningar, strukturerade dialoger med vårdcentralsledningar samt muntlig och skriftlig återkoppling har genomförts med fokus på kontinuitet både för läkare och sjuksköterskor. Det finns exempel där vårdcentraler med låg kontinuitet har tagit fram handlingsplaner med konkreta förbättringsåtgärder. I vissa regioner har särskilda modeller införts för att säkerställa barns rättigheter och tidiga insatser liksom satsningar på utökade psykologresurser för att bygga långsiktiga kontakter även inom första linjens psykiska hälsa. För vissa målgrupper, såsom patienter med komplexa behov eller hög ålder, har kontinuitetsmått integrerats i regionala dashboards och primärvårdsöversikter som följs av samtliga hälsocentraler.

Problem med kompetensförsörjning och primärvårdens möjlighet att behålla personal försvårar arbetet med kontinuitet

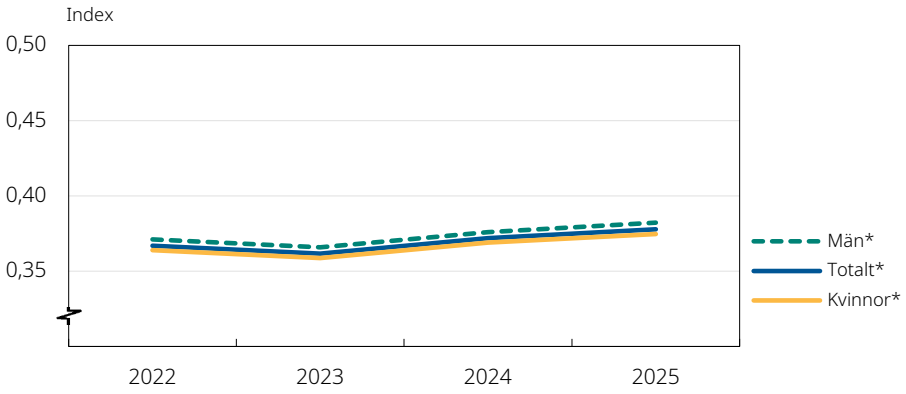
Trots omfattande insatser kvarstår flera gemensamma utmaningar. Kompetensförsörjningen inom allmänmedicin är fortsatt ansträngd, och riktvärdet om cirka 1 100 listade invånare per specialist i allmänmedicin har ännu inte nåtts i de flesta regioner. Handlingsplaner och inriktningsbeslut finns, men genomförandet är beroende av fortsatt rekrytering och utbildning samt av att primärvården görs till en attraktiv arbetsplats. I flera regioner kvarstår ett visst beroende av hyrpersonal, vilket försvårar långsiktiga vårdrelationer, trots att hyrberoendet generellt minskat. Införandet av nya vårdinformationssystem har inneburit initiala omställningsbehov och risk för tillfälliga effektivitetstapp, vilket krävt omprioriteringar som i vissa fall konkurrerat med utvecklingsarbetet kring kontinuitet. Det finns också regionala och lokala variationer i hur långt vårdcentraler har kommit i arbetet med fast läkarkontakt och teambaserade arbetssätt, liksom resultat för kontinuitetsindex för läkare i primärvården, vilket pekar på behov av fortsatt stöd, erfarenhetsutbyte och systematisk uppföljning.

Viss ökning av kontinuitetsindex för primärvårdsläkare

Kontinuitetsindex[52] mäter i vilken utsträckning patienter får träffa samma person inom en personalkategori vid sina besök på hälso-/vårdcentralen. Indexet som vi valt som kärnindikator mäts bland de listade patienter som har minst en diagnos för kronisk sjukdom och som har haft minst tre besök hos läkare i primärvården under de senaste 18 månaderna. Skalan går från 0 till 1 där 1 innebär att alla besök var med samma läkare och 0 att alla besök var med olika läkare.

Figur 17. Kontinuitetsindex primärvårdsläkare, kronisk sjukdom

Kontinuitetsindex för patienter med kronisk sjukdom de senaste 18 månaderna. Läkare på hälso-/vårdcentral, rapporterat värde i november.



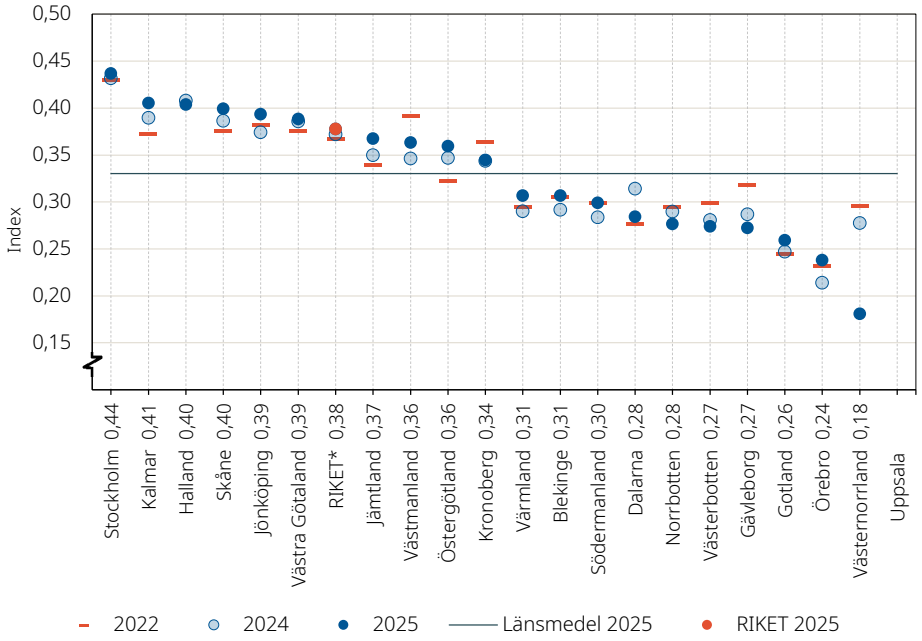
* 2022–2025 exkl. Uppsala, 2022 exkl. Halland.

Källa: Primärvårdskvalitet, Sveriges Kommuner och Regioner.

I figuren ovan presenteras kontinuitetsindex uppdelat på kön för perioden 2022–2025. Sammantaget har det varit en viss positiv utveckling sedan 2023 och kvinnor har för alla år ett något lägre värde än män.

[52] Kontinuitetindex/Continuity of care index (COC) är ett internationellt använt sätt att mäta kontinuitet. Det är ett kombinerat mått som väger samman både antal besök till varje person i vården och spridningen av besök till olika personer. Se vidare: https://kvalitetsindikatorkatalog.se/#/measure/837a6250-290c-430f-b7bd-11631488e0b2/?version=25

Figur 18. Kontinuitetsindex primärvårdsläkare, kronisk sjukdom
Kontinuitetsindex för patienter med kronisk sjukdom de senaste 18 månaderna . Läkare på hälso-/vårdcentral, rapporterat värde november.



* 2022–2025 exkl. Uppsala, 2022 exkl. Halland.

Källa: Primärvårdskvalitet, Sveriges Kommuner och Regioner.

Region Kalmar och Region Stockholm har högst värde för indikatorn medan Region Örebro och Region Västernorrland har lägst. Även andelen invånare som uppfattat att de har en fast läkarkontakt är högst i Region Stockholm respektive Region Kalmar samt allra lägst i Region Örebro och bland de lägsta i Region Västernorrland (se mer under rubriken *Invånarna uppfattar i lägre grad att de har en fast läkarkontakt*).

Regionernas arbete med fast läkarkontakt

Fast läkarkontakt är en namngiven läkare, på den hälso- och vårdcentral eller motsvarande vårdenhet som den enskilde har valt genom listning. Den enskilde ska få möjlighet att välja och få tillgång till en fast läkarkontakt hos denna vårdenhet.[53] Den fasta läkarkontakten kan bland annat samordna patientens vård. Fast läkarkontakt syftar till att skapa trygghet och

[53] 7 kap. 3 § HSL, 6 kap. 3 § PL och prop. 2019/20:164 s. 30. Notera att begreppet *den enskilde* används i 7 kap. 3 § HSL och att begreppet *patienten* används i 6 kap. 3 § PL. Här använder vi begreppet *den enskilde.*

kontinuitet genom att möjliggöra en förtroendefull relation mellan läkare och patient.[54]

Att ha en fast och långvarig läkarkontakt har ett samband med såväl lägre dödlighet som mindre användning av akut slutenvård [27, 28]. Kontinuitet i primärvården genom en fast läkare är också förknippat med bättre upplevelser av vårdens kvalitet, ur både patienternas och vårdgivarnas perspektiv.

Regionerna ska organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt välja och få tillgång till en fast läkarkontakt (vårdvalssystem).[55] Läkare inom den offentligt finansierade regionala primärvården som arbetar på vård- och hälsocentraler kan vara fast läkarkontakt.[56] Patienten ska även få information om möjligheten att välja och få tillgång till en fast läkarkontakt.[57] En patient befinner sig alltid i ett utsatt och känsligt läge. Det finns därför ett värde för patienten i att kunna välja vem hen vill ha kontakt med inom hälso- och sjukvården.[58]

Fast läkarkontakt är en viktig del i omställningen till en god och nära vård. Socialstyrelsen har fastställt ett nationellt riktvärde på 1 100 invånare som en specialistläkare i primärvården kan ansvara för [29]. Riktvärdet behöver anpassas utifrån lokala förutsättningar, exempelvis vilka vårdbehov invånarna har, vilka andra yrkesgrupper som ingår i teamet på hälso- eller vårdcentralen samt läkarnas erfarenhet och tjänstgöringsgrad. Riktvärdet är därför varken ett golv eller ett tak.

Inom ramen för förra uppföljningen svarade 15 regioner att de hade rutiner för dokumentation och registrering av uppgifter om patienters fasta läkarkontakt och/eller vårdkontakt. Av de 6 regioner som då svarade nekande på frågan om rutiner för dokumentation av fast läkarkontakt, svarar nu 1 region i årets uppföljning att de förändrat sina rutiner. Flera av de regioner som enligt egen beskrivning inte har rutiner för dokumentation och registrering av uppgifter om patienters fasta kontakter har dock lämnat dessa uppgifter till Socialstyrelsen. Vissa av dem som enligt egen beskrivning har rutiner för detta har inte delat dessa uppgifter med Socialstyrelsen.

[54] Se proposition 1997/98:189 *Patientens ställning* s. 22 och proposition 1994/95:195 *Primärvård, privata vårdgivare m.m.* s. 41–42.
[55] 7 kap. 3 § HSL.
[56] 7 kap. 3 § HSL och 6 kap. 3 § PL.
[57] 3 kap. 2 §, PL.
[58] Se prop. 1994/95:195 s. 41.

Andelen invånare som har en registrerad fast, namngiven läkarkontakt har ökat

Regionerna gör olika tolkningar av funktionen av och arbetssättet med fast läkarkontakt, och det mäts därför på olika sätt. Det gör att informationen om andelen invånare som har en fast läkarkontakt behöver tolkas med försiktighet, framför allt vid jämförelser mellan olika regioner.

Det är 16 av 21 regioner som har svarat på hur stor andel av befolkningen som hade en fast, namngiven läkarkontakt 2025. I genomsnitt är det i dessa regioner 66 procent som har en fast, namngiven läkarkontakt. I förra årets uppföljning besvarade 17 regioner frågan och genomsnittet uppgick då till 59 procent. Om vi exkluderar den region som inte besvarade frågan i årets uppföljning från förra årets genomsnitt uppgick medelvärdet till 62 procent 2024. Det är då en ökning med 4 procentenheter till 2025.

Variationen mellan regionerna är fortsatt stor, men inte lika stor som föregående år; den högsta regionala andelen uppgår till 97 procent (liksom föregående år), och den lägsta regionala andelen uppgår till 27 procent (att jämföra med 18 procent föregående år).[59]

I de regioner som rapporterar andel personer som har en fast, namngiven läkarkontakt bor totalt knappt 9,1 miljoner personer; 86 procent av landets befolkning. I dessa regioner har enligt regionerna totalt 74 procent av befolkningen en fast, namngiven läkarkontakt.[60]

Invånarna uppfattar i lägre grad att de har en fast läkarkontakt

Den information som regionerna lämnat, om patienter som har en registrerad fast läkarkontakt enligt regionens journalsystem eller liknande, kan jämföras med invånarnas egen uppfattning, enligt en undersökning som Myndigheten för vård- och omsorgsanalys genomfört i sin befolkningspanel [30]. Enligt den uppgav bara tre av tio (31 procent) år 2025 att de hade en fast läkare på sin vårdcentral. Det finns därmed en väsentlig skillnad mellan befolkningens egen uppfattning och regionernas registreringsgrad av fast, namngiven läkarkontakt. Skillnaden mellan registrerad grad och uppfattad grad är som störst i Västra Götalandsregionen och som minst i Region Blekinge. Eftersom den registrerade graden har ökat jämfört med 2024, samtidigt som

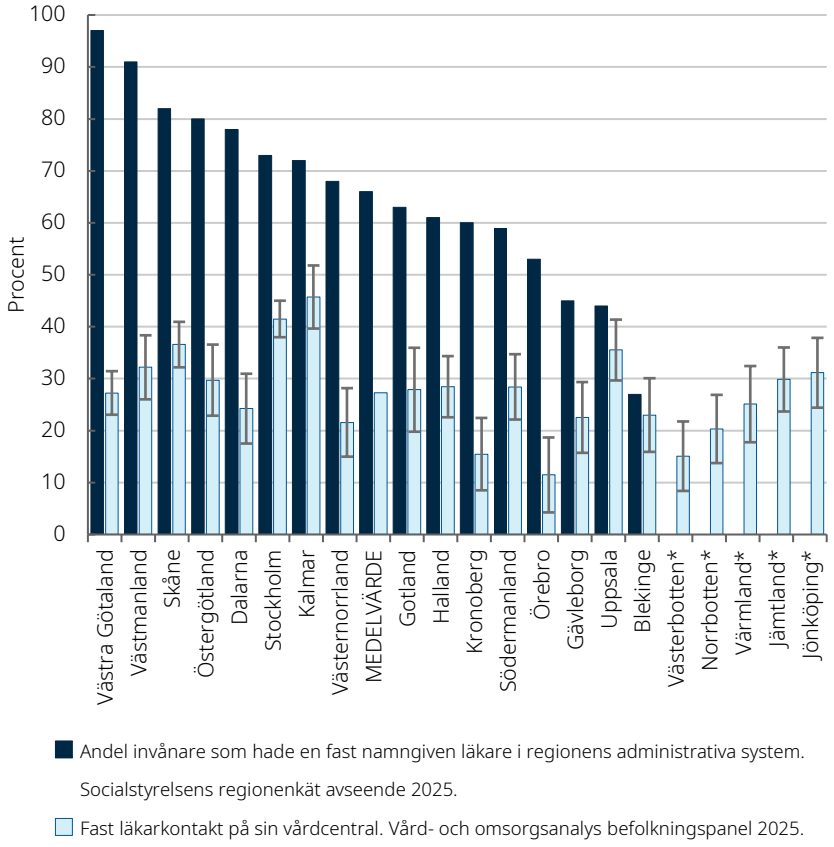
[59] En region (Halland) beskriver att den, med anledning av byte av journalsystem, har ändrat sättet att mäta andelen under 2025. Hallands andel av befolkningen som har fast läkarkontakt har minskat från 68 procent år 2024 till 61 procent 2025. Vi har inte utrett om minskningen beror på det förändrade mätsättet.
[60] Notera att en region svarade att ett hundratal (179) personer hade en fast läkarkontakt. Vi tolkade detta som ett hundratusental (179 000). Med denna tolkning kom vi fram till samma resultat avseende andel av befolkningen som har en fast, namngiven läkarkontakt, som regionen själv uppgav.

den uppfattade graden har stått i princip stilla (29 procent år 2024) har skillnaden i stort också ökat.

Som framgår av figuren nedan syns ingen direkt samvariation mellan den andel av befolkningen som enligt regionernas administrativa system har en fast, namngiven läkarkontakt och den andel av befolkningen i respektive region som uppfattar att de har en fast läkarkontakt.

Figur 19. Regionernas rapportering och befolkningens svar på om de har en fast läkarkontakt

Andel av befolkningen som enligt regionernas administrativa system har en fast, namngiven läkarkontakt respektive andel av befolkningen som i Myndigheten för vård- och omsorgsanalys befolkningspanel uppger att de har en fast läkarkontakt på sin vårdcentral. Den senare andelen visas med 95-procentiga konfidensintervall (svarta tunna felstaplar).



* Uppgift saknas i Socialstyrelsens enkät.

Källa: Regionernas redovisningar av insatser inom god och nära vård 2025, samt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys befolkningspanel 2025.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har också frågat sin befolkningspanel om de har behov av en fast läkare på sin vårdcentral, och 58 procent har svarat att så är fallet. Det är nästan dubbelt så många som andelen som svarat att de *har* en fast läkarkontakt – men lägre än den registrerade graden.

Regionerna kan inte följa om patienterna själva valt sin fasta läkarkontakt

Liksom tidigare har ingen region möjlighet att följa upp hur stor andel av de listade patienterna som gjort ett aktivt val av fast läkarkontakt.

Äldre har både större behov av och större tillgång till fast läkarkontakt

Enligt den undersökning som Myndigheten för vård- och omsorgsanalys genomfört i sin befolkningspanel [30] är både behovet av fast läkare och tillgången till en sådan större bland äldre än bland yngre personer. Av de som var 80 år eller äldre uppgav 85 procent att de behöver en fast läkare, och 60 procent att de hade en sådan. Skillnaden mellan behov och uppfattad tillgång är därmed mindre i denna äldre åldersgrupp än i befolkningen som helhet.

Hög andel äldre på särskilt boende har en fast läkarkontakt, men svarsfrekvensen är låg

Bara 9 regioner har svarat på Socialstyrelsens enkätfråga om hur stor andel av de personer som bodde på särskilt boende för äldre och som där fick sin huvudsakliga hälso- och sjukvård, som hade en fast läkarkontakt 2025. I dessa regioner är den genomsnittliga andelen 94 procent, med en variation mellan 82 procent och 100 procent.

Information till invånare om fasta kontakter lämnas i ökande utsträckning via 1177.se

Det är 16 av 21 regioner som uppger att de använder 1177.se för att informera invånarna om vem som är deras fasta läkarkontakt. Det är en väsentlig ökning från förra året, då bara 10 regioner svarade samma sak.

Nästan samtliga (14) regioner av de som tillgängliggör informationen via 1177.se, och samtliga 5 som inte gör det, beskriver att patienten kan få denna information i kontakt med sin vård- eller hälsocentral.

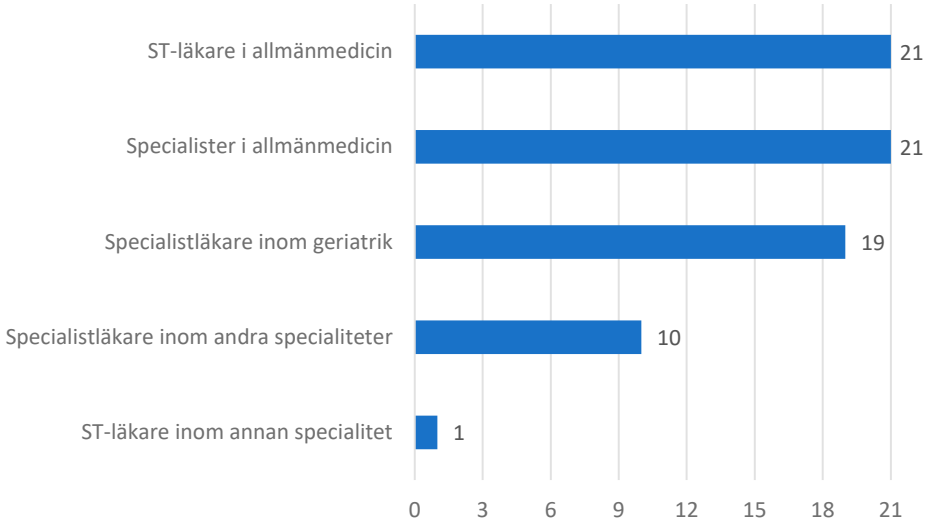
Regionerna ställer olika krav på vem som kan vara fast läkarkontakt

Regionerna har svarat på vilka krav de ställer på utbildningsnivå och specialisering hos de läkare som är patienters fasta läkarkontakter. Liksom föregående år anger samtliga regioner att specialister och ST-läkare i allmänmedicin kan vara fasta läkarkontakter. I 19 regioner kan specialister i

geriatrik vara fasta läkarkontakter, och 10 regioner anger att även andra specialister kan vara fasta läkarkontakter. Framför allt gäller det specialister i barn- och ungdomsmedicin (8 regioner). Vissa regioner specificerar att dessa, liksom specialisterna i geriatrik, får vara fasta läkare för sina respektive målgrupper.

Det är 5 regioner som beskriver att det görs en särskild bedömning av läkare med annan specialitet, medan 1 region beskriver att alla läkare med anställning inom primärvården kan vara fast läkarkontakt, och 1 region beskriver att det är chefen för den aktuella verksamheten som beslutar vem som kan vara fast läkarkontakt.

Figur 20. Vilka läkare kan vara fasta läkarkontakter i primärvården?



Källa: Regionernas redovisningar av insatser inom god och nära vård 2025.

Vad gäller fasta läkarkontakters anställningsform svarar 11 regioner att hyrläkare inte kan vara fasta läkarkontakter, medan 1 region svarar att hyrläkare kan vara fasta läkarkontakter, oavsett kontraktslängd, och 9 regioner att hyrläkare kan vara fasta läkarkontakter förutsatt att bemanningsuppdraget är planerat att pågå under viss tid. I 4 regioner uppgår denna minsta uppdragstid till sex månader och i 1 region till minst tolv månader. Övriga regioner anger ingen specificerad minsta kontraktslängd.

Regionerna arbetar för att utveckla tillgången till fast läkarkontakt och öka kontinuiteten

Socialstyrelsen har tagit fram ett nationellt riktvärde för antalet invånare som en specialist i primärvården kan vara fast läkarkontakt för: 1 100. Av Socialstyrelsens rapport *Stöd för utveckling av fast läkarkontakt – dialoger och besök i regionerna* framgår att alla regioner utom en har fattat beslut om en ambition vad gäller antal invånare per fast läkarkontakt, på politisk nivå eller på tjänstemannanivå. I de flesta men inte samtliga regioner är

ambitionsnivån densamma som det nationella riktvärdet; ett litet antal regioner har dock beslutat om ett lägre mål, alltså fler patienter per läkare. Samtliga regioner i landet utom en har också beslutat om insatser med anledning av riktvärdet någon gång under perioden 2022–2025.

Av landets regioner har 9 delat information med Socialstyrelsen om insatser som beslutats under 2025. I vissa regioner gäller dessa insatser beslut om att arbeta i riktning mot den nationella målsättningen. I fråga om konkreta strategier nämner regionerna framför allt arbete med ST-platser, arbete för att behålla seniora läkare samt arbete för förbättrad arbetsmiljö.

Fast vårdkontakt och fast omsorgskontakt

En fast vårdkontakt ska utses av en verksamhetschef om patienten begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.[61] En fast omsorgskontakt ska erbjudas den som har hemtjänst, om det inte är uppenbart obehövligt. Den fasta omsorgskontakten ska tillgodose den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, individanpassad omsorg och samordning när hemtjänstinsatsen verkställs.[62]

Få kommuner uppger att antalet patienter med fast vårdkontakt ökat

Av 252 svarande kommuner uppger 81 procent att de har rutiner för dokumentation och registrering av fast vårdkontakt. Under 2025 uppger 26 procent att antalet patienter med fast vårdkontakt har ökat, medan 25 procent inte ser någon ökning. En stor andel, 48 procent, anger att utvecklingen inte kan följas upp eller anges.

Andelen kommuner som har genomfört insatser för att utveckla arbetet med fast vårdkontakt under 2025 uppgår till 40 procent, medan 60 procent uppger att de inte har genomfört några sådana insatser. De kommuner som genomfört insatser under 2025 anger att arbetet i första hand handlat om att vidareutveckla och kvalitetssäkra ett redan etablerat arbetssätt, ofta tidigare benämnt patientansvarig sjuksköterska (PAS) eller omvårdnadsansvarig sjuksköterska (OAS). Flera kommuner har haft som mål att alla patienter inom den kommunala hälso- och sjukvården ska ha en namngiven fast vårdkontakt, att detta framgår i journalsystemen och att patienten informeras om vem kontakten är och vilket ansvar funktionen har. I samband med detta har dessa kommuner tagit fram eller reviderat rutiner samt roll- och

[61] 4 kap. 1 § HSF och 6 kap. 2 § PL.
[62] 10 kap. 7 § socialtjänstlagen (2025:400).

funktionsbeskrivningar, bland annat för inskrivningssamtal, samordning av insatser, kontakter med närstående och andra vårdgivare samt uppföljning av patientens behov. I vissa fall pågår ett arbete med att övergå från PAS/OAS till benämningen fast vårdkontakt för att harmonisera med lagstiftning och regionala riktlinjer.

Kommunerna stärker arbetet med fast vårdkontakt genom utbildning och samverkan

För att stödja genomförandet har kommunerna genomfört utbildnings- och kompetensinsatser för legitimerad personal och chefer, med fokus på uppdraget som fast vårdkontakt, dokumentation, samordning och kvalitetsarbete. Journalgranskning och egenkontroller används i flera kommuner för att följa upp att fast vårdkontakt är utsedd, dokumenterad och fungerar enligt rutin. Samverkan med regionerna och den regionala primärvården lyfts också som central, och sker bland annat genom samverkansmöten, gemensamma arbets- och referensgrupper, länsgemensamma handlingsplaner och arbete kopplat till nya hemsjukvårdsavtal[63]. Syftet är att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan huvudmännen, stärka övergångarna i vårdkedjan och säkerställa att fast vårdkontakt fungerar sammanhållet över organisatoriska gränser.

Organisatoriskt uppger flera kommuner att de har förändrat arbetssätt och bemanning för att skapa bättre förutsättningar för fast vårdkontakt. Det gäller till exempel områdesindelning, tydligare ansvarsområden per legitimerad profession, förstärkt bemanning och omorganisation av sjuksköterskeverksamheten så att områdesansvariga sjuksköterskor arbetar dagtid med fokus på planering, samordning och kontinuitet.

Kommunerna har arbetat med att vidareutveckla fast omsorgskontakt

Socialstyrelsen lyfte i rapporten *Har hemtjänsttagarna fasta omsorgskontakter? En uppföljning av reformen fast omsorgskontakt i hemtjänsten* [31] att cirka en tredjedel av alla hemtjänsttagare äldre än 65 år inte har en fast omsorgskontakt, antingen för att de inte blivit erbjudna eller för att de tackat nej. Socialstyrelsen framhöll i rapporten att andelen hemtjänsttagare som erbjuds en fast omsorgskontakt skulle behöva öka i framtiden för att behovet hos hemtjänsttagarna ska kunna mötas. Vidare bedömde Socialstyrelsen att fler hemtjänstutförare kan se över sin verksamhet så att fler hemtjänsttagare får träffa sin fasta omsorgskontakt

[63] Termen hemsjukvård ersattes i tillämpliga fall med hälso- och sjukvård i hemmet den 1 juli 2026, se 12 kap. 2 § HSL och (prop. 2025/26:19, s. 58).

oftare och så att all personal som arbetar i hemtjänsten vet vad rollen innebär.

Av de svarande kommunerna uppger 79 procent att de under 2025 genomfört insatser för att utveckla arbetet med fast omsorgskontakt i hemtjänsten. I flertalet kommuner har arbetssättet med fast omsorgskontakt redan införts under 2023–2024, medan insatserna under 2025 framför allt har handlat om att vidareutveckla och förtydliga uppdraget samt säkerställa att det fungerar i praktiken och att alla hemtjänsttagare erbjuds en fast omsorgskontakt.

En central del av utvecklingsarbetet har varit att ta fram, revidera och implementera riktlinjer, rutiner, uppdragsbeskrivningar, checklistor och lokala instruktioner för fast omsorgskontakt. I flera kommuner har detta skett inom ramen för särskilda utvecklingsuppdrag eller projekt eller genom tillsättning av utvecklingsledare. Rutinerna tydliggör bland annat ansvar, arbetsuppgifter och förväntningar på fast omsorgskontakt, inklusive ansvar för välkomstsamtal, riskbedömningar, upprättande och uppföljning av genomförandeplaner, samordning mot andra utförare samt kontakt med närstående. I vissa kommuner har krav på fast omsorgskontakt också skrivits in i avtal och auktorisationsvillkor.

Kompetensutveckling och informationsinsatser återkommande i arbetet med fast omsorgskontakt

Utbildnings- och kompetensutvecklingsinsatser har genomförts brett. Kommunerna beskriver utbildningar, workshoppar, handledning och informationsträffar för chefer och baspersonal, både i egen regi och hos privata utförare. Insatserna har bland annat rört uppdragets innehåll, dokumentation och genomförandeplaner samt hälsofrämjande och personcentrerat arbetssätt. Flera kommuner lyfter även att de har ett långsiktigt kompetensförsörjningsarbete för att öka andelen undersköterskor i hemtjänsten, bland annat genom Äldreomsorgslyftet och vidareutbildning av vårdbiträden, som ett led i att stärka kvaliteten i uppdraget som fast omsorgskontakt.

Information till brukare och närstående har varit ett återkommande fokusområde. Flera kommuner uppger att de har tagit fram och spridit informationsmaterial i form av exempelvis broschyrer, informationsblad och kund- eller brukarpärmar. Informationen lämnas vid första besök, vid upprättande eller uppföljning av genomförandeplan, och ibland även genom riktade utskick. Syftet är att öka brukarnas kännedom om att de har en fast omsorgskontakt, vad det innebär, hur den fasta omsorgskontakten kan kontaktas samt vilket stöd och vilken kontinuitet funktionen ska bidra till.

Flera kommuner uppger att de organisatoriskt har arbetat med att anpassa hemtjänstens struktur och planering för att skapa bättre förutsättningar för kontinuitet och närvaro av fast omsorgskontakt. Detta har bland annat skett genom att verksamheten delats in i mindre arbetsgrupper eller omsorgslag, i specifika geografiska områden, att varje brukare tilldelats både fast omsorgskontakt och en ersättare samt genom att scheman och slingor planerats så att brukaren får träffa samma person i så hög utsträckning som möjligt.

Uppföljning och kvalitetsarbete utgör ytterligare en viktig del av de insatser som genomförts. Kommunerna beskriver internkontroller, egenkontroller, kvalitetsträffar och tertialvis uppföljning av att alla brukare har en fast omsorgskontakt, samt att uppdraget följs. Vissa kommuner följer kontinuitet på aggregerad nivå eller genom mätpunkter i interna kontrollprogram; andra använder resultat från Socialstyrelsens brukarundersökning (till exempel frågan om huruvida brukaren träffar sin fasta omsorgskontakt) som underlag för förbättringsarbete. Uppföljningen kopplas ofta till arbetet med genomförandeplanen som ett aktivt verktyg i vardagen, till exempel genom att fast omsorgskontakt ges särskilt avsatt tid i planeringssystemen för planering, dokumentation och uppföljning tillsammans med brukaren.

Hälsofrämjande och förebyggande insatser

Hälsofrämjande och förebyggande handlar om att förbättra hälsan och förebygga insjuknandet i sjukdomar. Fokus inom hälso- och sjukvården behöver flyttas från att endast behandla patienter till att stärka deras hälsa. Dessa insatser är nödvändiga för att på sikt minska belastningen av hälso- och sjukvården.[64]

I detta kapitel beskrivs inledningsvis indikatorer kopplade till det hälsofrämjande och förebyggande arbetet för patienten följt av regionernas och kommunernas arbete med området.

Huvudsakliga resultat

- År 2025 uppgav nära 49 procent av de svarande att läkaren på hälso-/vårdcentralen pratat om levnadsvanor vid det senaste besöket. Män uppger i högre utsträckning än kvinnor att läkaren pratat om levnadsvanor.
- Läkemedel som bör undvikas bland äldre personer som bor på särskilt boende har minskat varje år sedan 2013. Bland äldre personer med kommunal hälso- och sjukvård som bor i ordinärt boende skedde en mindre ökning år 2018; därefter har andelen minskat för varje år men också konsekvent fortsatt ligga högre än andelen för personer på särskilt boende.
- Fallskador för personer med kommunal hälso- och sjukvård minskar i särskilt boende men ökar i ordinärt boende. Sedan 2017 har antalet fallskador minskat för personer i särskilt boende men ökat i ordinärt boende; denna utveckling fortsatte också under 2025.
- Äldres besök på akutmottagningar ökade 2025. Under pandemin minskade antalet besök på akutmottagningar av personer som var 80 år eller äldre drastiskt för att sedan öka igen 2022. Med undantag för dessa år har antalet minskat i en svag takt, men för 2025 ses istället en viss uppgång.
- Det är 19 av 21 regioner som uppger att de under 2025 genomfört hälsofrämjande och förebyggande insatser. Det är även en av de insatser som flest kommuner, 87 procent av 252 svarande, uppger att de arbetat med under 2025.
- Regionerna uppger att de under 2025 har stärkt det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i primärvården genom nya program, utvecklad

[64] Se prop. 2019/20:164 s. 11.

samverkan, kompetenshöjande insatser och ökad användning av digitala verktyg.

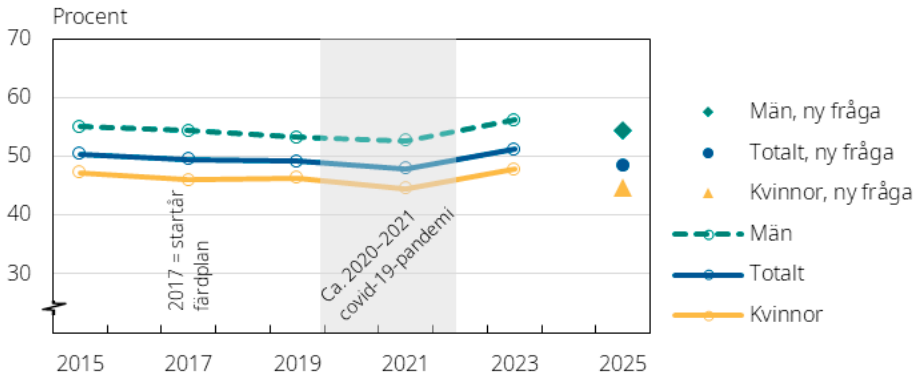
Män uppger i högre utsträckning att läkaren pratat om levnadsvanor

År 2025 uppgav nära 49 procent av de svarande att läkaren på hälso-/vårdcentralen pratat om levnadsvanor vid det senaste besöket. I figur 21 visas även uppgifter för ett liknande mått för perioden 2015–2023, vilket vi fram till dess använt som en kärnindikator. Från och med undersökningen 2025 har dock flera förändringar gjorts i de frågor som måtten om levnadsvanor bygger på. Förändringarna gör att nivån inte är jämförbar mellan 2023 och 2025, och utvecklingen är svår att bedöma. Ändringarna är också sådana att utfallet gör det ännu svårare att bedöma det som bra eller dåligt vad gäller riktningen för utvecklingen. Vi har därför valt att inte skapa en ny kärnindikator utifrån de nya frågorna och svaren (för mer information se bilaga 2, rubriken *Diskuterat levnadsvanor i primärvård – borttagen 2026*). Vi fortsätter dock att redovisa uppgifter om detta som en del i beskrivningen av hur regionerna arbetar med levnadsvanor.

Figur 21. Diskuterat/pratat om levnadsvanor, hälso-/vårdcentral

2025: Andel patienter som svarat att de och läkaren *pratat* om levnadsvanor vid läkarbesök på hälso-/vårdcentral (av följande: alkohol-, motions-, tobaks- eller matvanor eller *annan levnadsvana*).

2015–2023: Andel patienter som svarat att läkaren *eller någon annan ur personalen* vid läkarbesöket *eller under senaste halvåret diskuterat* någon eller flera av följande: alkohol-, motions-, tobaks- eller matvanor.



Källa: Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Regioner.

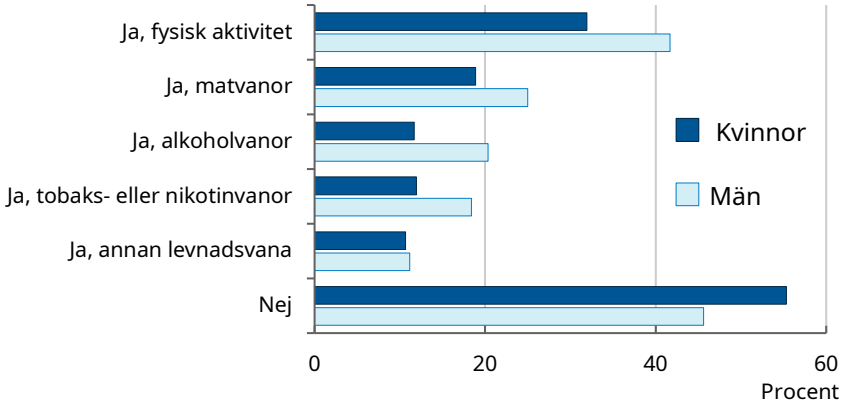
I underrubriken till figuren ovan är formuleringsförändringar från frågorna markerade med kursiv stil.[65] Mönstret att kvinnor i lägre utsträckning upplever att läkaren pratat om levnadsvanor är dock tydligt oavsett utformningen av frågorna. Förhållandet mellan könen speglar förekomsten

[65] I enkäten 2025 är dessutom uppgifterna samlade i en fråga med svarsalternativ för respektive levnadsvana medan de 2015–2023 var en fråga per levnadsvana.

av ohälsosamma levnadsvanor i befolkningen så som de rapporteras i den nationella folkhälsoenkäten där män rapporterar en högre förekomst, med undantag för rökning [32].

Figur 22. Pratat om levnadsvanor, hälso-/vårdcentral

Andel patienter som svarat att de och läkaren pratat om respektive levnadsvana vid läkarbesök på hälso-/vårdcentral 2025.



Källa: Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Regioner.

Figur 22 visar hur fördelningen är mellan olika svarsalternativ uppdelat på män och kvinnor. Andelen är högre för män avseende alla levnadsvanor. Störst är skillnaden mellan könen för alkoholvanor och lägst för ”annan levnadsvana”. Patienterna uppger att primärvårdsläkarna i störst utsträckning pratat om fysisk aktivitet med dem. Vid endast 15 procent av besöken upplevde patienterna att de och läkaren pratat om alkoholvanor.

Minskning av läkemedel som bör undvikas för äldre i kommunal hälso- och sjukvård

Med stigande ålder sker flera förändringar i kroppen som påverkar hur läkemedel omsätts och verkar. Vissa läkemedel medför därmed en betydande risk för biverkningar hos äldre och bör därför undvikas i denna åldersgrupp. Läkemedelsanvändningen hos äldre är omfattande och har ökat över tid. Det är därför av särskilt värde att följa förskrivningen av läkemedel som bör undvikas. Indikatorn *äldre med läkemedel som bör undvikas, ordinärt boende* bedöms av Socialstyrelsen i hög grad spegla flera av de mål som beskrivs i *Inriktningen för nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*[66]. Exempelvis krävs samverkan mellan huvudmännen då personerna får insatser av kommunal sjukvård men läkare från regionen

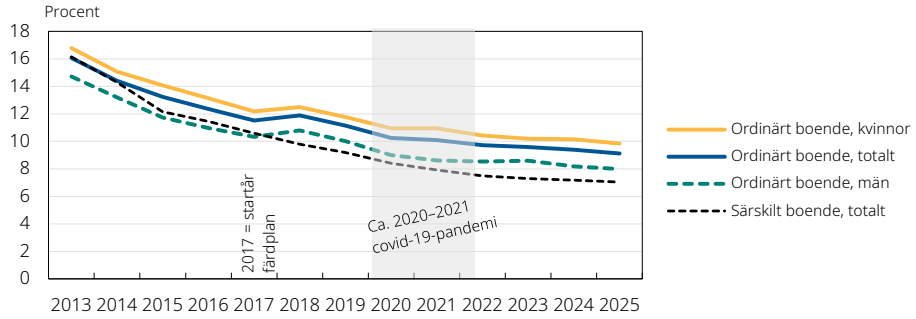
[66] Se proposition 2019/20:164 *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* s. 1.

måste vara tillgänglig och involverad för att ändra förskrivningen. Indikatorn indikerar också proaktivt arbete med att se över läkemedelsförskrivning bland äldre före en eventuell flytt till särskilt boende och helst innan oönskade konsekvenser som exempelvis en fallskada har inträffat. Som komplement till kärnindikatorn visas även resultat för motsvarande indikator som avser personer i särskilt boende.

Bland äldre personer som bor på särskilt boende har andelen med läkemedel som bör undvikas minskat varje år sedan 2013. Bland äldre personer med kommunal hälso- och sjukvård som bor i ordinärt boende skedde en mindre ökning år 2018; därefter har andelen minskat för varje år men också konsekvent fortsatt ligga över andelen för personer på särskilt boende. Kvinnor i ordinärt boende har konsekvent haft en högre grad av läkemedel som bör undvikas. Den exakta skillnaden mellan könen varierar från år till år, men uppgår till runt 2 procentenheter. I särskilt boende är skillnaden mellan könen mindre och tendensen är motsatt: där har män en högre grad av användning av läkemedel som är olämpliga för äldre.

Figur 23. Äldre med läkemedel som bör undvikas, kommunal hälso- och sjukvård (KHS)

Andel äldre med minst ett läkemedel som bör undvikas till äldre om inte särskilda skäl föreligger. Avser personer 75 år och äldre med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende samt särskilt boende.



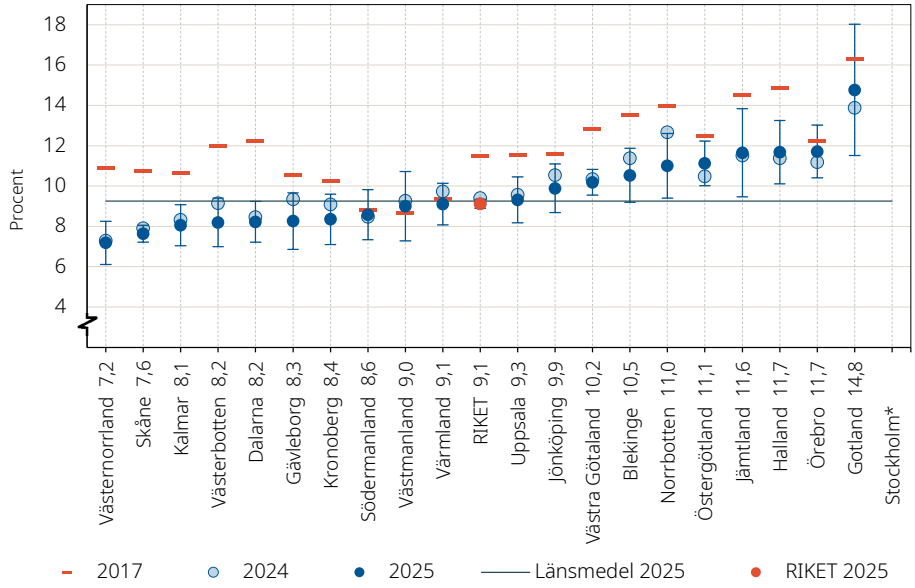
Källa: Läkemedelsregistret och Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen.

Förskrivningen av läkemedel som bör undvikas till äldre inom kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende uppdelat på de olika regionerna framgår av figur 24. Förekomsten är i alla utom ett län lägre 2025 än 2017. Notera att den basala hälso- och sjukvård i ordinärt boende i Stockholms län utförs av regionen och inte, som i övriga landet, av kommunerna. Det medför att data saknas för Stockholm.[67]

[67] För mer kommundata inom god och nära vård, se Socialstyrelsens analysverktyg: https://dataanalys.socialstyrelsen.se/superset/dashboard/GONV_Kommunprofil/.

Figur 24. Äldre med läkemedel som bör undvikas, KHS i ordinärt boende

Andel äldre med minst ett läkemedel som bör undvikas till äldre om inte särskilda skäl föreligger. Avser personer 75 år och äldre med insatser i kommunal hälso- och sjukvård (KHS) i ordinärt boende.



* I Stockholms län (med undantag för Norrtälje) utförs all hemsjukvård i ordinärt boende av regionen.

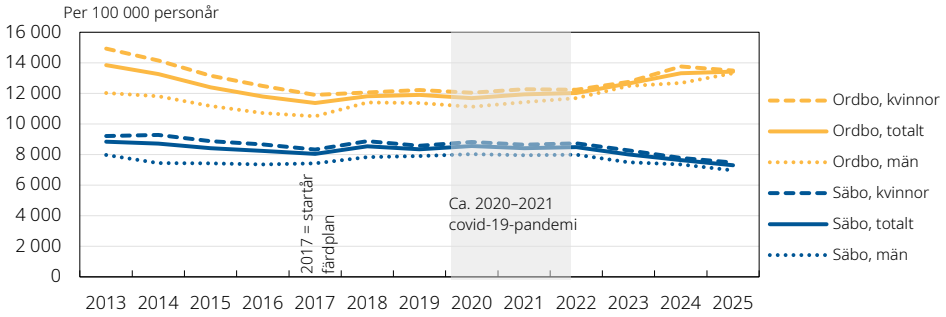
Källa: Läkemedelsregistret och Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen.

Fallskador ökar för personer med sjukvård i hemmet

Fallolyckor är vanliga bland äldre personer och kan orsaka skador, förlorad självständighet, försämrad livskvalitet och dödsfall. Fallrisken ökar med stigande ålder, bland annat på grund av muskelsvaghet, syn- och hörselnedsättning, försämrad balans och gångförmåga samt sjukdom och medicinering. Förutom lidande för patienten är samhällets kostnader för fallskador omfattande och det är viktigt att arbeta förebyggande. Orsakerna till fallolyckor kan vara många och spegla det förebyggande arbetet inom en mängd olika verksamheter och åtgärder såsom identifiering av fallrisk, hjälpmedel, läkemedelsgenomgångar, fysisk utformning av miljön, synkontroll med mera. Genom indikatorernas utformning i figuren nedan är fokus på personer med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser. Men denna grupp kan även få insatser från regionerna – bland annat förskrivning av läkemedel som kan påverka fallrisken.

Figur 25. Fallskador, kommunal hälso- och sjukvård

Fallskador med inskrivning i slutenvård per 100 000 personår för personer 65 år och äldre i särskilda boenden (säbo) respektive ordinärt boende (ordbo).



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

I figuren ovan illustreras utvecklingen av fallskador med inskrivning i slutenvård per 100 000 personår för personer 65 år och äldre med insatser från kommunal hälso- och sjukvård. Sedan 2017 har antalet fallskador minskat för personer i särskilt boende men ökat i ordinärt boende; denna utveckling fortsatte också under 2025. För personer i särskilt boende var 2025 det år med minst antal fallskador per personår i tidsserien. I ordinärt boende var antalet istället det största sedan 2014. Fallfrekvensen bland kvinnor är högre än fallfrekvensen bland män. I Öppna jämförelsers kommunundersökning 2025 uppgav 87 procent av kommunerna att de hade styrdokument om att riskbedömning ska genomföras för patienter i samtliga boendeformer inom kommunal hälso- och sjukvård med risk för fall.

Viss ökning av akutbesök bland äldre

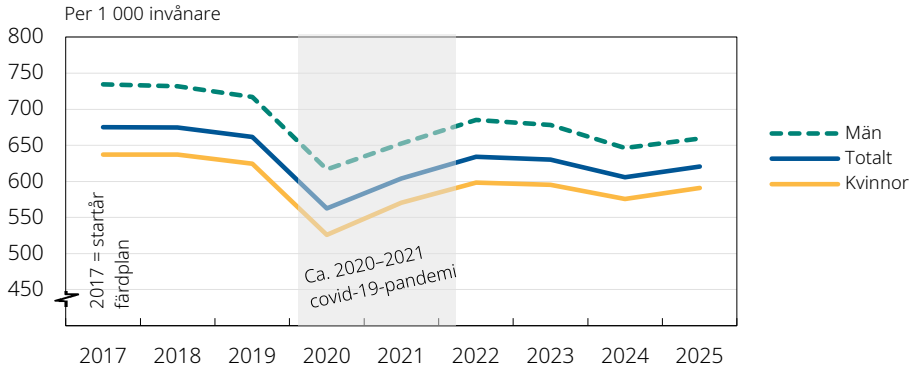
Genom en mer personcentrerad och koordinerad hälso- och sjukvård och äldreomsorg antas äldre personers behov av att besöka akutmottagning kunna förebyggas i högre grad. Förekomst av bland annat närakuter och längre öppettider i primärvården kan också påverka utfallet.[68]

Under pandemin minskade antalet besök på akutmottagningar av personer som var 80 år eller äldre drastiskt för att sedan öka igen 2022. Med undantag för dessa år har antalet minskat i en svag takt, men för 2025 ses istället en viss uppgång. År 2025 uppgick antalet till 620 per 1 000 invånare 80 år eller äldre. Män har konsekvent haft ett högre antal än kvinnor; för 2025 är dock skillnaden den lägsta för perioden.

[68] Det förekommer även vissa brister i rapporteringen och enstaka enheter har tillkommit i rapporteringen över tid, vilket kan påverka nivån i enskilda kommuner och regioner. För data uppdelat på akutmottagningar över åren, se Socialstyrelsens statistikdatabas: https://sdb.socialstyrelsen.se/if_avt_manad/ (besökt 2026-06-24).

Figur 26. Besök på akutmottagning – 80 år och äldre

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

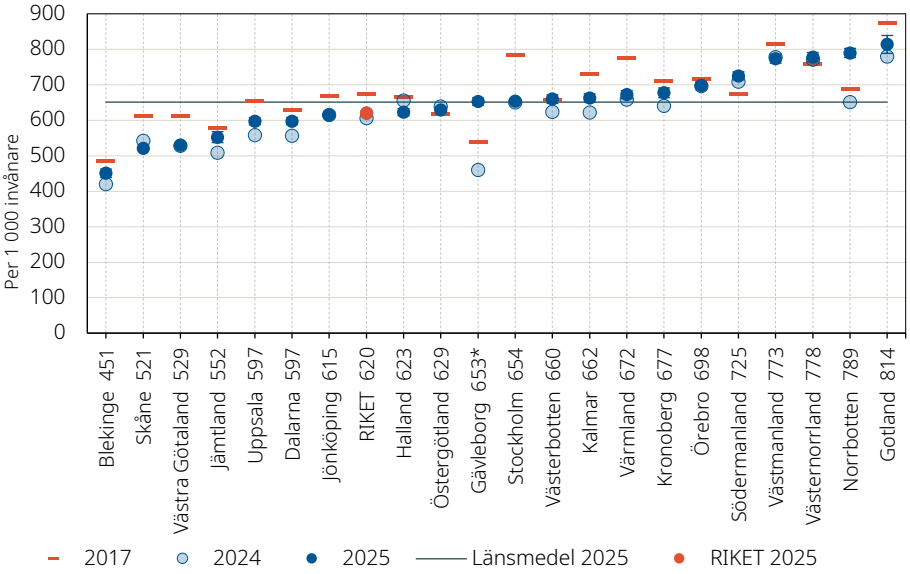


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Antalet varierar också tydligt mellan landets regioner. Minst är antalet i Blekinge (451 besök per 1 000 invånare) och störst är antalet på Gotland (814 besök per 1 000 invånare). I de flesta regioner är antalet akutbesök mindre 2025 än 2017, vilket är positivt.

Figur 27. Besök på akutmottagning – 80 år och äldre

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



*Akutmottagningen vid Bollnäs närsjukhus saknas i redovisningen fram till och med 2024 vilket innebär att nivån för åren innan 2025 är underskattade.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Fokus på samverkan, digitala verktyg och nya arbetssätt för att stödja ett strukturerat hälsofrämjande arbete

Det är 19 av 21 regioner som uppger att de under 2025 genomfört hälsofrämjande och förebyggande insatser. Denna typ av insatser är även en av de som flest kommuner, 87 procent av 252 svarande, uppger att de arbetat med under 2025.

Under 2025 uppger regionerna att hälsofrämjande arbete tydligare integrerats i uppdrag, styrdokument och vårdval, samtidigt som exempelvis kompetenshöjande insatser och digitala verktyg uppges användas för att stödja ett mer systematiskt arbetssätt. Regionerna lyfter samverkan med andra aktörer som en central del i arbetet med hälsofrämjande och förebyggande insatser. Exempelvis beskrivs ett nära samarbete med kommuner, tandvård, civilsamhälle, idrottsrörelse, studieförbund, kultursektor med flera. Exempel på insatser som genomförts i samverkan är vidareutveckling av familjecentraler, lokala områdesansvar för jämlik hälsa, kultur på recept, samarbeten med Generation Pep[69] kring mat och rörelse i förskolan, samt pilotprojekt där vårdcentraler identifierar personer med behov av främst socialt stöd och hänvisar vidare till studieförbund eller idrottsföreningar. Flera regioner lyfter även Folktandvårdens folkhälsoarbete, uppsökande verksamhet och medverkan i föräldragrupper och skolor som en integrerad del av det hälsofrämjande uppdraget.

Digitala verktyg och nya arbetssätt uppges av flera regioner användas i ökad utsträckning. Flera regioner beskriver digitala hälsocoacher, stöd- och behandlingsprogram för levnadsvanor (till exempel fysisk aktivitet och matvanor), formulär för levnadsvanekartläggning via 1177 inför besök samt webbaserade utbildningar för vårdpersonal om levnadsvanor, motiverande samtal, folkhälsa och barnrättsfrågor. Digital distansvård används för att möjliggöra tidigare upptäckt och åtgärder. Förskolor och skolor får stöd genom webbaserade portaler och program som syftar till att stärka det hälsofrämjande arbetet i utbildningsmiljöer.

Förebyggande arbete för många olika målgrupper pågår i regionerna

Arbetet med levnadsvanor har utvecklats brett och många olika typer av insatser pågår. Flera regioner beskriver riktade hälsosamtal eller hälsoundersökningar, ofta riktade till 40-, 50- och 60-åringar, som en bärande del av primärvårdens sjukdomsförebyggande uppdrag. I vissa

[69] Generation Pep är en icke vinstdrivande organisation som arbetar för barns och ungas hälsa.

regioner har nya hälsosamtal införts eller breddats under 2025, och GAP-analyser av levnadsvanearbetet på vårdcentraler används för att identifiera förbättringsområden. Flera regioner lyfter specifika insatser såsom viktskolor, smärtskolor, mindfulnessgrupper, tobaksavvänjningsprogram och seniorhälsoprogram som en del av primärvårdens ordinarie insatser på området. Majoriteten av regionerna har kravställt det hälsofrämjande och förebyggande arbetet, särskilt med fokus på hälsosamtal, i förfrågningsunderlagen.

Flera regioner uppger att insatserna för barn, unga och föräldrar har stärkts under 2025. Detta genom bland annat satsningar på tidiga samordnade insatser, arbete via BVC, MVC, skolor, ungdomsmottagningar och familjecentraler samt riktade program för små barn i utsatta områden. Exempel är utbildningar i fysisk aktivitet och matvanor för personal inom barn- och mödrahälsovård, ungdomsmottagningar och elevhälsa samt hälsofrämjande samverkansprojekt mellan BVC och folktandvård för att minska karies och utjämna skillnader i munhälsa.

Psykisk hälsa är ett återkommande fokusområde uppger flera regioner. Primärvården deltar i suicidpreventiva satsningar, erbjuder utbildning och metodstöd till psykosociala team och arbetar med stödsamtal för barn och unga. I flera fall har beslut fattats om breddinförande av metoder som prövats i pilotform under 2025, med målsättningen att uppnå mer jämlika och tidiga insatser. I vissa regioner genomförs särskilda genomlysningar av Vårdval psykoterapi i syfte att stärka tillgång och kvalitet. Det beskrivs också satsningar på digitala psykologmottagningar och mottagningar för lättare psykisk ohälsa, med ambitionen att bland annat öka tillgängligheten.

För äldre personer och personer med kronisk sjukdom uppger ett antal regioner att primärvårdens hälsofrämjande roll tydliggjorts. Regionerna beskriver prediktionsarbete för att proaktivt identifiera sköra äldre, seniorhälsovårdsprogram, särskilda hälsokurser för personer 65+ samt utvecklade samarbeten mellan primärvård, geriatrisk vård och kommunala verksamheter. Därutöver lyfts vaccinationsinsatser mot bland annat covid-19, influensa, pneumokocker, RS-virus, TBE och bältros som en central del av primärvårdens förebyggande arbete.

Flera regioner betonar behov av bred implementering av arbetssätt för mer jämlik folkhälsa

Samtidigt uppger regionerna att det kvarstår utmaningar i arbetet. I vissa regioner saknas ett samlat införande av hälsofrämjande insatser för hela primärvården. Utvecklingsarbetet bedrivs istället på utvalda vårdcentraler eller inom ramen för tidsbegränsade pilotprojekt, med breddinförande planerat först för kommande år. Den ökande andelen äldre med kroniska

sjukdomar lyfts som en grundläggande strukturell utmaning som riskerar att öka belastningen på hälso- och sjukvårdssystemet om inte omställningen mot mer proaktiv och hälsofrämjande vård fortsätter och förstärks. Även vissa digitala utbildningar och verktyg uppges ännu ha begränsad spridning, bland annat på grund av behörighetsfrågor eller att det är projekt som befinner sig i pilotfas.

Flera regioner betonar att folkhälsan inte är jämlik och att specifika grupper, såsom invånare i socioekonomiskt utsatta områden och personer med psykisk eller intellektuell funktionsnedsättning, inte nås i samma utsträckning av hälsofrämjande insatser eller deltar i lägre grad i exempelvis hälsoundersökningar. Detta kräver särskilt anpassade arbetssätt, riktade insatser och nära samverkan mellan regioner och kommuner, vilket i sin tur ställer krav på resurser och kompetens.

Ett exempel på arbete för att öka jämlikheten är ett pilotprojekt från Region Västerbotten med fokus på personer med psykisk och intellektuell funktionsnedsättning i LSS-boenden. Med kunskapen om att gruppen deltar i lägre utsträckning i hälsoundersökningar och behöver extra stöd i förändrandet av levnadsvanor, har regionen i det som först var ett pilotprojekt börjat arbeta med hälsoundersökningar som istället genomförs i hemmet av kommunens sjuksköterska och är kostnadsfri. Detta arbete ska nu breddinföras. Anpassade hälsoplaner tas fram tillsammans med den boende, kommunens medarbetare på boendena samt anhöriga. Vid behov inkluderas ytterligare resurser som fysioterapeuter och arbetsterapeuter. I detta arbete har nyttan av samverkan blivit tydlig där regionen har verktyget medan kommunerna har resurser, spetskompetens samt personernas förtroende. Arbetet har både lett till en satsning för att förbättra de boendes hälsa, och till ökad kompetens hos kommunens medarbetare i hur de kan stötta de boende i deras hälsoresor.

Samverkan och samordning

För att vård och omsorg ska bli mer sammanhållen behöver samverkan mellan kommuner och regioner stärkas. Samverkan behöver ske inom och mellan olika aktörer samt på olika nivåer – i primärvården i regioner och kommuner men även med tandvården, socialtjänsten, elevhälsan, det civila samhället med flera. De samverkansstrukturer som finns behöver underlätta samordningen av olika vårdinsatser och svara mot patientens behov.[70]

I detta kapitel beskrivs inledningsvis indikatorer kopplade till samverkan och samordning, följt av insatser som regioner och kommuner har genomfört när det gäller att förbättra samverkan och samordning mellan region, kommun och andra aktörer både på central nivå och på verksamhetsnivå.

Huvudsakliga resultat

- Andelen oplanerade återinskrivningar bland äldre har minskat från 10 procent år 2013 till 8,7 procent år 2025, vilket även är en mindre förbättring jämfört med 2024, men utvecklingen varierar mellan länen.
- Av regionerna uppger 19 av 21 att de under 2025 genomfört flera insatser för att stärka primärvårdens tillgång till specialistkompetens. Åtgärderna omfattar bland annat att utveckla mer strukturerade konsultationsvägar mellan primärvård och specialistmottagningar, inklusive särskilda telefonlinjer, konsultationstider och digitala lösningar.
- 19 av 21 regioner uppger att de har multiprofessionella team för personer i behov av palliativ vård samt personer med psykisk ohälsa. Det är 18 av 21 regioner som uppger att de har team för personer med behov av rehabiliteringsinsatser samt barn och unga med behov av psykiatriskt eller psykosocialt stöd.
- Flest kommuner uppger att det finns multiprofessionella team för personer i behov av palliativ vård, personer med hemsjukvård[71] och äldre personer med omfattande behov.
- Uppföljningen visar att regioners och kommuners arbete med teambaserade arbetssätt uppfattas som nödvändiga för att nå omställningens mål, men att genomslaget begränsas av bristande gemensamma strukturer, otydliga ansvarsförhållanden, kompetens- och resursbrist samt svårigheter att säkerställa enhetlig tillämpning och hög delaktighet i alla led.
- Värdet för indikatorn påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom har, med undantag för pandemiåret 2021, minskat för varje år, vilket är positivt. Män har konsekvent ett högre värde än kvinnor.

[70] Prop. 2019/20:164 s. 25–26.
[71] Termen hemsjukvård ersattes i tillämpliga fall med hälso- och sjukvård i hemmet den 1 juli 2026, se 12 kap. 2 § HSL och (prop. 2025/26:19, s. 58).

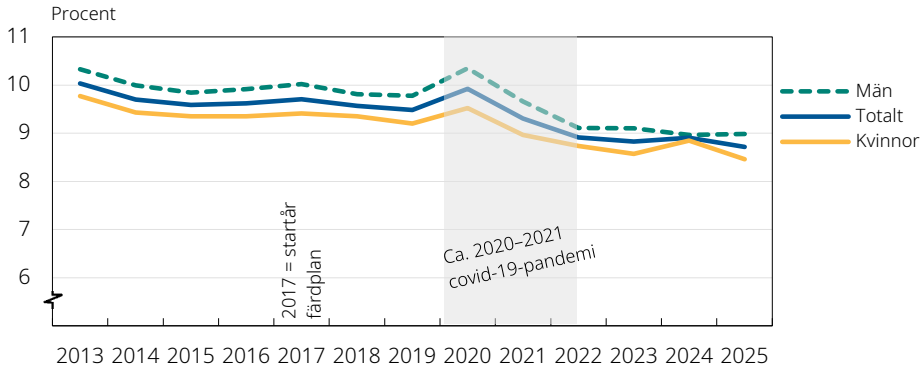
- Förekomsten av påverkbar slutenvård per personår ökar för femte året i rad för personer med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende. I Socialstyrelsens analysverktyg är det möjligt att se hur utvecklingen för dessa mått ser ut för olika kommuner.

Minskning av oplanerade återinskrivningar bland äldre, men utvecklingen är olika i länen

Indikatorn *oplanerade återinskrivningar bland äldre* belyser alltför tidig utskrivning från slutenvård, eller utskrivning där uppföljning och fortsatt omhändertagande via regionernas öppenvård eller kommunal hälso- och sjukvård inte är tillräckligt samordnat.[72] Färre oplanerade återinskrivningar kan alltså ses som en indikation på att samverkan stärkts i vårdkedjan. Därtill kan tillgängliga resurser och medicinsk kvalitet i såväl slutenvården som det fortsatta omhändertagandet påverka utfallet.

Figur 28. Oplanerade återinskrivningar bland äldre

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



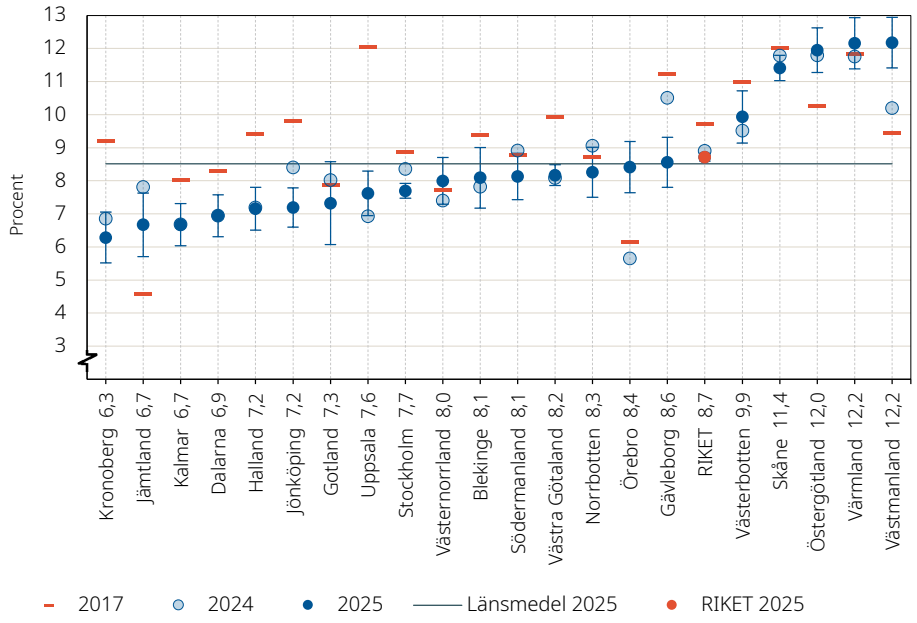
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Andelen oplanerade återinskrivningar bland äldre har minskat sedan 2013. Då var andelen oplanerade återinskrivningar 10 procent; år 2025 uppgick andelen till 8,7 procent, vilket också var något lägre än 2024. Andelen har konsekvent varit högre för män än för kvinnor.

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

Figur 29. Oplanerade återinskrivningar bland äldre

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



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Andelen oplanerade återinskrivningar bland äldre varierar mellan länen. Minst andel (6,3 procent) år 2025 hade Kronobergs län och störst andel hade Värmlands och Västmanlands län (12,2 procent vardera). Större delen av länen, men inte alla, hade färre oplanerade återinskrivningar av äldre år 2024 än år 2017.

Strukturer för samverkan och samordning mellan region och kommun

Samtliga regioner uppger att de tillsammans med kommunerna i länet har en gemensam struktur för samverkan i arbetet med en god och nära vård.

Majoriteten av regionerna har genomfört insatser för att ge primärvården bättre tillgång till specialistvårdens kompetens

Av regionerna uppger 19 av 21 att de under 2025 genomfört flera insatser för att stärka primärvårdens tillgång till specialistkompetens. Åtgärderna omfattar bland annat att utveckla mer strukturerade konsultationsvägar mellan primärvård och specialistmottagningar, inklusive särskilda telefonlinjer, konsultationstider och digitala lösningar. Flera

regioner uppger att de även har gemensamma ronder och team där specialistläkare deltar i primärvårdens arbete, både fysiskt på exempelvis vårdcentraler och korttidsboenden och digitalt i så kallade distansronder. Andra insatser som nämns är olika utbildnings- och handledningsinsatser som är riktade till primärvårdens personal, till exempel inom ortopedi, kardiologi, neurologi, psykiatri, palliativ vård och smärta. Det pågår även utveckling av gemensamma processer för akuta och subakuta vårdflöden, där primärvården ska få bättre stöd för direktinläggningar och subakuta bedömningar vid sjukhus. De gemensamma processerna ska även bidra till att det ska bli tydligare övergångar mellan sluten vård och öppen vård.

Multiprofessionella team är en viktig insats för omställningen

Teamstrukturerna varierar mellan regioner, men syftet är genomgående att samla flera professioner kring patienter med komplexa behov och därigenom stärka samordning, kontinuitet och delaktighet. Några av de viktigaste insatserna som regionerna beskriver att de genomfört under 2025 för att ställa om till en god och nära vård är utbyggnad och utveckling av teambaserade och multiprofessionella arbetssätt, både inom primärvården och i gränssnittet mot sjukhusvård och kommunal vård. Många regioner lyfter särskilt mottagningar eller team för äldre och multisjuka, mobila team och närvårdsteam, samt särskilda team för barn och unga, psykisk ohälsa, rehabilitering och komplex samsjuklighet. Dessa arbetssätt kombineras ofta med digitala arbetssätt, såsom distansvård och digitala kontaktvägar.

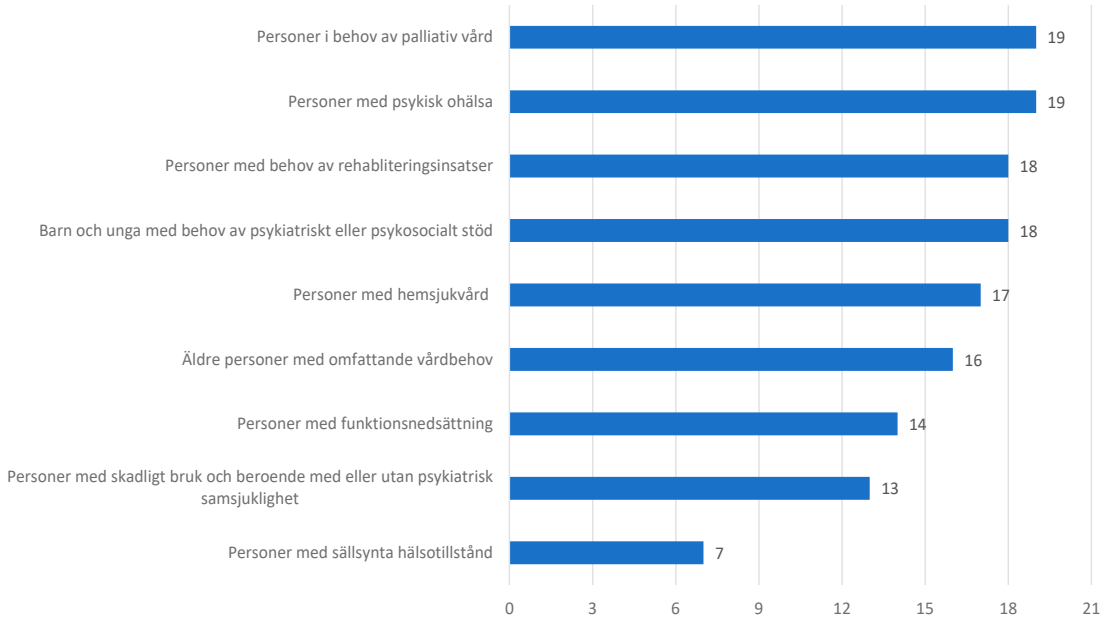
Samtliga kommuner ser överlag positivt på arbete med multiprofessionella team, och flera lyfter det som en central förutsättning för omställningen till en god och nära vård. Av de svarande kommunerna uppger 70 procent att de under 2025 initierat eller förstärkt multiprofessionella team inom kommunen och 44 procent att de initierat eller förstärkt samverkan med regionen (exempelvis demensteam).

Fokus på multiprofessionella team för personer i behov av palliativ vård samt personer med psykisk ohälsa i regionerna

Figuren nedan visar att flest regioner, 19 av 21, uppger att de har multiprofessionella team för personer i behov av palliativ vård samt personer med psykisk ohälsa. Det är 18 av 21 regioner som uppger att de har team för personer med behov av rehabiliteringsinsatser samt barn och unga med behov av psykiatriskt eller psykosocialt stöd. Målgruppen som minst antal regioner, 7 av 21, uppger att de har multiprofessionella team för är personer med sällsynta hälsotillstånd.

Figur 30. Multiprofessionella team i regionerna för olika målgrupper

Antal regioner som uppger att de har multiprofessionella team för följande målgrupper. Besvarad av 21 regioner.



Källa: Regionernas redovisningar av insatser inom god och nära vård 2025.

Av regionerna är det 11 som uppger att de har ett brett användande av multiprofessionella team utöver för de målgrupper som direkt efterfrågats. Exempel på sådana team är

- barnhälsoteam och familjecentraler där barnavårdscentral, mödrahälsovård, socialtjänst och ibland skola samverkar
- neuroteam och rehabiliteringsteam för patienter med bland annat stroke, traumatiska hjärnskador och andra neurologiska tillstånd
- psykosociala team i primärvården för patienter med psykisk ohälsa
- smärt- och rehabiliteringsteam över diagnosgränser
- demensteam, team för patienter med beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD-team) och kognitiva mottagningar i samverkan mellan geriatrisk vård, psykiatri, primärvård och kommun
- team kring livsstilsrelaterade behov (till exempel övervikt och fetma) samt kring skadligt bruk och beroende
- projektbaserade team kring barn i sorg, barn och unga i utsatta områden och tidiga samordnade insatser mellan skola, socialtjänst och vård.

Även genomgången av primärvårdens förfrågningsunderlag i regionerna visar att ovanstående målgrupper är prioriterade. Personer med funktionsnedsättning, asylsökande, nyanlända samt personer i ekonomisk utsatthet pekades där ut som prioriterade målgrupper.

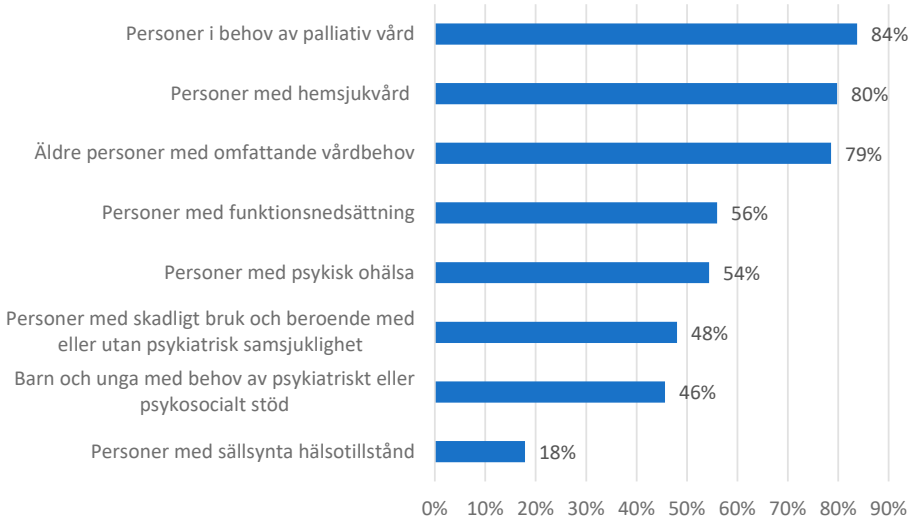
Multiprofessionella team i kommunerna fokuserar på arbete med personer med palliativ vård och äldre

Figuren nedan visar att flest kommuner uppger att det finns multiprofessionella team för personer i behov av palliativ vård, personer med kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende och äldre personer med omfattande behov. För personer i behov av palliativ vård anger 84 procent av kommunerna att sådana team finns, och för personer med hemsjukvård[73] är motsvarande andel 80 procent. Även äldre personer med omfattande vårdbehov omfattas ofta av multiprofessionella team; 79 procent av kommunerna svarar att de har sådana team.

För flera andra målgrupper är förekomsten mer varierad. För personer med funktionsnedsättning uppger 56 procent av kommunerna att multiprofessionella team finns, och för personer med psykisk ohälsa är andelen 54 procent. För personer med skadligt bruk eller beroende, med eller utan psykiatrisk samsjuklighet, är andelen något lägre, 48 procent, och för barn och unga med behov av psykiatriskt eller psykosocialt stöd uppger 46 procent att det finns multiprofessionella team. Den grupp som i minst utsträckning har tillgång till multiprofessionella team är personer med sällsynta hälsotillstånd; 18 procent av kommunerna har sådana team.

Figur 31. Multiprofessionella team i kommunerna för olika målgrupper

Andel kommuner som uppger att de, enskilt eller i samverkan med regionerna, har multiprofessionella team för följande målgrupper. Besvarad av 252 kommuner.



Källa: Kommunernas redovisningar av insatser inom god och nära vård 2025.

Flera kommuner uppger att de har multiprofessionella team eller andra typer av samverkansstrukturer. Som exempel nämns av flera kommuner särskilda demensteam eller kognitiva stödteam för personer med demenssjukdom eller

[73] Ibid.

kognitiv svikt. Dessa team består ofta av legitimerad personal (som exempelvis sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut), undersköterskor och ibland biståndshandläggare eller socialsekreterare. I vissa fall sker samverkan med primärvård eller regionens minnes- och/eller kognitivmottagning.

Några kommuner beskriver mer specialiserade team för personer med specifika medicinska tillstånd eller särskilda behov som exempelvis personer med hjärtsvikt, stroke eller personer med avancerad sjukvård i hemmet; det finns också kommuner som har team kring personer med särskilda behov som gäller munhälsa (nödvändig tandvård) i samverkan med Folktandvården. Ett mindre antal kommuner anger att de har team kring våldsutsatta**,** där kommunen samverkar med centrum mot våld eller liknande verksamheter, ibland med fokus på hedersrelaterat våld.

Flera kommuner betonar att de har multiprofessionella team internt i kommunen, men att det saknas fasta, gemensamma team tillsammans med regionen. Istället används ofta SIP eller tillfälliga team som kallas in vid behov. Några beskriver också pågående eller planerade utvecklingsarbeten för att stärka teambaserat arbetssätt och samverkan med regionen.

Multiprofessionella team centrala i omställningsarbetet, men utmaningar kvarstår

Arbetet med multiprofessionella team är en av de insatser som regioner och kommuner lyfter som centrala i arbetet med omställningen till en god och nära vård.

Teamarbete upplevs bidra till att nå målen för omställningen och en förbättrad arbetsmiljö

Teambaserat arbete lyfts av både regioner och kommuner som viktigt för att skapa kontinuitet, trygghet och en mer sammanhållen vård och omsorg för den enskilde. Genom fasta team, patientansvarig sjuksköterska, fast omsorgskontakt och områdesindelade arbetslag möter individen ett begränsat antal personer som känner hen väl, vilket beskrivs bidra till tidig upptäckt av försämring och minska behovet av sjukhusbesök och akutinläggningar.

Återkommande teammöten, ronder och gemensamma vårdplaneringar inom exempelvis särskilt boende, hemsjukvård[74], LSS och socialpsykiatri beskrivs stärka samordningen och helhetssynen kring individen. SIP och gemensamma bedömningar uppges minska dubbelarbete och göra det lättare

[74] Termen hemsjukvård ersattes i tillämpliga fall med hälso- och sjukvård i hemmet den 1 juli 2026, se 12 kap. 2 § HSL och (prop. 2025/26:19, s. 58).

att anpassa insatser efter individens samlade behov. Kommuner och regioner beskriver också att teambaserade arbetssätt bidrar till högre kvalitet, ökad patientsäkerhet och bättre arbetsmiljö genom tydligare ansvarsfördelning, minskat ensamarbete och ökat lärande mellan professioner.

Kommuner och regioner beskriver sammantaget goda erfarenheter av teambaserade arbetssätt inom bland annat äldreomsorg, hemsjukvård, särskilda boenden, LSS, demensvård och andra verksamheter som vänder sig till äldre, multisjuka och personer med komplexa behov. Arbetssättet beskrivs ligga väl i linje med omställningens mål om ökad kontinuitet, förbättrad samordning, god tillgänglighet och stärkt delaktighet, och anses ge tydliga kvalitetsvinster för både patienter, brukare och professioner.

Flera kommuner och regioner beskriver även att tillgängligheten förbättras genom teambaserade arbetssätt bland annat genom teamorganisation, mobila team och nära-vård-team, där rätt profession kan kopplas in vid rätt tidpunkt. Teambaserat arbete beskrivs även gynna ett mer delaktigt och personcentrerat arbetssätt, där individen och anhöriga i högre utsträckning involveras i teammöten, SIP och vårdplaneringar. Samtidigt framhålls att brukare och patienter ännu inte alltid deltar i dessa delar, bland annat på grund av regioners och kommuners tidsbrist, stora enheter och brist på strukturerade arbetssätt. Flera kommuner beskriver att delaktigheten har förbättrats något, men ännu är ojämn och behöver stärkas genom mer systematiskt personcentrerat arbetssätt, tydligare rutiner och bättre stöd från ledning. Även regionerna lyfter att delaktigheten kan utvecklas ytterligare, bland annat genom att skapa mer tid och tydliga former för gemensam planering tillsammans med patienten.

Otillräckliga resurser och otydliga gemensamma strukturer beskrivs som stora utmaningar för fungerande teamarbete

Trots positiva erfarenheter av teambaserade arbetssätt lyfter både regioner och kommuner ett antal gemensamma och delvis olika utmaningar för att arbetssätten fullt ut ska bidra till omställningens mål om kontinuitet, samordning, tillgänglighet och delaktighet.

Både regioner och kommuner beskriver att det är resurs- och strukturkrävande att arbeta teambaserat på ett systematiskt sätt. Det behövs tid och förutsättningar för gemensam planering, teammöten och uppföljning, samtidigt som verksamheterna står under hög belastning. Flera respondenter framhåller att bemanningssituationen och kompetensförsörjningen – särskilt vad gäller läkare och rehabiliteringspersonal – begränsar möjligheterna att upprätthålla stabila team och arbeta tillräckligt proaktivt. Både regioner och kommuner pekar också på behovet av tydligare roll- och ansvarsfördelning mellan professioner och huvudmän för att undvika dubbelarbete, glapp i kedjan och otydlighet kring vem som gör vad. Vidare lyfts brister i

gemensamma it- och dokumentationssystem som ett hinder för smidig informationsdelning och samordning kring individer med komplexa behov. En återkommande utmaning hos båda huvudmännen är att teambaserat arbete ännu inte är likvärdigt eller fullt ut implementerat i alla verksamheter, utan ofta blir personberoende och sårbart vid personalomsättning. Detta benämns som särskilt viktigt att få på plats för patienter med stora och komplexa behov.

Flera regioner beskriver utmaningar kopplade till samverkan över organisatoriska gränser, mellan regional primärvård, sjukhusvård och kommunal hälso- och sjukvård. Ansvarsfördelningen mellan huvudmännen kring exempelvis rehabiliteringsinsatser bedöms i vissa fall som otydlig, vilket försvårar en sammanhållen vårdkedja. Flera regioner lyfter att teambaserade arbetssätt inte alltid är formellt kravställda i primärvården, utan förekommer lokalt och varierande mellan vårdcentraler. Detta skapar skillnader i landet i hur långt man kommit med att arbeta strukturerat med multiprofessionella team.

Kommunerna beskriver att det teambaserade arbetet är väl utvecklat internt i många verksamheter, men att det är betydligt mer utmanande att få till ett långsiktigt och stabilt teamarbete tillsammans med regionens primärvård och andra regionala aktörer. Flera kommuner uppger att hälsocentraler/vårdcentraler inte alltid deltar i samverkansstrukturer eller teammöten i den utsträckning som behövs, vilket gör att ansvar för samordning ofta faller på kommunen. Som hinder lyfts olika uppdrag, ersättningsmodeller och organisatoriska strukturer mellan huvudmännen, samt att en kommun ibland behöver samverka med flera vårdcentraler med olika arbetssätt, vilket riskerar att leda till ojämlika förutsättningar för invånarna. Kommunerna pekar också på svårigheter att bemanna alla nödvändiga professioner, vilket försvagar teamens funktion och gör vården mer reaktiv än förebyggande. Hög personalomsättning anges som en ytterligare faktor som försvårar att hålla ihop fasta team över tid. Kommunerna framhåller behov av tydligare strukturer, gemensamma rutiner och stärkt ledningsstöd för att de teambaserade arbetssätten ska bli hållbara över tid.

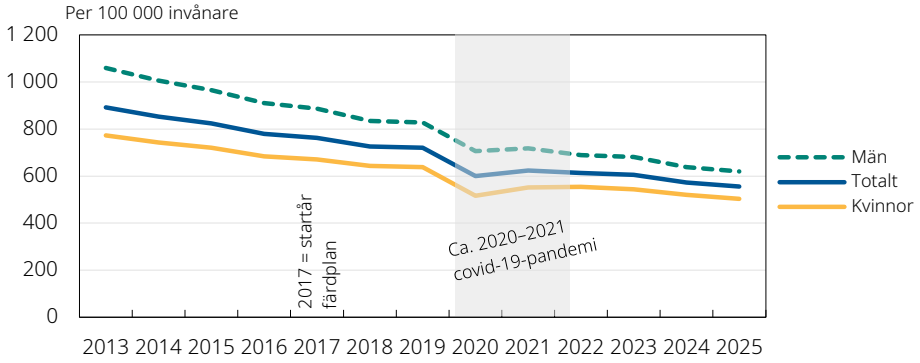
Regionala skillnader i inskrivningar på sjukhus

Behovet av slutenvård kan påverkas om patienter med vissa sjukdomstillstånd eller diagnoser får ett adekvat omhändertagande och stöd via den öppna vården och sjukvård i hemmet inklusive kommunal hälso- och sjukvård. De kroniska sjukdomstillstånd som ingår i kärnindikatorn *påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom* kan i de flesta fall behandlas effektivt i primärvård eller i öppen specialiserad vård. Genom förebyggande insatser, kontinuerlig uppföljning av behandling, rehabilitering, vaccinationer, förbättrade läkemedelsbehandlingar med mera kan många,

dock inte alla, inskrivningar i slutenvård undvikas för de utvalda sjukdomarna. Eftersom denna indikator mäts för totalbefolkningen kan den även påverkas av insatser som gör att färre får de aktuella sjukdomarna. Utöver detta kan också tillgången på slutenvårdsplatser påverka utfallet.

Figur 32. Påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom

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



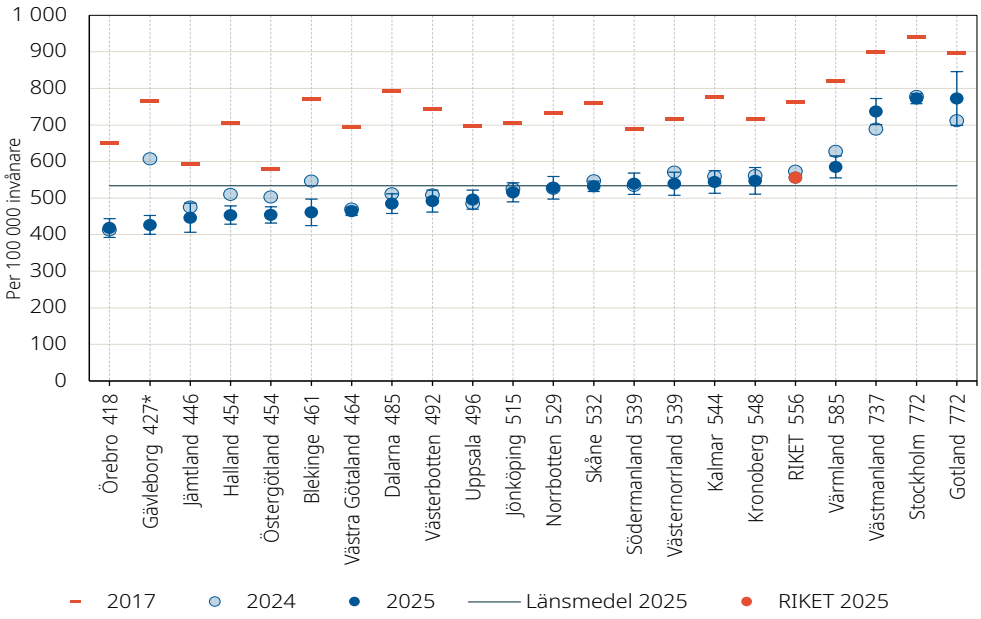
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

År 2025 var värdet för indikatorn 556 slutenvårdsperioder[75] vid de aktuella diagnoserna per 100 000 invånare (20 år och äldre). År 2013 uppgick motsvarande åldersstandardiserade antal till 892. Med undantag för pandemiåret 2021 har värdet för indikatorn minskat för varje år, vilket är positivt. Män har konsekvent ett högre värde än kvinnor.

[75] Begreppet ”slutenvårdsperiod” används här då flera vårdtillfällen, som enbart skiljs åt på grund av administrativa orsaker såsom ut- och inskrivning samma dag vid övergångar mellan kliniker eller vårdenheter, har slagits samman och räknas som en händelse.

Figur 33. Påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom

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



*Byte av vårdinformationssystem kan ha påverkat rapporteringen 2025.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

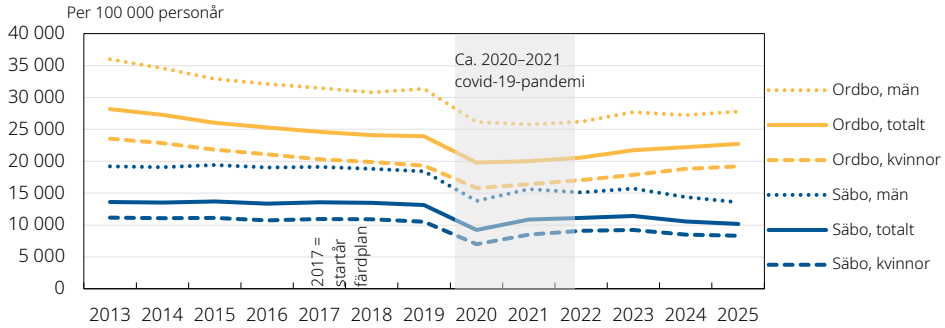
Det finns betydande geografiska variationer för indikatorns utfall. Lägst är värdet i Örebro (418) och högst i Stockholm och Gotland (772 vardera). Värdet har sjunkit tydligt sedan 2017 i samtliga län.

Påverkbar slutenvård för personer med sjukvård i hemmet ökar – för femte året i rad

Utöver den indikator för påverkbar slutenvård som Socialstyrelsen valt ut som kärnindikator tillhandahåller vi uppdaterade data för flera liknande men mer specifika indikatorer. Häribland finns indikatorer för två patientgrupper: personer som har diabetes respektive hjärtsvikt. Det finns också en indikator som är specifikt anpassad för att mätas bland äldre personer.

Figur 34. Påverkbar slutenvård äldre, kommunal hälso- och sjukvård

Antal påverkbara slutenvårdsperioder per 100 000 personår för personer med kommunal hälso- och sjukvård på särskilda boenden (säbo) och i ordinärt boende (ordbo), 65 år eller äldre.



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

Detta mått finns även framtaget för personer med kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt respektive särskilt boende. Av figuren ovan framgår att båda dessa indikatorer visserligen visar förbättringar jämfört med 2017, men att förekomsten av påverkbar slutenvård per personår[76] ökar för femte året i rad för personer med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende. I Socialstyrelsens analysverktyg[77] är det möjligt att se hur utvecklingen för dessa mått ser ut för olika kommuner.

[76] Personår: Det är vanligt att mäta exempelvis sjukdomsförekomst per 100 000 *personer*. För indikatorerna här används istället *personår.* Anledningen är att det ofta är så att en person inte tillhör den grupp som mäts under hela mätåret. Om en person exempelvis skrivs in i verksamheten efter sex månader eller avlider efter sex månader räknas 0,5 personår till nämnaren medan bidraget om personen är i verksamheten hela året blir 1 personår. Om personer istället för personår räknades skulle en högre dödlighet i verksamheten visa ett ”bättre” värde för indikatorerna.
[77] För mer kommundata inom god och nära vård, se Socialstyrelsens analysverktyg: https://dataanalys.socialstyrelsen.se/superset/dashboard/GONV_Kommunprofil/.

Tillgänglighet

En god tillgänglighet i hälso- och sjukvården är centralt för att invånarna i Sverige ska få en god och jämlik vård i rimlig tid. Tillgänglighet handlar exempelvis om att man lätt ska kunna komma i kontakt med vården och att den som har störst behov av vård ska prioriteras.[78] Att få vård i rimlig tid kan även öka förtroendet för hälso- och sjukvården.[79] En del i omställningen till en god och nära vård är en mer tillgänglig primärvård för att öka utrymmet att ta omhand patienternas vårdbehov i primärvården, när inte specialiserad vård är nödvändigt.[80] I detta kapitel beskrivs indikatorer och insatser i arbetet med tillgänglighet. Många av de insatser som regioner och kommuner redovisar att de genomfört inom ramen för arbetet med omställningen till en nära vård syftar till att förbättra tillgängligheten till primärvården för patienten.

Huvudsakliga resultat

- Drygt hälften av personer 65 år eller äldre på särskilda boenden uppger att det är ganska eller mycket lätt att få träffa läkare vid behov. Det är 74 procent som har svarat att det är mycket lätt eller ganska lätt att få träffa en sjuksköterska vid behov, vilket är en relativt stor andel.
- Det syns en fortsatt ökning av andelen medicinska bedömningar inom tre dagar, men systembyten påverkar rapporteringen av vårdgarantimått. Skillnaden mellan mäns och kvinnors tillgång är liten men konsekvent till männens fördel.
- Av de 11 regioner som uppger att de har vårdplatser på primärvårdsnivå svarade 10 att de har samverkan med kommunen om dessa vårdplatser, medan 1 region uppgav att de inte har det. Några regioner uppger att samverkan med kommunerna främst handlar om att regionen har medicinskt ansvar och ansvar för läkarinsatser, medan kommunen står för omvårdnad, bemanning eller korttidsplatser. På kommunnivå uppgav 49 kommuner att de samverkar med regionen kring vårdplatser på primärvårdsnivå, medan 203 kommuner uppgav att de inte gör det. Skäl för avsaknad av samverkan som uppges är att vårdplatser på primärvårdsnivå saknas, att kommunen har egna korttidsplatser eller att frågan inte varit aktuell.
- Äldre, barn och unga är fortsatt i fokus för regionernas arbete med tillgänglighet. 17 av 19 regioner har svarat att de genomfört insatser för att tillgängliggöra primärvården för äldre och barn, 16 av 19 regioner har gjort det för personer med psykisk ohälsa och 14 av 19 regioner har gjort det för familjer. Minst antal regioner, 8 av 19, har angett att de genomfört

[78] 3 kap. 1 § andra stycket och 5 kap. 1 § 5 HSL.
[79] Se prop. 2019/20:164 s.17–21.
[80] Se prop. 2019/20:164 s. 17–21.

insatser för personer med skadligt bruk och beroende med eller utan psykiatrisk samsjuklighet.

- Tillgången till rätt kompetens beskrivs av regioner och kommuner som avgörande för att omställningens mål om ökad tillgänglighet ska nås. Regioner och kommuner lyfter kompetensförsörjning som ett gemensamt ansvar där samverkan är central, bland annat genom samfinansierade tjänster, gemensamma utbildningar och strukturer för systemledning.
- Regionerna och kommuner har genomfört flera insatser för att öka den medicinska kompetensen i kommunerna. Flest regioner har förbättrat förutsättningarna för läkarmedverkan, följt av kompetensutveckling för kommunal legitimerad vårdpersonal. Färre regioner har arbetat med integrering av vård och omsorg samt andra kompetenser. Flest kommuner, 84 procent, har uppgett att de genomfört insatser i form av regelbunden kompetensutveckling för personal. Därefter följer 75 procent av kommunerna som genomfört insatser för förbättrad introduktion eller handledning av nyanställd personal.

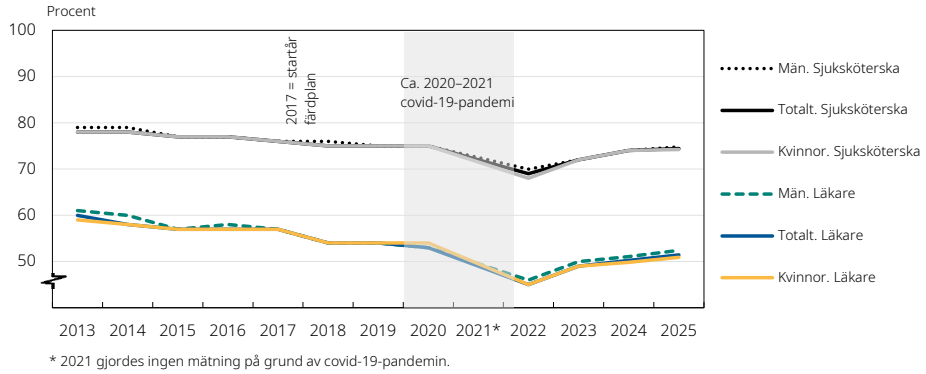
Hälften av de äldre uppger att det är lätt att få träffa läkare vid särskilt boende

Tillgång till läkare vid behov är avgörande för en väl fungerande kommunal hälso- och sjukvård. Det är också ett område som är särskilt känsligt för brister i samverkansrutiner mellan vårdgivare och huvudmän. Läkarinsatser ingår inte i kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård. Det är regionen som ska avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård när en kommun ansvarar för vården.[81] Indikatorn antas i hög grad spegla om vården är samordnad och tillgänglig. Indikatorn är baserad på de svarandes egen bedömning av läkartillgänglighet, vilket gör att måttet i viss mån också speglar om vården är personcentrerad. Detta eftersom svaren påverkas av de svarandes egna upplevda behov och önskan, till skillnad från om exempelvis faktisk läkartäthet, arbetade timmar eller andel med fast läkare skulle följas.

[81] 12 kap. 3 §, 14 kap. 1 § samt 16 kap. 1 § HSL.

Figur 35. Möjlighet att träffa läkare respektive sjuksköterska vid behov i särskilt boende

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



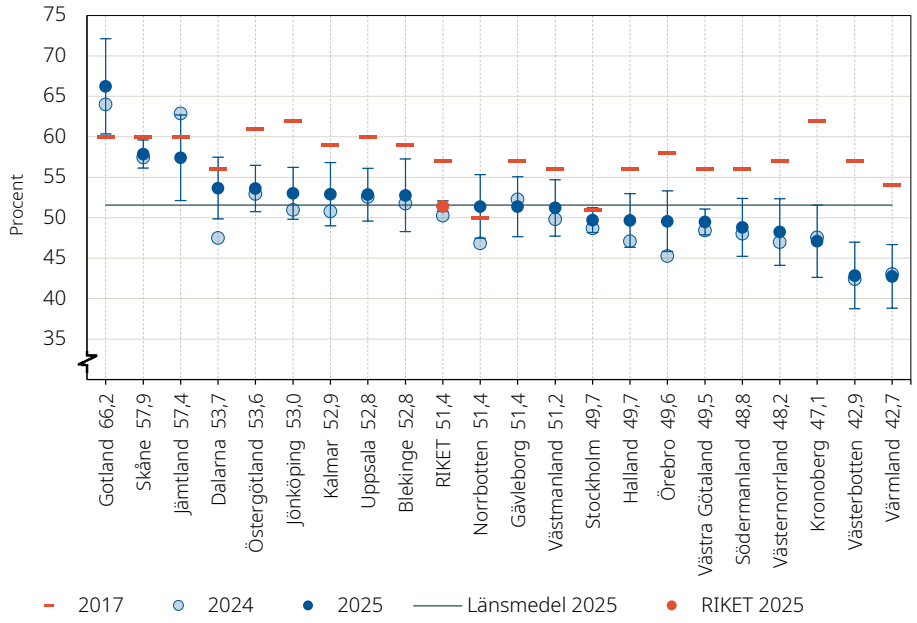
* 2021 gjordes ingen mätning på grund av covid-19-pandemin.

Källa: Socialstyrelsen, *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?*

År 2024 svarade drygt hälften av personer 65 år eller äldre på särskilda boenden, att det är ganska eller mycket lätt att få träffa läkare vid behov. Denna andel sjönk varje år från 2013 till 2022, med lägst och därmed sämst resultat 2022 (45 procent), för att sedan öka igen 2023–2025. Andelen är dock fortfarande inte tillbaka på samma nivåer som före pandemin. I tillägg till kärnindikatorn som avser läkare visas även hur de svarande bedömt tillgången till sjuksköterska – här framgår att 74 procent 2025 svarat att det är mycket lätt eller ganska lätt att få träffa en sjuksköterska vid behov. Det innebär alltså att mer än var fjärde svarande inte anser sig ha mycket lätt eller ganska lätt att få träffa en sjuksköterska vid behov, vilket är en relativt stor andel.

Figur 36. Möjlighet att träffa läkare vid behov i särskilt boende

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



Källa: Socialstyrelsen, *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?*

Värdet för indikatorn har försämrats i de flesta län sedan 2017.

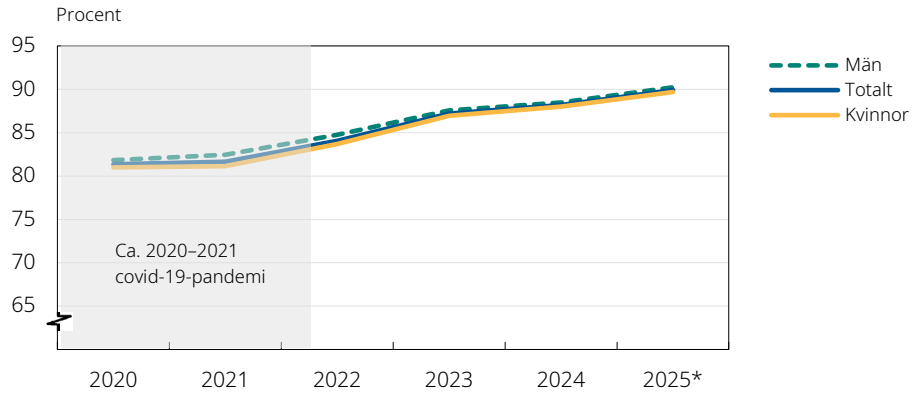
Systembyten påverkar rapporteringen av vårdgarantimått

Tillgängligheten till en första bedömning är central för primärvårdens möjlighet att utgöra första instans för vårdsökande och lotsa vårdsökande vidare till adekvat vård och behandling baserat på individens behov. En person ska få 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, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver få en medicinsk bedömning och en sådan inte kan göras när den enskilde först söker kontakt.[82] Indikatorn som används är det mått som används för att följa upp vårdgarantin i detta avseende. Det kan finnas eventuella problem kopplat till detta då tillgängligheten till primärvården kan vara mindre bra även om vårdgarantin formellt uppfylls. Det kan exempelvis ske på bekostnad av sämre tillgänglighet för återbesök som inte täcks av garantin eller för att patienter kan bedömas olika vad gäller behov av medicinsk bedömning, hänvisas vidare eller initialt inte får träffa den optimala personalkategorin.

[82] 9 kap. 1 § 2 HSL, och 6 kap. 1 § 2 hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF.

Figur 37. Medicinsk bedömning inom tre dagar

Andelen medicinska bedömningar som genomförs av legitimerad personal i primärvård inom tre dagar från det att den enskilde har sökt kontakt, om vårdgivaren har bedömt att det behövs.



* exklusive regioner som genomför byte av vårdinformationssystem 2025.

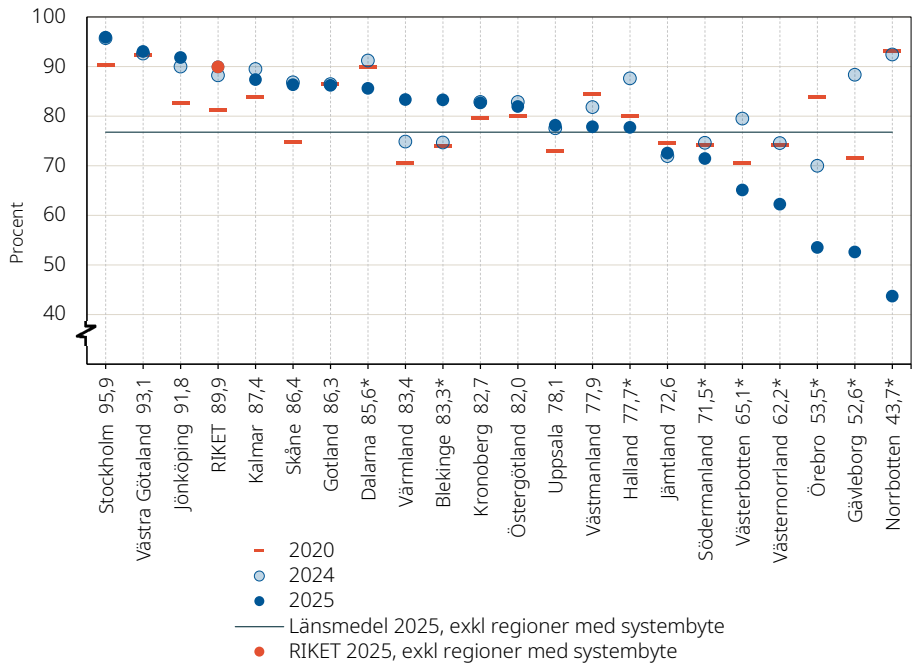
Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

I figur 37 ses en viss fortsatt ökning av andelen medicinska bedömningar inom tre dagar 2025. Uppgiften för 2025 exkluderar dock de 8 regioner (se figur 38) som genomfört byte av journalsystem under året, vilket ofta har påverkat rapporteringen [33]. Om samma regioner räknas bort även för 2024 kvarstår en ökning av andelen. Siffrorna för 2025 är alltså osäkra men pekar på en viss fortsatt ökning av andelen. Skillnaden mellan mäns och kvinnors tillgång är liten men konsekvent till männens fördel.

Det finns skillnader mellan regionerna i andel medicinska bedömningar inom tre dagar (se figur 38). Skillnaderna ser också ut att ha ökat 2025, men bilden är inte helt lätt att tolka då de regioner som har störst rapporterade minskningar genomgår byte av vårdinformationssystem, vilket kan påverka både rapportering och datakvalitet. I rikets värde och länsmedelvärdet är därför dessa regioner exkluderade. Högst uppfyllelse av vårdgarantin nåddes för andra året i rad i Region Stockholm, som rapporterar att 96 procent fick en medicinsk bedömning inom tre dagar både 2024 och 2025. Sammanställningen av förfrågningsunderlag för primärvården i regionerna visade att samtliga regioner har detta som krav i sina förfrågningsunderlag.

Figur 38. Medicinsk bedömning inom tre dagar

Andelen medicinska bedömningar som genomförs av legitimerad personal i primärvård inom tre dagar från det att den enskilde har sökt kontakt, om vårdgivaren har bedömt att det behövs.



* Byte av vårdinformationssystem kan ha påverkat rapporteringen under 2025.

Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

IVO har i sin nationella tillsyn från 2025 visat att vårdgivarna brister när det gäller patientens rätt till kontakt samma dag med vården där patienten är listad. Tillsynen visar på att telefontiderna tar slut och att patienter hänvisas till att ringa nästa dag eller söka sig till akutmottagningen [34]. Tillsynens resultat ger en mer mångsidig bild av resultaten kring medicinsk bedömning inom tre dagar. Patienten hänvisas då till akuten istället för att tas omhand inom primärvården.

Besök inom tre dagar för barn och unga med psykisk ohälsa

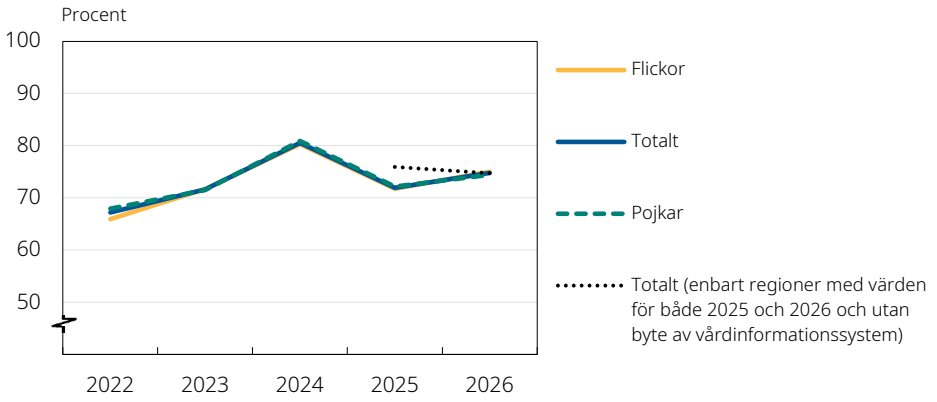
Kärnindikatorn *barn/unga*[83] *besök vid psykisk ohälsa inom tre dagar (första linjen)* anger hur stor andel av patienterna som får komma till ett första besök inom vårdgarantins tidsgräns på tre dagar[84] i relation till det totala antalet barn och unga som kontaktar första linjen i respektive region. Det är flera regioner som inte har rapporterat dessa uppgifter och rapporteringen antas även påverkas av systembyten i flera regioner under perioden.

[83] Målgrupp för verksamheten är i stort sett densamma som för bup, barn 6–17 år, men ”vårdformen” är inte reglerad åldersmässigt och åldersgränserna kan variera, för mer information se bilaga 2.
[84] 6 kap. 1 § 2 HSF.

Figur 39. Barn/unga besök vid psykisk ohälsa inom tre dagar (första linjen)

Andel medicinska bedömningar på första linjen (primärvården) vid psykisk ohälsa hos barn och unga inom vårdgarantins tidsgräns (3 dagar) exklusive patientvald väntan, februari–mars.

(Flera regioner saknas i rapporteringen, för 2026 exluderas även regioner med systembyte.)

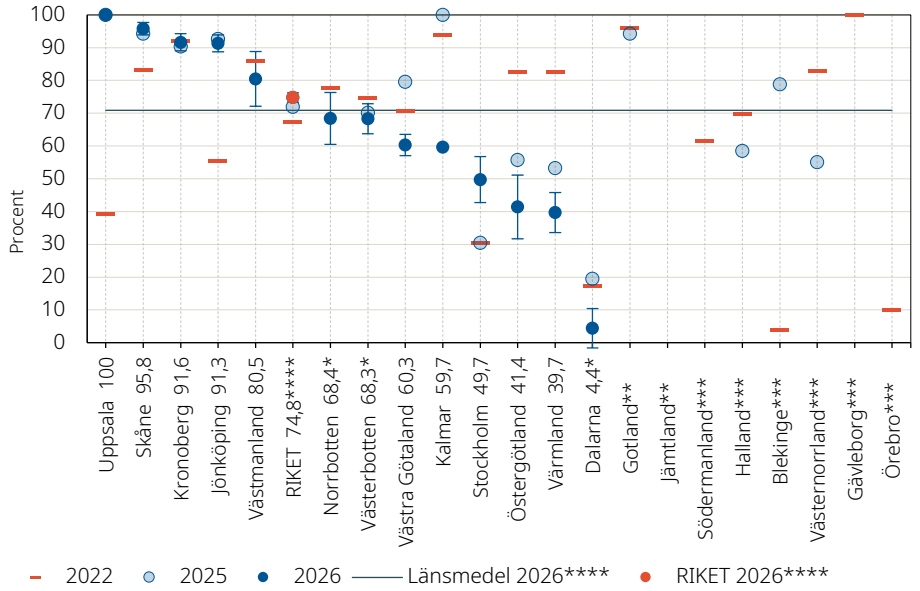


Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

I figur 39 har regioner som genomför byte av vårdinformationssystem under februari–mars 2026 exkluderats för det året, dessutom har antalet regioner som inte rapporterat några uppgifter för indikatorn ökat över tid. Givet dessa omständigheter rapporterades för februari–mars 2026 att 75 procent av de sökande fick en första bedömning inom tre dagar, vilket skulle innebära en ökning jämfört med motsvarande period 2025 då den rapporterade andelen uppgick till 72 procent. Utvecklingen är dock mycket svårbedömd på grund av den försämrade rapporteringen. I figur 39 visas även en svart prickad linje där enbart regioner ingår som rapporterade uppgifter för både 2025 och 2026 samt inte genomgick byte av vårdinformationssystem. Vid en sådan beräkning blir värdet för 2025 istället högre (76 procent) och i stort sett oförändrat mellan åren.

Figur 40. Barn/unga besök vid psykisk ohälsa inom tre dagar (första linjen)

Andel medicinska bedömningar på första linjen (primärvården) vid psykisk ohälsa hos barn och unga inom vårdgarantins tidsgräns (3 dagar) exklusive patientvald väntan, februari–mars.



*=Byte av vårdinformationssystem feb–mar 2026. **=Färre än 30 besök redovisas ej.
=Uppgift saknas. * Regioner utan uppgift samt med systembyte ingår ej.

Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

Från flera regioner saknas utfallsdata för 2025 och 2026.[85] I de regioner där data finns att tillgå och där inte systembyte skett under februari–mars 2026 varierar utfallet från full uppfyllelse av vårdgarantin i Region Uppsala till knappt 40 procent i Region Värmland.

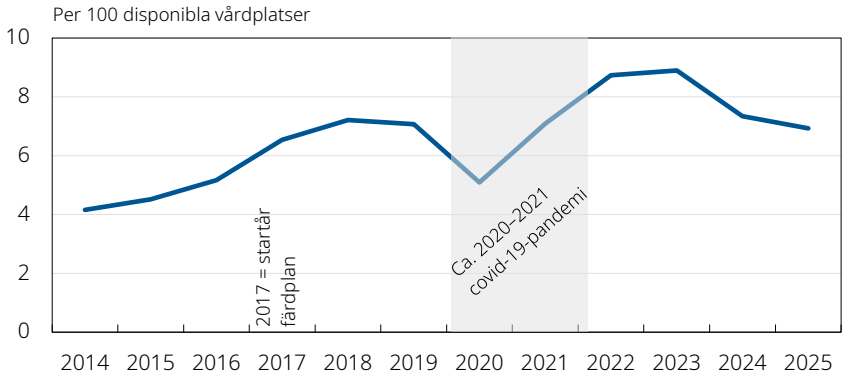
Sammantaget har problemet med överbeläggningar och utlokaliseringar fortsatt att minska något

Överbeläggning är när en patient i slutenvården vårdas på vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats, vilket innebär att den ska ha fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö. En utlokaliserad patient är en patient i slutenvården som vårdas på annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten [35].

[85] I anslutning till publiceringen av data framgår också att rapporteringen 2025 kan vara bristfällig på grund av byten av vårdinformationssystem i regionerna. Hämtad 2026-06-11 från https://skr.se/vantetiderivarden/omvantetider/nyheteromvantetiderochtillganglighet/nyhetervantetiderivarden/byteavjournalsystempaverkarvantetidsstatistiken.85414.html.

Figur 41. Överbeläggningar och utlokaliseringar

Överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser i den slutna somatiska vården.

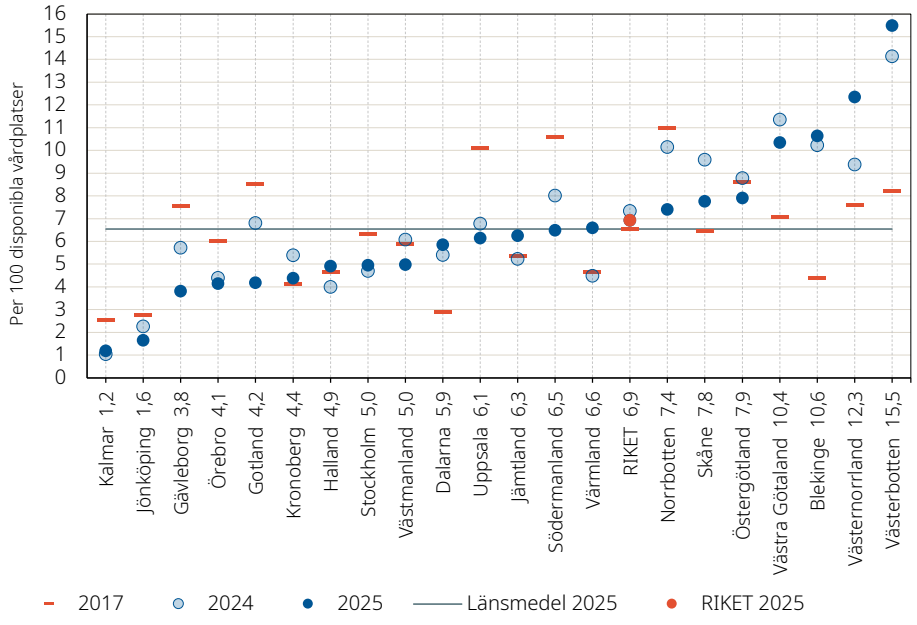


Källa: Sveriges Kommuner och Regioner.

År 2025 uppgick summan av antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser i den slutna somatiska vården till 6,9. Det är en minskning och därmed en förbättring jämfört med 2024, då motsvarande antal var 7,3.[86] Sett över en längre tidsperiod har andelen överbeläggningar och utlokaliseringar dock ökat.

Figur 42. Överbeläggningar och utlokaliseringar

Överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser i den slutna somatiska vården.



Källa: Sveriges Kommuner och Regioner.

[86] Jämfört med 2024 minskade överbeläggningarna per 100 disponibla vårdplatser med 0,6, medan utlokaliseringarna ökade med 0,2.

Graden av överbeläggningar och utlokaliseringar varierar stort mellan landets regioner. Lägst grad under 2025 hade Region Kalmar län (1,2 per 100 disponibla vårdplatser) och högst grad hade Region Västerbotten (15,5 per 100 disponibla vårdplatser). När det gäller förändring jämfört med 2017 syns ingen tydlig tendens; i vissa regioner har graden av överbeläggningar och utlokaliseringar minskat, i andra har den ökat. Sedan 2017 har variationsvidden ökat mellan regionerna.

Hälso- och sjukvård i hemmet för barn ojämlik i landet

I Sverige ansvarar regionerna för hemsjukvård[87] för barn, men de kan ha avtal med kommunerna om vissa insatser. För vuxna ser det annorlunda ut – där har regionerna oftast lämnat över ansvaret för hemsjukvård, utom läkarvård, till kommunerna.

Under 2025 genomförde Socialstyrelsen en kartläggning av hemsjukvård för barn [36]. Kartläggningen visar att tillgången till hemsjukvård för barn inte är jämlik i landet och att barn i glesbygd riskerar att ha sämst tillgång. Socialstyrelsen bedömer att hemsjukvård för barn behöver synliggöras mer för att det ska vara möjligt att bättre stödja omställningen mot mer nära vård även för de sjuka barnen. Bland annat kan uppföljningsmöjligheterna via Socialstyrelsens hälsodataregister utvecklas för att det ska gå att bättre följa detta över tid, ett arbete som nu är inlett. I linje med utredningen *Ett nytt regelverk för hälsodataregister*[88] har Socialstyrelsen fått regeringens uppdrag att föreslå hur ett nationellt primärvårdsregister kan utformas, vilket ytterligare kan bidra till att bättre synliggöra hemsjukvård för barn.

Vårdplatser på primärvårdsnivå

Tillgången till vårdplatser är en central del i att säkerställa en fungerande vårdkedja. Socialstyrelsen har genomfört ett arbete med att identifiera behov av stöd till regioner och kommuner som vill etablera gemensamt drivna närvårdplatser [37]. Arbetet har resulterat i en rapport som belyser varför gemensamt drivna närvårdsplatser kan vara ett relevant arbetssätt i omställningen. Den innehåller också en analys av nuvarande lagstiftning och identifierar behov av förändringar som kan underlätta för regioner och kommuner att etablera och gemensamt driva närvårdsplatser. I rapporten lyfter Socialstyrelsen också att regioner och kommuner behöver verksamhetsnära stöd i arbetet med närvårdsplatser.

[87] Termen hemsjukvård ersattes i tillämpliga fall med hälso- och sjukvård i hemmet den 1 juli 2026, se 12 kap. 2 § HSL och (prop. 2025/26:19, s. 58).
[88] SOU 2024:57.

Samverkan mellan region och kommun om vårdplatser på primärvårdsnivå

Av regionerna uppger 11 av 21 att de har vårdplatser på primärvårdsnivå. Det sammanlagda antalet rapporterade platser uppgår till 262.[89] Av de dialoger Socialstyrelsen haft med regionerna framgår det att vårdplatserna återfinns både i större och mindre städer samt i glesbygd.

Av de 11 regioner som uppger att de har vårdplatser på primärvårdsnivå svarade 10 att de har samverkan med kommunen om dessa vårdplatser, medan 1 region uppgav att de inte har det. Några regioner uppger att samverkan med kommunerna främst handlar om att regionen har medicinskt ansvar och ansvar för läkarinsatser, medan kommunen står för omvårdnad, bemanning eller korttidsplatser. Samverkan uppges även kunna omfatta delade lokaler, gemensamma rutiner, förstärkta team eller samordnade utskrivningsprocesser. Flera regioner lyfter att bemanningsutmaningar och organisatoriska gränser begränsar möjligheterna till en mer integrerad samverkan.

På kommunnivå uppgav 49 kommuner att de samverkar med regionen kring vårdplatser på primärvårdsnivå, medan 203 kommuner uppgav att de inte gör det. Skäl för avsaknad av samverkan som uppges är att vårdplatser på primärvårdsnivå saknas, att kommunen har egna korttidsplatser eller att frågan inte varit aktuell. De kommuner som uppger att de samverkar med regionen om dessa platser, beskriver att detta till exempel sker gällande närvårdsplatser, korttidsplatser eller palliativa platser.

Insatser för att tillgängliggöra primärvården för särskilda målgrupper

Äldre, barn och unga fortsatt i fokus för regionernas arbete med tillgänglighet

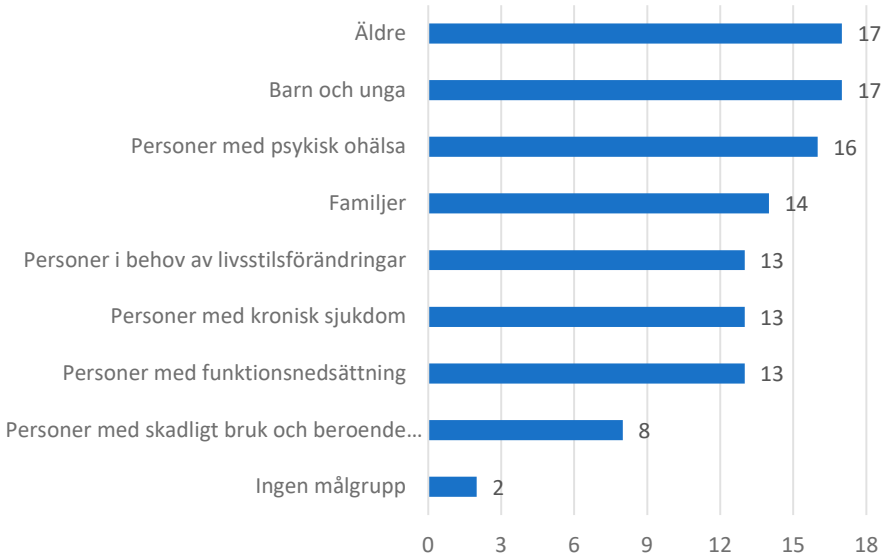
I figur 43 kan vi se att flest regioner, 17 av 19, har svarat att de genomfört insatser för att tillgängliggöra primärvården för äldre och barn, 16 av 19 regioner har gjort det för personer med psykisk ohälsa och 14 av 19 regioner har gjort det för familjer. Minst antal regioner, 8 av 19, har angett att de

[89] Det framkommer även att det är svårt att ange exakt antal platser. Orsaken är att det saknas en definition av vad som avses med en vårdplats på primärvårdsnivå. Det innebär att regionerna gör olika bedömningar av vilka vårdplatser som ska inkluderas. Exempelvis kan platser som benämns ”eftervårdsplatser” eller ”utskrivningsplatser” i vissa fall motsvara sådana platser, men detta är inte tydligt vilket gör att de rapporterade siffrorna är osäkra och att det sannolikt kan finnas ett mörkertal.

genomfört insatser för personer med skadligt bruk och beroende med eller utan psykiatrisk samsjuklighet. Det är 2 regioner som uppger att de inte genomfört någon insats för målgrupperna.

Figur 43. Insatser för mer tillgänglig primärvård

Antal regioner som genomfört insatser för respektive målgrupp under 2025 för att öka tillgängligheten till primärvården. Besvarad av 19 regioner.



Källa: Regionernas redovisningar av insatser inom god och nära vård 2025.

Regionerna har under 2025 beslutat om eller genomfört ett flertal insatser för att stärka tillgängligheten till primärvården för olika målgrupper. Nedan följer exempel på insatser för respektive målgrupp:

- äldre: äldremottagningar, riktade telefonlinjer, hembesök, mobila team, seniorhälsovårdsprogram, hälsoprogram för äldre och strukturerade arbetssätt för sköra äldre
- familjer, barn och unga: utbyggnad av familjecentraler, gemensamma hembesöksprogram, ”En väg in” för barn och unga med psykisk ohälsa, förstärkt barnhälsovård och tidiga samordnade insatser mellan vård, skola och socialtjänst
- personer med funktionsnedsättning: särskilda team eller modeller för samlat medicinskt omhändertagande (SMO), hälsoundersökningar i LSS-boenden och anpassade arbetssätt för att motverka ojämlik hälsa
- personer med kroniska sjukdomar: stärkta kronikerflöden, uppföljningsprogram, distansmonitorering, prioritering av patienter med hög vårdtyngd och förbättrade digitala kontaktvägar
- personer med skadligt bruk/beroende och samsjuklighet: utveckling av integrerade mottagningar, ökad samverkan mellan primärvård, socialtjänst och specialistpsykiatri samt förberedelser inför samsjuklighetsreformen

- personer med psykisk ohälsa: förstärkta psykosociala resurser i primärvården, stegvis vård, digitala behandlingsprogram och riktade strukturer för första linjens psykiska hälsa
- personer med behov av livsstilsförändring: riktade hälsosamtal (vanligen vid 40, 50, 60 och 70 år), digitala livsstilsprogram, fysisk aktivitet på recept (FaR) och olika gruppbaserade insatser.

Flera regioner lyfter även särskilda satsningar i socioekonomiskt utsatta områden, inklusive hälsofrämjande pilotprojekt i samverkan med kommuner och civilsamhälle. Region Norrbotten har etablerat genomförandeprogrammet ”Tillgängliga för norrbottningen” för att stärka omställningen till nära vård med fokus på tillgänglighet, vårdplatser och ekonomi i balans.

Kompetensförsörjning

Tillgången till rätt kompetens är en viktig del för att målen med omställningen ska nås. Att hitta och behålla personal har länge varit en utmaning inom hälso- och sjukvården, omsorgen och socialtjänsten. I regionernas och kommunernas återapportering av statsbidraget uppmärksammas det att kompetensförsörjningen är ett gemensamt ansvar och att samverkan är en central del i arbetet [3]. Detta sker bland annat genom samfinansierade tjänster, gemensamma utbildningsinsatser och strukturer för systemledning över huvudmannagränserna. Syftet är både att hantera brist på kompetenser, särskilt i glesbygd, och att skapa mer sammanhållna team kring patienter med stora och komplexa behov. Gemensamma team och ronder exempelvis inom demensvård och palliativ vård, hemgångs- och närsjukvårdsteam samt gemensamma utbildningar och överenskommelser om egenvård är andra exempel som lyfts som centrala.

Tillgången till läkarinsatser och samverkan med specialistpsykiatri uppfattas som avgörande för att kommunerna ska kunna använda sin egen kompetens effektivt och undvika onödiga sjukhusinläggningar.

Sammantaget visar regionernas och kommunernas återapportering av statsbidrag på området att kompetensförsörjning handlar både om att rekrytera rätt kompetens och om att bättre ta tillvara och samordna befintliga resurser.

Regionerna använder flera yrkesgrupper för att stärka bemanningen och minska sårbarheten

Ett behov som lyfts av många regioner är långsiktiga satsningar på läkarförsörjning i primärvården, ofta med det nationella riktvärdet om 1 100

listade invånare per specialist i allmänmedicin som målbild. Flera regioner har tagit fram planer och prognoser för hur de ska nå dit (se även avsnittet *Kontinuitet*). Dessa omfattar bland annat fler ST-tjänster i allmänmedicin, satsningar på handledning och utbildningsmiljö, samt åtgärder för att behålla erfarna läkare. Samtidigt betonar regionerna behovet av att minska beroendet av hyrpersonal, som är en stor utgift för regionerna och som försämrar kontinuiteten. Regionerna försöker även använda fler yrkesgrupper bättre för att göra verksamheterna mindre sårbara, till exempel genom att stärka bemanningen av bland annat psykologer, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, rehabkoordinatorer och psykosociala team. Även här lyfts teambaserade arbetssätt som en kvalitetsfråga och som ett sätt att göra arbetsmiljön mer hållbar och därmed öka möjligheten att rekrytera och behålla personal.

Flera regioner beskriver också hur kunskapsstyrning, gemensamma riktlinjer och enkla konsultationsvägar mellan primärvård och specialistvård används som ett sätt att mer effektivt använda befintlig kompetens snarare än att enbart tillsätta fler tjänster.

Samtidigt lyfter regionerna flera utmaningar. Ekonomin i den specialiserade vården är ofta ansträngd, med underskott och starkt kostnadstryck från bland annat medicinteknisk utveckling, nya läkemedel och krav på vårdplatser. Det begränsar möjligheten att på kort sikt omfördela medel till primärvården, trots politiska ambitioner. En åldrande befolkning med fler kroniska sjukdomar skapar dessutom parallella behov av både mer primärvård och mer avancerad specialistvård, vilket förstärker konkurrensen om samma kompetenser. Svårigheter att rekrytera allmänläkare, särskilt i mindre och glesbefolkade kommuner, är ett återkommande problem.

Kompetensförsörjningen i kommunerna byggs upp kring multiprofessionella team

Kommunernas återrapportering av statsbidraget visar att arbetet med kompetensförsörjning i hög grad handlar om att stärka den medicinska kompetensen genom tvärprofessionella och teambaserade arbetssätt. Sjuksköterskor, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, undersköterskor, biståndshandläggare och läkare samverkar i högre utsträckning för att skapa en mer personcentrerad och samordnad vård. Redovisningarna av statsbidraget stärker bilden av vikten av teamarbete; det uppges även här bidra till bättre kontinuitet, ökad kunskapsdelning och effektivare användning av kompetens (se även avsnittet *Strukturer för samverkan och samordning mellan region och kommun*).

Samtidigt lyfter kommunerna betydande utmaningar. Brist på läkare, fysioterapeuter och annan legitimerad personal, särskilt i glesbygd, påverkar möjligheterna att arbeta långsiktigt och förebyggande. Hög

personalomsättning försvårar kontinuitet och stabila team, särskilt i samverkan med regionen. Ett sätt att stärka möjligheterna att behålla personal som lyfts av kommunerna är att införa mentorskap som en del av seniora medarbetares arbetsuppgifter. Genom att erfarna medarbetare fungerar som mentorer kan tryggheten och kvaliteten i verksamheten öka. Samtidigt ges seniora medarbetare möjlighet att ta till vara och föra vidare sin kunskap och kompetens till kollegor. Socialstyrelsen har i uppdrag att skapa förutsättningar för att mentorskap ska kunna ingå i Äldreomsorgslyftet [38].

Kompetensutveckling vanligaste insatsen för att stärka den medicinska kompetensen i kommunerna

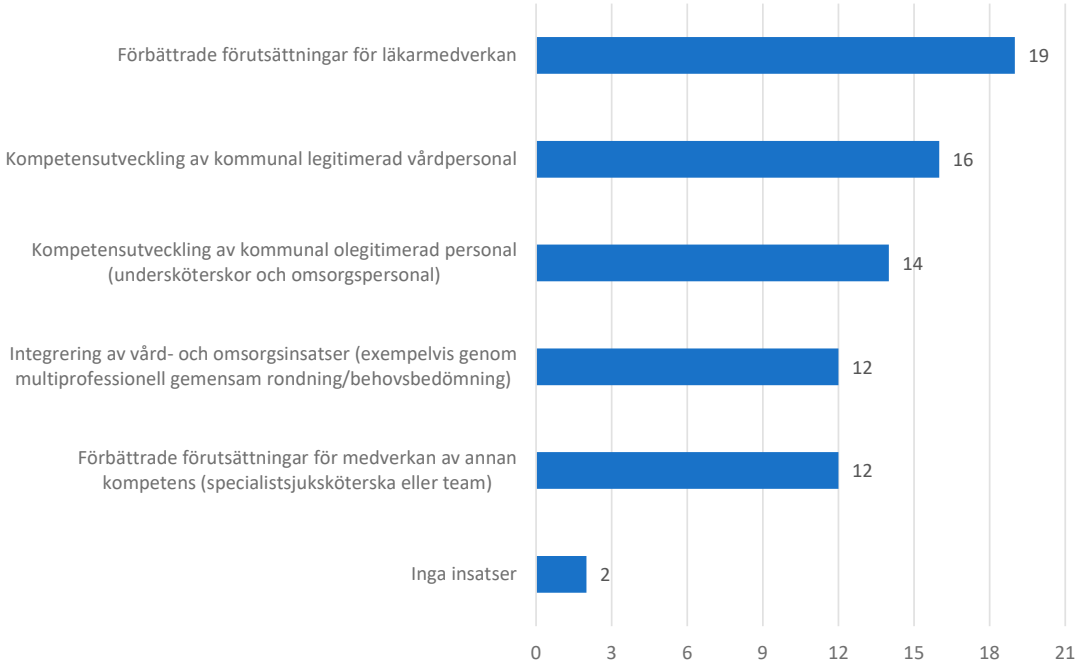
Förra årets uppföljning visade att det finns behov av att stärka den medicinska kompetensen inom den kommunala hälso- och sjukvården. Regeringen har sedan föregående års uppföljning genomfört ändringar som trädde i kraft den 1 juli 2026 i hälso- och sjukvårdslagen[90] för att stärka den medicinska kompetensen i kommunal hälso- och sjukvård. Den 1 augusti 2026 trädde också ändringar i kraft som innebär att kommuner ska få möjlighet att anlita läkare direkt i verksamheter inom den kommunala hälso- och sjukvården.[91] Syftet är att förbättra vården för äldre och personer med omfattande vårdbehov samt att stärka kontinuitet, kvalitet och patientsäkerhet. Sedan den 1 juli är det även lagstadgat att funktionen medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) ska vara obligatorisk i kommunal hälso- och sjukvård.[92]

I figuren nedan redovisas insatser som regionerna genomfört för att öka den medicinska kompetensen i kommunerna. Flest regioner, 17 av 21, har svarat att de genomfört insatser för att förbättra förutsättningar för läkarmedverkan, och 16 av 21 regioner har svarat att de arbetat med kompetensutveckling för kommunal legitimerad vårdpersonal. Minst antal regioner, 12 av 21, har angett att de genomfört insatser i form av integrering av vård- och omsorgsinsatser samt för att förbättra förutsättningar för medverkan av annan kompetens. Det är 2 regioner som uppgett att de inte genomfört någon insats för att öka den medicinska kompetensen i kommunerna under 2025.

[90] Se prop. 2025/26:19.
[91] 12 kap. 3 § HSL, proposition 2025/26:216 *Stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso-och sjukvård*.
[92] 11 kap. 4 § HSL.

Figur 44. Insatser regioner genomfört för ökad medicinsk kompetens i kommunerna

Antal regioner som genomfört respektive insats under 2025 för att öka den medicinska kompetensen i kommunerna. Besvarad av 21 regioner.



Källa: Regionernas redovisningar av insatser inom god och nära vård 2025.

Det är 10 regioner som uppger att de genomfört andra insatser än de som presenteras i figuren ovan. Dessa regioner beskriver arbetet med en successiv förstärkning av kommunernas medicinska kompetens genom följande insatser:

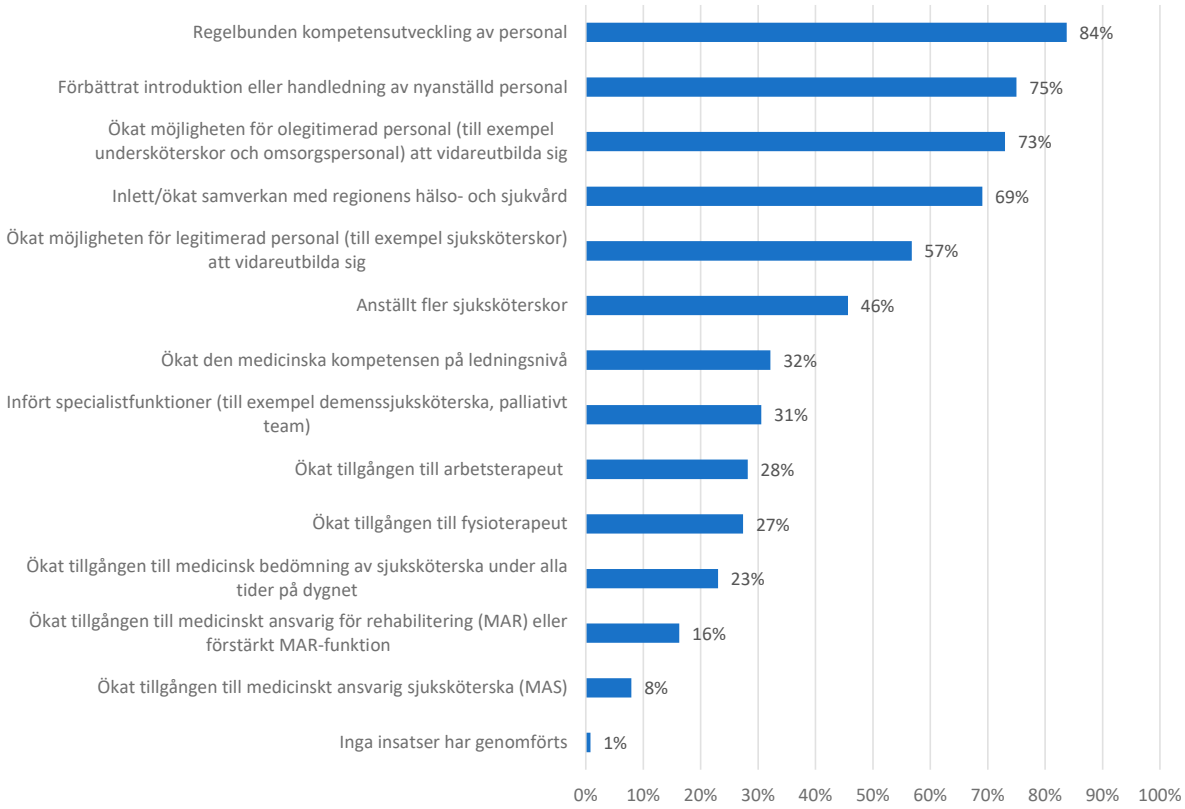
- gemensamma utbildningsinsatser riktade till kommunal legitimerad personal, bland annat inom palliativ vård, sårvård, klinisk bedömning och specifika diagnosområden
- implementering av nya journalsystem och kommunikationsverktyg som möjliggör bättre informationsdelning vid in- och utskrivning och vid samordning av vårdinsatser
- samfinansierade tjänster och gemensam bemanning, där sjuksköterskor eller andra nyckelpersoner verkar i gränssnittet mellan region och kommun
- strukturerade samverkansforum, såsom medicinska arbetsgrupper i samverkan (till exempel Strategisk Arbetsgrupp för Medicinska frågor i Samverkan [SAMS]), gemensamma riktlinjer och överenskommelser om uppdrag och ansvar.

Insatserna syftar till att höja den medicinska kvaliteten i kommunal hälso- och sjukvård, stärka samordningen med primärvården och underlätta vård nära patienten.

I figuren nedan redovisas insatser som kommunerna genomfört för att öka den medicinska kompetensen i kommunen. Flest kommuner, 84 procent, har svarat att de genomfört insatser i form av regelbunden kompetensutveckling för personal, följt av 75 procent av kommunerna som genomfört insatser för förbättrad introduktion eller handledning av nyanställd personal. Minst andel kommuner, 8 procent, har angett att de genomfört insatser för att öka tillgången till medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).[93] Det är 1 procent av kommunerna som uppger att de inte genomfört någon insats för att öka den medicinska kompetensen i kommunen under 2025.

Figur 45. Insatser kommunerna genomfört för ökad medicinsk kompetens i kommunen

Andel kommuner som genomfört respektive insats under 2025 för att öka den medicinska kompetensen i kommunerna.



Källa: Kommunernas redovisningar av insatser inom god och nära vård 2025.

Det är även 17 procent av kommunerna som redogör för andra typer av insatser än de i figuren ovan. Exempel på sådana insatser är bland annat att arbetet har riktats både till legitimerad och olegitimerad personal och omfattat såväl riktade utbildningsinsatser och annan kompetensutveckling som förstärkning av bemanning, nya funktioner, utvecklade arbetssätt och

[93] Viktigt att ha i åtanke är att flera enkätfrågor efterfrågar insatser som genomförts under 2025. Detta innebär att om en region eller kommun anger att de inte genomfört någon insats i frågan betyder det inte nödvändigtvis att de inte genomfört några insatser överhuvudtaget. Insatser kan ha genomförts tidigare år och därmed är det inte aktuellt att genomföra dem igen, vilket gör att svaret på frågan blir nej.

digitala stöd. Kommunerna lyfter även exempel på utveckling av strukturer, ledningsarbete och samverkan för att långsiktigt stödja den medicinska kompetensen.

Analys och slutsatser

I detta avsnitt redovisas Socialstyrelsens övergripande analys och slutsatser för samtliga mål för omställningen samt bedömningar utifrån uppföljningens resultat. Även myndighetens pågående och planerade arbete framåt redovisas i respektive avsnitt.

Övergripande analys och slutsatser

Socialstyrelsen har haft i uppdrag att följa upp omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård. Regeringens målbild för omställningen till en god och nära vård innebär att primärvården ska vara navet i hälso- och sjukvårdssystemet och samspela med övrig hälso- och sjukvård och socialtjänst, så att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan.

Uppföljningen visar att förflyttningen mot denna målbild har tagit steg framåt under 2025. Ett tecken på förflyttning är att primärvårdens roll som nav har förstärkts genom att fler regioner uppger att de budgeterar en större andel av sina resurser till primärvården än föregående år. Ett annat tecken är att arbetet med att göra primärvården till nav utvecklats genom gemensamma strukturer för styrning, ofta kallat systemledning, i regioner och kommuner. Regioner och kommuner har även utvecklat arbetssätt med fokus på teamarbete och samverkan samt genomfört fler satsningar på fasta läkarkontakter och vård-/omsorgskontakter för att kontinuiteten, delaktigheten och tryggheten ska öka för patienter och individer. Samtidigt visar uppföljningen att utvecklingen inte fullt ut är systematisk eller likvärdig för patienterna över landet. Socialstyrelsen bedömer att de största utmaningarna för takten i omställningen finns inom styrning, kompetensförsörjning, tillgänglighet och patientinflytande.

Vid bedömningen av uppföljningens resultat behövs en förståelse för att omställningen till en god och nära vård sker i ett komplext vård- och omsorgssystem. Systemet är komplext i den bemärkelsen att det består både av olika typer av verksamheter på olika nivåer, med många olika aktörer involverade. För att genomföra hållbar förändring behöver hela systemet inkluderas i arbetet. Dessutom verkar systemet även i en utmanande omvärld med kompetensförsörjningsutmaningar, besparingskrav och en ökande andel patienter med komplexa vård- och omsorgsbehov. Det är många olika aktörer, både professioner och organisationer, som ska förändra invanda arbetssätt. Detta gör att omställningen sker på olika sätt och i olika takt. Trots denna komplexitet visar uppföljningen att arbetet i regioner och kommuner går framåt.

Uppföljningen visar på en tydlig minskning av förtroendet för hälso- och sjukvården mellan 2024 och 2025. Förtroendet för hälso-/vårdcentraler visar

på ett oförändrat läge mellan 2024 och 2025. Förtroendet för primärvården kan bland annat på sikt påverka vårdens och primärvårdens legitimitet. Socialstyrelsen anser att det är viktigt att tilliten och tillgängligheten till primärvården stärks så att personer snabbt får den hjälp av primärvården när det är den lämpligaste vårdnivån. Primärvården ska vara det naturliga valet för förstahandskontakt med vården och då behövs ett högt förtroende.

Uppföljningen visar också att arbetet med delaktighet och personcentrering behöver stärkas.

Förstärkning av styrning och gemensamma strukturer, men hinder för att nå resultat kvarstår

Uppföljningen visar att det finns en bred konsensus på nationell, regional och lokal nivå om att omställningen är nödvändig, och flera regioner och kommuner har också tagit tydliga steg framåt.

Uppföljningen visar tecken på strukturförändringar och att primärvårdens ställning successivt stärks genom att fler regioner prioriterar primärvården resursmässigt och genom att majoriteten av regionerna har genomfört insatser för att stärka primärvårdens tillgång till specialistkompetens. Regionerna framhåller att både strukturerna för systemledning och den gemensamma styrningen tillsammans med kommunerna har förstärkts under 2025. Detta tar sig uttryck i gemensamma färdplaner för god och nära vård, länsgemensamma ledningsgrupper och noder för lokal systemledning. Samtliga regioner uppger nu att det finns en gemensam struktur för arbetet med god och nära vård tillsammans med kommunerna i länet, vilket visar på ett aktivt arbete och samsyn kring arbetet med omställningen.

Uppföljningen visar samtidigt att det saknas en sammanhållen styrkedja från nationell nivå till verksamheterna där det tydligt framgår vad omställningen konkret innebär, vilka prioriteringar som ska göras och hur måluppfyllelse ska följas upp. Den operativa nivån – vårdcentraler, kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst – behöver involveras mer strukturerat i planering, genomförande och uppföljning av omställningen. Även patienter och brukare behöver ges en betydligt tydligare roll som medskapare i utvecklingsarbetet.

Uppföljningen visar även på stora variationer i hur primärvården styrs mot målen i omställningen. Förfrågningsunderlagen[94] för vårdvalet i

[94] Enligt 2 kap. 1 § i lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) definieras förfrågningsunderlag som sådant underlag för ansökan om att delta i ett valfrihetssystem som en upphandlande myndighet tillhandahåller.

primärvården skiljer sig avsevärt i omfattning och utformning mellan regionerna, vilket innebär att förutsättningarna för att styra mot en god och nära vård också skiljer sig åt.

Socialstyrelsens bedömning och arbete framåt

Socialstyrelsen bedömer att de förstärkta strukturerna för systemledning och den gemensamma styrningen mellan regionerna och kommunerna är centrala för att omställningen till en god och nära vård långsiktigt ska kunna genomföras. Dock ser myndigheten att det finns behov av att följa implementeringen av systemledning, hur systemledarskapet etablerar sig i hela styrkedjan samt hur förändringarna märks i verksamheten och för patienten. Detta behöver regionerna och kommunerna säkerställa mot bakgrund av att systemledning rör samtliga nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet, allt från högsta ledningsnivå ner till den operativa nivån.

Socialstyrelsen har som nationell aktör en roll i att stödja arbete genom att skapa lärande kring olika systemledningsverktyg. Myndigheten har också, genom en ny instruktion och ett särskilt uppdrag[95], fått ett tydligare ansvar att stödja verksamhetsnära utveckling och det lokala omställningsarbetet.

Det gap i styrkedjan som vi identifierade i vår förra uppföljning kvarstår. Socialstyrelsen bedömer att regionerna och kommunerna fortsatt behöver stärka styrkedjan från ledningsnivå ner till verksamhetsnivå. Samordning och samverkan mellan de olika vårdnivåerna behöver, trots vissa förbättringar, fortsatt utvecklas och förstärkas för att omställningens mål om en primärvård som nav ska kunna nås.

Socialstyrelsens fortsatta arbete syftar till att ge stöd till regioner och kommuner att stärka sin förmåga till effektiv och ändamålsenlig styrning och ledning. Myndigheten kommer arbeta för att stödja i ledning och styrning av komplexa system i regioner och kommuner genom att erbjuda stöd i strategisk styrning. Socialstyrelsen utforskar därutöver olika styrmedel som kan underlätta utvecklingen av primärvården som nav. Ett sådant är kunskap om ekonomistyrning och ersättningsmodellers påverkan och förutsättningar för att driva utvecklingen. Socialstyrelsen kommer att utveckla stöd för uppföljning och utformning av ersättningsmodeller i syfte att styra mot målen i omställningen.

[95] Uppdrag till Socialstyrelsen om stöd i verksamhetsnära utveckling *Uppdrag att utveckla primärvården till navet i hälso- och sjukvården genom verksamhetsnära stöd* (S2026/00985).

Arbetet med delaktighet och personcentrering kräver samlad omställning av arbetssätt

I årets uppföljning har myndigheten valt att göra en fördjupning i målområdet om delaktighet och personcentrering. Uppföljningen visar att det har skett en förflyttning där delaktighet och personcentrering nu etablerats som självklara mål i styrdokument och strategier, vilket de inte alltid varit tidigare. Trots detta är genomslaget i det dagliga arbetet ojämnt, och gapet mellan strategi och praktik är fortfarande betydande. Uppföljningen visar att personal på den operativa nivån uppfattar ett personcentrerat arbetssätt som en självklar del av praxis, men att tidspress, hög arbetsbelastning, personalomsättning och resursbrist gör det svårt att alltid jobba med personcentrering och delaktighet i praktiken. Uppföljningen visar även att utvecklingen går för långsamt och inte märks av i tillräckligt stor uträckning för patienterna.

Socialstyrelsens bedömning och arbete framåt

Socialstyrelsens bedömning är att det personcentrerade arbetssättet behöver prioriteras och att personalen behöver ges förbättrade förutsättningar att arbeta personcentrerat. Personcentrering bör därför inte betraktas som något som läggs till verksamheten och som främst kräver mer tid och resurser, utan som ett arbetssätt som kan bidra till att verksamhetens resurser används mer träffsäkert och att insatserna bättre svarar mot individens behov.

Regioner och kommuner behöver därför säkerställa att personcentrering inte enbart är ett mål i strategier och styrdokument, utan omsätts i det dagliga arbetet. Det innebär att ge personalen stöd, kunskap och utrymme att arbeta personcentrerat samt att skapa strukturer som gör det möjligt att utgå från individens behov och förutsättningar. Ekonomiska styrmedel, såsom statsbidrag, kan stödja en sådan förändring, men Socialstyrelsens bedömning är att ekonomiska resurser i sig inte är tillräckliga. En omställning till personcentrerade arbetssätt kräver även förändringar i arbetssätt, ledarskap samt strukturer som skapar förutsättningar för delaktighet.

En viktig slutsats från fördjupningsstudien är att kontinuitet i form av en fast vårdkontakt är en viktig förutsättning för att målen om personcentrering och delaktighet ska kunna nås. Regioner och kommuner behöver därför särskilt uppmärksamma hur kontinuitet kan säkerställas som en del av det personcentrerade arbetssättet.

Patient- och brukarperspektivet behöver stärkas ytterligare i omställningsarbetet

Resultaten pekar på att patienter och brukare på ett tydligare sätt behöver vara involverade i den egna vården och omsorgen men även på systemnivå i utveckling, uppföljning och styrning. Metoder som kan bidra till ett mer strukturerat arbete med delaktighet och personcentrering behöver implementeras ytterligare i arbetet med omställningen. Uppföljningen visar att arbete med att inkludera patienter med egen erfarenhet av vård och omsorg, så kallad peer support, har potential att användas mer i primärvården för att förbättra arbetet med delaktighet och personcentrering.

Uppföljningen visar att tillgängligheten till hälso- och sjukvården varierar mellan olika patientgrupper och i delar av landet. Det innebär att möjligheten att vara delaktig i sin egen vård inte är jämlik. Det är ett resultat som tyder på att det är av vikt att hälso- och sjukvården beaktar att hälsolitteraciteten[96] varierar mellan varje patient och anhörig. Uppföljningen visar att hälso- och sjukvården kan förbättra arbetet med att ta tillvara patienters och anhörigas kunskap och erfarenheter samt anpassa informationen efter varje patients behov och förutsättningar.

Socialstyrelsens bedömning och arbete framåt

Socialstyrelsen bedömer att regionerna och kommunerna behöver inkludera patient- och brukarperspektivet mer systematiskt i arbetet med omställningen. Regioner och kommuner behöver etablera en struktur för samverkan med patienter, brukare och anhöriga för att invånarna i högre utsträckning ska uppleva delaktighet och personcentrering i praktiken. De behöver även ha i beaktande att hälsolitteraciteten varierar från person till person och att varje möte med en patient och anhörig är unikt. Socialstyrelsen bedömer att regioner och kommuner behöver arbeta mer för att hälsolitteraciteten tas i beaktande i varje patientmöte för att delaktigheten ska öka för patienter och anhöriga.

Socialstyrelsen ser att verktyg och modeller för ökad delaktighet, som peer support, behöver implementeras i större utsträckning i regioner och kommuner. Detta gäller bland annat den dokumenterade överenskommelsen och metoden delat beslutsfattande. Metoden delat beslutsfattande är särskilt angelägen för personer med psykisk funktionsnedsättning, för vilka den kan bidra till ökad delaktighet.

[96] Hälsolitteracitet definieras som en persons förmåga att få tag på, förstå, kommunicera, värdera och använda sig av hälsoinformation.

Socialstyrelsen kommer att lyfta frågan om delaktighet för patienter tydligare i det fortsatta arbetet med omställningen. Närmast sker det bland annat genom informationsinsatser till allmänheten och workshoppar med medarbetare i vården under hösten 2026.

Arbetet med fast läkarkontakt går framåt men behöver kombineras med fler insatser

Socialstyrelsen ser att fast läkarkontakt är en viktig del i att skapa kontinuitet och trygghet för patienterna. Uppföljningen visar att andelen invånare som har en registrerad fast, namngiven läkarkontakt har ökat. Det finns fortfarande en väsentlig skillnad mellan befolkningens egen uppfattning och regionernas registreringsgrad av fast, namngiven läkarkontakt. Analysen av kommunerna visar att arbetet prioriteras men att många kommuner har svårt att följa upp utvecklingen av fast vård- och omsorgskontakt.

De lagändringar som trädde i kraft den 1 juli 2026 ställer krav på att en fast vårdkontakt ska utses i kommunen och att patienten ska få information om vem som är hens fasta vårdkontakt och fasta läkarkontakt. Uppföljningen visar att ingen region har möjlighet att följa upp hur stor andel av de listade patienterna som gjort ett aktivt val av fast läkarkontakt samt att fler invånare behöver få kännedom om vem som är deras fasta läkarkontakt.

Utvecklad kontinuitet genom målgruppsanpassning

Uppföljningen visar även på stora utmaningar när det kommer till kompetensförsörjning, särskilt vad gäller allmänläkare, vilket gör det svårt att fullt ut nå det riktvärde om en fast läkare per 1 100 patienter. För att säkerställa långsiktigt hållbar kontinuitet krävs uthållig kompetensförsörjning, minskat beroende av hyrpersonal samt fortsatt utvecklingsarbete i nära dialog med vårdcentralerna.

Socialstyrelsens bedömning och arbete framåt

För att säkerställa en hållbar kontinuitet bedömer Socialstyrelsen att regionerna och kommunerna behöver kombinera sitt arbete med fast läkarkontakt med fasta vårdkontakter inom andra yrkeskategorier och teaminsatser. Socialstyrelsen ser även att det finns behov av att arbetet med kontinuitet kalibreras mot olika målgruppers behov, där patienter med komplexa och långvariga vårdbehov särskilt prioriteras. En utvecklad målgruppsanpassning samt ett tydligare fokus på både relationell kontinuitet

(stabila kontakter) och informationskontinuitet (sammanhållen dokumentation och informationsöverföring) skulle kunna förbättra kontinuiteten.

Socialstyrelsen bedömer att arbetet med fasta läkar- och vårdkontakter fortsatt behöver vara ett prioriterat område för regionerna och kommunerna. Uppföljningen visar att insatsen är central inte bara för kontinuitet, utan också för tillgänglighet, delaktighet och personcentrering. Socialstyrelsen kommer ge fortsatt stöd till regionerna och kommunerna i deras arbete för att stärka kontinuiteten och uppfylla patientlagens krav på fast vårdkontakt.[97]

Teamsamverkan positivt för samtliga mål för omställningen

Uppföljningen visar att flertalet regioner och kommuner arbetar mot en mer teambaserad och samordnad vård för patienten, vilket de beskriver har en positiv påverkan på samtliga mål. Teamen upplevs bidra till bättre samordning, ökad trygghet och förbättrad arbetsmiljö. Flera regioner lyfter att teambaserade arbetssätt inte alltid är formellt kravställda i primärvården, utan förekommer lokalt och varierande mellan vårdcentraler.

Socialstyrelsens bedömning och arbete framåt

Socialstyrelsen ser positivt på utvecklingen där flera regioner och kommuner etablerar och utvecklar teambaserade arbetssätt. Socialstyrelsen bedömer dock att arbetet med teamsamverkan är ojämnt implementerat och beroende av lokalt engagemang, tillgång till resurser och fungerande it-stöd. Det finns ett behov av att regionerna och kommunerna etablerar tydligare och mer robusta stödstrukturer för samverkan och samordning, både inom hälso- och sjukvården och mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst, för att arbetet inte ska vara personberoende.

Socialstyrelsen kommer fortsatt arbeta för att bidra till utveckling av samordning både mellan och inom regioner och kommuner. Myndigheten behöver ytterligare stödja utvecklingen och lyfta fram samverkansmodeller samt arbetssätt som stödjer primärvården som nav. Det kan exempelvis ske genom att inventera exempel hos regioner och kommuner som verkar i riktningen mot en vård och omsorg som uppfattas som integrerad och samordnad, för att sedan stödja i implementeringen.

[97] 6 kap. 2 § PL.

Regionala skillnader och trösklar in till primärvård begränsar tillgängligheten

Det pågår omfattande aktiviteter för att förbättra tillgängligheten i primärvården, bland annat genom digitala lösningar, förstärkt bemanning i vissa verksamheter och utvecklade arbetssätt. Men den övergripande utvecklingen visar att stora regionala skillnader kvarstår. Bland annat varierar graden av överbeläggningar och utlokaliseringar stort över landet och sedan 2017 har variationsvidden ökat mellan regionerna. En viktig aspekt av såväl tillgänglighet som kvalitet i vården är att en person har tillgång till rätt resurser och kompetens i förhållande till de behov hen har samt att vården ges i rätt tid. En given tolkning av en utlokalisering eller överbeläggning är att tillgången till slutenvårdsresurser inte var tillräcklig vid tillfället. Men resultatet bedöms även indirekt kunna spegla hur vårdsystemet som helhet utvecklas.

Uppföljningen visar även att trösklarna in till primärvården fortsatt upplevs som höga, särskilt för personer med funktionsnedsättning, vilket påverkar både delaktigheten, förtroendet och möjligheten till personcentrerad vård.

Socialstyrelsens bedömning och arbete framåt

Socialstyrelsen konstaterade i förra årets uppföljning att kompetensen kring funktionsnedsättningar och deras konsekvenser behöver öka i primärvården. Årets uppföljning både förstärker den bilden och visar att olika typer av kontaktvägar in till vården är viktiga för att en personcentrerad vård ska uppnås. Socialstyrelsen bedömer att regionerna och kommunerna behöver förenkla och variera vägarna in till primärvården för att bättre möta olika målgruppers behov. Bedömningen att riktade verksamheter tycks kunna öka tillgängligheten för personer med funktionsnedsättning kvarstår, vilket pekar på vikten av riktade och anpassade modeller för olika grupper. Eftersom tillgängligheten varierar stort i landet behöver Socialstyrelsen arbeta för att fördjupa förståelsen av varför vissa regioner har bättre utveckling och bidra till ett lärande mellan regionerna.

Indikationer på att utvecklingen för personer med vård i hemmet går åt fel håll

För personer med kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende ses en ökning av påverkbar slutenvård[98] de senaste åren. Detta tillsammans med ökningen av fallskador bland äldre med kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende pekar på att utvecklingen för personer med vård i hemmet inte går i önskad riktning.

Sjukvård i hemmet är ett prioriterat område eftersom det kan öka patienternas livskvalitet och samtidigt avlasta sjukhusen i arbetet med omställningen. Resultaten kan ses som en indikation på att vård i hemmet ännu inte fullt ut når dessa önskade effekter.

Socialstyrelsens bedömning och arbete framåt

Socialstyrelsen bedömer att regioner och kommuner fortsatt behöver prioritera arbetet med samverkan. Uppföljningen visar att arbetet bland annat för trygga och säkra vårdövergångar, distansmonitorering och gemensam planering kan förbättra en nära vård i hemmet.

Socialstyrelsen ska fortsatt arbeta för att stödja kommuner och regioner i detta arbete. För att stödja utvecklingen arbetar Socialstyrelsen med framtagande av stödmaterial, enhetlig terminologi, ändamålsenliga beskrivningssystem och hälsodataregister samt analys av konsekvenser för vårdsystemet i övrigt. Syftet är att bidra till att underlätta för regioner och kommuner att utveckla nya personcentrerade vårdformer som stödjer omställningen.

Hälsofrämjande en stor del av arbetet med omställningen men nyttan av vissa insatser behöver följas upp

Hälsofrämjande och förebyggande arbete i primärvården stärks och uppföljningen visar att regioner och kommuner har tagit tydliga steg mot ett mer strukturerat och digitalt stöd för hälsofrämjande insatser. Hälsofrämjande och förebyggande insatser utgör en stor del av regioners och kommuners arbete inom omställningen, och kommunerna arbetar brett

[98] Avser inskrivningar på sjukhus som bedömts ofta kunna förebyggas genom ett optimalt omhändertagande och stöd via den öppna vården (inklusive hälso- och sjukvård i hemmet).

tillsammans med socialtjänst och skola. Det tidiga förebyggande arbetet är avgörande, särskilt för barn och unga. Dock är det svårt att särskilja de insatser som regioner och kommuner genomför inom arbetet med omställningen från ordinarie uppdrag, och därmed möjligheten att följa upp insatserna och koppla dem till omställningen.

Socialstyrelsens bedömning och arbete framåt

Socialstyrelsen bedömer att det förebyggande arbetet i regionerna och kommunerna i större utsträckning behöver utgå från identifierade behov hos prioriterade grupper. Detta för att resurserna ska användas där de gör mest nytta och bidra till minskad ojämlikhet i hälsa men även för att insatserna ska vara mer träffsäkra och minska undanträngningen av grupper med större behov. Det finns även tydliga regionala skillnader i vilken utsträckning patienter uppger att läkaren har pratat om levnadsvanor. Riktade hälsosamtal har kritiserats för brister i evidens samt för att det tar tid från annan vård.

Myndigheten bedömer, så som vid förra årets uppföljning, att regionernas och kommunernas insatser inte alltid riktas till tydligt prioriterade målgrupper, vilket kan leda till mindre träffsäkra åtgärder och undanträngning av grupper med större behov.

Det finns ett behov av ett nationellt stöd för att tillsammans utveckla uppföljningen av omställningen

Socialstyrelsen har under flera år inhämtat de uppföljningar och utvärderingar som regioner och kommuner genomför. Det finns flera goda exempel på utvärderingar av olika arbetssätt och vissa regioner och kommuner har ett väl utvecklat uppföljningsarbete. Men det samlade uppföljningsarbetet är splittrat. Socialstyrelsens uppföljning visar att det finns behov av nationellt stöd för uppföljning och utvärdering av omställningen till en nära vård. Detta har även framförts av företrädare för regioner och kommuner i dialog med Socialstyrelsen.

Socialstyrelsens genomgång av regionernas och kommunernas utvärderings- och uppföljningsrapporter visar att regioners och kommuners förmåga att följa patient- och brukarflöden över huvudmannagränser behöver stärkas. Det gäller även möjligheten att belysa behov och nyttjande av vård och omsorg på systemnivå och där uppföljning och analys utgår från vad som faktiskt gör skillnad för invånarna. Socialstyrelsens fördjupande studie kring delaktighet och personcentrering visar att regionernas och kommunernas uppföljning även behöver stärkas genom att patienternas erfarenheter tydligare är utgångspunkten i utvecklingsarbetet.

Socialstyrelsens bedömning och arbete framåt

Socialstyrelsen bedömer att regioner och kommuner behöver öka kvaliteten i sina egna uppföljningar och utvärderingar för att utvecklingen i omställningsarbetet ska kunna följas. Myndigheten ser att uppföljningar och utvärderingar i större utsträckning behöver följa omställningen på systemnivå i både regioner och kommuner, och inte enbart enskilda satsningar eller arbetssätt. Detta för att tydligare få en helhetsbild av hur omställningen i stort fortskrider och vad som bidrar till önskade förändringar mot primärvården som nav.

Socialstyrelsens samlade bedömning är att myndigheten ska ta en tydligare och mer aktiv roll i att stödja kommuner och regioner i detta arbete. För att detta stöd ska bli ändamålsenligt behöver Socialstyrelsen föra en nära dialog med regioner och kommuner om vilka behov som finns samt vilka delar av uppföljning och utvärdering som särskilt behöver utvecklas.

Socialstyrelsen ser även att myndighetens egen uppföljning av omställningen i större utsträckning behöver inriktas på att utveckla mått som gör det möjligt att förstå och följa förflyttningen mot primärvården som nav samt de faktiska skillnader som omställningen innebär för invånaren. Det är även viktigt att arbetet med uppföljning och utvärdering är proportionerligt utifrån regionernas och kommunernas resurser och tid. Då Socialstyrelsen samlar in många uppgifter är samordning av uppföljningen och återrapporteringen av statsbidrag viktig så att uppgiftslämnarbördan minskar.

Referenser

1. Uppdrag till Socialstyrelsen att främja, stödja och följa upp omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023. Hämtad 2026-06-23 från https://www.regeringen.se/regeringsuppdrag/2023/06/uppdrag-att-framja-stodja-och-folja-upp-omstallningen-i-halso--och-sjukvarden-till-en-god-och-nara-vard/.
2. Uppföljning nära vård. Deluppdrag II. Nationella Indikatorer, slutrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
3. Redovisning av 2025 års statsbidrag till kommuner och regioner för utveckling av en god och nära vård (S2025/02055). Stockholm: Socialstyrelsen; 2026.
4. Freidson E. Professionalism, the Third Logic: on the Practice of Knowledge. Chicago: The University of Chicago Press; 2001.
5. God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild. (SOU 2017:53).
6. Hälso- och sjukvårdsbarometern 2025. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2026.
7. OECD. Does Healthcare Deliver?: Gender and socio-economic gaps in patient-reported outcomes and experiences. Hämtad 2025-08-13 från: https://www.oecd.org/en/publications/does-healthcare-deliver_c8af05a5-en/full-report/gender-and-socio-economic-gaps-in-patient-reported-outcomes-and-experiences_6c9855b6.html
8. Öppna jämförelser kommunundersökningen kommunal hälso- och sjukvård 2025. Stockholm: Socialstyrelsen; 2026.
9. Personalstatistik inom primärvården. Slutrapport 1. Stockholm: Socialstyrelsen; 2026.
10. Personalstatistik inom primärvården. Slutrapport 2. Stockholm: Socialstyrelsen; 2026.
11. Framtagande av riktvärden som underlag för en stärkt kompetensförsörjning av primärvården – slutredovisning maj 2026. Stockholm: Socialstyrelsen; 2026.
12. Halvtidsuppföljning systemledningen. Region Värmland; 2026.
13. Uppföljning av uppföljande hälsosamtal. Region Uppsala; 2025.
14. Slutrapport - Personcentrerad nära vård och omsorg. Eskilstuna Kommun: Vård och omsorgsförvaltningen; 2025.
15. Angreppssätt för behovsgrupp 3 – personer med olika grad av risk för försämring. Rapport från införandestöd och följeutvärdering. Dorotea-piloten, Södra Lappland. Stockholm: Governo; 2025.
16. Uppföljning Nära vård 2025. Linköpings kommun; 2025.

17. Glenngård, A., & Funck, E. Lika men ändå olika – Ett års erfarenheter av mobilt team närsjukvård. Lund: Lunds Universitet; 2025.
18. Schröder A. Erfarenheter ur olika perspektiv på specialistpsykiatriskt omvårdnadsteam (SPOT) i Region Örebro län. Region Örebro; 2026.
19. Forsgren A. En personcentrerad och samordnad primärvård för Esther genom att lära, leda och följa upp resultat - En studie av chefers och ledningsfunktioners uppfattningar om strukturerade mötesforum för datadrivet interorganisatoriskt lärande. Jönköping: Jönköpings universitet; 2025.
20. Personcentrering. Kunskapsguiden. Socialstyrelsen. Hämtad 2026-06-03 från https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/god-och-nara-vard/god-och-nara-vard/teman-om-god-och-nara-vard-pa-kunskapsguiden/).
21. God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (SOU 2020:19 s. 106-110).
22. Reinius M, Al-Adili L, Rodriguez IH, Stenfors T, Brommels M. Assessing the perceived value of a user-led educational intervention to support recovery in a Swedish psychiatric organization: A qualitative case study. Health Expect 2024 Jun; 27(3):e14064.
23. Delat beslutsfattande vid psykiatriska tillstånd och psykisk funktionsnedsättning – Rekommendation och kunskapsstöd till hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
24. Regionernas monitorering av patienter utanför vårdenheter – En del av God och Nära vård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.
25. Socialstyrelsen. Digitala lösningar. Hämtad 2026-06-22 från https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/god-och-nara-vard/digitala-losningar/.
26. Kommunal vård och omsorg för äldre hbtqi-personer - En kartläggning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.
27. Baker R, Freeman GK, Haggerty JL, Bankart MJ, Nockels KH. Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review. Br J Gen Pract. 2020;70 (698), e600–e611.
28. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. Br J Gen Pract. 2022;72 (715): e84-e90. .
29. Nationellt riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.
30. En fast punkt? Uppföljning av förekomsten av fast läkarkontakt i befolkningen: delrapport. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2026.

31. Har hemtjänsttagarna fasta omsorgskontakter? En uppföljning av reformen fast omsorgskontakt i hemtjänsten. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
32. Resultat i tabellform. Bilaga till Folkhälsan i Sverige - Årsrapport 2025. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2025.
33. Socialstyrelsen. Lägesbild och statistik – Tillgänglighet, väntetider och vårdgaranti i hälso- och sjukvård. Hämtad 2026-06-23 från https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/lagesbild-och-statistik-tillganglighet-vantetider-och-vardgaranti-i-halso-och-sjukvard/.
34. Inspektionen för vård och omsorg. Hämtad 2025-06-09 från https://www.ivo.se/aktuellt/nyheter/2025/ivos-tillsyn-visar-att-primarvarden-kraver-fortsatt-utveckling/.
35. Socialstyrelsens termbank. Hämtad 2026-05-26 från https://termbank.socialstyrelsen.se/article.php?tid=497&src_lang=swe.
36. Hemsjukvård för barn – analys och behov av utveckling. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
37. Närvårdsplatser. Översikt och förslag på utveckling. Stockholm: Socialstyrelsen; 2026.
38. Uppdrag till Socialstyrelsen att skapa förutsättningar för att mentorskap ska kunna ingå i Äldreomsorgslyftet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2026. Hämtad 2026-06-23 från https://www.regeringen.se/regeringsuppdrag/2026/01/uppdrag-till-socialstyrelsen-att-skapa-forutsattningar-for-att-mentorskap-ska-kunna-inga-i-aldreomsorgslyftet/.
39. Shewhart, W A. Economic Control of Quality of Manufactured Product. New York: Van Nostrand; 1931.
40. van Dishoeck A-M, Lingsma H F, Mackenbach J P, Steyerberg E W. Random variation and rankability of hospitals using outcome indicators. BMJ Quality & Safety Online: BMJ; 2011.
41. van Dishoeck A-M, Looman C W N, van der Wilden-van Lier E C M, Mackenbach J P , Steyerberg, E W. Displaying random variation in comparing hospital performance. BMJ Quality & Safety Online: BMJ; 2011.
42. Handbok för utveckling av indikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
43. Indikatorer nära vård. Hämtad 2024-05-20 från: https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/uppfoljning/indikatorer.62596.html
44. Strandell J-O. E-post: Infografik Omställningen till Nära vård FINAL 2024_Jos. Sveriges Kommuner och Regioner; 2024.
45. Uppföljning och analys av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020. Regionernas inrapportering av data till den

nationella väntetidsdatabasen för den specialiserade vården. Delrapport juni 2021. Socialstyrelsen; 2021.

46. Uppföljning och analys av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020. Regionernas inrapportering av primärvårdsdata till den nationella väntetidsdatabasen. Delrapport december 2020. Socialstyrelsen; 2020.
47. Väntetider i vården - första linjen barn och unga. Hämtad 2024-05-23 från: https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/vantetidsstatistikforprimarvard/forstalinjenbarnochunga.54348.html
48. Barn och ungdomspsykiatrin (BUP). Hämtad 2025-08-07 från https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/barnochungdomspsykiatribup.54393.html
49. Första linjen barn och unga med psykisk ohälsa. SKR. Hämtad 2025-08-07 från https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/forstalinjenbarnochungamedpsykiskohalsa.54348.html.
50. IVO fördjupar granskningen av vård och behandling på särskilda boenden för äldre. Hämtad 2022-05-16 från: https://ivo.se/publicerat-material/nyheter/2020/ivo-fordjupar-granskningen-av-vard-och-behandling-pa-sarskilda-boenden-for-aldre/
51. Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2021. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
52. Metodbeskrivning 2023. Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.
53. Allmänhetsundersökning: ”Fast läkarkontakt”. Stockholm: Sveriges Läkarförbund; 2018.
54. God och nära vård 2022. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Stockholm: Regeringskansliet; 2022.

Bilaga 1. Metod

Inom ramen för uppdraget har flera olika metoder använts för insamling av data. En enkät har skickats ut till samtliga regioner och kommuner och en kvalitativ fördjupningsstudie har genomförts i tre län med fokus på målområdet delaktighet och personcentrering. Även dokumentstudier av inkomna uppföljningar och utvärderingar från regionerna har genomförts. Hur arbetet genomförts presenteras i respektive avsnitt nedan.

Enkätundersökning till regioner och kommuner

För att samla in information om vilka insatser regioner och kommuner genomfört i arbetet med omställningen har Socialstyrelsen tagit fram frågor som har skickats ut i form av en enkät.[99] Frågorna har i stor utsträckning berört vilka insatser som regioner och kommuner genomfört i arbetet med omställningen. Enkäten består av kvantifierbara ja- och nej-frågor och flervalsfrågor men även till stora delar av fritextfrågor. Fritextsvaren har sammanställts utifrån vad som mest frekvent tas upp av regioner och kommuner.[100] Under rubriken *Statistikens innehåll* beskrivs mer ingående metod och kvalitetssäkring av data som samlats in via enkäten.[101]

Regioner och kommuner har inkommit med redovisningar till Socialstyrelsen där de beskriver sitt arbete med omställningen. Sista svarsdag på enkäten var den 4 mars 2026, men några regioner efterfrågade längre tid på grund av tidsbrist och hög arbetsbelastning. Samtliga svar på enkäten var inrapporterade den 7 april 2026. Kommunernas redovisningar har för första gången lämnats in av respektive kommun. I tidigare års uppföljningar har svaren sammanställts samlat per län genom de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) som finns i alla län.

Enkätsvaren har sedan sammanställts och bearbetats av projektgruppen. Sammanställningen har gjorts med viss hjälp från AI-verktyg, men hela det insamlade materialet har gåtts igenom av medarbetare, och de sammanställningar som tagits fram av AI-verktyg har systematiskt kvalitetsgranskats mot de inkomna enkätsvaren.

[99] Enkäter skickades ut av Socialstyrelsen till regioner och kommuner i december 2025. För att ta del av enkätfrågorna i sin helhet, maila socialstyrelsen@socialstyrelsen.se och ange diarienummer 72503/2025 för kommunenkäten och 72505/2025 för regionenkäten.
[100] Viktigt att ha i åtanke är att flera enkätfrågor efterfrågar insatser som genomförts under 2025. Detta innebär att om en region eller kommun anger att de inte genomfört någon insats i frågan betyder det inte nödvändigtvis att de inte genomfört några insatser överhuvudtaget. Insatser kan ha genomförts tidigare år och därmed är det inte aktuellt att genomföra dem igen, vilket gör att svaret på frågan blir nej.
[101] Detta innehåll är hämtat från enkätundersökningens kvalitetsdeklaration. För att läsa den i sin helhet, maila socialstyrelsen@socialstyrelsen.se och ange diarienummer 95010/2024–4.

Redovisning av resultat utifrån regioners och kommuners egna uppföljningar och utvärderingar

Projektgruppen har gått igenom de uppföljningar och utvärderingar som regioner och kommuner skickat in. De uppföljningar och utvärderingar som redovisas som exempel i rapporten valdes ut för att de kopplar mot målen med omställningen. Men urvalet har även begränsats till uppföljningar och utvärderingar med någon typ av lärandeperspektiv och som inkluderar någon typ av mätbar effekt för patienter och/eller medarbetare.

Statistikens innehåll

Objekt och population

Målpopulationen är de objekt man vill analysera och dra slutsatser om. I undersökningen utgörs de av samtliga regioner och kommuner i riket.

Rampopulationen identifierar objekten i målpopulationen och skapas med hjälp av en lista på kontaktpersoner för kommunerna och regionerna. Rampopulationen i denna undersökning omfattar 21 regioner och 290 kommuner och har i denna undersökning skapats med hjälp av följande listor:

- Kommuner: Enkäten har skickats via kommunens registrator till den person som ansvarar för det övergripande arbetet med omställningen till en god och nära vård (exempelvis processledare, samordnare, chefer inom vård och omsorg och kvalitetsutvecklare). Rampopulationen omfattar 290 enheter.
- Regioner: Via regionens registrator har enkäten skickats till den person som ansvarar för det övergripande arbetet med omställningen till en god och nära vård i regionen (exempelvis processledare, samordnare eller strateger). Rampopulationen omfattar 21 enheter.

Variabler och statistiska mått

Enkätfrågorna utformades av enkätkonstruktörer, projektledare och projektmedarbetare. Enkäten har testats av statistiker och projektledare. Samråd har genomförts med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

Två enkäter genomfördes, varav en riktad till kommuner och en till regioner. Kommunenkäten består av ett tjugotal frågor och regionenkäten av drygt fyrtio frågor. En kombination av frågor med fasta svarsalternativ och öppna frågor användes.

Rådatafiler med variabler och svar har levererats till projektledaren. För enkätfrågor som är envals- eller flervalsfrågor har även resultattabeller med antal och frekvenser levererats.

Redovisning har skett på riks-, region- och kommunnivå. Redovisningen sker i antal och procentsatser.

Urval

Undersökningen är en totalundersökning av Sveriges samtliga kommuner och regioner; urvalsosäkerhet förekommer därmed inte.

Viktberäkning och skattning

Undersökningarna är totalundersökningar och ingen viktberäkning eller estimation genomförs.

Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes via webbaserade enkäter med ett medföljande missiv med information om undersökningen.

För regionenkäten pågick datainsamlingen under perioden den 17 december 2025 till den 27 mars 2026 och kommunenkäten genomfördes den 18 december till mars. Utöver grundutskicket skickades två påminnelser ut.

Svarsfrekvens

Samtliga regioner och 87 procent av kommunerna besvarade enkäten.

Tabell 1. Svarsfrekvens

Kommuner/Regioner	Antal	Antal svar	Andel svar (%)
Kommuner	290	252	87
Regioner	21	21	100

Tillförlitlighet

Ramtäckning

Ingen över- eller undertäckning förekommer eftersom rampopulationen sammanfaller med målpopulationen.

Mätfel

Enkäten konstruerades av enkätkonstruktör, projektledare och ämneskunnig samt i samråd med SKR för att minska risken för mätfel. En granskning av inkomna svar har gjorts, och respondenter har vid ologiska svar kontaktats för att kontrollera sina svar och ges möjlighet till rättning. Öppna svar har granskats för att se att dessa överensstämmer med övriga svar.

Bortfall

I denna undersökning förekommer inget objektbortfall för regioner, däremot finns det ett objektbortfall för kommuner. Enkäten för kommuner har besvarats av 252 kommuner, därmed är objektbortfallet 13 procent. I de flesta fall saknas uppgift om varför enkäten inte besvarats. Vissa respondenter har kontaktat Socialstyrelsen och meddelat att de inte vill medverka i undersökningen.

Objektbortfallet ökar den slumpmässiga osäkerheten. Det är dock svårt att bedöma huruvida systematiskt bortfall förekommer och i vilken utsträckning tillförlitligheten påverkas av eventuell skevhet. Vid omfattande bortfall är det viktigt att tolka statistiken med försiktighet, eftersom den kan vara påverkad av systematiska fel.

I denna undersökning förekommer ett visst partiellt bortfall för regionerna; detta är så litet att det troligen inte påverkar resultaten i någon betydande omfattning. Region Östergötland och Region Gävleborg har på grund av tidsbrist fått besvara ett urval frågor som projektledarna prioriterade fram, medan resterande 19 regioner besvarat samtliga frågor.

I kommunenkäten finns partiellt bortfall enbart för fråga 4, *Beskriv kommunens erfarenheter av att arbeta teambaserat*. Det var 13 procent av kommunerna som inte svarade på denna fråga.

Tabell 2. Partiellt bortfall i kommunenkäten

Fråga	Antal	Antal svar	Andel svar (%)
4. Beskriv kommunens erfarenheter av att arbeta teambaserat	32	252	13 %

Tillgänglighet och presentation

Tillgång till statistiken

Resultaten på enkätundersökningen publiceras på Socialstyrelsens webbplats: www.socialstyrelsen.se.

Presentation

De insamlade statistikuppgifterna sammanställs i Excel efter databearbetningar i statistikverktyget SAS samt genom delning av snabbrapporter från webbenkätverktyg. Rådatasetet har diarieförts och en kvalitetsdeklaration har upprättats för undersökningen.

Dokumentation

Denna kvalitetsdeklaration utgör en produktbeskrivning och är en del av dokumentationen av statistiken.

Jämförbarhet med tidigare undersökningar

Detta är den fjärde gången Socialstyrelsen genomför en kartläggning av god och nära vård. Undersökningen genomfördes på liknande sätt som tidigare med avseende på urvalsmetod, med undantaget att RSS inte längre var en målgrupp. Tidigare har RSS i respektive län samlat in svaren från kommunerna, men i år gick enkäten direkt till kommunernas registratur. Frågeformuläret har även genomgått vissa förändringar från år till år. Vissa frågor har strukits och nya frågor har lagts till. Överlag är det fler kvantifierbara frågor jämfört med tidigare år. I år är första året som statsbidrag kopplat till omställningen till en god och nära vård följs upp, och enkäten har anpassats även utifrån återrapporteringen som sker inom ramen för det. Dessa förändringar påverkar jämförbarheten till viss del.

Tillförlitlighet

Urval

Undersökningen är en totalundersökning av Sveriges samtliga regioner och RSS; urvalsosäkerhet förekommer därmed inte.

Ramtäckning

Ingen över- eller undertäckning förekommer då ramen sammanfaller med målpopulationen.

Mätfel

Enkäten har konstruerats av ämneskunnig, enkätfrågekonstruktör, en statistiker samt i samråd med SKR för att ytterligare minska risken för mätfel på grund av missförstånd av frågan.

Bortfall

I denna undersökning har inget objektbortfall inträffat för enkäterna till regionerna eller RSS. I enkäterna är frågorna obligatoriska att besvara och därmed uppstår inget partiellt bortfall för dessa frågor.

Bearbetning

Vid den manuella och maskinella bearbetningen av datamaterialet kan bearbetningsfel uppstå. Exempel på bearbetningsfel är registreringsfel och kodningsfel. Enkätsvar i undersökningen samlas in via webbverktyg, vilket minimerar antal steg i dataprocessen samt risken för kodnings- och bearbetningsfel.

Tillgänglighet och tydlighet

Tillgång till statistiken

Resultaten av enkätundersökningen publiceras på Socialstyrelsens webbplats: www.socialstyrelsen.se.

Presentation

De insamlade statistikuppgifterna sammanställs i Excel och genom delning av tabeller från webbenkätverktyg. Rådataset diarieförs. En kvalitetsdeklaration har upprättats för undersökningen.

Dokumentation

Denna kvalitetsdeklaration utgör en produktbeskrivning och är en del av dokumentationen av statistiken.

Jämförbarhet och samanvändbarhet

Det är tredje gången Socialstyrelsen genomför undersökningen.

Allmänna uppgifter

Sekretess och personuppgiftsbehandling

Socialstyrelsen samlar in kontaktuppgifter för den svarande i enkäten. Kontaktuppgifter är personuppgifter och behandlas hos Socialstyrelsen i

enlighet med dataskyddsförordningen (EU) 2016/679. Mer information om hur Socialstyrelsen behandlar personuppgifter finns här: https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/behandling-av-personuppgifter. Se särskilt under rubriken *Enkätundersökningar riktade till verksamheter*. Enkätsvar som kommer in till Socialstyrelsen är enligt huvudregeln allmänna handlingar. Det innebär att allmänheten har rätt att ta del av innehållet, om det inte finns uppgifter som är sekretessbelagda enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Bevarande och gallring

Socialstyrelsen följer lagar och förordningar gällande hantering och gallring av handlingar.

Kvalitativ fördjupningsstudie i tre län

Socialstyrelsen har även genomfört en fördjupad kvalitativ intervjuundersökning i tre län – Västerbotten, Dalarna och Jönköping – med fokus på delaktighet och personcentrering. I de tre länen har både region- och kommunföreträdare intervjuats, och det har totalt genomförts intervjuer med 35 personer. De som blivit intervjuade är bland andra samordnare, strateger, personal och patientföreträdare. Fördjupningsstudien har gjorts med ett lärande perspektiv.

Intervjuerna har alla genomförts digitalt, förutom en som skett på plats i en verksamhet. Den intervju som skedde på plats genomfördes av en medarbetare på Socialstyrelsen, medan övriga intervjuer genomfördes av två medarbetare vid respektive tillfälle. Vid dessa tillfällen höll en medarbetare i intervjun medan den andra antecknade. Intervjuerna spelades in för att anteckningarna vid behov skulle kunna kompletteras.

Intervjuguiden som användes var semistrukturerad. Socialstyrelsen har haft punkterna nedan som utgångspunkt vid framtagande av intervjufrågor för att följa upp arbetet med personcentrering och delaktighet:

- Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.
- En personcentrerad hälso- och sjukvård utgår från den enskilde patientens behov, preferenser och resurser. Det handlar till exempel om enkla kontaktvägar in i vården, och om att vårdpersonal och patienter tar gemensamma beslut om vård och behandling samt att vården tillhandahåller förebyggande insatser och stödjer patientens egenvård.
- Personcentrering innebär också att patienters och närståendes erfarenheter och kunskaper tas till vara men även att hänsyn tas till individers önskemål om delaktighet.

- Patienten ska få individuellt anpassad information. Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet av den lämnade informationen och vad den innebär för patienten.[102]
- Målet med omställningen av hälso- och sjukvården är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska uppnås.

Intervjuanteckningarna har sedan sammanställts och analyserats. Analysen fokuserar på vad som varit avgörande för att regioner och kommuner i länen ska lyckas med omställningen inom målområdet personcentrering och delaktighet – vilka framgångsfaktorer, förutsättningar och utmaningar som påverkat resultaten i förhållande till målet. Analysen är inte en jämförande studie mellan länen och beskriver inte hur långt de har kommit i omställningsarbetet, utan syftar istället till att identifiera gemensamma mönster i utmaningar och förutsättningar samt att lyfta lärdomar och framgångsfaktorer.

Redovisningar av resultat utifrån indikatorer

För att belysa resultat av arbetet med omställningen har Socialstyrelsen även analyserat utvecklingen med hjälp av indikatorer, bland annat de kärnindikatorer som Socialstyrelsen tidigare föreslagit (för information om metod för urval och beskrivning av kärnindikatorerna, se bilaga 2). Socialstyrelsen har i den mån det varit möjligt belyst arbetets effekter på målen för omställningen, exempelvis tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet.

Om länsdiagram, jämförelser och konfidensintervall

Diagram som presenterar jämförelser mellan län respektive regioner, sorteras utifrån en önskvärd riktning. Det innebär att en placering till vänster i ett diagram är ett bättre utfall än en placering till höger. Beakta att skalan på värdeaxeln kan skilja sig åt mellan olika diagram och ofta inte börjar på 0 eller inte går hela vägen till exempelvis 100 procent. I diagrammen redovisas utöver det senaste värdet även värdet för det närmast föregående året, och år 2017 om det finns jämförbara data för det året, annars redovisas data för ett senare år. År 2017 var det år den första färdplanen för god och

[102] Kap. 1 § patientlag (2014:821), PL.

nära vård presenterades. Data för flera år för kommuner och regioner finns tillgängliga i Socialstyrelsens analysverktyg.

I flera diagram redovisas 95-procentiga konfidensintervall med svarta streck vid de prickar som markerar värdet. Konfidensintervall används ofta för att beskriva osäkerheten i ett skattat värde vid slumpmässiga urval. Flera av jämförelserna i denna rapportering baseras dock inte på ett slumpmässigt urval utan på det totala antalet observationer under en viss tidsperiod. Det gäller exempelvis för uppgifter ur Socialstyrelsens hälsodataregister.

I samband med jämförelser av resultat och utfall som indikationer på kvalitet är det också vedertaget att ange den statistiska osäkerheten eftersom utfallet måste ses som ett av flera möjliga utfall av en process som utöver kvaliteten också innehåller en slumpfaktor [39-42]. Det är då osäkerheten på grund av denna variation som beskrivs med konfidensintervallen.

Följande aspekter är viktiga att ha i åtanke vid tolkning av jämförelserna:

- Indikatorerna är valda för att tillsammans ge en övergripande bild, men det handlar trots allt om nedslag som belyser begränsade delar och aspekter av verksamheterna och målen för god och nära vård.
- Jämförelserna ska fungera som utgångspunkt för vidare diskussion och analys.
- För indikatorerna gäller att det är möjligt att påverka utfallet inom hälso- och sjukvårdssystemet, men även andra faktorer spelar in, och variationerna mellan olika regioner och kommuner beror inte sällan på skillnader i förutsättningar.
- Kännedom om lokala förhållanden är en förutsättning för att värdera de lokala resultaten och hitta förbättringsmöjligheter.
- Indikatorerna saknar tydliga nationella målnivåer, vilket gör att det ofta inte är tydligt vad som är möjligt och önskvärt att uppnå.
- Det uppmätta utfallet vid ett visst tillfälle är en indikation på förmågan att uppnå ett visst resultat, men innehåller bland annat även en slumpfaktor.

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

Ändringar sedan 2025
På grund av förändringar i Nationell patientenkät går tre av de ursprungliga kärnindikatorerna inte längre att följa och har därför tagits bort från urvalet. Det gäller följande indikatorer:

- diskuterat levnadsvanor, regionernas primärvård
- delaktighet och involvering, regionernas primärvård
- tillgodosett vårdbehov, regionernas primärvård.

Vi har valt att lägga till två nya indikatorer utifrån den nya förändrade nationella patientenkäten samt tagit in ett mått från Primärvårdskvalitet för vilket data gjorts mer tillgängliga:

- kontinuitetsindex primärvårdsläkare, kronisk sjukdom
- uppfattning om vården och läkaren, hälso-/vårdcentral
- upplevd delaktighet, hälso-/vårdcentral.

I Socialstyrelsens tidigare förslag till nationella indikatorer för god och nära vård, som publicerades 2022, redovisades cirka 100 indikatorer och andra mått som vi bedömde relevanta. Fokus i förslaget var på 45 mått som gavs beteckningen ”kärnindikatorer och centrala mått” [2]. Flera av dessa mått är dock enbart relevanta, eller går att redovisa, för antingen regioner eller kommuner. Tanken är att det förnyade urval som presenterades 2024 bättre ska möta behovet av just det övergripande nationella perspektivet i uppföljningen, vilket också har efterfrågats av regeringen.[103] Socialstyrelsen har fortsatt att redovisa data för kommuner, regioner och riket med indikatorer utöver dessa kärnindikatorer. Dock är benämningen kärnindikatorer begränsad till just det mindre urvalet.

I regeringsuppdraget[104] framgår att förutsättningarna för det mindre urvalet är att

- det ska utgå från de tidigare föreslagna indikatorerna

[103] S2023/01930.
[104] S2023/01930.

- fokus ska vara på målen så som de formuleras i propositionen Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform (prop. 2019:20/164, s. 17–32)
- det ska fokusera på resultat för patienterna
- det ska fokusera på den övergripande uppföljningen
- indikatorerna ska redovisas regelbundet och digitalt.

Socialstyrelsens bedömning är att det därmed också är viktigt med följande:

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

Det finns flera andra dokument med formuleringar kring omställningen till god och nära vård, bland annat flera utredningar och överenskommelser mellan staten och SKR. God och nära vård inkluderar också mer eller mindre alla kvalitetsaspekter av hälso- och sjukvården, men urvalet av indikatorer ska enligt uppdraget inte i första hand spegla hälso- och sjukvårdens totala kvalitet[105], utan det är just målformuleringarna (prop. 2019/20:164, s. 17–32) som ska vara vägledande.

Indikatorer för olika syften på olika nivåer

Figur 2.1 visar en schematisk bild över relationen mellan antalet och typen av indikatorer som är viktiga på olika nivåer. Socialstyrelsen ser att det mindre urvalet nationella kärnindikatorer spelar en viktig roll för en övergripande diskussion om utvecklingen och ingår i toppen av pyramiden (i figur 2.1). Men de övergripande kärnindikatorerna bör även kunna fungera som en hjälp för att visa på en riktning för styrning och utvecklingsarbete på andra nivåer. På de andra nivåerna i figur 2.1 behövs flera och andra typer av indikatorer och mått, men förhoppningen är att dessa kan hakas på de mer övergripande kärnindikatorerna.

I arbetet med omställningen till en god och nära vård finns olika regionala målbilder och handlingsplaner om vad som behöver göras på olika håll för att målen för god och nära vård ska nås. Detta understryker ytterligare att fler, och olika, kompletterande indikatorer är viktiga på regional och lokal nivå såväl som på verksamhetsnivå.

[105] Socialstyrelsen redovisar i lägesrapporterna för hälso- och sjukvård och tandvård ett antal indikatorer som på ett övergripande sätt ska spegla hälso- och sjukvårdens respektive tandvårdens resultat. Vi arbetar också med att göra återkommande övergripande indikatorbaserad uppföljning inom exempelvis patientsäkerhetsområdet; att vården är säker är ett område inom arbetet med omställningen till en god och nära vård som inte är i särskilt fokus i målformuleringarna för god och nära vård i prop. 2019/20:164 s. 17–32.

Figur 2.1 Indikatorbaserad uppföljning och kommunikation på olika nivåer, en schematisk bild

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

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

Kärnindikatorernas målkoppling

I *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* finns en målbild för omställningen till god och nära vård:

> 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.[106]

[106] Prop. 2019:20/164 s. 32.

Därtill finns tre inriktningsmål[107] formulerade för primärvården:

> Mål 1: Tillgängligheten till primärvården ska öka.
> Mål 2: En mer delaktig patient och en personcentrerad vård.
> Mål 3: Kontinuiteten i primärvården ska öka.[108]

Utifrån dessa målformuleringar har Socialstyrelsen identifierat följande nyckelord: *god*, *nära*, *samordnad*, *stärker hälsan*, *delaktig*, *effektiv*, *tillgänglig*, *personcentrerad* och *kontinuitet*.

För att förtydliga kopplingen mellan målen och indikatorerna har indikatorerna taggats med de olika nyckelord som bedömts vara mest relevanta för respektive indikator. Det betyder att de flesta indikatorer kopplas till flera nyckelord och inte enbart hamnar i ett område. För exempelvis indikatorn *oplanerade återinskrivningar bland äldre* innebär det att indikatorn kopplas till nyckelorden *samordnad*, *tillgänglig* och *kontinuitet*.

Sammanvägda bedömningar

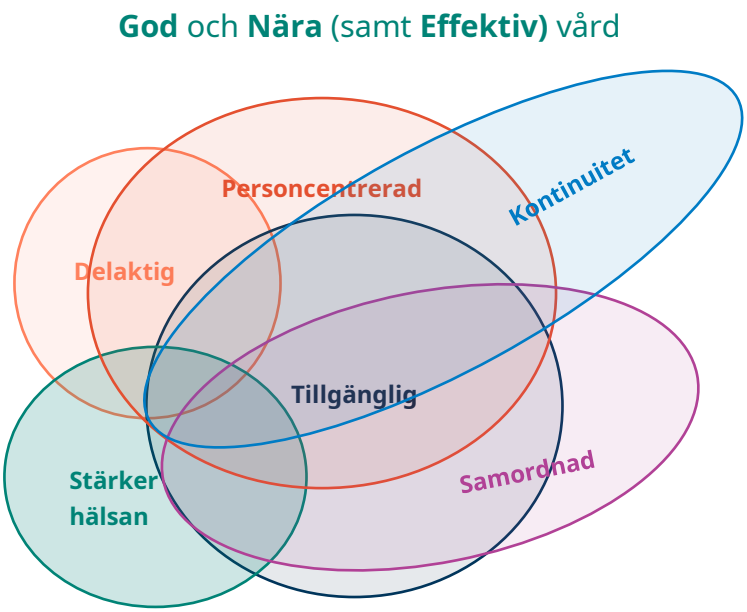
Som ett stöd för att avgöra vilka nyckelord som bör kopplas till respektive indikator har flera personer som arbetat med uppföljning av god och nära vård vid Socialstyrelsen, och som har kännedom om indikatorerna, gjort en sinsemellan oberoende bedömning av respektive indikators relevans för de olika nyckelorden. De sammanvägda bedömningarna ger också en indikation på den totala målkopplingen för respektive indikator. Eftersom det är många enskilda uppgifter som behöver anges har bedömningarna gjorts mer eller mindre summariskt. När materialet analyserats har det trots detta framgått att det finns en hög grad av samstämmighet i bedömningarna. Underlaget har använts för vidare diskussion och som komplement till annan information och kunskap i urvalsprocessen.[109]

[107] Den 1 juli 2026 trädde ändringar i hälso- och sjukvårdslagen samt patientlagen i kraft. Av beslutsdokumentet, prop. 2025/26:19 s. 14–16, framgår också att inriktningsmålen som anges för primärvården bör justeras och omformuleras till att gälla hela hälso-och sjukvården. Eftersom denna uppföljning gäller för arbete med omställningen under 2025 är inte dessa justerade inriktningsmål inkluderade.
[108] Prop. 2019:20/164 s. 17–32.
[109] Dnr: 5.7–26594/2019–39.

Hantering av övergripande nyckelord

För alla nyckelorden gäller att de på olika vis överlappar varandra. Figur 2.2 visar hur nyckelorden konceptuellt förhåller sig till varandra. Exempelvis kan *delaktig*, men även flera aspekter av *tillgänglig*, *samordnad* och *kontinuitet*, vara en del av *personcentrerad* vad gäller utformning och utförande av hälso- och sjukvården.

Figur 2.2. Förhållande mellan nyckelord*



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

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

Vad gäller nyckelordet *effektiv* är det en etikett som med visst fog skulle kunna sättas på alla indikatorer i urvalet eftersom de alla indikerar olika typer av uppnådd nytta[110], vilket har direkt bäring på effektiviteten (allt annat lika). Men samtidigt är ingen av indikatorerna i det urval som Socialstyrelsen enligt uppdraget ska utgå ifrån renodlade effektivitetsindikatorer – i betydelsen att samma mått tar hänsyn både till den uppnådda nyttan och vilka resurser som använts.[111] Vi bedömer därför

[110] Antingen direkt eller genom processer eller strukturer som det finns stöd för påverkar detta. Det aktuella urvalet är främst resultatindikatorer som direkt visar på uppnådd nytta (eller brist på uppnådd nytta).
[111] Ett undantag kan vara indikatorn som avser förtroende för vården där det är tänkbart att de som svarar på om de har förtroende för vården kan väga in både den nytta verksamheten skapar och de resurser som används.

att det snarare minskar än ökar tydligheten att använda *effektiv* som nyckelord på enskilda indikatorer i urvalet. En bedömning av effektivitet bör snarare göras genom att analysera utfallet för indikatorerna tillsammans med mått på använda resurser.

Sammanfattningsvis har alltså ingen taggning av *god*, *nära* eller *effektiv* gjorts när vi presenterar indikatorerna. Taggningen av enskilda indikatorer framgår nedan i avsnittet *Om enskilda indikatorer*.

Urvalets balans och bredd

Genom den sammanvägda bedömningen[112] skulle det vara möjligt att göra en topplista med exempelvis de tio indikatorer som i högst grad bedömts kunna indikera om hälso- och sjukvården rör sig mot de uttryckta målen. Dock är flera av de indikatorer som hamnar i toppen av en sådan lista i hög grad liknande mått som delvis indikerar ”samma sak”.[113] Därför har en del indikatorer prioriterats upp och andra prioriterats ned för att få en bättre balans och bredd vad gäller bland annat olika

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

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

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

[112] Dnr: 5.7–26594/2019–39.
[113] Bedömningarna av detta har gjorts utifrån kunskap om hur olika indikatorer är utformade och vad som antas påverka utfallet av dem. Som kompletterande underlag har även olika kvantitativa bearbetningar gjorts av tidigare utfall: korrelationsmatriser, principalkomponentanalyser (PCA) och faktoranalyser, dnr: 5.7–26594/2019–40.

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

I valet mellan dessa två indikatorer har den för kronisk sjukdom prioriterats eftersom

- statistiska analyser[114] tyder på att den är ett mer ”typiskt” mått för påverkbar specialistvård
- den avser en bredare åldersgrupp (20+ jämfört med 65+).

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

Explorativa statistiska analyser

För att få mer kunskap om hur indikatorerna relaterar till varandra har vi också gjort explorativa statistiska analyser såsom korrelationsmatriser, faktoranalyser och principalkomponentanalyser. Utfallet från dessa har använts för vidare diskussion och som komplement till annan information och kunskap i urvalsprocessen.[115]

Fokus på resultat för patienterna

Av regeringsuppdraget[116] framgår också att indikatorerna särskilt ska beakta behovet av att belysa patientperspektivet. En konsekvens av detta är att kostnads-, volym-, struktur- och processmått givits en lägre prioritet i urvalet i jämförelse med resultatmått för patienter och invånare. En annan konsekvens är att flera patient- och invånarrapporterade mått har tagits med, trots att dessa ofta har mer påtagliga svagheter kopplat till data än registerbaserade indikatorer. En annan nackdel med att använda patientrapporterade mått som övergripande indikatorer är att de mått och mätningar som idag finns tillgängliga oftast avser (och bara är direkt jämförbara inom) en avgränsad del av systemet, till exempel personer som besökt regionernas primärvård eller personer på särskilda boenden.

[114] Dnr: 5.7–26594/2019–40.
[115] Ibid.
[116] S2023/01930.

Alla indikatorerna i urvalet mäter resultat eller processer som direkt rör patienter/brukare/invånare och därmed belyser patientperspektivet, och av de 12 indikatorerna är 4 stycken också sådana som rapporterats av patienter/brukare/invånare.

Datatillgång och datakvalitet

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

Fokus på den mest övergripande nivån av uppföljning i urvalet

Enligt regeringsuppdraget[117] ska urvalet av indikatorer ”utgöra underlag för gemensam diskussion och reflektion mellan olika aktörer på en övergripande nivå”.

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

Samverkan och dialog

Arbetet med att göra urvalet bygger vidare på den information och kunskap som byggts upp genom ett tidigare flerårigt uppdrag med att ta fram nationella indikatorer för god och nära vård. I det föregående arbetet genomfördes bland annat en rad externa avstämningar samt inventeringar av olika regioners och andra aktörers arbeten med indikatorer för god och nära vård. Information om

[117] S2023/01930.

dessa indikatorer finns i bilaga 2 till rapporten *Uppföljning nära vård Deluppdrag II. Nationella Indikatorer, slutrapport* [2].

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

Om enskilda indikatorer

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

Några indikatorer som inte kom med i urvalet av nationella kärnindikatorer

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

Specifikt mått för personcentrering och vårdens arbete med levnadsvanor saknas

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

Efter förändring av de frågor i Nationell patientenkät som rör primärvårdens arbete med levnadsvanor finns inte längre en kärnindikator för detta. Det pågår ett utvecklingsarbete för att kunna fånga åtgärder som rekommenderas enligt de nationella riktlinjerna för ohälsosamma levnadsvanor; eventuellt kan detta användas för en ny kärnindikator för området framöver.

Motivering av enskilda indikatorer i urvalet

Nedan motiveras de 12 indikatorer som ingår i urvalet av nationella kärnindikatorer för att följa målen för god och nära vård. Här ges också ofta en närmare beskrivning av måtten, speciellt i de fall då det är relevant för motiveringen av indikatorn. För en mer fullständig beskrivning av indikatorernas utformning, se Socialstyrelsens indikatorbibliotek.[118]

Kontinuitetsindex primärvårdsläkare, kronisk sjukdom

Mål för god och nära vård, nyckelord: Kontinuitet

Mått: Kontinuitetsindex för patienter med kronisk sjukdom de senaste 18 månaderna, läkare på hälso-/vårdcentral

Berörda verksamheter: Primärvård i regioner

Källa: Primärvårdskvalitet, Sveriges Kommuner och Regioner

Redan vid presentationen av urvalet av kärnindikatorer 2024 stod det aktuella måttet med som ett önskvärt mått, men datatillgången har varit bristfällig. Antalet regioner som kan visa öppna data har ökat och idag finns data som kontinuerligt uppdateras tillgängliga för 20 av 21 regioner via webbplatsen Vården i siffror. Vi har därför valt att nu ta med detta mått i urvalet.

Kontinuitetsindex[119] till läkare mäter personkontinuitet, det vill säga i vilken utsträckning patienten har träffat samma läkare vid sina läkarbesök vid den enhet i primärvården där patienten är listad. Indexet väger både hur många olika läkare patienten träffar och frekvensen av besök till de olika läkarna. Indexvärdet blir 1 om alla besök görs hos samma läkare och sedan lägre ju fler olika läkare patienten träffar samt ju lägre andel besök som sker hos den läkare patienten träffat oftast. Indexvärdet blir 0 om varje besök görs hos olika läkare. Beräknat kontinuitetsindex för en region är medelvärdet av

[118] https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/indikatorer/indikatorbibliotek/
[119] Indexet används också internationellt och betecknas Bice-Boxerman Continuity of Care (COC) Index.

patienternas indexvärden. Kontinuitetsindex beräknas för listade patienter som gjort minst tre besök hos den aktuella personalkategorin de senaste 18 månaderna. Beräkningen sker på besök utförda på den enhet där patienten är listad. Det är önskvärt att ha ett högt kontinuitetsindex. Från och med 2021 räknas även distanskontakter in i kontinuitetsberäkningen.

Indikatorn har valts då personkontinuitet till läkare betonas starkt i omställningen till en mer nära vård, och då måttet är både nationellt och internationellt etablerat. Dessutom utgör läkarkontinuitet ett viktigt komplement till mått på fast läkarkontakt. Enligt Primärvårdskvalitet värderas god kontinuitet i primärvården högt av såväl patienter som personal. I flera internationella studier har man visat att god läkarkontinuitet har positiva effekter på exempelvis sjukvårdskonsumtion, behandlingseffekt, patienttillfredsställelse och läkemedelsförbrukning.[120, 121]

I Primärvårdskvalitet finns uppgifter för indexet för alla patienter eller patienter med utvalda kroniska sjukdomar. Vi har valt måttet för personer med kroniska sjukdomar då de i genomsnitt har större behov av kontinuitet. De sjukdomar som ingår i urvalet är: alkoholproblematik, artros, astma, demens, depression, diabetes, fetma, förmaksflimmer, hjärtsvikt, hypertoni, KOL, kranskärlssjukdom, MS, njursjukdom kronisk, osteoporos, parkinson, psoriasis, RA, schizofreni, stressreaktioner, sömnstörning, TIA/stroke och ångest.

Förtroende för hälso- och sjukvården

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

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

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

Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern, Sveriges Kommuner och Regioner

Även om förtroendet för hälso- och sjukvården inte nämns specifikt i målformuleringarna (prop. 2019/20:164, s. 17–32) kan indikatorn påverkas av faktorer såsom upplevelse av vårdens tillgänglighet och kontinuitet. Den gemensamma bedömningen är också att indikatorn i högre grad än andra föreslagna indikatorer för att följa god och nära vård kan spegla vårdens

[120] PrimärvårdsKvalitet: Kontinuitet. 2022. Hämtad från: https://extra.skr.se/primarvardskvalitet/indikatoromraden/indikatorerao/kontinuitet.89124.html
[121] Kontinuitet i vården. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2021.

effektivitet. Detta bland annat för att en bedömning av resursförbrukning kan spela roll för de svar som ges.

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

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

I Socialstyrelsens tidigare uppdrag[122] för att ta fram förslag på indikatorer för god och nära vård ingick ett mått för förtroendet för hälso- eller vårdcentraler. I det uppdraget, som uttalat till stor del skulle fokusera på primärvården, valdes också indikatorn för hälso- eller vårdcentraler som kärnindikator framför den mer övergripande indikatorn om hela hälso- och sjukvården. En fördel med måttet för hälso- eller vårdcentraler kan vara att det i något lägre grad påverkas av medias (inklusive sociala mediers) rapportering eftersom fler har egna och aktuella erfarenheter av kontakt med hälso- eller vårdcentraler än övriga delar av hälso- och sjukvården. En annan fördel är att förtroendet för just primärvården är centralt för tankarna kring god och nära vård. En fördel med måttet för hela sjukvården är att det är bredare men samtidigt bör inkludera även upplevelser av verksamhet på hälso- eller vårdcentraler. Det är också tänkbart att upplevelser av primärvård som inte nödvändigtvis kopplas till hälso- eller vårdcentraler kan ingå i det bredare måttet, såsom kommunernas hälso- och sjukvård i hemmet och vårdkontakter via internet. Socialstyrelsen ämnar redovisa data för båda dessa mått i redovisningen av indikatorer, även om det enbart är det mer övergripande måttet för hälso- och sjukvården som ingår i det aktuella urvalet med nationella kärnindikatorer.

Indikatorn ingår även i SKR:s ursprungliga och uppdaterade indikatorset för att följa nära vård [43, 44].

[122] S2019/03056/FS och S2020/03319/FS.

Medicinsk bedömning inom tre dagar

Mål för god och nära vård, nyckelord: Tillgänglighet

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

Berörda verksamheter: Regionernas primärvård

Källa: Väntetidsdatabasen, Socialstyrelsen
(tidigare Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner)

Den enskilde ska få 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, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver få en medicinsk bedömning och en sådan inte kan göras när den enskilde först söker kontakt.[123] Indikatorn *medicinsk bedömning inom tre dagar* visar andelen medicinska bedömningar som genomfördes i primärvården inom tre dagar från det att en person kontaktat primärvården om vårdgivaren har bedömt att det behövs en medicinsk bedömning. Indikatorn redovisar medicinska bedömningar som gjorts i samband med mottagningsbesök, distansbesök och hembesök.

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

När resultaten tolkas är det viktigt att beakta att all vård inte omfattas av vårdgarantin; det gäller exempelvis uppföljningsbesök. Därutöver finns indikationer på att rapporteringen av variabler för vårdgarantin kan skilja sig mellan regioner, vilket kan påverka jämförelser mellan regionerna [45, 46].

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

Indikatorn ingick även i SKR:s ursprungliga indikatorset med 16 indikatorer för att följa nära vård. När setet reviderats valde dock SKR att istället

[123] Se 9 kap. 1 § 2 HSL och 6 kap. 1 § 2 HSF.

inkludera det patientrapporterade måttet ”positiv upplevelse av tillgänglighet hos patienter som besökt en primärvårdsmottagning” [124] från Nationell patientenkät. Dessa mått kompletterar varandra [43, 44].

Medicinsk bedömning inom tre dagar vid psykisk ohälsa hos barn och unga (första linjen)

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

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

Berörda verksamheter: Regionernas primärvård

Källa: Väntetidsdatabasen, Socialstyrelsen (tidigare Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner)

Första linjen för barn och unga med psykisk ohälsa är nivån före barn- och ungdomspsykiatrin (bup), och består av verksamheter och funktioner som tar emot barn och unga som visar tidiga tecken på att må psykiskt dåligt – oavsett vad problemen beror på [47]. Verksamheten har generellt sett samma målgrupp vad gäller ålder som den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin – personer under 18 år. Dock består första linjen-verksamhet av skilda verksamheter och olika former av samverkan mellan kommunala och regionala verksamheter, och det kan förekomma variationer i exakt vilka åldrar som ses som målgrupp för det som betecknas som första linjen i olika län. I Socialstyrelsens kartläggning av första linjen från 2019 framgår följande:

> Gällande åldersgrupper definieras målgruppen som omfattas av första linjen till barn och unga i åldrarna 6–17 år i många regioner. Samtidigt har BVC/MVC ett generellt uppdrag att erbjuda tidiga insatser till barn i åldern 0–5 år. I andra regioner omfattar första linjen barn och unga från 0 år och uppåt. I Västra Götalandsregionen har exempelvis vårdcentraler uppdraget att erbjuda stöd och behandling vid lätt till måttlig psykisk ohälsa för befolkningen i alla åldrar. Där finns ett projekt med tilläggsuppdrag som omfattar barn och unga i åldern 6–17 år. En erfarenhet från Jämtland-Härjedalen är att det i praktiken saknas

[124] Detta mått mättes fram till och med 2024 i Nationell patientenkät. Från och med 2025 finns ett nytt sätt att mäta, och det nya måttet kallas ”upplevd tillgänglighet till hälso-/vårdcentral”.

> en tydlig linje för omhändertagandet av psykisk ohälsa hos små barn.[125]

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

Indikatorn *medicinsk bedömning inom tre dagar vid psykisk ohälsa hos barn och unga* anger hur stor andel av patienterna som får komma till ett första besök inom tidsgränsen tre dagar[126] i relation till det totala antalet barn och unga som kontaktar första linjen i respektive region. Väntetider för barn och unga med psykisk ohälsa utgör ett viktigt område att följa. Detta eftersom primärvården har en central roll i att fånga upp denna grupp tidigt och samtidigt bidra till ökad tillgänglighet inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin för barn och unga med behov av att komma dit. Mätningen av väntetider på området har tidigare skett inom ramen för en särskild överenskommelse om ökad tillgänglighet. Från 2020 ingår första linjens vård för barn och unga vid psykisk ohälsa i vårdgarantin för primärvården och som en del i måluppfyllelsen för hela primärvården. SKR fortsätter dock att inom modellen för uppföljning av primärvårdens tillgänglighet separat presentera resultaten för väntetider till första linjen, liksom till bup [48, 49].

När resultaten tolkas bör det beaktas att vad som bedöms utgöra första linjens psykiatri för barn och unga kan variera mellan regioner. I vissa regioner inkluderas psykiatriska ungdomskliniker vid sjukhus eller bup i statistiken [47]. Indikatorn kan därför med fördel tolkas tillsammans med väntetider till bup i samma region.

Rapporteringen av data för indikatorn har inte förbättrats under åren och påverkas 2025 även av byten av vårdinformationssystem i flera regioner.

[125] https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/kartlaggning-av-forsta-linjens-verksamhet-for-barn-och-unga-med-psykisk-ohalsa-2021-3-7284/
[126] 9 kap. 1 § 2 och 6 kap. 1 § 2 HSF.

Möjlighet att träffa läkare i särskilt boende

Mål för god och nära vård, nyckelord: Samordnad, tillgänglig, personcentrerad

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

Berörda verksamheter: Regionernas primärvård, kommunal hälso- och sjukvård

Källa: *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* Socialstyrelsen

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

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

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

Tillgång till läkare framhålls ofta som en utmaning inom den kommunala hälso- och sjukvården, och har ytterligare accentuerats i samband med covid-19-pandemin [50, 51]. Detta bland annat till följd av ansvarsfördelningen mellan huvudmännen. Tillgång till såväl läkare som sjuksköterska med flera yrkesgrupper är centralt för en väl fungerande kommunal hälso- och sjukvård.

Läkarinsatser ingår inte i kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård. Det är regionen som ska avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i till exempel särskilt boende, dagverksamhet och ordinärt boende, när en kommun ansvarar för vården.[127]

När resultaten tolkas är det viktigt att beakta att indikatorn endast mäter situationen inom särskilt boende. Vidare är svarsfrekvensen på enkäten i särskilt boende cirka 45 procent, och av dessa svarande är det endast en mindre andel som besvarat enkäten på egen hand [52].

[127] 12 kap. 1 och 3 §§, 14 kap. 1 § samt 16 kap. 1 § HSL.

När SKR reviderade sitt indikatorset för att följa nära vård togs indikatorn med även där [43, 44].

Ordinarie läkare för personer 65 år eller äldre

Mål för god och nära vård, nyckelord: Kontinuitet, personcentrerad, delaktig, samordnad, tillgänglig

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

Fokus: Regioner, enheter (hälso- eller vårdcentraler)

Berörda verksamheter: Regionernas primärvård

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

Detta mått speglar inte direkt ett medicinskt utfall eller patienttillfredsställelse. Trots det bedömer Socialstyrelsen att fast läkarkontakt[128] i primärvården i hög grad spelar roll för de delar av målen som rör kontinuitet, delaktighet, samordning, tillgänglighet och att vården är nära och personcentrerad. Det står förvisso inte just i målformuleringarna för god och nära vård (prop. 2019/20:164, s.17–32) att fast läkarkontakt är ett arbetssätt som ska användas för att nå målen, men detta behandlas dock specifikt i den fördjupade texten kring målen med nära vård.[129] Där refereras bland annat en undersökning som gjorts på uppdrag av Sveriges Läkarförbund och som visar att 8 av 10 tillfrågade invånare, bland de som inte upplevde sig ha en fast läkarkontakt, ville kunna träffa en sådan [53]. Även i senare överenskommelser mellan regeringen och SKR har det lyfts fram och angetts mål för fast läkarkontakt [54]. Studier har också visat att personkontinuitet mellan patienter och läkare i primärvården är förknippat med såväl lägre dödlighet som mindre användning av akut slutenvård [27, 28].

Det valda måttet fokuserar på patienternas upplevelse snarare än på om formella krav på organisering och arbetssätt är uppfyllda eller inte. Indikatorns avgränsning till en äldre del av befolkningen antas också innebära att detta mäts i en åldersgrupp där behovet av ordinarie läkare och läkarkontinuitet är högre än i genomsnittsbefolkningen.

[128] 7 kap. 3 § HSL och 6 kap. 3 § PL.
[129] Se prop. 2019/20:164 s. 28–31.

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

Måttet visar andelen av de svarande i IHP i åldersgruppen 65 år eller äldre som uppger att de har en ordinarie[130] eller särskild läkarkontakt som de går till för medicinsk vård. Indikatorn bedöms vara det befintliga mätetal som kommer närmast att mäta fast läkarkontakt i lagens mening[131], det vill säga om patienten upplever att hen har en fast läkarkontakt att vända sig till i primärvården. Jämfört med listning på namngiven läkare bedöms denna indikator också i högre grad spegla om patienten har en fast läkarkontakt som hen har möjlighet att träffa. IHP-mätningen som indikatorn baserar sig på genomförs i aktuell åldersgrupp vart tredje år.

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

Ny kärnindikator 2026: Upplevelse av vården och läkaren vid hälso-/vårdcentral

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

Mått: Positiva svar om vården som gavs och förtroende för läkaren från patienter som besökt läkare på hälso-/vårdcentral, genomsnitt av svar på två frågor

Berörda verksamheter: Regionernas primärvård

Källa: Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Regioner

Indikatorn ersätter den tidigare kärnindikatorn *tillgodosett vårdbehov, patientrapporterat, primärvård* då frågan som den tidigare indikatorn bygger på har tagits bort från enkäten från och med insamlingen 2025.

De frågor som ligger till grund för den nya indikatorn är följande:

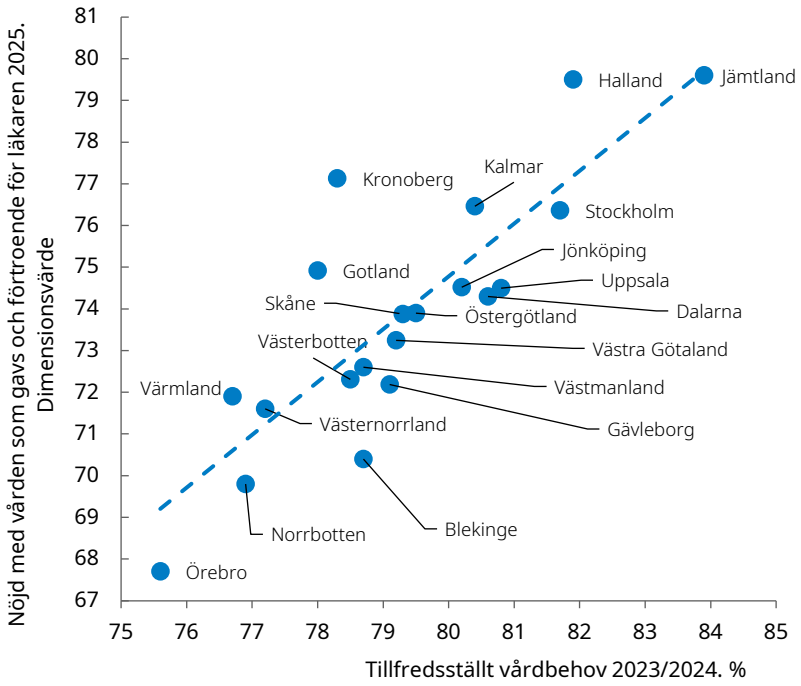
- Hur upplevde du den vård du fick vid besöket?

[130] I andelen med upplevd ordinarie läkare inkluderas även de personer som uppgett att de har flera olika ordinarie läkarkontakter.
[131] Enligt 6 kap. 3 § PL ska patienten få möjlighet att välja och få tillgång till en fast läkarkontakt hos den utförare inom primärvården som patienten valt genom listning enligt 7 kap. 3 a § HSL.

- Vilket förtroende kände du för läkaren?

Måtten för den nya och gamla indikatorn är tydligt olika men bedöms i hög grad fånga samma typ av kvalitetsdimension. Båda måtten mäter patientupplevd kvalitet i regionernas primärvård på ett övergripande vis och speglar patientens upplevelse av den vård som utförts vid den aktuella vårdkontakten (t.ex. medicinsk bedömning, behandling, undersökning eller uppföljning). I det nya måttet ingår dessutom vilket förtroende som patienten kände för läkaren.

Figur 2.3. Regionernas utfall för den nya och gamla kärnindikatorn



Källa: Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Regioner.

De båda måtten visar också ett snarlikt utfall på regionnivå när resultatet för 2025 jämförs med det senaste resultatet för den gamla indikatorn – 2024 eller 2023[132]. Av figur 2.3 framgår exempelvis att det är samma regioner som har högst respektive lägst resultat, och den linjära samvariationen är tydlig (Pearsons korrelationskoefficient = 0,83). Den föregående indikatorns nyckelord kopplade till målen har behållits för den nya indikatorn.

[132] År 2024 var den sista mätningen där frågan om tillgodosett vårdbehov ingick, men då deltog endast 10 regioner i mätningen; 2023 mättes detta i alla regioner. I diagram 2.3 används det senaste möjliga året för denna uppgift per region.

Ny kärnindikator 2026: Upplevd delaktighet, hälso-/vårdcentral

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

Mått: Svar om delaktighet i sin vård från patienter som besökt läkare på hälso-/vårdcentral, genomsnitt av svar på flera frågor

Berörda verksamheter: Regionernas primärvård

Källa: Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Regioner

Indikatorn om upplevd delaktighet hos patienter som besökt primärvården bedöms belysa i vilken grad patienten ges möjlighet att vara medskapande i vården. Indikatorn bedöms också spegla viktiga delar av det vidare begreppet personcentrering.

Justerad kärnindikator för upplevd delaktighet 2025

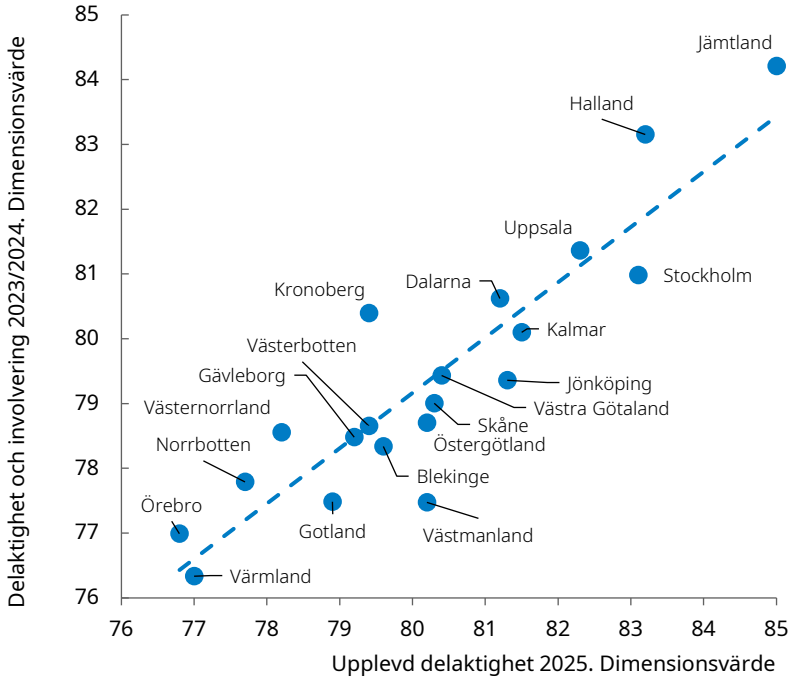
Både de frågor som fram till och med 2024 ingick i Nationell patientenkäts dimension *delaktighet och involvering* och namnet på dimensionen har ändrats från och med mätningen 2025. Dimensionen i Nationell patientenkät heter nu bara *delaktighet*. Skillnaderna i svar och svarsalternativ framgår av tabell 2.1.

Tabell 2.1. Ny och gammal frågekonstruktion om delaktighet (och involvering) i Nationell patientenkät

Tidigare frågor – *delaktighet och involvering*	**Svarsalternativ**
Var du delaktig i besluten beträffande din vård/behandling i den utsträckning du önskade?	1 Nej, inte alls 2 3 4 5 Ja, helt och hållet 6 Ej aktuellt
Gjorde läkaren dig delaktig i besluten beträffande din vård/behandling?	
Tog läkaren hänsyn till dina egna erfarenheter av din sjukdom/ditt hälsotillstånd?	
Diskuterade du och läkaren vad du själv kan göra för att förbättra din hälsa?	Ja Nej Ej aktuellt
Nya frågor – *delaktighet*	
Hur upplevde du att läkaren lyssnade på dig?	Mycket bra Ganska bra Ganska dåligt Mycket dåligt Inte aktuellt / Vet inte
Hur upplevde du möjligheten att få vara delaktig i din vård?	
Hur upplevde du möjligheten att ställa frågor?	
Hur upplevde du möjligheten för närstående att få vara involverade i din vård så mycket som du ville?	

Måtten för den nya och gamla indikatorn är olika både vad gäller frågor och svarsalternativ. Två tydliga skillnader är att frågan om huruvida man diskuterat vad patienten själv kan göra har tagits bort och att frågan om närståendes involvering har lagts till. Trots skillnaderna bedöms de båda måtten i hög grad fånga en likartad kvalitetsdimension.

Figur 2.4. Regionernas utfall för den nya och gamla kärnindikatorn



De båda måtten visar också ett likartat utfall på regionnivå när resultatet för 2025 jämförs med det senaste resultatet för den gamla indikatorn – 2024 eller 2023.[133] Av diagram 2.4 framgår bland annat att den linjära samvariationen är tydlig (Pearsons korrelationskoefficient = 0,91).

[133] År 2024 var den sista mätningen där de gamla frågorna ingick, men då deltog endast 10 regioner i mätningen; 2023 mättes detta i alla regioner. I diagram 2.4 används det senaste möjliga året för värdet för den gamla indikatorn per region.

Borttagen kärnindikator 2026: Diskuterat levnadsvanor i primärvård

~~**Mål för god och nära vård, nyckelord:** Stärker hälsan, personcentrerad, delaktig~~

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

~~**Fokus:** Regioner~~

~~**Berörda verksamheter:** Regionernas primärvård~~

~~**Källa:** Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Regioner~~

Frågorna och svarsalternativen om levnadsvanor i Nationell patientenkät har ändrats väsentligt från och med insamlingen 2025, se tabell 2.2. I och med detta har Socialstyrelsen beslutat att inte utifrån det förändrade underlaget beräkna en ny indikator om ”prat”/”diskussion” om levnadsvanor i primärvården.

Tabell 2.2. Ny och gammal frågekonstruktion om levnadsvanor i nationell patientenkät

Tidigare frågor	Svarsalternativ
Diskuterade läkaren eller någon annan ur personalen någon av följande levnadsvanor med dig? *Matvanor*	Ja, vid detta besök Ja, under det senaste halvåret Nej
Diskuterade läkaren eller någon annan ur personalen någon av följande levnadsvanor med dig? *Motionsvanor*	Ja, vid detta besök Ja, under det senaste halvåret Nej
Diskuterade läkaren eller någon annan ur personalen någon av följande levnadsvanor med dig? *Tobaksvanor*	Ja, vid detta besök Ja, under det senaste halvåret Nej
Diskuterade läkaren eller någon annan ur personalen någon av följande levnadsvanor med dig? *Alkoholvanor*	Ja, vid detta besök Ja, under det senaste halvåret Nej
Ny fråga	
Pratade du och läkaren om någon av följande levnadsvanor?	Ja, matvanor Ja, fysisk aktivitet Ja, alkoholvanor Ja, tobaks- eller nikotinvanor Ja, annan levnadsvana Nej

Förändringarna kan vara motiverade av olika anledningar men ur ett indikatorperspektiv försvårar förändringen ytterligare bedömningen av utfallet. Alltså om ett högre värde skulle indikera högre grad av måluppfyllelse vad gäller målen för god och nära vård, däribland att hälso- och sjukvården ska använda resurserna mer effektivt. Redan med den förra utformningen av frågor fanns tveksamheter kring tolkningen av utfallet då även det måttet kan ses som ett volymmått snarare än en tydlig indikator på kvalitet eftersom ”åtgärderna” inte direkt kopplas till förekomst av behov. Bedömningen var att ändå använda detta då det saknades andra bra mått för området och då Socialstyrelsen ansåg att rikets nivå var för låg i jämförelse med utfallet.

Ändringen att frågan nu enbart gäller läkaren istället för som tidigare ”eller någon annan ur personalen” samt att alternativet ”Ja, under det senaste halvåret” tagits bort har ytterligare försämrat förutsättningarna att använda uppgifterna som grund för en tolkningsbar indikator. Det finns inget stöd för att säga att det ska pratas om levnadsvanor vid alla läkarbesök i primärvården eller att det är just läkare som ska göra detta, och det är svårt att avgöra i vilken omfattning detta bör ske för att vara mest effektivt i förhållande till dagens nivå.

Uppgifterna är fortsatt intressanta och kommer användas i uppföljningen som en del i beskrivningen av hur regionerna arbetar hälsofrämjande – men inte som en specifikt definierad indikator där mer nödvändigtvis är önskvärt och mindre alltid mindre önskvärt. En annan aspekt av detta är att arbetet kan ske på olika vis, vilket kan göra att processindikatorer i många fall kan vara mindre lämpade som övergripande kärnindikatorer. Exempelvis är Region Västerbotten den region där lägst andel av patienterna 2025 svarat att de pratat om levnadsvanor med läkaren under primärvårdsbesöket; samtidigt är det den region som under längst tid arbetat aktivt med riktade hälsosamtal till invånarna[134] – vilket borde minska behovet av att samtal om levnadsvanor också ska ta upp tid vid varje läkarbesök i primärvården.

Det finns utvecklingsindikatorer för följsamhet till riktlinjer om vård vid ohälsosamma levnadsvanor; när underlag för att mäta dessa finns och håller tillräcklig kvalitet kan detta eventuellt vara utgångspunkt för en ny kärnindikator för målen för god och nära vård.[135]

Påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom

Mål för god och nära vård, nyckelord: Samordnad, tillgänglig, kontinuitet, stärker hälsan

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

Delområde: Påverkbar specialistvård

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

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

Behovet av slutenvård kan påverkas av om patienter med vissa sjukdomstillstånd eller diagnoser får ett optimalt omhändertagande och stöd via den öppna vården och hemsjukvården[136]. De kroniska sjukdomstillstånd som ingår i indikatorn kan i de flesta fall behandlas effektivt i primärvård eller i öppen specialiserad vård. Genom förebyggande insatser, kontinuerlig uppföljning av behandling, rehabilitering med mera kan en del, dock inte alla, inskrivningar i slutenvård undvikas. Exempelvis kan samsjuklighet hos

[134] https://www.regionvasterbotten.se/forskning/forskning-amnesvis/folkhalsoforskning/vasterbottens-halsoundersokningar-vhu-forskning
[135] Socialstyrelsen 2024. *Nationella riktlinjer 2024 – indikatorer för vård vid ohälsosamma levnadsvanor* (https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/nationella-riktlinjer-2024--indikatorer-for-vard-vid-ohalsosamma-levnadsvanor-2024-11-9207/).
[136] Termen hemsjukvård ersattes i tillämpliga fall med hälso- och sjukvård i hemmet den 1 juli 2026, se 12 kap. 2 § HSL (och prop. 2025/26:19, s. 58).

äldre personer innebära att inskrivning i slutenvård är nödvändig och svårare att förebygga.

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

Den valda indikatorn är den som är bredast när det gäller vilka personer som kan ingå – vilket i viss mån också talar för att välja denna istället för måttet som avgränsas till äldre personer, olika verksamheter eller enstaka sjukdomsgrupper. I en så kallad principalkomponentanalys (PCA) framgår också att just indikatorn *påverkbar slutenvård vid kronisk sjukdom* är den av dessa indikatorer som får störst vikt i en sammanslagen komponent där alla dessa indikatorer ingår. Detta kan tolkas som att det är det mått som är mest typiskt för påverkbar slutenvård.[137]

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

När resultatet tolkas bör det beaktas att tillgången till disponibla vårdplatser också kan tänkas påverka indikatorn. I statistiska analyser ses också en samvariation där regioner med låg grad av påverkbar slutenvård i viss utsträckning tenderar att ha högre förekomst av överbeläggningar och utlokaliseringar.[138]

Indikatorn ingår även i SKR:s ursprungliga och uppdaterade indikatorset med indikatorer för att följa nära vård [43, 44].

[137] Dnr: 5.7–26594/2019–40.
[138] Dnr: 5.7–26594/2019–40.

Oplanerade återinskrivningar bland äldre

Mål för god och nära vård, nyckelord: Kontinuitet, samordnad, tillgänglig

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

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

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen

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

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

Indikatorns diagnoser vid det första vårdtillfället är valda för att fånga vanliga diagnoser hos äldre. Diagnoserna vid återinskrivningstillfället är valda för att återinskrivningar för dessa diagnoser bör ha kunnat förebyggas vid det första vårdtillfället eller genom efterföljande öppenvårds- och hemsjukvårdsinsatser[139]. I urvalet ingår bland annat hjärtsvikt och lunginflammation som är de vanligaste orsakerna till oplanerade återinskrivningar för gruppen 65 år och äldre.

[139] Termen hemsjukvård ersattes i tillämpliga fall med hälso- och sjukvård i hemmet den 1 juli 2026, se 12 kap. 2 § HSL och (prop. 2025/26:19, s. 58).

Äldre med läkemedel som bör undvikas, ordinärt boende

Mål för god och nära vård, nyckelord: Stärker hälsan, samordnad, kontinuitet

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

Berörda verksamheter: Kommunal hälso- och sjukvård samt regionernas primärvård

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

Läkemedelsanvändningen hos äldre är omfattande och har ökat över tid. Det är därför av särskilt värde att följa förskrivningen av läkemedel som bör undvikas. Indikatorn anses i den gemensamma bedömningen i hög grad spegla flera av de mål som beskrivs i prop. 2019/20:164, s. 17–32. I Socialstyrelsens tidigare förslag på kärnindikatorer förekommer tre mått för *äldre med läkemedel som bör undvikas.* Ett av dessa mäts för den generella befolkningen och två för personer i kommunal hälso- och sjukvård: dels ett för personer med kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende, dels ett för personer på särskilda boenden. För en övergripande bild kan befolkningsmåttet vara att föredra i urvalet. De verksamhetsspecifika måtten har dock fördelen att de har större fokus på samordning och kontinuitet. Detta då en stor andel av läkemedlen för dessa grupper förskrivs av läkare i regionens primärvård samtidigt som det kan finnas utmaningar med läkartillgång och kontinuitet för dessa grupper i kommunal hälso- och sjukvård. Av de två verksamhetsspecifika måtten har vi valt det som avser kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende som nationell kärnindikator.

Överbeläggningar och utlokaliseringar

Mål för god och nära vård, nyckelord: Tillgänglig

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

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

Källa: Sveriges Kommuner och Regioner

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

En annan viktig orsak till att ta med indikatorn i urvalet är att den bedöms vara ett viktigt komplement till indikatorer för påverkbar slutenvård, och generellt komplettera bilden som de övriga indikatorerna i urvalet ger. Indikatorn har i statistiska analyser visat sig samvariera med flera indikatorer för påverkbar specialistvård.[140] Detta på så sätt att bättre värden för mått på påverkbar specialistvård i viss utsträckning är förknippade med sämre resultat vad gäller överbeläggningar och utlokaliseringar. En bidragande orsak till denna koppling kan vara bristande tillgänglighet till sluten vård i förhållande till det aktuella behovet. En del ”bra” resultat för påverkbar slutenvård skulle kunna bero på att det funnits personer vars aktuella tillstånd bäst skulle ha tagits om hand i slutenvården men som inte givits tillgång till detta i rätt utsträckning. Om detta är fallet kan det naturligtvis inte tolkas som ett gott resultat.

[140] Dnr: 5.7–26594/2019–40.

Bilaga 3. Tabeller

	Fråga 2. Har regionen i budgeten för 2025 fastställt mål om att en viss andel av hälso- och sjukvårdens resurser ska gå till primärvården	Fråga 3. Har regionen under 2025 beslutat att budgetera en större andel av hälso- och sjukvårdens ekonomiska resurser till primärvården jämfört med 2024	Fråga 4. Bedömer regionen att det finns några hinder för att ekonomiskt stärka primärvården i relation till den specialiserade vården
Blekinge		Ja	Ja
Dalarna			Ja
Gotland			Ja
Gävleborg	Ja		Ja
Halland			
Jämtland Härjedalen			Ja
Jönköping		Ja	
Kalmar		Ja	
Kronoberg			Ja
Norrbotten		Ja	Ja
Skåne		Ja	
Stockholm	Ja	Ja	Ja
Sörmland		Ja	Ja
Uppsala	Ja	Ja	Ja
Värmland		Ja	Ja
Västerbotten		Ja	Ja
Västernorrland	Ja	Ja	Ja
Västmanland		Ja	
Örebro			Ja
Östergötland		Ja	
Västra Götaland	Ja	Ja	Ja

Fråga 7 och 8	Har regionen (enskilt eller tillsammans med länets kommuner) under 2025 genomfört någon uppföljning eller utvärdering av hela eller delar av omställningen	Har regionen tillsammans med kommunerna i länet indikatorer eller nyckeltal i syfte att följa omställningen mot en god och nära vård?
Blekinge	Ja	Ja
Dalarna	Ja	Ja
Gotland		
Gävleborg	Ja	Ja
Halland	Ja	Ja
Jämtland Härjedalen	Ja	Ja
Jönköping	Ja	Ja
Kalmar	Ja	Ja
Kronoberg	Ja	
Norrbotten	Ja	Ja
Skåne	Ja	Ja
Stockholm	Ja	
Sörmland	Ja	Ja
Uppsala	Ja	Ja
Värmland	Ja	Ja
Västerbotten	Ja	Ja
Västernorrland	Ja	
Västmanland	Ja	Ja
Örebro	Ja	
Östergötland	Ja	
Västra Götaland	Ja	

Fråga 9. Har regionen multiprofessionella team för följande målgrupper	Äldre personer med omfattande vårdbehov	Personer med psykisk ohälsa	Personer med skadligt bruk och beroende med eller utan psykiatrisk samsjuklighet	Barn och unga med behov av psykiatriskt eller psykosocialt stöd	Personer i behov av palliativ vård
Blekinge	Ja	Ja		Ja	Ja
Dalarna	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Gotland			Ja	Ja	Ja
Gävleborg		Ja			
Halland		Ja		Ja	Ja
Jämtland Härjedalen	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Jönköping		Ja	Ja	Ja	Ja
Kalmar	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Kronoberg	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Norrbotten	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Skåne	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Stockholm	Ja	Ja		Ja	Ja
Sörmland	Ja	Ja			Ja
Uppsala	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Värmland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Västerbotten	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Västernorrland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Västmanland	Ja				
Örebro	Ja	Ja		Ja	Ja
Östergötland	Ja	Ja		Ja	Ja
Västra Götaland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Fråga 9 forts. Har regionen multiprofessionella team för följande målgrupper	Personer med funktions-nedsättning	Personer med sällsynta hälsotillstånd	Personer med behov av rehabiliterings-insatser	Personer med hemsjukvård
Blekinge	Ja		Ja	Ja
Dalarna	Ja		Ja	Ja
Gotland				
Gävleborg	Ja			
Halland	Ja	Ja	Ja	
Jämtland Härjedalen	Ja	Ja	Ja	Ja
Jönköping			Ja	Ja
Kalmar	Ja	Ja	Ja	Ja
Kronoberg	Ja	Ja	Ja	Ja
Norrbotten			Ja	Ja
Skåne	Ja	Ja	Ja	Ja
Stockholm	Ja		Ja	Ja
Sörmland			Ja	Ja
Uppsala	Ja		Ja	Ja
Värmland	Ja	Ja	Ja	Ja
Västerbotten	Ja	Ja	Ja	Ja
Västernorrland				Ja
Västmanland			Ja	
Örebro	Ja		Ja	Ja
Östergötland	Ja		Ja	Ja
Västra Götaland			Ja	Ja

Fråga 11.	Har regionen under 2025 genomfört insatser för att ge primärvården bättre tillgång till specialistvårdens kompetens
Blekinge	Ja
Dalarna	Ja
Gotland	
Gävleborg	Ja
Halland	Ja
Jämtland Härjedalen	Ja
Jönköping	Ja
Kalmar	Ja
Kronoberg	Ja
Norrbotten	Ja
Skåne	Ja
Stockholm	Ja
Sörmland	Ja
Uppsala	Ja
Värmland	Ja
Västerbotten	Ja
Västernorrland	Ja
Västmanland	Ja
Örebro	
Östergötland	Ja
Västra Götaland	Ja

Fråga 12. Vilka insatser har regionen genomfört under 2025 för att stärka den medicinska kompetensen i kommunerna	Förbättrade förutsätt-ningar för läkarmed-verkan	Förbättrade förutsättning ar för medverkan av annan kompetens (specialist-sjuksköterska eller team)	Kompetens-utveckling av kommunal legitimerad vårdpersonal	Kompetens-utveckling av kommunal olegitimerad personal (undersköters kor och omsorgsperso nal)	Integrering av vård-och omsorgsinsats er (exempelvis genom multiprofessio nell, gemensam rondning/beh ovsbedömnin g)
Blekinge	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Dalarna	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Gotland					
Gävleborg					
Halland	Ja		Ja		
Jämtland Härjedalen	Ja	Ja	Ja		Ja
Jönköping	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Kalmar	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Kronoberg	Ja		Ja	Ja	Ja
Norrbotten	Ja			Ja	
Skåne	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Stockholm	Ja		Ja	Ja	
Sörmland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Uppsala	Ja	Ja		Ja	
Värmland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Västerbotten	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Västernorrland	Ja		Ja		
Västmanland	Ja		Ja	Ja	
Örebro	Ja	Ja	Ja		
Östergötland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Västra Götaland	Ja				Ja

Fråga 13.	Har regionen genomfört eller planerat insatser för att skapa förutsättningar för sådan sidotjänstgöring
Blekinge	Ja
Dalarna	
Gotland	Ja
Gävleborg	Ja
Halland	Ja
Jämtland Härjedalen	
Jönköping	Ja
Kalmar	Ja
Kronoberg	Ja
Norrbotten	Ja
Skåne	Ja
Stockholm	
Sörmland	Ja
Uppsala	Ja
Värmland	
Västerbotten	
Västernorrland	Ja
Västmanland	
Örebro	Ja
Östergötland	
Västra Götaland	Ja

	Fråga 14. Har regionen vårdplatser på primärvårdsnivå?	Fråga 15. Hur många av dessa vårdplatser finns utanför sjukhus	Fråga 16. Hur många av dessa vårdplatser finns på sjukhus
Blekinge			
Dalarna	Ja	1	
Gotland			
Gävleborg	Ja	10	0
Halland	Ja	8	0
Jämtland Härjedalen	Ja	7	0
Jönköping			
Kalmar			
Kronoberg			
Norrbotten	Ja	35	0
Skåne			
Stockholm			
Sörmland			
Uppsala	Ja	65	0
Värmland	Ja	28	0
Västerbotten	Ja	34	0
Västernorrland			
Västmanland	Ja	27	17
Örebro	Ja	0	5
Östergötland	Ja	26	0
Västra Götaland			

Fråga 18. För vilka målgrupper har regionen under 2025 beslutat om insatser för att göra primärvården mer tillgänglig	Äldre	Familjer	Barn och unga	Personer med funktions-nedsättning	Personer med kronisk sjukdom
Blekinge	Ja	Ja	Ja		
Dalarna	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Gotland			Ja		
Gävleborg					
Halland	Ja		Ja		
Jämtland Härjedalen					
Jönköping	Ja		Ja	Ja	Ja
Kalmar	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Kronoberg	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Norrbotten	Ja	Ja	Ja		Ja
Skåne	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Stockholm	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Sörmland	Ja	Ja	Ja		Ja
Uppsala	Ja		Ja	Ja	Ja
Värmland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Västerbotten	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Västernorrland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Västmanland	Ja	Ja			
Örebro		Ja		Ja	
Östergötland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Västra Götaland	Ja		Ja	Ja	

Fråga 18 forts. För vilka målgrupper har regionen under 2025 beslutat om insatser för att göra primärvården mer tillgänglig	Personer med skadligt bruk och beroende med eller utan psykiatrisk samsjuklighet	Personer med psykisk ohälsa	Personer i behov av livsstils-förändringar	Annan målgrupp
Blekinge		Ja		
Dalarna	Ja	Ja	Ja	
Gotland				Ja
Gävleborg				
Halland				Ja
Jämtland Härjedalen				
Jönköping		Ja	Ja	
Kalmar		Ja	Ja	Ja
Kronoberg	Ja	Ja	Ja	
Norrbotten		Ja		
Skåne	Ja	Ja	Ja	Ja
Stockholm		Ja	Ja	
Sörmland		Ja	Ja	
Uppsala	Ja	Ja	Ja	
Värmland	Ja	Ja	Ja	Ja
Västerbotten	Ja	Ja	Ja	
Västernorrland	Ja	Ja	Ja	
Västmanland		Ja	Ja	
Örebro		Ja		
Östergötland	Ja	Ja	Ja	Ja
Västra Götaland				

Fråga 19. Vilka insatser har regionen under 2025 genomfört för att öka patienternas delaktighet i sin vård	Utbildningar och informations-insatser för personal	Tagit fram rutiner för att möjliggöra dokumentation i IT-stöd	Informerat patienter	Följt upp eller utvärderat arbetet	Andra åtgärder
Blekinge					
Dalarna	Ja	Ja	Ja		Ja
Gotland	Ja	Ja			Ja
Gävleborg	Ja	Ja			Ja
Halland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Jämtland Härjedalen					
Jönköping	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Kalmar	Ja	Ja	Ja		
Kronoberg	Ja	Ja	Ja	Ja	
Norrbotten	Ja		Ja	Ja	Ja
Skåne			Ja	Ja	Ja
Stockholm	Ja				
Sörmland	Ja	Ja	Ja	Ja	
Uppsala	Ja				
Värmland	Ja		Ja	Ja	Ja
Västerbotten	Ja	Ja	Ja	Ja	
Västernorrland	Ja	Ja	Ja		Ja
Västmanland		Ja			Ja
Örebro	Ja			Ja	
Östergötland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Västra Götaland	Ja	Ja			

Fråga 20. Följande insatser har regionen genomfört under 2025 som gäller den dokumenterade överenskommelsen (eller motsvarande)	Utbildningar och informations insatser för personal	Tagit fram rutiner för att möjliggöra den dokumenterade överenskommelsen eller annan samordnad planering i IT-stöd	Informerat patienter och allmänhet om den dokumenterade överenskommelsen	Projekt gällande den dokumenterade överenskommelsen i enskilda verksamheter
Blekinge				
Dalarna				
Gotland				
Gävleborg	Ja	Ja		
Halland	Ja	Ja		
Jämtland Härjedalen		Ja		Ja
Jönköping	Ja	Ja	Ja	Ja
Kalmar	Ja	Ja	Ja	Ja
Kronoberg	Ja	Ja	Ja	Ja
Norrbotten				
Skåne				
Stockholm	Ja			
Sörmland				
Uppsala	Ja	Ja		Ja
Värmland	Ja	Ja		Ja
Västerbotten	Ja	Ja	Ja	Ja
Västernorrland	Ja	Ja		
Västmanland		Ja	Ja	Ja
Örebro	Ja			
Östergötland	Ja	Ja		Ja
Västra Götaland	Ja	Ja		

Fråga 20. Följande insatser har regionen genomfört under 2025 som gäller den dokumenterade överenskommelsen (eller motsvarande)	Breddinfört den dokumenterade överenskommelsen i regionens hälso- och sjukvårds-verksamhet	Följt upp eller utvärderat arbetet med den dokumenterade överenskommelsen	Andra insatser
Blekinge			
Dalarna			Ja
Gotland			
Gävleborg			Ja
Halland	Ja	Ja	
Jämtland Härjedalen			
Jönköping	Ja	Ja	
Kalmar		Ja	
Kronoberg	Ja	Ja	
Norrbotten			Ja
Skåne			Ja
Stockholm			Ja
Sörmland			Ja
Uppsala		Ja	
Värmland			Ja
Västerbotten			Ja
Västernorrland			Ja
Västmanland	Ja	Ja	Ja
Örebro			Ja
Östergötland			
Västra Götaland	Ja		

Fråga 21, 22 och 23	Har regionen under 2025 erbjudit patient-utbildningar	Har regionen under 2025 genomfört insatser i syfte att stärka personalens förutsättningar att arbeta personcentrerat	Har regionen en rutin för delat beslutsfattande i de fall patienten har nedsatt beslutsförmåga
Blekinge		Ja	
Dalarna	Ja	Ja	
Gotland	Ja	Ja	
Gävleborg	Ja	Ja	
Halland	Ja	Ja	
Jämtland Härjedalen	Ja	Ja	
Jönköping	Ja	Ja	Ja
Kalmar	Ja	Ja	
Kronoberg	Ja	Ja	
Norrbotten	Ja	Ja	
Skåne	Ja	Ja	
Stockholm	Ja	Ja	
Sörmland	Ja		
Uppsala	Ja	Ja	
Värmland	Ja	Ja	
Västerbotten	Ja	Ja	Ja
Västernorrland	Ja		
Västmanland	Ja	Ja	
Örebro	Ja	Ja	
Östergötland	Ja	Ja	Ja
Västra Götaland	Ja	Ja	

Fråga 25 Vilka kan vara fasta läkarkontakter i primärvården	Specialist-läkare i allmän-medicin	ST-läkare i allmän-medicin	ST-läkare inom annan specialitet	Specialist-läkare inom geriatrik	Specialist-läkare inom andra specialiteter
Blekinge	Ja	Ja		Ja	
Dalarna	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Gotland	Ja	Ja			
Gävleborg	Ja	Ja		Ja	Ja
Halland	Ja	Ja		Ja	Ja
Jämtland Härjedalen	Ja	Ja		Ja	
Jönköping	Ja	Ja		Ja	
Kalmar	Ja	Ja		Ja	
Kronoberg	Ja	Ja		Ja	Ja
Norrbotten	Ja	Ja			
Skåne	Ja	Ja		Ja	
Stockholm	Ja	Ja		Ja	
Sörmland	Ja	Ja		Ja	Ja
Uppsala	Ja	Ja		Ja	
Värmland	Ja	Ja		Ja	Ja
Västerbotten	Ja	Ja		Ja	Ja
Västernorrland	Ja	Ja		Ja	
Västmanland	Ja	Ja		Ja	
Örebro	Ja	Ja		Ja	Ja
Östergötland	Ja	Ja		Ja	Ja
Västra Götaland	Ja	Ja		Ja	Ja

Fråga 26 Kan hyrläkare vara fast läkarkontakt i primärvården	Ja, förutsatt att bemanningsuppdraget är planerat att pågå under en viss tid.	Ja, oavsett kontraktslängd
Blekinge	Ja	
Dalarna		
Gotland		
Gävleborg		Ja
Halland	Ja	
Jämtland Härjedalen	Ja	
Jönköping	Ja	
Kalmar		
Kronoberg		
Norrbotten		
Skåne		
Stockholm	Ja	
Sörmland		
Uppsala	Ja	
Värmland		
Västerbotten		
Västernorrland	Ja	
Västmanland		
Örebro	Ja	
Östergötland		
Västra Götaland	Ja	

Fråga 27 och 28	Socialstyrelsen har tagit fram ett nationellt riktvärde för antal invånare per fast läkarkontakt. Har regionen under 2025 beslutat om insatser med anledning av detta riktvärde	Har regionen under 2025 förändrat sina rutiner för dokumentation och uppföljning av uppgifter om patienters fasta kontakter (fast läkarkontakt och/eller vårdkontakt)
Blekinge	Ja	
Dalarna	Ja	
Gotland	Ja	
Gävleborg	Ja	
Halland	Ja	Ja
Jämtland Härjedalen		
Jönköping	Ja	Ja
Kalmar	Ja	Ja
Kronoberg	Ja	
Norrbotten	Ja	
Skåne	Ja	
Stockholm	Ja	Ja
Sörmland		
Uppsala	Ja	
Värmland	Ja	
Västerbotten	Ja	Ja
Västernorrland		
Västmanland	Ja	
Örebro	Ja	Ja
Östergötland	Ja	Ja
Västra Götaland	Ja	

Fråga 29 På vilket/vilka sätt får invånarna information om vem/vilka som är deras fasta kontakter	Via 1177.se	Via annan digital lösning än 1177.se	Vid kontakt med hälso-/vårdcentral
Blekinge	Ja		
Dalarna	Ja		Ja
Gotland	Ja		Ja
Gävleborg	Ja		Ja
Halland	Ja		Ja
Jämtland Härjedalen			Ja
Jönköping	Ja		Ja
Kalmar	Ja		Ja
Kronoberg	Ja		Ja
Norrbotten	Ja		Ja
Skåne	Ja		Ja
Stockholm	Ja	Ja	Ja
Sörmland	Ja		Ja
Uppsala	Ja		
Värmland			Ja
Västerbotten			Ja
Västernorrland	Ja	Ja	Ja
Västmanland	Ja		Ja
Örebro			Ja
Östergötland	Ja		Ja
Västra Götaland			Ja

Fråga 30. Hur stor andel av befolkningen i regionen hade en fast namngiven läkarkontakt den 31 december 2025	
Blekinge	27%
Dalarna	78%
Gotland	63%
Gävleborg	40%
Halland	61%
Jämtland Härjedalen	
Jönköping	
Kalmar	72%
Kronoberg	60%
Norrbotten	
Skåne	82%
Stockholm	73%
Sörmland	
Uppsala	44%
Värmland	
Västerbotten	
Västernorrland	68%
Västmanland	91%
Örebro	53%
Östergötland	80%
Västra Götaland	97%

Fråga 32. Antal personer som enligt regionens administrativa system hade en fast namngiven läkarkontakt den 31 december 2025	
Blekinge	41 455
Dalarna	221 749
Gotland	38 288
Gävleborg	128 911
Halland	210 237
Jämtland Härjedalen	
Jönköping	
Kalmar	176 030
Kronoberg	
Norrbotten	
Skåne	1 172 538
Stockholm	1 770 473
Sörmland	
Uppsala	180 321
Värmland	
Västerbotten	
Västernorrland	164 225
Västmanland	255 520
Örebro	162 059
Östergötland	374 502
Västra Götaland	1 709 567

Fråga 33. Andel av de personer som bodde på särskilt boende för äldre och som där fick sin huvudsakliga hälso- och sjukvård hade en fast läkarkontakt den 31 december 2025	
Blekinge	
Dalarna	96%
Gotland	84%
Gävleborg	
Halland	
Jämtland Härjedalen	
Jönköping	
Kalmar	93%
Kronoberg	
Norrbotten	99%
Skåne	
Stockholm	100%
Sörmland	100%
Uppsala	
Värmland	
Västerbotten	
Västernorrland	98%
Västmanland	98%
Örebro	82%
Östergötland	
Västra Götaland	

Fråga 35. Har regionen under 2025 infört hälsofrämjande och förebyggande insatser i primärvården	
Blekinge	Ja
Dalarna	Ja
Gotland	Ja
Gävleborg	
Halland	Ja
Jämtland Härjedalen	Ja
Jönköping	Ja
Kalmar	Ja
Kronoberg	Ja
Norrbotten	Ja
Skåne	Ja
Stockholm	Ja
Sörmland	Ja
Uppsala	Ja
Värmland	Ja
Västerbotten	Ja
Västernorrland	Ja
Västmanland	Ja
Örebro	Ja
Östergötland	
Västra Götaland	Ja

Fråga 36, 37 och 38.	Finns det en rutin för bedömning av vilken egenvård patienten, själv eller med hjälp av någon annan, kan utföra	Finns det en rutin för att säkerställa patientens delaktighet i bedömning av egenvård, i de fall patienten har nedsatt beslutsförmåga och kommunikations-svårigheter	Erbjuds det insatser för närstående som stödjer patienters egenvård
Blekinge	Ja		Ja
Dalarna	Ja		Ja
Gotland			
Gävleborg		Ja	Ja
Halland	Ja	Ja	Ja
Jämtland Härjedalen	Ja		Ja
Jönköping	Ja	Ja	Ja
Kalmar	Ja		Ja
Kronoberg			Ja
Norrbotten	Ja		Ja
Skåne	Ja	Ja	Ja
Stockholm			Ja
Sörmland	Ja		
Uppsala	Ja	Ja	Ja
Värmland	Ja	Ja	Ja
Västerbotten	Ja	Ja	Ja
Västernorrland			
Västmanland	Ja		
Örebro	Ja	Ja	
Östergötland	Ja	Ja	Ja
Västra Götaland	Ja	Ja	Ja

Socialstyrelsen

Uppföljning av omställningen till en god och nära vård – Delredovisning 2026
(artikelnr 2026-8-10409) kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.