Socialstyrelsen

Uppföljning av omställningen till en god och nära vård

Delredovisning 2025

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: 2025-9-9707

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, september 2025

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 andra delredovisningen inom ramen för det regeringsuppdraget. Socialstyrelsen ska enligt uppdragen 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. Ann Bergman, Martin Lindblom, Kristina Lindholm och Ylva Westander har bidragit i framtagandet av rapporten. Ansvarig enhetschef har varit Petra Rinman.

Björn Eriksson
Generaldirektör

Innehåll

Förord **3**

Sammanfattning **7**

Socialstyrelsens främsta slutsatser 7

Socialstyrelsens uppdrag **12**

Målen för omställningen till en god och nära vård 12

Uppdragsbeskrivning 12

Uppföljningens syfte 14

Tematisk utgångspunkt för redovisning av resultaten 14

Avgränsningar 15

Metod och genomförande 15

Omställningens övergripande utveckling med primärvården som nav **18**

Utveckling av resultat utifrån kärnindikatorerna 19

Den nära vården med primärvården som nav 2024 22

Många regioner har breddinfört projektinsatser 39

Fortsatt stort fokus på uppföljningar och utvärderingar av omställningen 41

Förtroendet för hälso- och sjukvården ökar 43

Styrning och ledning **46**

Styrning av primärvården i regionerna 47

Förutsättningar för vårdens medarbetare 52

Lärande från tre län 53

Samverkan och samordning **59**

Samtliga kommuner och regioner har utvecklat och stärkt samverkan 61

Tillgänglighet **65**

Endast hälften av de äldre uppger att det är lätt att få träffa läkare vid särskilt boende 66

Digitalisering är en central del av regionernas arbete med att förbättra tillgängligheten i vården 73

Vårdutbudet har ökat, nya verksamheter har etablerats och vidareutvecklats 74

Utökade öppettider en prioriterad insats 74

Mobila team har utvidgats och utvecklas i de flesta regioner och kommuner 75

Den medicinska kompetensen har stärkts med bland annat utbildningsinsatser 77

Personalomsättningen är högre i primärvården än inom andra delar av hälso- och sjukvården 78

Delaktighet 80

Svag utveckling för upplevd delaktighet i primärvården 80

Patienter och brukare involveras främst genom etablerade strukturer . 82

Nästan alla regioner erbjuder patientutbildningar och särskilda verktyg vid kommunikation 83

Särskilda verktyg eller metoder för att underlätta kommunikationen används främst inom habiliteringen 84

Fokus på rutiner för dokumentation och utbildningsinsatser för personal för att få patienten delaktig i den egna vården 85

Samtliga regioner har genomfört någon typ av insats kopplat till dokumenterad överenskommelse 87

Kontinuitet 89

Regionernas arbete med fast läkarkontakt 89

Fast vårdkontakt och fast omsorgskontakt 96

Hälsofrämjande och förebyggande insatser 100

Ingen tydlig ökning av diskussion om levnadsvanor inom primärvården 100

Minskning av läkemedel som bör undvikas för äldre i kommunal hälso- och sjukvård 102

Fallskador för personer med kommunal hälso- och sjukvård minskar i särskilt boende men ökar i ordinärt boende 104

Män har konsekvent haft ett större antal besök på akutmottagningar 105

Många regioner och kommuner arbetar med hälsofrämjande och förebyggande insatser i form av riktade hälsosamtal 107

Flera insatser har utvecklats och utökats i regionerna och kommunerna 108

Analys och slutsatser 111

Övergripande resultat utifrån regeringsuppdraget 111

Ekonomiska och personella resurser för att göra primärvården till nav behöver öka 112

Styrkedjan behöver stärkas 113

Behov av att etablera strategisk styrning på systemnivå 114

Ökad samverkan med socialtjänsten i arbetet med omställningen för att förbättra för individen 115

Arbete för att göra patienten delaktig behöver utvecklas ytterligare ... 116

Arbetssätt för olika målgrupper har utvecklats i primärvården 117
Ytterligare insatser behövs för att införa fast läkarkontakt för invånarna 117
Tillgängligheten till primärvården har utvecklats i olika riktning 118
Hälsofrämjande och förebyggande arbete centralt i omställningen men uppföljning är en utmaning 119
Slutord.....120
Referenser..... 121
Bilaga 1. Metod..... 124
Redovisningar av insatser från regioner och kommuner 124
Redovisningar av resultat utifrån uppföljningar och indikatorer 127
Bilaga 2. Om kärnindikatorer för att följa målen för god och nära vård..... 129
Kärnindikatorernas målkoppling 130
Urvalets balans och bredd 132
Fokus på resultat för patienterna 133
Datatillgång och datakvalitet 134
Fokus på den mest övergripande nivån av uppföljning i urvalet 134
Samverkan och dialog 135
Om enskilda indikatorer.....135
Bilaga 3. Tabeller och figurer 150
Kvantifierbara svar från regionernas enkät 151

Sammanfattning

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). 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 andra uppföljningen inom ramen för det regeringsuppdraget.

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

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.

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.

Socialstyrelsens främsta slutsatser

- Arbete med omställningen pågår men skillnaderna för patienterna är stora i landet.

Regionerna och kommunerna genomför en mängd av insatser och flera projekt har breddinförts. Hälsofrämjande och förebyggande arbete är en stor del av arbetet med omställningen.

Utifrån målen inom ramen för god och nära vård varierar patientperspektivet kraftigt; bland annat är det stora skillnader i tillgängligheten och kontinuiteten. Gällande tillgängligheten är det till exempel stora regionala skillnader när det gäller att få en medicinsk bedömning inom tre dagar i primärvården. Ett annat exempel är tillgången till läkare i särskilda boenden där endast hälften av de äldre uppger att det är lätt eller ganska lätt att få träffa läkare. Det är dessutom var fjärde boende som har svarat att de inte anser sig ha mycket lätt eller ganska lätt att träffa en sjuksköterska vid behov. Även patienternas möjlighet att ha en fast läkarkontakt varierar kraftigt, vilket påverkar kontinuiteten negativt.

- Ekonomiska och personella resurser för att göra primärvården till nav behöver öka.

Grundläggande förutsättningar kring resurser och kompetensförsörjning har inte stärkts i den utsträckning som krävs för att genomföra omställningen. Exempelvis har kostnaderna för regionernas primärvård ökat, räknat i fasta priser[1] per invånare. Trots denna kostnadsökning har andelen av hälso- och sjukvårdsresurserna som går till primärvården inte ökat, inte heller när kommunal hälso- och sjukvård inkluderas i andelen primärvård. Endast en tredjedel av regionerna budgeterade mer till primärvården 2024 än 2023. Ökade resurser är inte ensamt avgörande, eftersom även andra faktorer, exempelvis ändrade arbetssätt, har betydelse. Samtidigt visar uppföljningen att tillgången till resurser påverkar möjligheterna att nå målen med omställningen. Men den samlade bilden utifrån uppföljningen är att resurser påverkar möjligheten att nå målen med omställningen. Socialstyrelsen ser även att personalomsättningen är högre än inom andra vårdformer, vilket indikerar en mindre stabil bemanning inom primärvården, trots intentioner om en omställning där primärvården ska vara navet.

- Gap i styrkedjan mellan strategisk ledningsnivå och operativ verksamhet försvårar arbetet med omställningen.

I uppföljningen framkommer att det finns ett gap mellan strategisk och operativ nivå i regioner och kommuner; arbetet som bedrivs utgörs ofta av aktiviteter och enskilda satsningar i stället för att utgå från helheten och långsiktiga prioriteringar för att genomföra omställningen. Det finns tecken på att verksamheter på primärvårdsnivå inte märker av och nås av omställningsarbetet, vilket är negativt om primärvården ska utgöra navet. Att samtliga kommuner och regioner uppger att de nu har länsgemensamma[2] handlingsplaner är en förbättring i jämförelse med tidigare uppföljningar. Innehållet i planerna varierar dock, vilket gör det svårt att bedöma om de är tillräckliga styrmedel för omställningen.

Regioner och kommuner redovisar många olika typer av insatser på verksamhetsnivå som indikerar en viss utveckling mot omställningens mål genom bland annat förändring i arbetssätt. Några större skillnader från förra årets uppföljning kan dock inte påvisas när det gäller arbetet med styrning och ledning på en strategisk och övergripande nivå för att nå målen med omställningen.

[1] 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 respektive omsorg. För en genomgång och val av index för fastprisberäkningar se *Uppföljning nära vård Deluppdrag II. Nationella Indikatorer slutrapport. Socialstyrelsen 2022,* s. 28–29.

[2] Länsgemensam är ett begrepp för huvudmän inom hälso- och sjukvården i regioner och kommuner som ofta används i framtagandet av gemensamma handlingsplaner och strategier.

- Det har skett en förbättrad utveckling när det gäller samverkan och samordning kring patientens vård.

Socialstyrelsen ser att inskrivningar i slutenvård för personer med kroniska sjukdomar minskat i samtliga regioner sedan 2017, vilket indikerar god kontinuitet och samverkan. Samverkan mellan regionerna och kommunerna har stärkts och utvecklats under 2024. Andelen oplanerade återinskrivningar bland äldre har minskat sedan år 2013. Nya avtal har ingåtts, och samverkan mellan och inom regioner, kommuner och verksamheter har utvecklats och fördjupats sedan senaste uppföljningen. Samtliga regioner och kommuner har nu någon form av rutin för samverkan, vilket är en positiv utveckling mot att nå omställningens mål.

- Ytterligare insatser behövs för att införa fast läkarkontakt för invånarna.

Andelen av befolkningen som uppfattar att de har en fast läkarkontakt är betydligt lägre än regionernas rapportering. Det finns en diskrepans mellan regionernas inrapporterade formella andel och den andel av invånarna som uppfattar att de har en fast läkarkontakt. Det kan behövas ytterligare insatser av regionerna, bland annat inom kompetensförsörjning, för att de ska leva upp till kravet på att enskilda ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt i primärvården[3]. Den enskilde ska även få information om denna möjlighet.[4] Uppföljningen visar att det i alla regioner pågår ett utvecklingsarbete som gäller fast läkarkontakt i regionerna; exempelvis har cirka hälften av regionerna tagit fram handlingsplaner för fast läkarkontakt. Regionerna har dock kommit olika långt i sitt arbete.

- Många kommuner har kopplat ihop arbetet med omställningen till en god och nära vård med omställningen till den nya socialtjänstlagen.

Årets uppföljning visar att hälso- och sjukvården och socialtjänsten samverkar i större utsträckning i arbetet med omställningen än tidigare år. Arbetet med en god och nära vård och arbetet med införandet av socialtjänstlagen (2025:400), nedan benämnd den nya socialtjänstlagen, har pågått parallellt i kommunerna. Många kommuner har kopplat ihop arbetet med de båda omställningarna vilket uppges ha givit dragkraft i arbetet med omställningen till en god och nära vård. Samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten är positivt då utveckling kan bidra till ett ökat helhetsperspektiv för individen. Konkret kan det handla om att synliggöra gemensamma utmaningar och tydligare arbeta samordnat kring individer med komplexa behov.

- Det finns behov av att stärka den medicinska kompetensen i kommunerna.

[3] Se 7 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.
[4] 3 kap. 2 § och 6 kap. 3 § patientlagen.

För att stärka den medicinska kompetensen har regioner och kommuner framför allt arbetat med utbildningsinsatser riktade till vård- och omsorgspersonal. Uppföljningen visar att det är viktigt att fortsatt stärka den medicinska kompetensen inom den kommunala hälso- och sjukvården. Detta behövs i arbetet med omställningen för att förbättra förutsättningarna för vård i hemmet för patienten och för att etablera närvårdsplatser i samverkan med kommunen.

- Arbete för att göra patienten delaktig behöver utvecklas ytterligare.

Uppföljningen visar en nästintill obefintlig utveckling när det gäller upplevd delaktighet bland patienter som besökt primärvården. Mätningar av delaktighet och involvering bland patienter i regionernas primärvård visar inga förbättringar jämfört med 2019. Arbetet med att stärka patientens delaktighet och personcentreringen i vården pågår, bland annat genom införandet av dokumenterade överenskommelser mellan patient och vårdgivare vilket samtliga regioner infört någon version av. Det är dock svårt att dra säkra slutsatser om i vilken utsträckning dessa överenskommelser faktiskt bidrar till ökad delaktighet för patienten, vilket tydliggör behovet av att följa upp insatsen ur patienternas perspektiv.

- Arbetssätt för olika målgrupper har utvecklats i primärvården.

Uppföljningen visar att majoriteten av regioner och kommuner ändrat arbetssätt för målgrupperna äldre, personer med kroniska sjukdomar samt barn och unga sedan starten av omställningen. En lägre andel regioner anger att de har förändrat sina arbetssätt för målgruppen personer med funktionsnedsättning. Vissa regioner har utvecklat särskilda mottagningar och arbetssätt för att säkra tillgången till hälso- och sjukvård för personer med medfödda eller tidigt förvärvade funktionsnedsättningar. Socialstyrelsen ser positivt på denna utveckling, eftersom sådana mottagningar kan utgöra ett viktigt komplement till den övriga primärvården och öka personcentreringen i vården.

- Tillgängligheten till primärvården har utvecklats i olika riktning.

Socialstyrelsen ser tecken på viss positiv utveckling inom tillgänglighet de senaste två åren, men nivån är fortfarande lägre än den var 2017. Myndigheten ser en minskning av överbeläggningar och utlokaliseringar det senaste året, men nivån är fortfarande högre än före covid-19-pandemin. Tillgången till läkare i särskilda boenden upplevs inte som tillräcklig av de boende. Endast hälften av de äldre uppger att det är lätt eller ganska lätt att få träffa läkare vid särskilt boende. Allt fler patienter får en medicinsk bedömning inom rätt tid, även om vårdgarantins tidsgräns fortfarande inte uppfylls för alla och det även finns stora regionala skillnader. Digitalisering är fortsatt en central del av regionernas arbete för att förbättra tillgängligheten i vården för patienten.

- Förtroendet för vårdcentralerna har inte ökat i samma utsträckning som för hälso- och sjukvården i stort.

Förtroendet för hälso- och sjukvården har ökat, men för vårdcentralerna ökar det inte i samma utsträckning. Detta är problematiskt i och med att omställningens målsättning är att primärvården ska vara navet inom hälso- och sjukvården.

- Hälsofrämjande och förebyggande arbete är centralt i omställningen men uppföljning är en utmaning.

Hälsofrämjande och förebyggande insatser är fortsatt vanliga i regioner och kommuner, och flera uppger att arbetet har intensifierats. Kommunerna arbetar brett inom ramen för omställningen, ofta i samverkan mellan socialtjänst och skola, vilket bedöms vara viktigt för att tidigt identifiera behov, särskilt hos barn och unga. Samtidigt är det ur ett uppföljningsperspektiv en utmaning att särskilja dessa insatser från ordinarie verksamhet, vilket gör det svårare att mäta effekter och följa omställningsarbetet.

Övergripande bedömning

För att nå målen behöver omställningen bli mer enhetlig och samordnad över landet. För att nå dit behöver styrningen bli tydligare från huvudmännen i regioner och kommuner. Det handlar både om att förtydliga målen och till exempel arbeta med tidsatta mål, och om att resurser behöver tillsättas till primärvården. Resultaten visar på regionala skillnader där vissa regioner och kommuner har en positiv utveckling mot målen. Det visar på en potential att regioner och kommuner kan samverka och lära mycket av varandra över landet. På så vis kan arbetet bli mer enhetligt och jämlikt. Socialstyrelsen kommer främja och stödja omställningen utifrån regionernas och kommunernas behov och förutsättningar för att bidra till lärande, enhetlighet och samordning på nationell nivå.

Socialstyrelsens uppdrag

Målen för omställningen till en god och nära vård

I propositionen *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (prop. 2019:20/164) 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. [5]

Uppdragsbeskrivning

Socialstyrelsens regeringsuppdrag

I juni 2023 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att främja, stödja och följa upp omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård (S2023/01930, delvis). 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[6].

[5] Prop. 2019/20:164 s. 17–32.

[6] 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 till en god och nära vård 2024* publicerades i mars 2025. För vidare beskrivning av insatser som bidrar till målen, se sidan 10-15 i nämnd rapport.

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 andra 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* [1]. I enlighet med uppdraget har Socialstyrelsen under 2024 tagit fram ett mindre urval av indikatorer samt utvecklat vår digitala presentation av dessa så att den är kontinuerlig, lätt tillgänglig och publik.[7] 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.

Överenskommelsen

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 SKR. Årets uppföljning är den sista uppföljningen av överenskommelsen. Regeringen har beslutat att stödet från och med 2025 till kommuner och regioner fortsättningsvis förmedlas i form av ett förordningsstyrt statsbidrag för att stödja omställningen till en god och nära vård.[8]

I årets uppföljning av överenskommelsen för 2024 [2] ingår det att följa upp och analysera de insatser som regioner och kommuner vidtar inom ramen för

[7] Översiktssida för indikatorer för målen för god och nära vård i Socialstyrelsens analysverktyg: https://dataanalys.socialstyrelsen.se/superset/dashboard/GONV_Oversikt/?expand_filters=0
[8] Se förordning (2024:1253) om statsbidrag till kommuner och regioner för utveckling av en god och nära vård.

överenskommelsen mellan staten och SKR om god och nära vård 2024 med fokus på följande:

- generella insatser
- särskilda insatsområden, bland annat insatser för hälsofrämjande, förebyggande och habiliterande/rehabiliterande arbetssätt, insatser för att förbättra tillgängligheten, öka kontinuiteten och delaktigheten, insatser för att utveckla primärvården i landsbygd och insatser för att främja kompetensförsörjningen
- insatser för förstärkning av ambulanssjukvården
- insatser som bidragit till det jämställdhetspolitiska delmålet jämställd hälsa.

Regionerna och kommunerna ska redovisa genomförda insatser, uppnådda resultat inom ramen för överenskommelsen till Socialstyrelsen.

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.

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 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.

Tematisk utgångspunkt för redovisning av resultaten

I årets uppföljning har Socialstyrelsen valt att integrera resultat från kärnindikatorerna för målen för god och nära vård tillsammans med resultat från regioners och kommuners redovisningar. Rapportens disposition har i årets uppföljning delvis utgått från målsättningarna för en god och nära vård (se avsnitten *Samverkan och samordning*, *Tillgänglighet*, *Delaktighet* och *Kontinuitet*) för att ge en samlad bild av utvecklingen utifrån regeringens intentioner med en god och nära vård. De delar från överenskommelsen som Socialstyrelsen även i år följer upp redovisas inte separat utan integreras i uppföljningen av omställningen.

Avgränsningar

Det är inte möjligt att följa hur statsbidragen har använts utifrån regioners och kommuners redovisningar till Socialstyrelsen. Vi har övervägt att särskilt samla in information om vilka insatser som finansierats av medlen men kommit fram till att resultaten riskerar bli missvisande och svårtolkade. Detta då regionerna enligt överenskommelsen varit fria att använda statsbidraget på olika sätt. I vissa fall har det inkluderats i den allmänna budgeten och i andra fall finansierat specifika pilotprojekt. Regioner som använt statsbidraget mer snävt till något särskilt område skulle behöva svara att de inte genomfört några insatser på andra områden, det vill säga där de finansierat insatser utanför statsbidraget.

Metod och genomförande

Socialstyrelsens uppföljning bygger på redovisningar som regioner och kommuner lämnat till Socialstyrelsen utifrån en enkät där regioner och kommuner ombeds beskriva sitt arbete med omställningen. Kommunernas redovisningar har genomförts samlat per län genom de regionala samverkans- och stödstrukturer (RSS)[9] som finns i alla län. Enkäten består av kvantifierbara ja- och nej-frågor och flervalsfrågor men även till stora delar av fritextfrågor. Fritextsvaren har sammanställts utifrån teman, och exempel från dessa teman redovisas i rapporten. De exempel som valts ut är de insatser som mest frekvent förekommer i svaren eller som sticker ut samt insatser som indikerar en förflyttning eller utveckling mot en mer god och nära vård.

Det har även genomförts en fördjupad kvalitativ intervjuundersökning i tre län – Gävleborg, Östergötland och Skåne – med fokus på styrning och ledning. I de tre länen har det genomförts 29 intervjuer med en eller flera personer vid intervjutillfällena. De som deltagit är bland andra hälso- och sjukvårdsdirektörer, verksamhetschefer, kommunledningar och samordnare. Socialstyrelsen har också haft ett dialogseminarium med chefer från region och kommuner i Värmland. Där diskuterades och validerades resultaten från fördjupningsstudien. Redovisning av fördjupningsstudien återfinns främst i rapportens kapitel *Styrning och ledning* men vissa resultat beskrivs även i andra delar av rapporten. Närmare beskrivning av de metoder som använts lämnas i bilaga 1.

Av uppdraget framgår att ett mindre urval indikatorer ska användas för att följa omställningens utveckling på ett övergripande vis med fokus på målen

[9] De regionala samverkans- och stödstrukturerna verkar på länsnivå, för samverkan och utveckling. De är utformade efter förutsättningar och behov i respektive län. RSS stödjer huvudmännen i samverkan kring frågor som rör socialtjänst och hälso- och sjukvård. Det gäller både samverkan mellan kommunerna i länet och samverkan mellan kommunerna i länet och regionen. Hämtad 2025-06-13 från https://skr.se/skr/integrationsocialomsorg/socialomsorg/nationellkunskapsstyrningsocialtjanst/styrningochsamverkan/regionalsamverkanochstodstrukturrss.13267.html.

för god och nära vård. 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
Ordinarie läkare för personer 65 år eller äldre	Kontinuitet, Personcentrerad, Delaktig, Samordnad, Tillgänglig
Tillgodosett vårdbehov, regionernas primärvård	Tillgänglig, Personcentrerad
Delaktighet och involvering, regionernas primärvård*	Delaktig, Personcentrerad
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, ordinärt boende**	Samordnad, Kontinuitet, Stärker hälsan, Tillgänglig
Överbeläggningar och utlokaliseringar	Tillgänglig

*Från och med årets rapportering har kärnindikatorn ändrats: i stället för att enbart visa resultat från en fråga om delaktighet används ett sammansatt mått utifrån flera frågor.
**Avser personer med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende. Med ordinärt boende avses boende i vanliga flerbostadshus, egna hem eller motsvarande.

I 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 [3]. 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*.

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 och

2024 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 [1].

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 alla data laddas ned.[10] Via Socialstyrelsens webbplats finns även alla beskrivningar av indikatorerna tillgängliga i vårt indikatorbibliotek.[11]

Under våren 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.

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

Omställningens övergripande utveckling med primärvården som nav

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 2024 har arbetat med omställningen till en god och nära vård, med primärvården som nav, 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.

Vidare beskriver vi resultat från regionernas och kommunernas egna uppföljningar, insatser för prioriterade målgrupper och utvecklingen av kostnader för primärvården.

Huvudsakliga resultat:

- Den övergripande utvecklingen för de 12 kärnindikatorerna för målen för god och nära vård visar bland annat följande:
    - Det har skett en svag utveckling vad gäller delaktighet och involvering för patienten i primärvården.
    - Färre personer anser sig få sitt vårdbehov tillgodosett i primärvården. Här ses ingen förbättring sedan tiden före covid-19-pandemin.
    - Färre äldre upplever sig ha en ordinarie läkare 2024 jämfört med föregående mätning från 2021.
    - Inskrivningar i slutenvården som ofta kan undvikas för kroniska sjukdomarna såsom diabetes och hjärtsvikt har minskat i samtliga län sedan 2017 och särskilt i början av covid-19-pandemin. Även för åren 2022–2024 ses minskningar. Minskningen sedan 2017 är tydlig i alla län; det finns dock stora och ihållande skillnader länen emellan.
    - Det syns en försämrad utveckling gällande överbeläggningar och utlokaliseringar och bedömd tillgång till läkare för äldre på särskilda boenden från 2017 fram till 2022. Efter det har utvecklingen vänt.
- Årets uppföljning visar, som tidigare år, att arbetet med omställningen är fortsatt omfattande och redovisningar visar att regioner och kommuner jobbar med en bredd av insatser. Jämfört med i tidigare uppföljningar framträder en något mer sammanhållen bild, där fler regioner lyfter fram insatser som tydligt knyter an till målen med omställningen. Bland annat beskriver flera regioner att de prioriterat arbetet med fast läkarkontakt och minskad användning av hyrpersonal inom målområdet kontinuitet. Målet om ökad samverkan och samordning beskrivs vara bärande för samtliga målområden och därför prioriterat. I kommunernas svar på vad de initierat eller förstärkt för insatser ser vi inga stora skillnader från

föregående år, utan det är en fortsatt stark betoning på samverkan och hälsofrämjande arbete.
- Få regioner och kommuner har i sina redovisningar tydligt kopplat insatserna till de jämställdhetspolitiska målen.
- Sedan omställningen påbörjades har de flesta regioner och kommuner förändrat sitt arbetssätt för äldre, personer med kroniska sjukdomar samt barn och unga. För personer med funktionsnedsättning är förändringarna hittills mer begränsade, särskilt i regionerna.
- För 2024 ses en tydlig minskning av de prisjusterade kostnaderna per invånare för regionernas primärvård. Minskningen innebär också att kostnadsandelen primärvård av regionernas hälso- och sjukvård är den lägsta sedan 2014.
- Allt fler regioner anger att de har breddinfört insatser som tidigare bedrevs i projektform. Tolkningen av vad breddinförande innebär skiljer sig åt i regionernas och kommunernas redovisningar, vilket gör det svårt att jämföra regioner eller följa förändring över tid.
- Majoriteten av landets regioner har tillsammans med kommunerna i länet tagit fram indikatorer eller nyckeltal för att följa utvecklingen i omställningen. Många utvärderingar saknar dock koppling till de övergripande målen med omställningen.
- Från 2023 till 2024 ökade andelen med stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården; förtroendet för hälso- och vårdcentraler ökade också men inte lika mycket.

Utveckling av resultat utifrån kärnindikatorerna

I figur 1 redovisas den procentuella förändringen för de 12 utvalda kärnindikatorer som kopplar an till målen för god och nära vård.[12] 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) [4]. Startåret används även som referensår så att åren visar den procentuella skillnaden jämfört med referensåret.

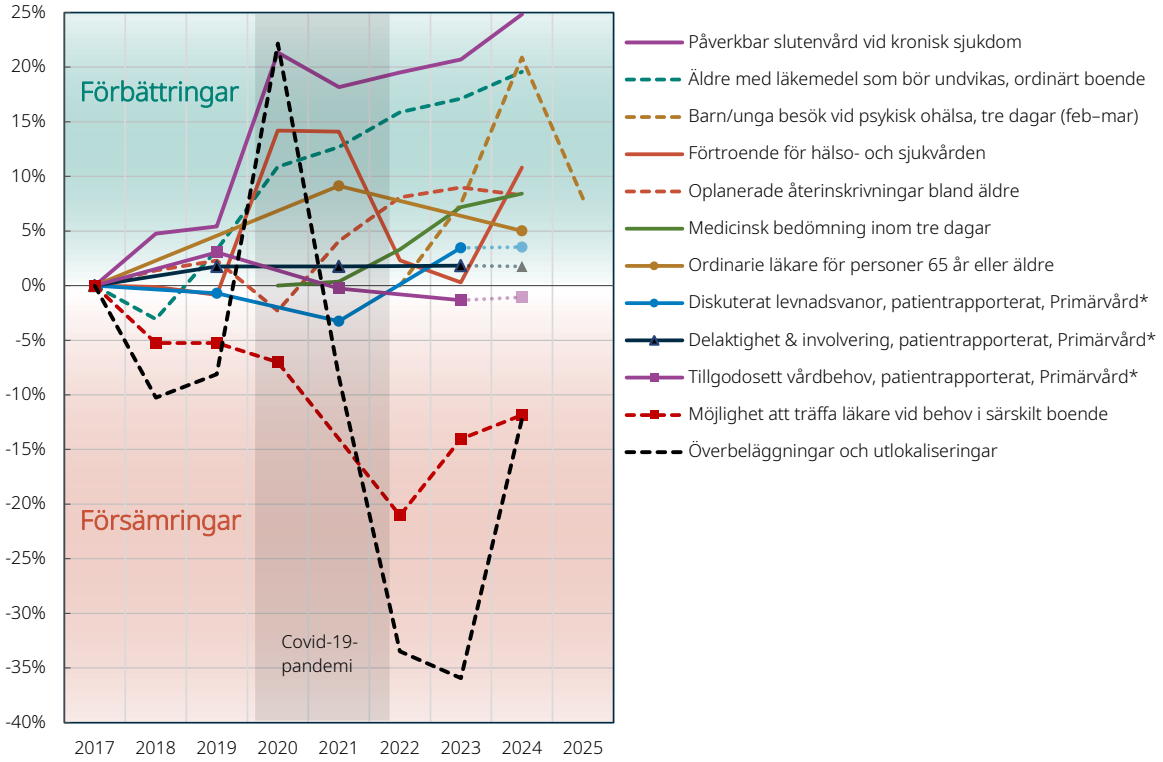
Den procentuella skillnaden visas så att riktningen är bättre eller sämre värden, istället för högre eller lägre. Ett positivt värde innebär alltså att värdet var bättre än referensårets värde. Exempelvis betyder värdet +25 procent för läkemedel som bör undvikas till äldre med kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende att *färre* personer har sådana läkemedel 2024 jämfört med 2017.

[12] För mer information om urvalet av kärnindikatorer se bilaga 2 *Om kärnindikatorer för att följa målen för god och nära vård*.

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

Figur 1. Utveckling av resultatet för de 12 kärnindikatorerna

Procentuell förändring för resultatet 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.



* Nationell patientenkät görs för alla regioner vartannat år, värdet för 2024 ingår mätningar från enbart 10 regioner.

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; Nationell patientenkät.

Av figuren framgår att tre av indikatorerna pekar på en utveckling som inte skett mot de mål som anges för god och nära vård i prop. 2019/20:164 [3]. För en del av indikatorerna är förändringen liten och för de som visar en positiv utveckling kan det vara så att denna borde vara än större för att tolkas som ett gott resultat, och att specifika kvantitativa mål för utvecklingen saknas. 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.

Fortsatta förbättringar av resultatet för ett par indikatorer som kräver kontinuitet och samverkan

Vi ser 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 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 2024 ses tydliga förbättringar för båda måtten.

Ökat förtroende och eventuell positiv vändning av utfallet för mått som rör tillgänglighet

För indikatorn *Förtroende för hälso- och sjukvården* ses en tydlig förbättring för 2024, även om nivån inte är lika hög som under covid-19-pandemin[13]. Det finns en rad faktorer som kan påverka förtroendet för hälso- och sjukvården, men den faktiska och upplevda tillgängligheten antas vara en central faktor. Tillgänglighet är en grundläggande förutsättning för att vården ska kunna vara, och uppfattas som, god och nära. Tillgänglighet förekommer både i målformuleringarna för primärvården och indirekt även i den övergripande målbilden för god och nära vård [3].

Två indikatorer som i hög grad berör tillgång till hälso- och sjukvården visar de största procentuella försämringarna jämfört med 2017. Den ena rör hur personer som bor på särskilda boenden för äldre upplever tillgången till läkare och den andra situationen med överbeläggningar och utlokaliseringar på sjukhusen. Men samtidigt ses här en viss förbättring de senaste åren. För både 2023 och 2024 ses en förbättring av hur boende upplever tillgången till läkare på särskilda boenden för äldre och en tydlig förbättring ses 2024 för indikatorn om överbeläggningar och utlokaliseringar.

För kärnindikatorerna om väntetider till medicinsk bedömning i primärvården ses en fortsatt förbättring – även om flera patienter fortfarande inte får en medicinsk bedömning inom den tid som vårdgarantin föreskriver.

[13] I flera diagram gråmarkeras en period och har texten ”covid-19-pandemi”. Perioden som avses är 2020-02-01–2022-04-01 vilket är den tid när covid-19 klassades som en samhällsfarlig sjukdom.

Svag utveckling av resultatet för indikatorer om delaktighet och personcentrering

En indikator som berör arbetet med fast läkarkontakt är andelen personer 65 år eller äldre som svarar att de har en ordinarie läkare som de vanligtvis kontaktar i primärvården. Här har andelen gått ned bland de svarande 2024 jämfört med den näst senaste mätningen 2021. Måttet och arbetet med fast läkarkontakt berör förutsättningar för flera av målen för god och nära vård, såsom delaktighet, personcentrering och kontinuitet (se vidare i kapitlen *Delaktighet* och *Kontinuitet*).

De indikatorer som bygger på nationell patientenkät i primärvården har enbart data från cirka hälften av regionerna för 2024 eftersom rikstäckande mätningar enbart görs ojämna år. Men för måtten delaktighet och involvering samt tillgodosett vårdbehov inom regionernas primärvård ses utifrån de regioner som deltog i undersökningen inget som tyder på några förändringar under 2024. På längre sikt syns heller inga större förbättringar, vilket bland annat kan indikera att det finns förbättringsbehov vad gäller personcentrering i regionernas primärvård. Även kärnindikatorn *Diskuterat levnadsvanor i primärvård*[14] kan sägas spegla en form av delaktighet; här sågs en viss ökning 2023 och nivån 2024 är fortsatt något högre än referensåret 2017.

Den nära vården med primärvården som nav 2024

Ett centralt utvecklingsområde i överenskommelsen och i arbetet med god och nära vård är att hälso- och sjukvården ska ställa om så att primärvården blir navet i vården och samspelar med annan hälso- och sjukvård och socialtjänst [2]. För att primärvården ska bli navet i vården ska det ekonomiska stödet till regioner och kommuner ges för att stödja omställningen till en nära vård, förbättra tillgängligheten i primärvården och öka kontinuiteten i kontakterna mellan patienterna och vårdpersonalen. Omställningen syftar även till ökad delaktighet i hälso- och sjukvården, vilket kan handla om att patienterna får stöd och verktyg att bli medskapare i sin egen vård och hälsa [2].

För att följa upp hur regionerna arbetar med att primärvården ska vara navet har de ombetts redovisa de viktigaste insatserna de genomfört under 2024 för att stödja omställningen, förbättra tillgängligheten, öka kontinuiteten och öka delaktigheten. En översikt av dessa insatser beskrivs kortfattat i avsnittet

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

nedan. Mer detaljerade resultat redovisas i de kapitel som behandlar målområdena tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet. Kommunerna har också redovisat sina viktigaste insatser under 2024 kopplade till utvecklingen av den nära vården med primärvården som nav. Kommunerna har liksom föregående år fått ange områden eller arbetssätt som de antingen initierat eller förstärkt[15] under 2024 utifrån en lista på cirka 30 områden och arbetssätt.

Centrala insatser som regionerna fokuserat på i utvecklingen av den nära vården med primärvården som nav

När det gäller *att stödja* omställningen till en god och nära vård lyfter flera regioner fram arbetet med gemensamma handlingsplaner som en central insats. Flera regioner har tagit fram länsgemensamma planer specifikt för primärvården. Regioner som tidigare saknat sådana planer har under 2024 påbörjat arbetet med att ta fram sådana. Ett annat viktigt område är utvecklingen av handlingsplaner för att stärka patientens möjlighet att få en fast läkarkontakt. Några regioner beskriver att detta arbete inletts under 2024 och ses som ett viktigt steg i omställningen. De regionala och lokala primärvårdsråden lyfts fram som viktiga forum för att skapa en mer kunskapsbaserad och sammanhållen primärvård. Vissa regioner beskriver även att deras stödjande arbete förstärkts genom att de utsett regionala samordnare och processledare för omställningen. Dessa roller beskrivs som betydelsefulla för att driva och stödja utvecklingen framåt. Att ökade resurser till primärvården nämns som ett sätt att stödja omställningen är ovanligt.

Nästan alla regioner lyfter fram digitala verktyg och plattformar som viktiga för att förbättra *tillgängligheten* i vården. Flera regioner beskriver att krav i förfrågningsunderlag och målrelaterad ersättning till primärvården är viktiga styrmedel. Exempel på sådana krav är medicinsk bedömning inom tre dagar eller utökade öppettider. Några regioner beskriver kompetensförsörjningsinsatser som viktiga för att förbättra tillgängligheten. Det kan handla om att omstrukturera bemanningen, anställa fler utbildningsläkare samt utbilda medarbetare på hälso- och vårdcentralen i syfte att förbättra telefontillgängligheten.

Att patienter erbjuds en fast läkarkontakt är den åtgärd som flest regioner bedömer som viktig för att skapa *kontinuitet* i vården. Förfrågningsunderlaget till vårdcentralerna används här för att formulera målnivåer, till exempel kring målet om hur stor andel av patienterna som ska

[15] 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.

ha en fast läkarkontakt, samt för att koppla ersättning till läkarmedverkan i särskilt boende.

Flera regioner ser också teamarbete som en central faktor för ökad kontinuitet. Några lyfter fram särskilda mottagningar för äldre personer och patienter med komplexa behov som en viktig insats.

Regionerna betonar att personcentrering är grunden i arbetet med en god och nära vård. Insatserna för att öka patienters *delaktighet och medskapande* varierar mellan regionerna. Vanliga exempel är dialog med patient- och brukarföreningar. Vissa regioner har under 2024 utvecklat detta arbete genom överenskommelser med den idéburna sektorn och genom mer formella dialogforum. Dokumenterade överenskommelser mellan patient och vård ses som ett viktigt verktyg för att stärka delaktigheten. Någon region framhåller även arbete med diskrimineringsgrunderna som ett sätt att skapa ett mer inkluderande och respektfullt bemötande i vården.

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

Kommunerna beskriver ett stort antal olika insatser som viktiga i arbetet med utvecklingen av den nära vården med primärvården som nav. Majoriteten av kommunerna har genomfört insatser som syftar till att förbättra samverkan. Samverkansinsatser som nämns i kommunernas fritextsvar är att kommunen tillsammans med regionens primärvård utvecklat gemensamma rutiner men också att kommunen organiserar om sina verksamheter för att skapa bättre samarbetsformer mellan olika yrkesgrupper (till exempel socialtjänst, skola, hälso- och vårdcentral och med frivilligorganisationer, pensionärsråd och regionens vårdgivare). Samverkansinsatser är liksom 2023 års uppföljning den insats flest kommuner svarat att de initierat eller förstärkt under 2024, se figur 1 i bilaga 3. Samverkansinsatser handlar om att kommunen varit medskapande i samverkansforum med regionen eller inom kommunens verksamheter. Liksom föregående års uppföljning handlar insatserna också om att kommunerna samverkat kring olika målgrupper, exempelvis barn och unga och personer med funktionsnedsättning [5].

Flera kommuner redovisar att de arbetat med utskrivningsprocesser, exempelvis modeller för tryggare och smidigare övergångar från sjukhus till hemsjukvård. Utskrivningsprocessen är också en av de vanligaste insatserna; 78 procent av kommunerna svarar att de initierat eller förstärkt denna process under 2024. Arbetet med hälsofrämjande insatser (88 procent), och arbetet med fasta omsorgskontakter (78 procent) tillhör också de vanligaste insatstyperna i kommunerna. Till områden och arbetssätt som kommuner i mindre utsträckning uppger att de initierat eller förstärkt hör bland annat

distans- eller egenmonitorering och att ha skapat så kallade äldrecentraler i samverkan med region, se figur 1 i bilaga 3. I kommunernas fritextsvar beskriver några arbete med digitala lösningar och välfärdsteknik, exempelvis läkemedelautomater.

Vidare beskriver några kommuner arbetet med mobila team som en viktig insats i utvecklingen av den nära vården. Det är 28 procent av kommunerna som uppger att de initierat eller förstärkt arbetet med mobila team i kommunen och 34 procent som anger att de gjort det i samverkan med regionen.

I jämförelse med förra årets svar ser vi inga stora skillnader 2024. Det är färre kommuner som uppger att de under 2024 arbetat med rehabiliterande och/eller habiliterande insatser i samverkan med regionen. År 2023 uppgav 59 procent att de arbetade med dessa insatser och 2024 var andelen 46 procent. Vi ser en ökning från 43 procent till 52 procent av andelen kommuner som uppger att de initierat eller förstärkt arbetet med familjecentraler i samverkan med regionen.

Få regioner och kommuner redovisar insatser som bidragit till jämställd hälsa

Få regioner och kommuner har i sina redovisningar tydligt kopplat insatserna till de jämställdhetspolitiska målen.[16] Det finns dock några exempel på svar som visar att folkhälsodata och befolkningsenkäter används som grund för att utforma insatser. Syftet med dessa insatser är att främja en jämlik och jämställd hälsa baserat på fakta. Någon region lyfter att utgångspunkten i personcentrerad vård bidrar till det jämställdhetspolitiska delmålet jämställd hälsa genom att erbjuda en vård som utgår från individens behov och livsvillkor eftersom denna utgångspunkt behöver ta hänsyn till faktorer såsom könsidentitet, ålder, etnicitet och funktionsnedsättning.

Det finns exempel på insatser som skulle kunna bidra till mer jämställd hälsa för befolkningen. Dessa är exempelvis etablering av en klimakteriemottagning i en region, där vården bedrivs med ett så kallat digifysiskt arbetssätt. Målet är att erbjuda likvärdig och tillgänglig vård för klimakterierelaterade besvär, oavsett var i regionen personen bor. Andra insatser omfattar mottagningar som riktar sig till exempelvis personer med ätstörningsproblematik, och digitala gruppbehandlingar med fokus på stresshantering och sömnsvårigheter. Dessa åtgärder har sannolikt potential

[16] Enligt överenskommelsen ska jämställdhetsperspektivet belysas i redovisningarna och det ska framgå hur insatserna bidragit till det jämställdhetspolitiska delmålet jämställd hälsa.

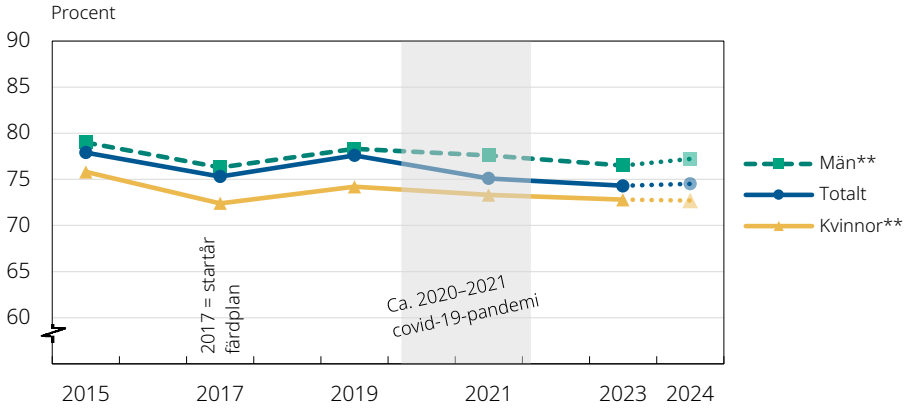
att bidra till delmålet om jämställd hälsa. I de flesta fall har dock sambandet inte tydligt redovisats i rapporteringen.

Färre anser sig få sitt vårdbehov tillgodosett i primärvården

I den nationella patientenkätundersökningen får personer som nyligen varit i kontakt med vården svara på frågor om sitt senaste vårdbesök [1]. Det är 75 procent av de svarande som, i den undersökning som gäller primärvården, svarat att deras aktuella behov av vård eller behandling har blivit tillgodosett. Här ses ingen förbättring sedan tiden före covid-19-pandemin. År 2024 deltog bara 10 av landets 21 regioner i undersökningen. För samtliga år svarar män i högre utsträckning än kvinnor att deras behov har tillgodosetts.[17]

Figur 2. Tillgodosett vårdbehov, patientrapporterat, primärvård

Andel som besvarat frågan ”Anser du att ditt aktuella behov av vård/behandling har blivit tillgodosett?” i nationell patientenkät positivt.



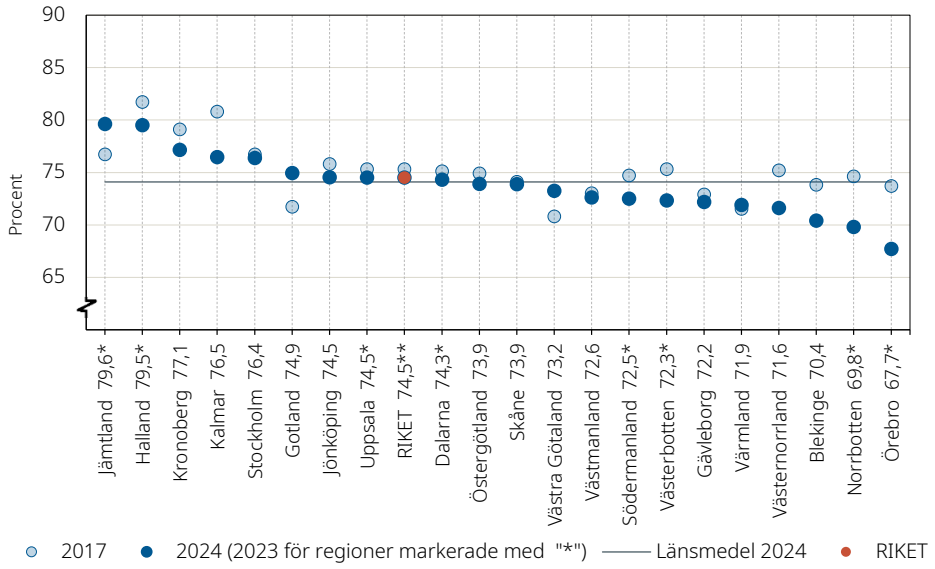
* Rikstäckande mätningar görs endast ojämna år, värdet 2024 baseras på 10 deltagande regioner.
** Medelvärde av regionernas värden.

Källa: Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Regioner.

[17] De könsuppdelade siffrorna avser medelvärden av regionernas värden och är hämtade från webbpubliceringen av nationell patientenkät där inga totalsiffror för alla svarande kvinnor respektive män finns tillgängliga: https://resultat.patientenkat.se/Prim%C3%A4rv%C3%A5rd%20(2015-2024)/2024#filter=periods:2024. Besökt 2025-06-24.

Figur 3. Tillgodosett vårdbehov, patientrapporterat, primärvård

Andel som besvarat frågan *Anser du att ditt aktuella behov av vård/behandling har blivit tillgodosett?* i nationell patientenkät positivt.



* Senaste värdet avser 2023.

** Rikets senaste värde och "Länsmedel" utgörs enbart av de 10 regioner som deltog i mätningen 2024.

Källa: Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Regioner.

Andelen svarande som bedömer att det egna behovet av vård eller behandling har blivit tillgodosett varierar mellan landets regioner. I 2024 års undersökning ger störst andel ett positivt svar i Region Kronoberg (77 procent) och minst andel i Region Blekinge (70 procent).[18] Region Kronoberg har under flera år bedrivit ett utvecklingsarbete kring personcentrerad vård där verktyg och arbetsmaterial till personal tagits fram. I flertalet regioner är det färre som bedömer att de fått sina vårdbehov tillgodosedda. Utvecklingen går åt fel håll.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys enkätundersökningar visar att de flesta patienter ser hälso- och vårdcentralen som den första instansen i vården. Tre fjärdedelar av patienterna svarar att de skulle vända sig till primärvården om de hade ett nytt eller försämrat hälsoproblem som inte är akut. Samtidigt upplever patienterna att hälso- och vårdcentralen i lägre utsträckning möter deras behov än annan, specialiserad vård. Undersökningen visar att patienterna anser att tillgänglighet, kontinuitet och samordning behöver förbättras för att primärvården ska kunna möta behoven och axla rollen som navet i vården [1, 6]. Förtroendet är också lägre för primärvården än för annan, specialiserad vård (se figur 18 i avsnittet *Förtroendet för hälso- och sjukvården ökar*).

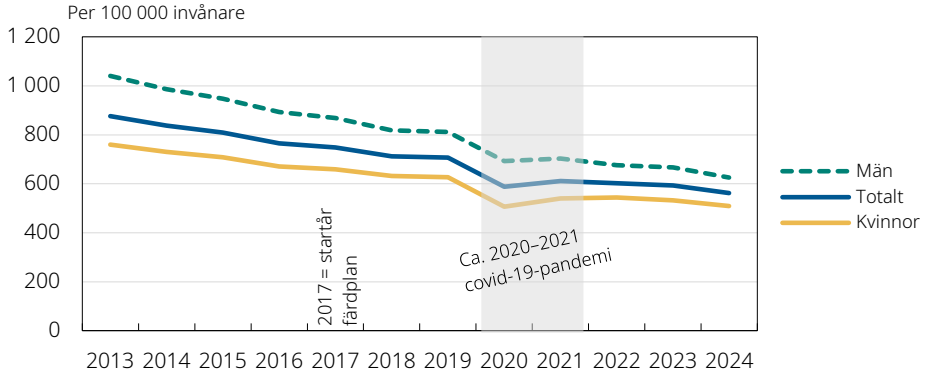
[18] Notera här att frågan inte ställts till svarande i samtliga regioner år 2024; i de fall data från 2024 saknas redovisas här data från 2023.

Skillnader i inskrivningar på sjukhus som ofta kan förebyggas i primärvård

Behovet av slutenvård kan påverkas om patienter med vissa sjukdomstillstånd eller diagnoser får ett optimalt 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 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.

Figur 4. 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.



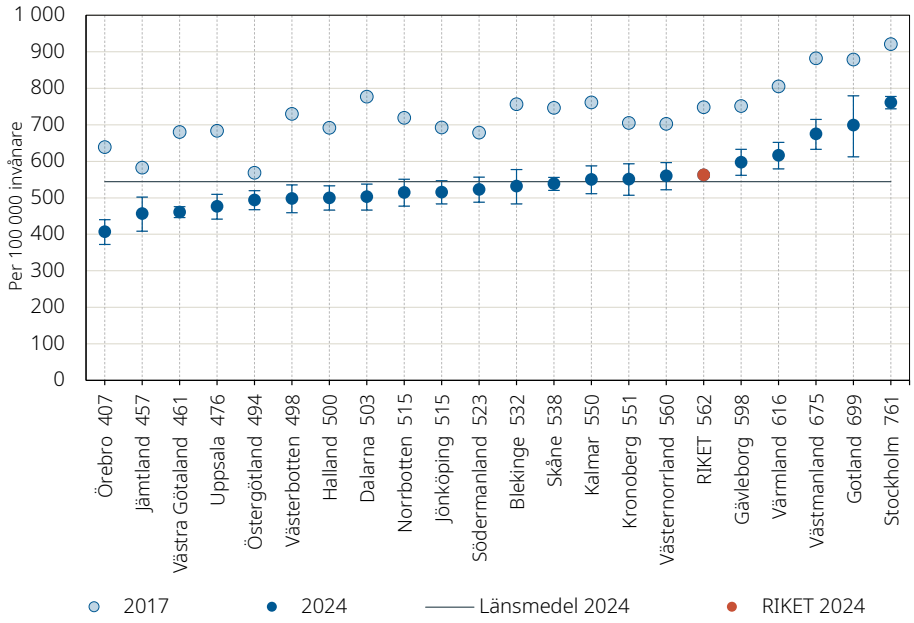
Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

År 2024 var värdet för indikatorn 562 slutenvårdsperioder[19] vid de aktuella diagnoserna per 100 000 invånare (20 år och äldre). År 2013 uppgick motsvarande åldersstandardiserade antal till 817. Med undantag av pandemiåret 2021 har värdet för indikatorn minskat för varje år, vilket är positivt. Män har konsekvent haft ett högre värde än kvinnor, men skillnaden har minskat från 37 procent fler år 2013 till 23 procent fler 2024 (626 för män jämfört med 562 för kvinnor).

[19] 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, slagits samman och räknas som en händelse.

Figur 5. 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.

Det finns geografiska variationer för indikatorns utfall. Lägst är värdet i Örebro län (407 slutenvårdsperioder) och högst i Stockholms län (761 slutenvårdsperioder). Värdet har sjunkit och utvecklingen är därmed positiv i samtliga län.

Påverkbar slutenvård för personer med kommunal hälso- och sjukvård

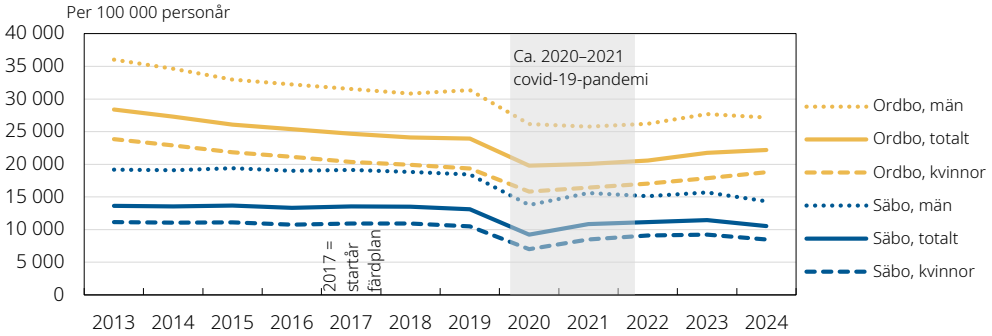
Utöver den indikator för påverkbar slutenvård som Socialstyrelsen valt ut som kärnindikator tillhandahåller vi uppdaterade data för flera liknande men mer specifika indikatorer. Häribland finns indikatorer för två patientgrupper: personer som har diabetes respektive hjärtsvikt. Det finns också en indikator som är specifikt anpassad för att mätas bland äldre personer. Detta mått finns även framtaget för personer med kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt respektive i särskilt boende. Av figur 6 framgår att båda dessa indikatorer visar förbättringar jämfört med 2017. Förekomsten av påverkbar slutenvård per personår[20] är dock högre bland äldre med kommunal hälso-

[20] 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.

och sjukvård i ordinärt boende än i särskilt boende; här syns också en ökning mellan 2022 och 2024.

Figur 6. 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.

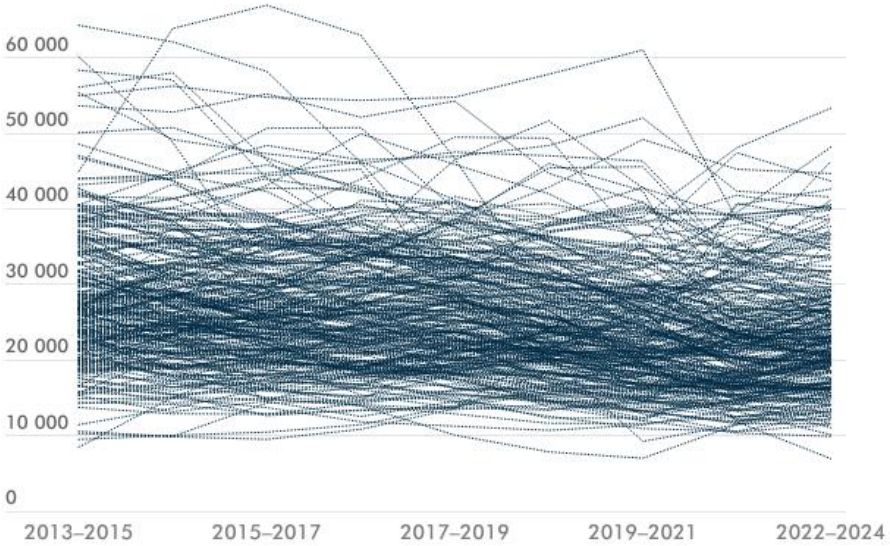


Källa: Patientregistret och Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen.

Av figur 7 framgår hur utvecklingen för måttet som avser ordinärt boende utvecklats i alla Sveriges kommuner[21]. I Socialstyrelsens analysverktyg finns möjlighet att se utvecklingen för dessa mått för enskilda kommuner jämfört med riket eller för alla kommuner i ett län.[22]

Figur 7. Påverkbar slutenvård äldre, ordinärt boende

Antal påverkbara slutenvårdsperioder per 100 000 personår för personer med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende, 65 år eller äldre. Kommuner.



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

[21] Förutom för de kommuner i Stockholms län där ansvaret för all hälso- och sjukvård i ordinärt boende fortsatt är regionens ansvar.
[22] Socialstyrelsens analysverktyg: https://dataanalys.socialstyrelsen.se/superset/dashboard/GONV_Oversikt/?expand_filters=0 (besökt 2025-06-11).

Förändrade arbetssätt för målgrupper med stort behov av insatser

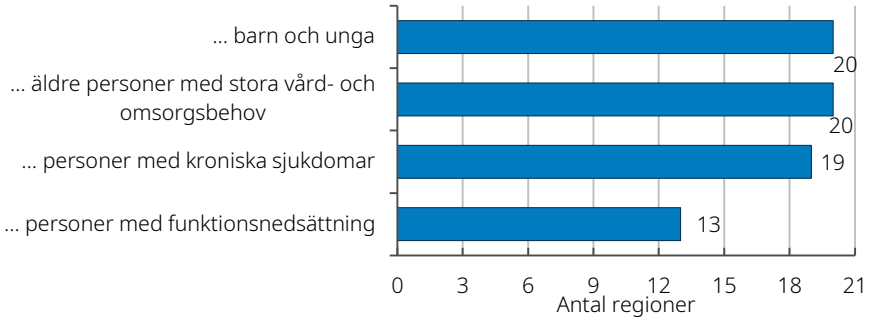
I förra årets uppföljning ställdes frågan om regioner och kommuner i arbetet med omställningen till en god och nära vård haft ett specifikt fokus på någon målgrupp under 2023. I årets uppföljning har vi ställt frågan om arbetssätt i regioner och kommuner ändrats sedan starten av omställningen kring grupper med stort behov av insatser: barn och unga, äldre personer med stora vård- och omsorgsbehov, personer med kroniska sjukdomar och personer med funktionsnedsättning. Vidare har regionerna och kommunerna fått beskriva förändringar i arbetssätt kopplat till respektive målgrupp. Vissa av insatserna kopplade till målgrupperna återkommer i andra kapitel och kommer därför att redovisas där och inte i detta kapitel.

Majoriteten av regioner och kommuner har ändrat arbetssätt

I figur 8 kan vi se att 20 av 21 regioner anger att de ändrat arbetssätt sedan starten för omställningen för målgrupperna barn och unga samt äldre personer med stora vård- och omsorgsbehov. Det är 19 av 21 regioner som anger att de ändrat arbetssätt för personer med kroniska sjukdomar samt 13 av 21 regioner som anger att de gjort det för personer med funktionsnedsättning.

Figur 8. Regioner som ändrat arbetssätt

Antal regioner som ändrat arbetssätt sedan starten av omställningen mot en god och nära vård (cirka 2019) för…

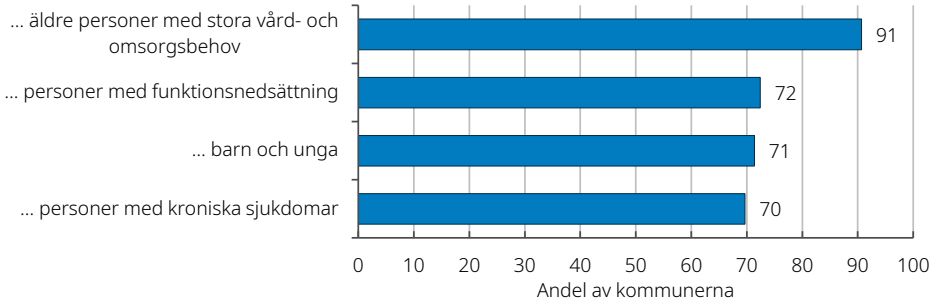


Källa: Regionernas redovisningar av insatser inom god och nära vård 2024.

En stor andel av kommunerna anger att de ändrat arbetssätt sedan starten på omställningen mot en god och nära vård sedan 2019. Som figur 9 visar har störst andel kommuner, 91 procent, ändrat arbetssätt för målgruppen äldre med funktionsnedsättning, personer med kroniska sjukdomar och barn och unga är andelen kommuner som uppger att de ändrat arbetssätt omkring 70 procent.

Figur 9. Kommuner som ändrat arbetssätt

Andel av kommunerna som ändrat arbetssätt sedan starten av omställningen mot en god och nära vård (cirka 2019) för…



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

En väg in-mottagningar har införts för att nå barn och unga

Flera regioner redovisar att de startat en samordnad ingång för barn och unga med psykisk ohälsa, En väg in (EVI). EVI innebär ett regiongemensamt kontaktcenter eller mottagarfunktion som arbetar med rådgivning till invånare och triagering av patienter till bup och första linjen [7, 8]. Enligt Socialstyrelsen utvärdering av arbetssättet EVI hade 14 regioner etablerat EVI-verksamheter 2024 [9].

Exempel på arbetssätt som flera regioner och kommuner lyfter har förändrats sedan starten på omställningen för målgruppen barn och unga är att lokala samverkansavtal har tagits fram. De beskrivs ha lett till bättre samverkan kring grupper och individer och till olika former av samverkansgrupper mellan kommun och region, exempelvis via SIP (samordnad individuell plan). Flera kommuner menar att omställningen till den nya socialtjänstlagen, som träder i kraft den 1 juli 2025, har påverkat omställningen till god och nära vård positivt genom utveckling av gemensamma beröringspunkter med regionerna. En sådan gemensam beröringspunkt är tidiga förebyggande insatser för barn och unga. Inom detta område har kommuner och regioner samverkat till exempel med tidiga förebyggande insatser genom HLT-team[23] som startats upp och inkluderar olika aktörer som förskola/skola, elevhälsa, socialtjänst, hälsocentral och mödra- och barnhälsovård.

I fördjupningsstudien som genomförts inom ramen för uppdraget uppger flera intervjupersoner inom Region Skåne att alla målgrupper är inkluderade i omställningsarbetet, men att ett särskilt fokus på senare tid har legat på

[23] Hälsa, lärande och trygghet (HLT) är en samverkansmodell för tidigt stöd till barn 0–16 år och deras familjer, som utgör en del av första linjen för psykisk hälsa. Syftet är att barn och deras familjer ska få ett tidigt och samordnat stöd för att undvika mer omfattande svårigheter senare i livet, se Socialstyrelsens webbplats https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/barn-och-unga/unga-som-begar-brott/exempel-brottsforebyggande-metoder/hlt-modellen-halsa-larande-trygghet/, hämtad 2025-05-13.

barn och unga samt psykisk ohälsa. Ett exempel på arbete för målgruppen barn och unga är en satsning inom Vårdsamverkan där en samverkansstruktur utvecklas. En utmaning som kommunerna lyfter fram är svårigheten att få till en samverkan mellan socialtjänst och skola och/eller elevhälsa, eftersom dessa ofta tillhör olika nämnder. Detta försvårar i sin tur ytterligare arbetet med att koordinera insatser för barn och unga.

Införandet av fler äldremottagningar och ökat teamarbete kring målgruppen äldre

När det gäller arbetet med äldre personer med stora vårdbehov redovisar flera regioner att de infört äldremottagningar på hälso- och vårdcentralerna och mobila team, exempelvis inom närsjukvården. Många regioner beskriver arbetssätt för att främja och förbättra samverkan. Det har exempelvis handlat om samverkan kring demensteam, läkarstöd, utskrivningsprocessen och arbetssätt för att stärka informationsöverföringen mellan regional primär- och slutenvård och den kommunala primärvården bland annat genom bättre vård- och omsorgsplanering. Även i fördjupningsstudien [10] nämns äldremottagningar av bland annat intervjupersoner i Östergötlands län; dessa mottagningar finns idag på de allra flesta hälso- och vårdcentraler i regionen. Etableringen av mottagningarna är ett sätt att möta det ökande vårdbehovet hos en åldrande befolkning.

Kommunernas arbetssätt kring äldre med stora vård- och omsorgsbehov beskrivs i redovisningarna ha ändrats sedan starten på omställningen mot en god och nära vård 2019. Många kommuner redovisar att samverkan mellan den regionala primärvården och kommunens hälso- och sjukvård och omsorg har förbättrats och att införande och utveckling av personcentrerad vård ökat. Kommunerna bedriver också mer avancerad vård i hemmet som kräver planering och samverkan mellan kommun och region. Omfattningen och användningen av SIP har ökat. Kommunerna redovisar även ökat teamarbete, exempelvis tvärprofessionella team. Några kommuner beskriver att de fått en bättre helhetsbild kring äldre med stora vård- och omsorgsbehov på grund av ökad tvärprofessionell samverkan inom verksamheten. Intervjupersonerna från kommunerna i Skåne län betonar i fördjupningsstudien att äldreomsorgen fortsatt är prioriterad, med särskild tonvikt på äldre multisjuka.

Distansmonitorering och fasta vård- och omsorgskontakter för personer med kroniska sjukdomar

Flera regioner redovisar att de gentemot personer med kroniska sjukdomar arbetar med fast vårdkontakt och fast läkarkontakt samt distansmonitorering, det vill säga att patienter själva kan övervaka sina värden hemifrån med hjälp av digital teknik. Det kan exempelvis innebära att mäta blodtryck,

syresättning av blodet och blodsocker. Ett antal regioner nämner olika personcentrerade arbetssätt, såsom dokumenterad överenskommelse (tidigare kallat patientkontrakt) och samordnat omhändertagande, vid flera kroniska diagnoser.

Kommunerna beskriver hur arbetssätten ändrats sedan starten på omställningen mot en god och nära vård för personer med kroniska sjukdomar. Många av de förändrade arbetssätten som beskrivits för äldre personer med stora vård- och omsorgsbehov gäller även för personer med kroniska sjukdomar, menar några kommuner. Exempel på förändrade arbetssätt är att personcentreringen för målgruppen har utvecklats; bland annat har fast omsorgskontakt och fast läkarkontakt införts. Många av kommunerna beskriver att deras arbetssätt för personer med kroniska sjukdomar har förbättrats genom stärkt samverkan mellan kommun och region, exempelvis genom vårdplaner, SIP, gemensamma kompetenssatsningar och förbättrade processer för hemgång från hälso- och sjukvården. En kommun beskriver att de startat utbildning och kompetenshöjande insatser för att hantera kroniska sjukdomar, vilket beskrivs ha förbättrat både kommunens och regionens förmåga att ge god vård.

Uppstart av SMO-mottagningar för personer med funktionsnedsättning

Exempel från några regioner på insatser för personer med funktionsnedsättning är att regionerna arbetar med eller har tagit beslut om att starta upp mottagningar för samordnat medicinskt omhändertagande för vuxna personer med funktionsnedsättning (SMO-mottagningar). Region Västerbotten beskriver införande av PRIMO-mottagningar[24] i primärvården för personer med funktionsnedsättning.

En förändring som lyfts inom flera kommuner är införande av specialiserade sjuksköterskor för målgruppen personer med funktionsnedsättning, och ökad brukarsamverkan exempelvis genom samverkansmöten, brukarråd och förbättrade genomförandeplaner. Andra exempel på förändrade arbetssätt är förbättrad samverkan mellan kommun och region, exempelvis när det gäller utskrivning från hälso- och sjukvården och vid övergången från barnsjukvård till vuxensjukvård för barn- och ungdomshabiliteringens målgrupp.

[24] PRIMO står för ”primärvårdens medicinska omhändertagande”.

Utveckling av kostnader för primärvård, ökade resurser men inte mer än för andra delar av hälso- och sjukvården

Med målbilden att primärvården ska vara navet för hälso- och sjukvården är det rimligt att resurserna och kostnaderna för regionernas primärvård skulle kunna tillåtas att öka mer än för den övriga, specialiserade hälso- och sjukvården.[25]

Kostnaderna per invånare för regionernas primärvård visar också på en viss ökning i fasta priser[26]; sedan 2017 motsvarar det knappt 500 kronor mer per invånare med 2024 års prisnivå (figur 10). För 2024 ses dock en tydlig minskning, den största för hela den redovisade perioden. För primärvårdens kostnadsandel av den sjukvård som regionerna ansvarar för ses ingen ökning för perioden 2017–2024 (figur 11). Siffror där även kostnader för kommunal hälso- och sjukvård kan läggas till primärvården har en viss eftersläpning, men under perioden 2017–2023 ses ingen nämnvärd skillnad mellan åren vad gäller andelen primärvård när kommunernas kostnader inkluderas (figur 12).

Av de mått som beskriver kostnader per invånare 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*[27] eller bara *kostnader* [11]. Ett annat vanligen använt kostnadsslag är *nettokostnader* och till nettokostnaderna räknas enbart de kostnader som kommunen eller regionen själva ska finansiera. En viktig skillnad är att kostnader som finansieras med riktade statsbidrag ingår i kostnader för det egna åtagandet men inte i nettokostnader; det gäller bland annat de statsbidrag som ingår i överenskommelserna mellan staten och SKR för omställningen till god och nära vård.[28]

Utvecklingen ser olika ut för dessa kostnadsslag, och båda typer av kostnader kan vara viktiga att följa med avseende på god och nära vård.

---

[25] Men detta kan behövas vägas mot andra behov i hälso- och sjukvårdssystemet som kan behöva prioriteras eller att primärvårdens innehåll kan ha förändrats exempelvis genom ändrade arbetssätt som leder till effektivisering.

[26] 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.

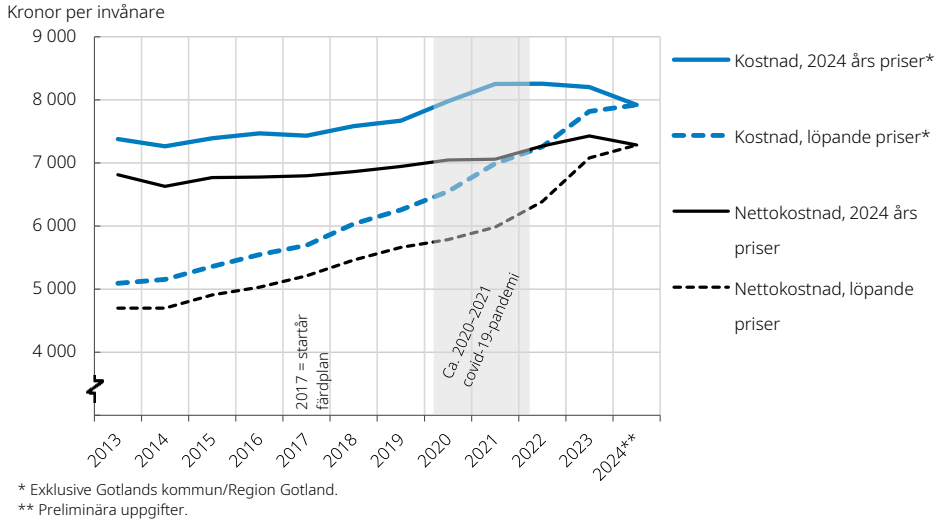
[27] Kostnader för det egna åtagandet är den verksamhet som regionen/kommunen definierat som sin och som riktar sig till den egna befolkningen. Kostnadsbegreppet räknas automatiskt fram genom att från bruttokostnaden dra bort interna intäkter (försäljning av verksamhet inom den egna regionen/kommunen) och försäljning av verksamhet till andra regioner och kommuner.

[28] Om redovisning av statsbidrag och klassificering av överenskommelsernas statsbidrag: https://skr.se/skr/ekonomijuridik/ekonomi/prognoserplaneringbudget/statsbidrag.1403.html. (Besökt 2025-06-13)

Trots att det inte är möjligt i publicerad statistik att följa olika typer av finansiering för verksamhetsuppdelade kostnader såsom primärvård, antas skillnaden i utveckling mellan nettokostnader och kostnader för det egna åtagandet för regionernas primärvård, som presenteras i figur 10, till stor del bero på riktade statsbidrag. För åren 2020 och 2021 ses en tydlig ökning av de prisjusterade kostnaderna för det egna åtagandet. När denna ökning avstannar ses istället en viss ökning av de prisjusterade nettokostnaderna. För perioden 2017–2024 har de löpande kostnaderna oavsett kostnadsslag ökat med drygt 2 000 kronor per invånare i fasta priser; med 2024 års prisnivå är ökningen knappt 500 kronor. Kostnaderna för regionernas primärvård har också ökat i snabbare takt än den svenska ekonomin i sin helhet under perioden 2017–2024.[29]

Figur 10. Kostnader och nettokostnader för regionernas primärvård

Kostnader för det egna åtagandet respektive nettokostnader för regionernas primärvård. Kronor per invånare, 2024 års prisnivå enligt LPIK samt löpande priser.



* Exklusive Gotlands kommun/Region Gotland.
** Preliminära uppgifter.

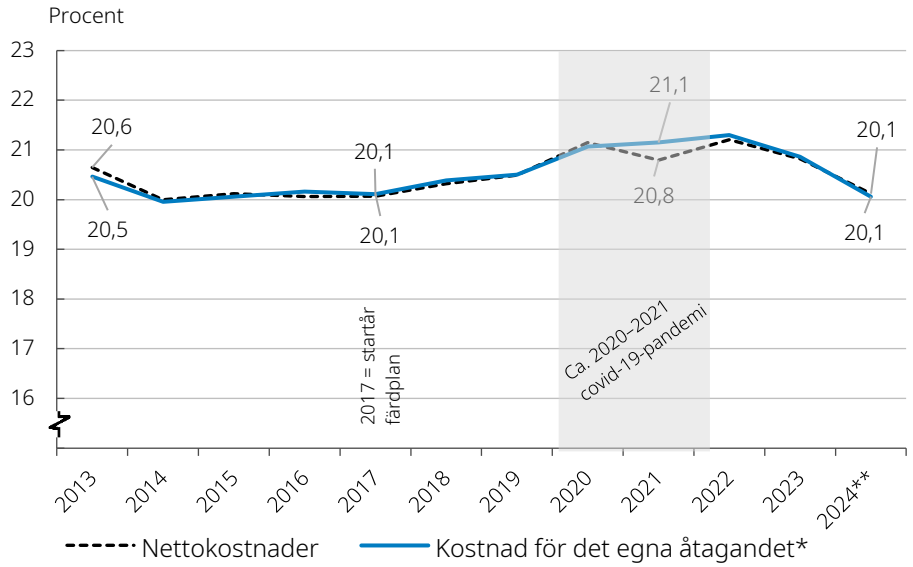
Källa: Statistikdatabasen, Statistiska Centralbyrån. Kvalitetsjusterat Landstingsprisindex (LPIK), Sveriges Kommuner och Regioner. Beräkningar av Socialstyrelsen.

Av figur 11 framgår att andelen av regionernas totala hälso- och sjukvårdskostnader som utgörs av primärvård minskade mellan 2013 och 2017. Från 2017 kan en viss ökning ses fram till 2022. För 2023 och särskilt 2024 ses en tydlig nedgång av kostnadsandelen till nivån 2017.

[29] Här avses nettokostnader för primärvård i regionernas räkenskapssammandrag i förhållande till BNP till marknadspris i nationalräkenskaperna. Källa till grunduppgifterna är SCB:s statistikdatabas: https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__NR/

Figur 11. Andel primärvård av regionernas hälso- och sjukvård

Andel av regionernas totala hälso- och sjukvårdskostnader som utgörs av primärvård.



* Exklusive Gotlands kommun/Region Gotland.
** Preliminära uppgifter.

Källa: Statistikdatabasen, Statistiska Centralbyrån. Beräkningar av Socialstyrelsen.

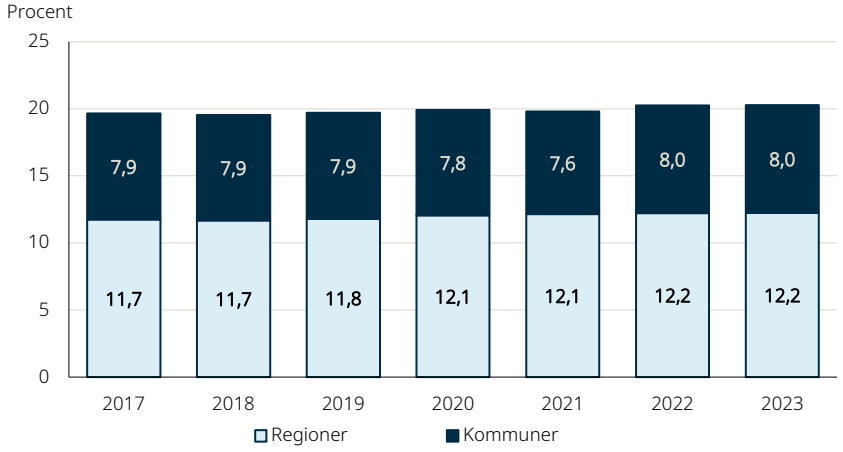
Att andelen primärvård som regionerna ansvarar för i princip är oförändrad sedan 2017 skulle kunna hänga samman med att kostnadsutvecklingen istället främst varit högre i den del av primärvården som består av kommunal hälso- och sjukvård. I de hälsoräkenskaper[30] som SCB sammanställer ingår schablonberäkningar[31] av kostnaderna för kommunernas hälso- och sjukvård på nationell nivå. Även om de beräknade kostnaderna för kommunal hälso- och sjukvård har ökat per invånare i fasta priser, går det inte att se att kommunal hälso- och sjukvård ökat snabbare än andra delar av sjukvården eller regionernas primärvård. Andelen primärvård, när regionernas primärvård och kommunal hälso- och sjukvård räknas samman, ökar endast marginellt 2017–2023 (figur 12). Om något så bidrar regionerna mer än kommunerna till den marginella ökningen av andelen primärvård, enligt SCB:s beräkningar av kostnaderna i hälsoräkenskaperna.

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

[31] 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 12. Kostnadsandel primärvård, kommuner och regioner

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



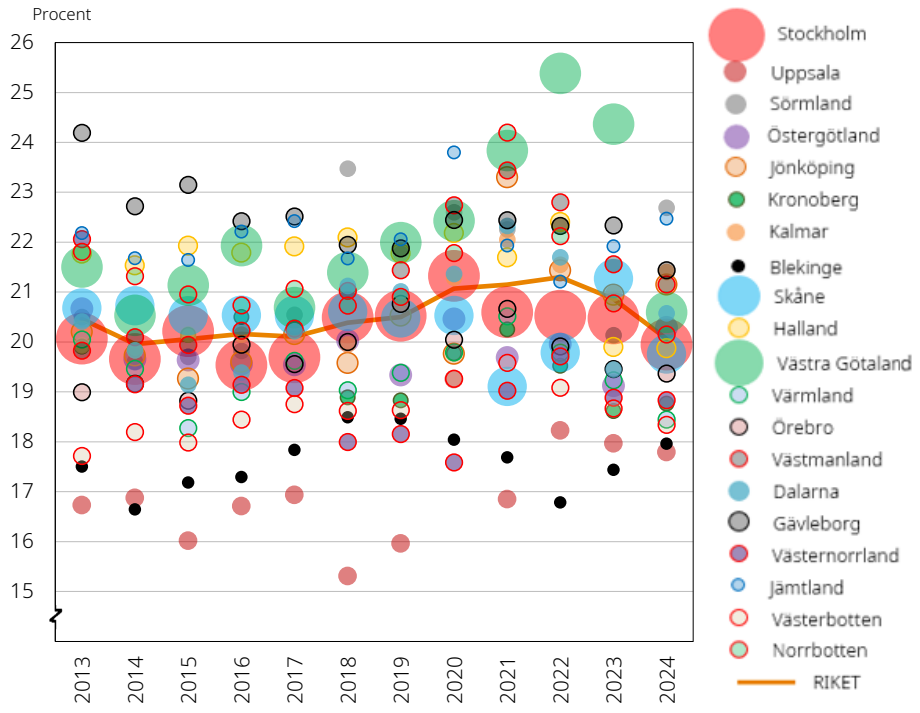
* För regioner avses den verksamhet som redovisas som primärvård i regionernas räkenskapssammandrag. För kommunerna avses den verksamhet som lyder under hälso- och sjukvårdslagen – merparten inom omsorg om äldre och personer med funktionsnedsättning men även exempelvis delar av elevhälsans verksamhet.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

Källa: Hälsoräkenskaper, Statistiska Centralbyrån. Beräkningar av Socialstyrelsen.

Av figur 13 framgår hur stor kostnadsandelen för primärvård är i olika regioner och hur den har utvecklats över tid. Andelen primärvård av de totala kostnaderna varierade mellan 17,8 och 22,7 procent 2024, vilket är den minsta variationsvidden för hela perioden 2013–2024. I figuren framgår att de tre största regionerna alla minskade sin andel 2024 vilket har stor påverkan på rikets värde. Totalt sett minskade kostnadsandelen i 8 av 20 regioner 2024 jämfört med 2023. I jämförelse med 2017, och även 2013, har kostnadsandelen minskat i hälften av regionerna.

Figur 13. Andel primärvård av regionernas hälso- och sjukvårdskostnad

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 för primärvård och ingår därför inte i figuren separat eller i värdena för RIKET).



Källa: Statistikdatabasen, SCB. Beräkningar av Socialstyrelsen.

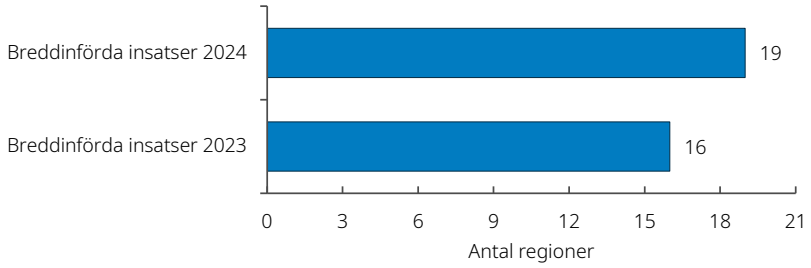
Många regioner har breddinfört projektinsatser

För att analysera insatsernas långsiktiga effekt är det av värde att undersöka om projektinsatser har blivit en permanent del av verksamheten. Tidigare uppföljningar har visat att relativt många av de insatser som redovisas av regioner och kommuner är utvecklingsprojekt, så kallade pilotstudier eller liknande som ofta verkar drivas i projektform utanför den reguljära verksamheten. Det kan handla om att inom en begränsad del av verksamheten testa nya arbetssätt, exempelvis mobila team, distansmonitorering eller hälsofrämjande och förebyggande insatser.

Nästan alla regioner (19 av 21) uppger att de under 2024 har breddinfört insatser som tidigare bedrivits i projektform. Det är något fler än 2023 då 16 av 21 regioner angav att de breddinfört insatser.

Figur 14. Breddinförda insatser

Antal regioner som anger att de breddinfört insatser 2024 samt 2023.



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

Regioner och kommuner har också fått ange exempel på breddinförda insatser under 2024. Redovisningarna visar på en stor mängd insatser som breddinförts inom många olika verksamhetsområden. Det gäller inte minst kommunernas redovisningar. Kommunerna beskriver många olika typer av insatser med olika typer av breddinförande. Utmärkande för 2024 års redovisning är breddinförande av välfärdsteknologiska lösningar som sensorlarm för att minska fallolyckor, och läkemedelsautomater. Vidare beskriver flera kommuner breddinförande av Trygg hemgång och Fast omsorgskontakt.

Många regioner och kommuner anger att de breddinfört samverkansinsatser. Det kan exempelvis vara olika former av team och mobila team som bemannas med olika professioner från samma huvudman. Det kan också vara team där professioner från både regionen och kommunen ingår och samverkar. Det kan även vara team med ett specifikt fokus på en diagnos, målgrupp eller funktion, till exempel demensteam, geriatriska team, psykiatriteam, Trygg hemgång-team, sårteam och mobila närsjukvårdsteam.

Utmärkande för de insatser som breddinförts är att de oftast utvärderats eller följts upp på något sätt med goda resultat. Exempel på detta är äldremottagningar som utvärderats av regionerna med goda resultat när det kommer till ökad delaktighet och kontinuitet.[32] Både Region Uppsala och Region Östergötland redovisar att det nu finns etablerade äldremottagningar på alla deras hälso- och vårdcentraler.

Det är utifrån redovisningarna svårt att dra säkra slutsatser om vad ett breddinförande innebär i praktiken. Vissa redovisningar beskriver att alla invånare nu får del av insatsen eller att den införts på samtliga offentliga hälso- och vårdcentraler, medan andra beskriver arbetssätt som införts på ett sjukhus.

[32] Se bland annat: *Uppföljning av omställningen till en Effektiv och Nära Vård i Uppsala län.* Region Uppsala; 2023.

Fortsatt stort fokus på uppföljningar och utvärderingar av omställningen

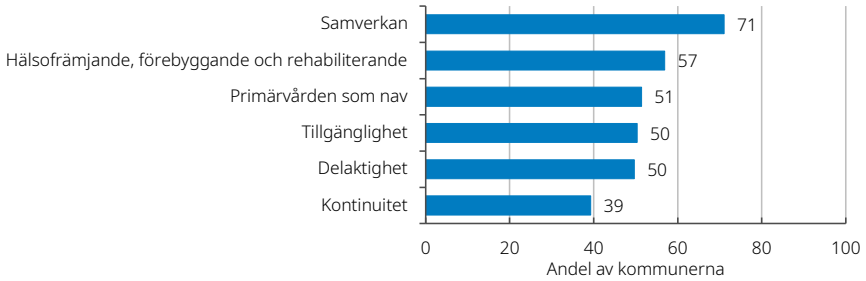
Regionernas och kommunernas redovisningar visar att de fortsatt lägger stor vikt vid att följa upp och utvärdera sitt arbete. Totalt 16 av landets 21 regioner har tillsammans med kommunerna i länet tagit fram indikatorer eller nyckeltal för att följa utvecklingen i omställningen.

Flera regioner arbetar systematiskt med Koladas temaområden för nära vård [12]. I Region Gävleborg genomförs uppföljningen av Samhällsmedicin Gävleborg som löpande följer och sammanställer de indikatorer som Kolada presenterar i temaområdena för nära vård. Årligen genomförs en analys av status på länsnivå. Några regioner kopplar uppföljningen till SKR:s fokusområden ”Från reaktiv till proaktiv och hälsofrämjande” och ”Från fokus på organisation till fokus på person och relation”.

I årets enkät har regioner och kommuner fått ange inom vilka målområden de har gjort övergripande uppföljningar eller utvärderingar, vilket redovisas i figur 15 och 16. Där kan vi se att det målområde som både regioner och kommuner uppgett att de följt upp i störst utsträckning är samverkan. Regionerna har främst följt upp insatser inom tillgänglighet och kontinuitet. Kommunerna har efter samverkan främst följt upp hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatser.

Figur 15. Övergripande uppföljning eller utvärdering, kommuner

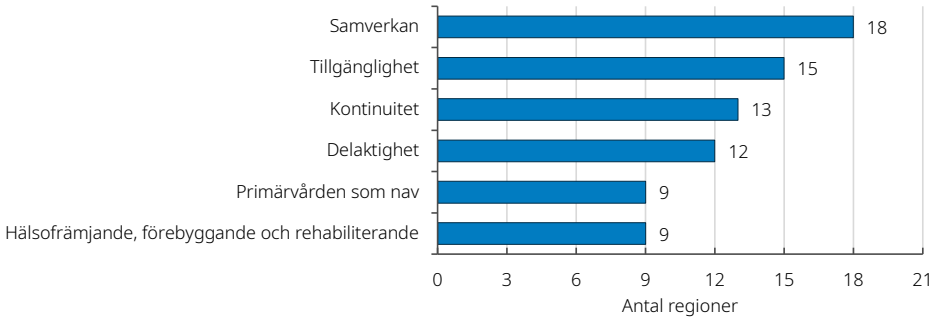
Andel kommuner som genomfört någon övergripande uppföljning/utvärdering utifrån målen med omställningen (ensam eller tillsammans med regionen).



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

Figur 16. Övergripande uppföljning eller utvärdering, regioner

Antal regioner som anger att de genomfört övergripande uppföljning/utvärdering under 2024 för respektive mål för omställningen.



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

En närmare granskning av kommunernas redovisningar visar att uppföljningarna främst rör enskilda insatser. Det är också svårt att urskilja på vilket sätt de olika målområdena följs upp. Det är en mängd insatser som beskrivs, exempelvis teaminsatser, åtgärder för att motverka ofrivillig ensamhet, och fallförebyggande arbete.

Flera kommuner beskriver att de gör verksamhetsnära uppföljningar. Det kan till exempel handla om regelbundna möten mellan olika yrkesgrupper inom kommunen och hälso- och vårdcentralen. Dessa möten beskrivs leda till justeringar och prioriteringar i exempelvis pågående samverkansuppdrag. Det är få kommuner som följer upp arbetet på en övergripande systemnivå. När sådan uppföljning har skett, har den oftast gjorts tillsammans med regionen. Regionernas uppföljningar och utvärderingar visar också på en bredd. Det är både uppföljningar av avtal och enskilda insatser men även utvärderingar av omställningen på en mer aggregerad nivå.

Redovisningen visar att flertalet regioner (16 av 21) genomfört uppföljningar med syfte att analysera hur insatserna påverkat inskrivningar i slutenvården. Det framgår att dessa uppföljningar ofta genomförs i samverkan mellan region och kommun (ibland med stöd av RSS-strukturen). Enligt redovisningarna ger en gemensam samverkansstruktur större möjligheter att kontinuerligt kunna följa olika insatsers påverkan på slutensvårdsinskrivningar. Liksom vid förra årets uppföljning är det gemensamma teamarbetesinsatser som regioner och kommuner genomfört som följts upp och som visat på effekter gällande inskrivningar i slutenvård. Bland annat beskriver Region Värmland en uppföljning av de mobila resursteamen som visar att inskrivningar i slutenvården minskat med 65 procent.

Förra årets uppföljning visade att flertalet regioner (17 av 21) följt upp eller utvärderat insatser som genomförts i syfte att stärka ambulanssjukvården 2023. I årets redovisning är det 14 regioner som uppger att de genomfört sådana uppföljningar eller utvärderingar. Av de regioner som uppger att de

inte genomfört någon sådan uppföljning eller utvärdering under 2024 hade 5 genomfört en under 2023.

Möjligheter och utmaningar kopplat till arbetet med uppföljning och utvärdering

Den fördjupningsstudie som genomförts i tre län , se också avsnitt *Lärande från tre län,* pekar på både möjligheter och utmaningar kopplat till arbetet med uppföljning [10].

Att arbeta med uppföljning och med hjälp av data visualisera resultatet av olika initiativ som genomförs i linje med målen för nära vård beskrivs som en framgångsfaktor för omställningsarbetet. Samtidigt visar fördjupningsstudien att uppföljning är en utmaning för länet och regionen samt bland kommuner. För att veta om huvudmännen – var för sig och tillsammans – är på rätt väg är de flesta intervjupersoner överens om att uppföljningen på systemnivå behöver utvecklas och stärkas. Uppföljning och utvärdering beskrivs även som svårt och lite av ”ett dåligt samvete”. Intervjupersonerna anser att det är svårt att följa upp och utvärdera omställningen till en god och nära vård på grund av att mål och syfte med omställningen beskrivs vara otydliga. En konsekvens av otydliga mål och syfte är enligt intervjupersonerna att uppföljningen blir i form av att boka av aktiviteter snarare än att följa upp och utvärdera mot ett mål.

I sammanhanget lyfts också en annan central förutsättning och möjlighet fram som handlar om att dela data med varandra, mellan förvaltningar och mellan huvudmän. Genom att dela data ges en bättre och mer konkret bild av exempelvis efterfrågan på insatser, vårdköer och kostnader, för att man i nästa steg ska kunna förstå och utveckla processerna i enlighet med målsättningarna för en nära vård. Någon intervjuperson beskriver också de indikatorer som följs upp som ”fluffiga” och saknar en direkt medicinsk koppling. För att lyckas med breddinförande av arbetet med god och nära vård betonas betydelsen av att kunna påvisa positiva medicinska utfall.

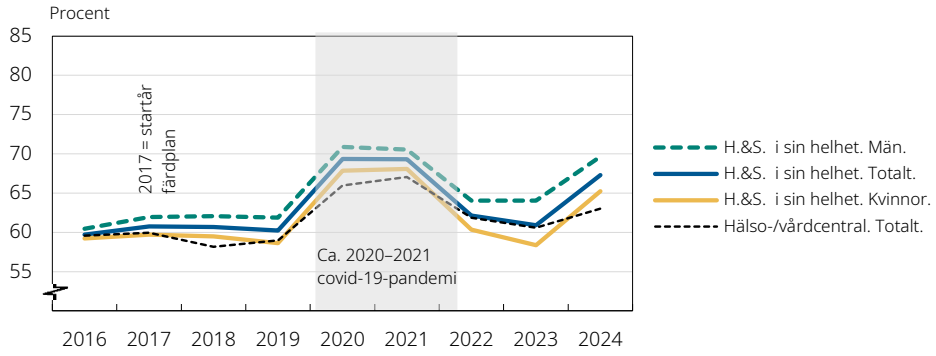
Förtroendet för hälso- och sjukvården ökar

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 mål 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 mot en god och nära vård.

Figur 17. 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 i sin egen region respektive vid hälso-/vårdcentraler.

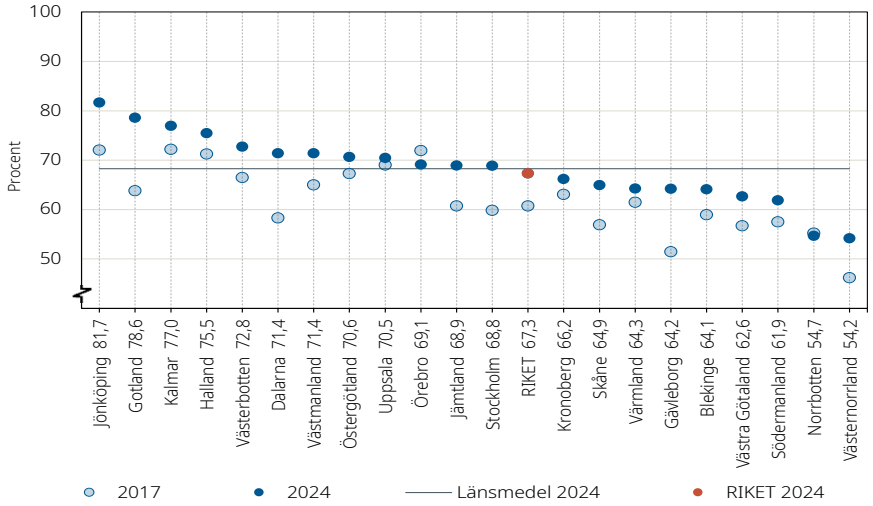


Källa: Hälso- och sjukvårdbarometern, Sveriges Kommuner och Regioner.

Av de svarande på hälso- och sjukvårdsbarometern 2024 har 67 procent ett stort eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvården i dess helhet i sin egen region. Något färre, 63 procent av invånarna, har stort eller mycket stort förtroende för hälso- och vårdcentraler i regionen där de bor. Kvinnor har i genomsnitt något lägre förtroende för hälso- och sjukvården än vad män har. Samma mönster att män har större förtroende för vården än kvinnor ses internationellt [13]. Förtroendet för såväl hälso- och sjukvården i dess helhet som för hälso- och vårdcentraler ökade under pandemin, för att sedan sjunka tillbaka igen. Från 2023 till 2024 ökade dock andelen med stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården från 61 till 67 procent; förtroendet för hälso-/vårdcentraler ökade inte lika mycket. Det är viktigt att tilliten till primärvården stärks så att personer inte avstår från att söka vård inom primärvården när det är den lämpligaste vårdnivån.

Figur 18. 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 82 procent svarar att de har stort eller mycket stort förtroende) och lägst är förtroendet i Västernorrland (där 54 procent svarar att de har stort eller mycket stort förtroende). I nästan samtliga regioner har förtroendet ökat jämfört med 2017. När det gäller förtroendet för hälso- och vårdcentraler visar 14 av 21 regioner på en förbättring mellan 2017 och 2024.[33]

[33] Socialstyrelsens analysverktyg: https://dataanalys.socialstyrelsen.se/superset/dashboard/G012_Fortroende_VC/ (Besökt 2025-06-26)

Styrning och ledning

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. Vidare beskrivs de insatser som genomförts för att stärka förutsättningarna för vårdens medarbetare. I kapitlet beskrivs även slutsatser från fördjupningsstudien i tre län där fokus varit att undersöka utmaningar och framgångsfaktorer kopplat till styrning och ledning av omställningen till en god och nära vård.

Huvudsakliga resultat

- Det finns inga större skillnader på en strategisk eller övergripande nivå i arbetet i jämförelse med förra årets uppföljning.
- Flera regioner och kommuner redovisar olika insatser på verksamhetsnivå som indikerar en viss förflyttning.
- Uppföljningen visar att det är fortsatt ett stort fokus aktiviteter och projekt och att det finns en avsaknad av helhetssyn hur omställningen ska drivas.
- Samtliga regioner har handlingsplaner för arbetet med god och nära vård, men det är svårt att bedöma om handlingsplanerna utgör tillräckliga styrmedel för omställningen.
- Försämrade ekonomiska förutsättningar för kommuner och regioner har lett till att arbete med omställningen prioriterats ned. Endast en tredjedel av regionerna budgeterade mer till primärvården 2024 än 2023.
- Många kommuner har kopplat ihop arbetet med omställningen till en god och nära vård med omställningen av socialtjänsten till följd av den nya socialtjänstlagen som trädde i kraft den 1 juli 2025. Den omställningen upplevs ge dragkraft till arbetet med god och nära vård, framför allt utifrån kommunernas perspektiv.
- Den regionala samverkans- och stödstrukturen (RSS) ses av intervjupersonerna i fördjupningsstudien som en viktig funktion för samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst, mellan nationell nivå och region och kommuner, och mellan kommunerna i länet.
- Det finns ett gap i styrningen mellan strategisk och operativ nivå. Den främsta utmaningen beskrivs av regioner och kommuner vara att lyfta frågorna till en strategisk och sammanhållen nivå för att få till en gemensam förflyttning i hela styrkedjan. Det framkommer även att processledare i verksamheterna ses som viktiga för att driva förändringsarbetet med omställningen men saknar officiellt mandat.
- Det saknas en gemensam förståelse och kunskap om vad omställningen till en god och nära vård innebär och vad syftet är med den vilket försvårar arbetet.
- Fler än hälften av regionerna har genomfört insatser för att stärka kompetensförsörjningen, exempelvis genom karriärmodeller, handledarutbildningar och fler utbildningsplatser. Kommunerna har satsat på kompetensutveckling, bland annat vidareutbildning av sjuksköterskor. Många har även förbättrat arbetsmiljön genom ökad bemanning,

förbättrad schemaläggning och teambaserade arbetssätt. Flera regioner och kommuner har minskat användningen av inhyrd bemanning, vilket främjar kontinuitet och kvalitet i vård och omsorg.
- Att säkra involvering av privata aktörer i omställningen är en utmaning. Fördjupningsstudien visar att privata utförare sällan är med i det utvecklingsarbete som sker i riktning mot god och nära vård, utan kliver på först när initiativ breddinförs och inkluderas i det formella uppdraget.

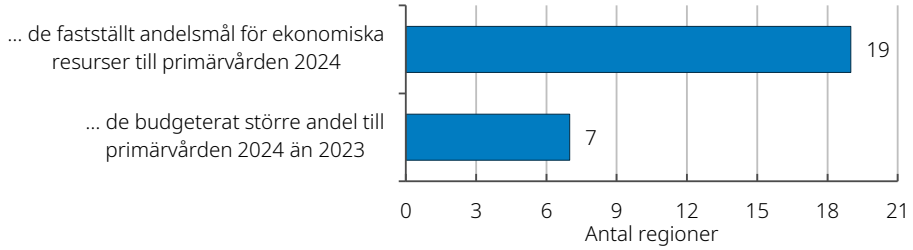
Styrning av primärvården i regionerna

En viktig del av omställningen till en god och nära vård är att det som med fördel kan göras i öppna vårdformer ska genomföras där. Detta för att erbjuda en mer personcentrerad vård och för att vården på sjukhus och inom slutenvård ska kunna fokusera på det de gör bäst. Detta förutsätter en stärkt primärvård [3]. För att arbeta mot detta finns det olika tillvägagångssätt, exempelvis att tillföra mer ekonomiska medel eller att ändra arbetssätt.

Få regioner har budgeterat mer 2024 än 2023 till primärvården

Som framgår av figur 19 nedan är det 19 av 21 regioner som angett att de fastställt andelsmål för ekonomiska resurser till primärvården 2024. Det är 7 av 21 regioner som uppgett att de budgeterat större andel till primärvården 2024 än 2023. Däremot redovisar regionerna många andra olika typer av insatser för omställningen att göra primärvården till nav.

Figur 19. Antal regioner som angett att ...



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

Försök till effektivisering av arbetssätt genom många olika insatser pågår

Exempel på detta är att arbete pågår i flera regioner för att identifiera ineffektiva metoder och minska så kallad lågvärdevård[34]. Förbättrad kontinuitet i relationen mellan patient och läkare har lyfts som en nyckelfaktor. Kloka kliniska val, kunskapsstyrning och e-tjänster är andra exempel på insatser för effektivisering av arbetssätt. Ett annat exempel på insats som anges är införandet av lokala primärvårdsråd[35] som ett sätt att systematisera förflyttningen från specialiserad vård till primärvård, med koppling till kunskapsstyrning. Byte av vårdinformationssystem är också ett exempel på insats som en del i att effektivisera arbetet som flera regioner uppger.

Under 2024 togs beslut om en ekonomisk satsning på vårdvalet för 2025 i Region Värmland. Uppdraget var att arbeta för ökad tillgänglighet, stärkt medicinskt stöd till den kommunala hälso- och sjukvården, identifiera och prioritera personer med komplexa behov, förbättra sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen, utveckla den medicinska kvaliteten samt samordna olika vård- och stödinsatser för individen. Arbete har under året även pågått för att tydliggöra basuppdraget. Utskick såsom kallelser och fakturor skickas nu till invånarens digitala brevlåda om hen har någon, vilket är både mer ekonomiskt och snabbare än pappersutskick.

Region Dalarna redogör för att de har genomfört en omfattande ekonomisk genomlysning där primärvårdens kostnadsstruktur analyserats på basenhetsnivå för att identifiera besparingsmöjligheter och effektiviseringar. Detta har resulterat i förslag om bland annat minskad användning av hyrpersonal, samordning av verksamheter, begränsning av jourmottagningarnas öppettider samt en översyn av administrativa tjänster och lokalkostnader. Åtgärderna syftar enligt Region Dalarna till att minska primärvårdens kostnadsutveckling och bidra till en ekonomi i balans. Region Gävleborg anger att de har minskat underskottet i den offentligt drivna primärvården under 2024 med cirka 30 miljoner kronor, där utfasningen av inhyrda läkare varit en bidragande faktor, vilket till viss del då bidragit till ett bättre resursutnyttjande i primärvården.

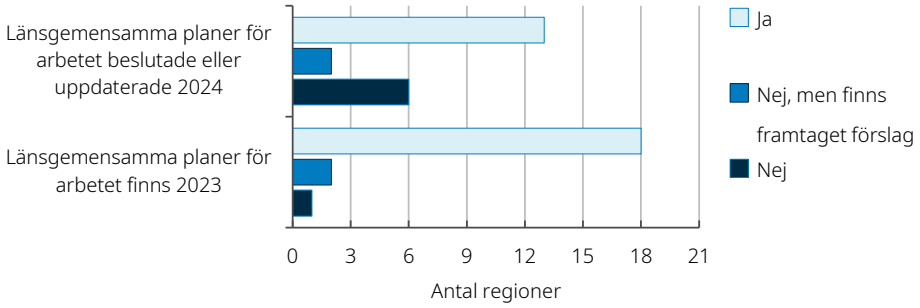
[34] Lågvärdevård definieras som vårdinsatser som är ineffektiva, exempelvis onödig provtagning eller behandling, åtgärder med svag balans mellan risk och nytta eller åtgärder som inte är tillräckligt evidensbaserade. Hämtad 2025-05-12 från https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/omkunskapsstyrning/nyheter/nyheter/lagvardevardfasasutisjukvardsregionstockholmgotland.86292.html

[35] Primärvårdsråd bidrar till helhetssyn och bredd i strukturen för kunskapsstyrning genom att bidra med kompetens ur ett primärvårdsperspektiv. Hämtad 2025-12-14 från: https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/programomradenochsamverkansgrupper/nationellaprogramomraden/nationelltprimarvardsrad.56419.html)

Samtliga regioner har nu en länsgemensam plan

I samtliga regioner finns en länsgemensam plan. Planerna har dock olika namn såsom handlingsplan, färdplan, strategi med mera och har inte heller någon entydig betydelse. Planerna och strategierna är även utformade på olika sätt men de innehåller ofta en beskrivning av målet och syftet med omställningen, prioriterade områden och målgrupper, och organisatoriska lösningar för samverkan och samarbete. Det är exempelvis vanligt att planerna lyfter fram multisjuka äldre, barn och unga, psykisk ohälsa och förebyggande arbete. Även hur konkreta planerna och strategierna är samt hur ofta de uppdateras varierar. En länsgemensam plan för arbetet med omställningen finns i samtliga regioner, men det varierar när planerna är uppdaterade och beslutade, vilket vi kan se i figur 20 nedan.

Figur 20. Antal regioner med länsgemensamma planer, 2024 respektive 2023[36]



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

Antal regioner som anger att de tillsammans med kommunerna har beslutat eller uppdaterat en länsgemensam handlingsplan, strategi, färdplan eller liknande för arbetet med omställningen under 2024 är 13 stycken. Under 2023 hade totalt 18 regioner länsgemensamma planer för arbetet. De regioner som uppgav att de inte hade respektive inte hade men hade ett framtaget förslag för en länsgemensam plan 2023 har uppgett att de nu har en gemensam plan.

Tre exempel på planer från fördjupningsstudien

Fördjupningsstudien [10] visar att regionen och kommunerna i länen har planer som en typ av styrmedel. Region Gävleborgs handlingsplan för god och nära vård består av delmål, aktiviteter och indikatorer för uppföljning

[36] Observera att frågan är något annorlunda ställd 2023 i jämförelse med 2024. År 2023 ställdes frågan om det fanns någon beslutad plan för arbetet medan frågan för 2024 är ställd om de beslutat eller uppdaterat en länsgemensam plan.

och uppdateras årsvis. Det finns några områden som särskilt ska beaktas i handlingsplanen:

- förbättrad kontinuitet inom vård och omsorg för invånare
- förbättrad delaktighet inom vård och omsorg för invånare
- en samordnad plan för individens samtliga vård- och omsorgsinsatser för alla som behöver det, som utgår från individuella behov och som är patientens egen plan.

Själva utvecklingsarbetet ska sedan bedrivas inom respektive organisation och verksamhet och i samarbete mellan organisationer och verksamheter. Intervjupersonerna uppger också att regionen och kommunerna i länet har fått bättre struktur på arbetet under senare år, exempelvis genom att följa upp handlingsplaner genom ABCD-rapporter[37] där genomförda aktiviteter utvärderas och man bedömer om de ska inkluderas i handlingsplanen för nästa år.

Region Skånes länsgemensamma målbild och handlingsplan vilar på tre delar. Det är avtal om ansvarsfördelning och utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne mellan Region Skåne och de skånska kommunerna, den nationella överenskommelsen för god och nära vård samt delar av Region Skånes arbete med nära vård inom Framtidens hälsosystem, där arbete sker gemensamt mellan region och kommuner. De har även beslutat om sex prioriterade arbetsområden:

1. personcentrerat arbets- och förhållningssätt
2. förebyggande och hälsofrämjande insatser
3. kompetenssamverkan
4. gemensamma digitala lösningar
5. barn och ungas hälsa
6. rehabilitering.

I Region Östergötland har man under 2023–2024 arbetat fram *Gemensam plan för primärvård* som antogs i augusti 2024. Planen har integrerats i regionens befintliga gemensamma ledningssystem, och syftet är jämlika förutsättningar i hela länet vid planering av insatser. Planen innebär att Region Östergötland och länets kommuner kommit överens om prioriterade områden som ska leda till ökad resurseffektivitet, god arbetsmiljö och säkerställd kvalitet. I planen presenteras även en modell för primärvården med tre nivåer av samverkan – en strategisk, en taktisk och en operativ nivå. Inom och mellan varje nivå beskrivs målsättningen att ”skapa en samverkanslogik med så kallade ’parhästar’ där kommun- och

[37] ABCD-statusrapporter består av: A – aktiviteter som genomförts, B – vad som varit bra, C – risker/problem/farhågor som finns och D – nästa steg, hur risker hanteras och vilka beslut som tagits.

regionföreträdare bildar en allians med ett förtroendefullt samverkansförhållande” [14].

De regionala samverkans- och stödstrukturerna fortsätter stödja på länsnivå

Under 2024 har de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) fortsatt stödja i de olika insatser som hittills har etablerats och utvecklats inom ramen för omställningen hos regioner och kommuner. De insatser som RSS har genomfört för att samordna eller stimulera regionernas och kommunernas arbete med omställningen är många. Det handlar exempelvis om fortsatt utveckling av arbetssätt, etablering av fler hälsocentraler inom flera regioner, olika utbildningsinsatser och arbete med pilotprojekt. Det handlar även om fortsatt arbete med att till exempel stödja förändringsarbete, genomföra insatser riktade till specifika målgrupper som äldre och barn och unga, ingå i olika samverkansstrukturer, nätverk och samordningsforum med mera. Under 2024 har RSS stöttat det länsgemensamma arbetet genom fortsatt arbete med systemledningen bland annat genom att etablera en tydligare struktur för ledning i samverkan, vilket har arbetats fram på tjänstemannanivå, från direktörsberedning till lokal nivå. Ett annat exempel är att ett län efter genomlysning av samverkansorganisationen har anpassat stödet för omställningen till en god och nära vård. Effekter av detta var bland annat en utökad samverkan på politisk nivå och tjänstemannanivå mellan kommunal hälso- och sjukvård, socialtjänsten, regionens hälso- och sjukvård och skola.

I Västerbotten redovisar RSS att 825 barn under 2024 har hänvisats till länets HLT-team, vilket utgörs av hälso- och sjukvård, skola och socialtjänst i samverkan. Denna samverkan kring barn och unga resulterade i en märkbar ökning av antal barn som fick en SIP. Vidare redovisar RSS i Uppsala att det under 2023 utifrån en överenskommelse mellan kommun och region etablerades en länsövergripande samverkansstruktur som kallas för Vård i Samverkan (VIS). I december samma år antogs en gemensam handlingsplan för god och nära vård och omsorg som sträcker sig från 2024 till 2030. Genomförandet av planen startade 2024 med VIS som ansvarig för det länsgemensamma arbetet och de samverkansutmaningar som behöver gemensamma lösningar; exempelvis prioriteras samordning kring vård och stöd till barn och unga med psykisk sjukdom och/eller funktionsnedsättning, personer med samsjuklighet och vårdövergångar för äldre. Ytterligare ett exempel är från RSS i Östergötland, där aktiviteter i fokus i handlingsplanerna är på tidiga samordnade insatser för prioriterade målgrupper som exempelvis personer med psykisk ohälsa. Under 2024 har länet börjat erbjuda deltagande på distans i ”Recovery College”, ett lärandecenter till stöd för återhämtning från psykisk ohälsa, vilket har gjort att antalet deltagare ökat.

Förutsättningar för vårdens medarbetare

Socialstyrelsen har i enkätundersökningen ställt frågor till regioner och kommuner om vilka insatser de initierat eller förstärkt för att utveckla förutsättningarna på arbetsplatser och för att utbilda vårdens framtida medarbetare.

Fokus på att stärka kompetensförsörjningen och minska beroendet av inhyrd personal

Fler än hälften av regionerna lyfter insatser för att förbättra kompetensförsörjningen. Det kan handla om till exempel olika insatser som karriärmodeller och handledarutbildning. Västra Götalandsregionen beskriver insatser för att öka antalet utbildningsplatser inom olika yrkeskategorier, bland annat för verksamhetsförlagd utbildning (VFU) och handledarutbildningar. En annan insats för att utveckla förutsättningarna för vårdens medarbetare och förbättra arbetsmiljön som lyfts, är att Region Uppsala under 2024 utsåg tre pilotvårdcentraler som startade sitt arbete i januari 2025. Arbetet väntas enligt regionen bidra till ökad förmåga att rekrytera och behålla personal.

Flera regioner arbetar också med insatser för att hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna vidareutbilda sig. Ett par regioner redovisar att anställda, exempelvis sjuksköterskor, ska kunna utbilda sig till specialistsjuksköterskor med bibehållen grundlön, eller andra satsningar på undervisnings- och forskningsmöjligheter. Ytterligare en insats som några regioner nämner är utveckling av schemaläggning. En majoritet av kommunernas insatser handlar om kompetensutveckling. Det kan handla om till exempel att kommuner infört längre introduktionsutbildningar för nyanställda. Kommuner redovisar också utbildning för vård- och omsorgspersonal exempelvis inom palliativ vård, förflyttningar, sårvård, basala hygienrutiner och beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD). Ett annat exempel är att en kommun byggt upp ett kliniskt träningscenter för kompetensutveckling. Flera kommuner nämner också andra statliga satsningar som till exempel Äldreomsorgslyftet som syftar till att stärka kompetensen inom kommunalt finansierad vård och omsorg för äldre genom att ge ny och befintlig personal möjlighet att utbilda sig på arbetstid.

Många kommuner har också arbetat med att förbättra arbetsmiljön, exempelvis genom utveckling av schemaläggning, ökad bemanning och teambaserade arbetssätt. Till exempel har flera kommuner ökat medarbetares delaktighet i schemaläggningen och ökat bemanningen inom särskilda boenden och hemtjänst. En kommun beskriver att de ändrat styrningen av

hemtjänsten och tagit bort minutstyrning. Andra exempel är minskning av andelen inhyrd personal och satsningar på att behålla ordinarie sjuksköterskor och personal inom rehabilitering. Kommunerna redovisar även insatser för användning av digitala verktyg och välfärdsteknik, till exempel digital signering, digitalisering av läkemedelsskåp och digitala trygghetslarm.

Det är fler än hälften av regionerna som anger att de under 2024 genomfört uppföljningar eller utvärderingar av insatser som genomförts i syfte att utveckla förutsättningarna för vårdens medarbetare. Av de regioner som anger att de följt upp sjukfrånvaro redovisar majoriteten en minskning av sjukfrånvaron under 2024, medan andra redovisar att sjukfrånvaron ligger kvar på samma nivå som tidigare år. Ett par regioner redovisar en minskning av personalomsättningen, medan andra redovisar att personalomsättningen ligger kvar på samma nivå som föregående år. Det är 59 procent av kommunerna som anger att de genomfört uppföljningar eller utvärderingar av insatser under 2024 i syfte att utveckla förutsättningar för vårdens medarbetare.

Minskad andel inhyrd personal

Region Halland menar att ett minskat beroende av hyrbemanning bidragit till ökad kontinuitet med fler fast anställda läkare. Cirka hälften av regionerna beskriver att de arbetar för att minska beroendet av inhyrd bemanning i hälso- och sjukvården. Ett exempel är att Region Skåne under 2024 införde hyrstopp för sjuksköterskor och vissa läkarspecialiteter. Besluten om hyrstopp har målsättningen om en bättre arbetsmiljö för medarbetare och en bättre kontinuitet för invånare. Majoriteten av de regioner som angett att de följt upp andelen inhyrd personal uppger att det skett en minskning. Region Uppsala anger exempelvis att andelen inhyrd personal på vårdcentraler minskat med nästan 50 procent under 2024.

Lärande från tre län

För att få fördjupad kunskap om vilka faktorer som påverkar möjligheten att nå resultat i arbetet med omställningen till en god och nära vård har vi fördjupat oss i tre län [10]. Den fördjupade undersökningen har genomförts i Gävleborgs län, Skåne län och Östergötlands län. 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 – vilka framgångsfaktorer, förutsättningar och utmaningar som påverkat resultaten i förhållande till målen.

Nedan följer en sammanfattande redogörelse för resultat och analys av det som framkommit i intervjuer med verksamhetsföreträdare[38] i regioner och kommuner i dessa tre län. Vissa resultat från studien, exempelvis kring uppföljning och patient- och brukarmedverkan, har integrerats i andra delar av rapporten.

Komplex styrning med många och otydliga mål

Omställningen mot god och nära vård beskrivs av intervjupersonerna som komplex och omfattande. I intervjuerna ges en bild av att omställningen påverkas av olika förutsättningar för styrning. Intervjuerna ger sammantaget en bild av att ledning och styrning i större organisationer (som regioner) är mer svårgenomtränglig och professionsstyrd än styrning och ledning i kommuner som är mer lättnavigerad och i högre grad invånarstyrd. Huvudmännens olika förutsättningar för genomslag medför utmaningar i det gemensamma förändringsarbetet som är kritiskt för omställningen.

Vissa intervjupersoner upplever fortfarande en viss otydlighet kring arbetet med god och nära vård. Intervjupersoner från Region Gävleborg beskriver att olika målbilder och olika konstellationer av arbetsgrupper kan skapa otydligheter i hur olika delar av omställningsarbetet hänger ihop. Så här uttrycker sig en av de intervjuade:

> Vi jobbar med olika målbilder. Vi har den länsgemensamma målbilden och sedan har vi målbild för verksamhetsområden. Det blir så många olika målbilder, det är inte alltid lätt.

Dock framhålls det att det har skett en positiv utveckling de senaste åren, vilket bland annat beror på att uppdraget har lyfts i olika forum och nätverk där det har tydliggjorts vem som har vilket mandat.

Vidare har alla tre länen en bred ansats avseende vad arbetet med god och nära vård inkluderar. I detta ingår såväl renodlade hälso- och sjukvårdsinsatser som insatser i samverkan med socialtjänst och olika former av hälsofrämjande och förebyggande arbete. Arbetet med god och nära vård lyfts fram som en nödvändig förutsättning för att kunna möta framtidens behov av vård och omsorg, parallellt med en teknisk utveckling och en samhällsutveckling som förändrar medborgares förväntningar och krav på exempelvis tillgänglighet och samordning. Samtidigt lyfts det fram utmaningar vad gäller begreppet god och nära vård och den tolkning som görs av vad det inkluderar. En utmaning är att begreppet har fokus på *vård*, men för de studerade länen inkluderar det även hälsofrämjande och

[38] Verksamhetsföreträdare som intervjuades var exempelvis regionledning, kommunikatör, regional processledare, medicinsk ansvarig sjuksköterska och socialchef.

förebyggande arbete inom exempelvis verksamheter som förskola och skola som inte har ett vårduppdrag. En annan utmaning är att vården ska vara *nära*, vilket inte behöver avse fysiskt nära utan kan handla om helt andra saker som till exempel att minska andelen fysiska besök genom att nyttja digital teknik.

Kommunerna kopplar ihop arbetet med en god och nära vård till arbetet med den nya socialtjänstlagen

Samtliga kommuner som ingått i fördjupningsstudien har på olika sätt kopplat ihop arbetet med omställningen till en god och nära vård med omställningen av socialtjänsten genom den nya socialtjänstlagen. Arbetet med förberedelserna inför det att den nya socialtjänstlagen trädde i kraft har upplevts ge dragkraft till arbetet med god och nära vård, framför allt utifrån kommunernas perspektiv. De nämner även att båda omställningarna handlar om att gå från ett reaktivt förhållningssätt till att arbeta mer proaktivt för att förebygga olika åtgärder inom hälso- och sjukvården och olika insatser inom socialtjänst. Socialtjänstens uppdrag inom det förebyggande och hälsofrämjande arbetet blir mer tydligt, och behovet av samverkan mellan region och kommun utkristalliseras alltmer. Parallellt finns en gemensam bild hos kommunerna av att regionerna behöver mer förståelse för vad socialtjänsten är och erbjuder, med särskilt fokus på den nya lagstiftningen.

Intervjumaterialet ger också en bild av att det nationella förarbetet med omställningen till den nya socialtjänstlagen är betydande, något som kommunerna upplevde saknades när det gäller omställningen till en god och nära vård, vilket påverkat styrfarten. Några intervjupersoner från kommunerna ser också att omställningen av socialtjänsten får en större tyngd då den styrs av en ny lag, och att omställningen mot en god och nära vård kan få dragkraft av denna styrning.

Gemensam förståelse och kunskap om vad omställningen till nära vård innebär beskrivs som en central framgångsfaktor

Utifrån de utmaningar som beskrivs ovan visar studien att några av länen arbetat med att bygga en gemensam förståelse om vad omställningen innebär, vilket varit en framgångsfaktor. I Östergötland har ett stort antal politiker och chefer genomgått SKR:s utbildning om nära vård, vilket bedöms ha bidragit till att skapa förståelse och verktyg för omställningsarbetet. Nu efterfrågar också fler chefer inom den specialiserade vården denna utbildning. En tydlig framgångsfaktor för länets arbete med nära vård har varit att det startade i ett gemensamt målbildsarbete för kommunerna och regionen och den gemensamma avsiktsförklaringen. Detta beskriver flera intervjuade har bidragit till att skapa en gemensam bild av

vad nära vård är. I Gävleborg har många chefer genomgått utbildning i förändringsledning med fokus på förändringskommunikation.

Förståelse för varandras uppdrag och lokala kontext är centralt för en fungerande samverkan inom ramen för god och nära vård. Denna förståelse och gemensamma vision bedöms ofta finnas på en central nivå, exempelvis inom ramen för den länsgemensamma samverkan. Den upplevs dock ofta vara mer utmanande att få till längre ner i kedjan där verksamheter från olika huvudmän möts, ofta beroende på bristande förståelse för varandras uppdrag och varsamhet om sitt eget ansvarsområde och budget.

RSS ses som en viktig funktion med potential att vara en kanal till samverkan inom hälso- och sjukvård och socialtjänst, mellan nationell nivå och region och kommuner, samt mellan kommunerna i länet. I Gävleborg består funktionen av två personer som representerar regionens respektive länets kommuner, och funktionen är knuten till Länsledning Välfärd. Funktionen upplevs fungera bra och kommer att fortsätta utvecklas framöver givet det ökade behovet av samverkan inom välfärden.

Tillsättande av dedikerade resurser med särskilt ansvar för god och nära vård framförs som en framgångsfaktor

I intervjuerna framhålls olika exempel där det finns en samordnare/processledare från regionen respektive kommunerna som samarbetar i det praktiska arbetet rörande omställningen till god och nära vård. I Skåne beskrivs att de processledare som har tillsatts i varje delregion varit en nyckelfaktor för genomförandet av handlingsplanen och denna åtgärd ses som den mest effektiva för omställningen till nära vård. En intervjuperson uttrycker det så här:

> Processledaren är den roll som verkligen kan sammankoppla det som sker regionalt, delregionalt och på kommunal nivå. Det har varit ett aktivt beslut som haft stor betydelse för framdriften.

En utvärdering av processledarnas arbete i Vårdsamverkan Skåne under 2022–2023 visar att de fungerar som neutrala parter och spelar en central roll i att översätta beslut mellan central, delregional och lokal nivå [15]. I utvärderingen framkommer att processledarna bidrar till att förbättra mötesstrukturer, etablera arbetsgrupper och stärka samarbetet mellan olika nivåer i organisationen. Utvärderingen lyfter dock utmaningar kring mandat, roller och uppdrag, bland annat visar utvärderingen att processledarna saknar mandat att samordna privata aktörer. Det framgår att mandat, roller och uppdrag behöver förtydligas och att det annars finns risk att processledarna fokuserar på fel saker, är inblandade i för många olika frågor, och får nya direktiv innan de kan slutföra eller ser resultat av sitt arbete.

Förtydliganden ska också kommuniceras, så att alla har rätt förväntningar på processledarnas roll och arbete.

Utmaning att lyfta frågorna till en strategisk nivå och skapa en gemensam förflyttning

Studien visar på tydliga gap mellan strategisk och operativ nivå. Arbetet fastnar ofta i aktivitetslistor och enskilda satsningar på operativ nivå istället för att utgå från helheten och långsiktiga prioriteringar. En stor utmaning är även att lyfta upp frågorna om nära vård från den operativa till den strategiska nivån.

Flera intervjupersoner i Östergötland beskriver att länet sakta men säkert går framåt i arbetet med nära vård, men att det är en utmaning att få hela systemet (med alla 14 huvudmän) att göra samma förflyttning, med samma ambitionsnivå och i ungefär samma takt. Många satsningar och olika typer av utvecklingsarbeten pågår i linje med de primära åtgärdsområden som presenteras i den gemensamma avsiktsförklaringen för nära vård eller utifrån sådant som respektive kommun/region själva har initierat. Men intervjuerna visar samtidigt att den systematiska förflyttningen eller omställningen på en övergripande och samlad nivå är mer utmanande att få till. En intervjuperson säger:

> Det är lätt att säga att ’Nu ska ni börja jobba så här’, men det är inte lätt att ställa om i praktiken. Det gäller att få med alla i rörelsen framåt – att jobba som ett system.

Intervjuerna från Skåne visar på en utmaning där förvaltningarna tenderar att fokusera på att genomföra enskilda uppdrag, snarare än att koppla dem till ett högre strategiskt mål. Uppdragen tilldelas och genomförs inom respektive verksamhet, med fokus på att slutföra dem inom budget, vilket beskrivs bidra till att den övergripande strategin inom Framtidens hälsosystem inte får genomslag. En intervjuperson uttrycker det så här:

> Om det hade funnits en övergripande dirigent som drev den systematiska förflyttningen, hade det varit enklare. Idag har varje förvaltning sin egen ambition att driva arbetet på sitt sätt.

Ekonomiska förutsättningar påverkar styrfarten i arbete med omställningen

Det skiljer sig åt när det kommer till om de ekonomiska förutsättningarna för region och kommuner lyfts fram som en påverkansfaktor för hur det går i omställningsarbetet.

För Östergötlands län har regionens budgetunderskott lyfts fram som en utmaning. Flera intervjupersoner beskriver att primärvården inte har fått utökade resurser i enlighet med omställningen och målbilden där

primärvården utgör navet som samordnar vården runt invånaren. Från primärvårdens sida lyfts också utmaningar med att prioritera detta arbete liksom behovet av att stärka samverkan med kommunen, där det senare verkar skilja sig åt mellan kommuner. Det har funnits en ambition om att nå ännu längre i omställningen mot nära vård, vilket har försvårats, delvis på grund av den ekonomiska situationen. Samtidigt framkommer att regionen under denna tid har fortsatt arbeta med en mängd olika initiativ i riktning mot en nära vård, både i projektform och sådant som har breddinförts. En intervjuperson säger:

> Inte rätt att säga att det är pausat, mycket pågår – men det är ingen omställning.

I Gävleborgs län betonas att mindre kommuner har mindre resurser för att implementera nya arbetssätt som behövs för omställningen. Studien visar att såväl kommuner som regioner i samtliga län måste prioritera sitt grunduppdrag och dagligen hantera akuta aktuella behov. Utvecklingsarbete som omställningen mot en god och nära vård tenderar ibland att nedprioriteras när mer dagsakuta frågor upptar verksamheternas vardag.

Samtidigt visar intervjuerna på att det finns en medvetenhet om att det är någonting annat som också behövs. Det handlar då om att i praktiken ställa om ett helt system och skapa ett nytt gemensamt förhållningssätt i alla led hos huvudmännen, vilket sannolikt behöver både gemensamt synsätt och styrning, finansiering och ökad budgetstyrning. Men i nuläget beskrivs fokus på budget i balans till viss del som en utmaning för att nå dit.

Utmaning att säkra privata utförares involvering i omställningsarbetet

Alla tre länen involverar privata aktörer i arbete med god och nära vård, främst genom att inkludera detta i de privata utförarnas formella uppdrag. I några fall inkluderas också privata aktörer när det handlar om samverkan och utbildning, men betydligt mer begränsat. Styrningen av primärvården i fråga om god och nära vård regleras i första hand genom de regelböcker som specificerar utförarnas uppdrag, detta oberoende av regiform.

Att säkra involvering av privata aktörer i omställningen är en framträdande utmaning utifrån hur dessa aktörer styrs idag (primärt genom avtal). Fördjupningsstudien visar att privata utförare sällan är med i utvecklingsarbetet som sker i riktning mot god och nära vård, utan kliver på först när initiativ breddinförts och inkluderats i det formella uppdraget. Detta trots att flera regioner och kommuner har en förhållandevis stor andel verksamhet som utförs av privata utförare, framför allt inom primärvård och kommunal omsorg som är centrala delar i den nära vården. Om de privata utförarna arbetar på eget initiativ för att stärka och utveckla interna arbetssätt inom ramen för en god och nära vård har inte undersökts i denna studie.

Samverkan och samordning

En målsättning med omställningen till en god och nära vård är att vården ska vara samordnad mellan olika aktörer, och en förbättrad samverkan mellan region och kommun är en central del i överenskommelsen om god och nära vård [2]. I överenskommelsen framgår bland annat huvudmännen, för att kunna tillhandahålla en sammanhängande primärvård, behöver ha en gemensam struktur för planering av primärvården samt hur den ska utformas och utvecklas. Förutom att samverkan bör utvecklas mellan regionernas och kommunernas primärvård bör samverkan ske med andra berörda verksamheter och aktörer, till exempel socialtjänsten, specialiserade vården samt skola och elevhälsa.

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

Huvudsakliga resultat

- Andelen oplanerade återinskrivningar bland äldre har minskat sedan år 2013; här ses skillnader mellan länen i utvecklingen.
- Samverkansstrukturerna mellan regionerna och kommunerna har stärkts och utvecklats under 2024. Nya avtal har ingåtts, och samverkan mellan och inom regioner, kommuner och verksamheter har utvecklats och fördjupats sedan senaste uppföljningen. Samtliga regioner och kommuner har nu någon form av rutin för samverkan, vilket är en positiv utveckling.
- Både regioner och kommuner lyfter att samverkan med socialtjänsten har ökat.
- Arbetet med omställningen till en god och nära vård och arbetet med införandet av den nya socialtjänstlagen sker parallellt i flera kommuner, och ofta är det samma person som arbetar med båda omställningarna.
- Samverkan är fortsatt i fokus i utvecklingen av ambulanssjukvården. De vanligaste redovisade insatserna för utvecklingen av ambulanssjukvården handlar om att förbättra samverkan mellan ambulanssjukvården och den regionala eller kommunala hälso- och sjukvården samt införande eller utveckling av så kallad inre prehospital sjukvårdsledning.

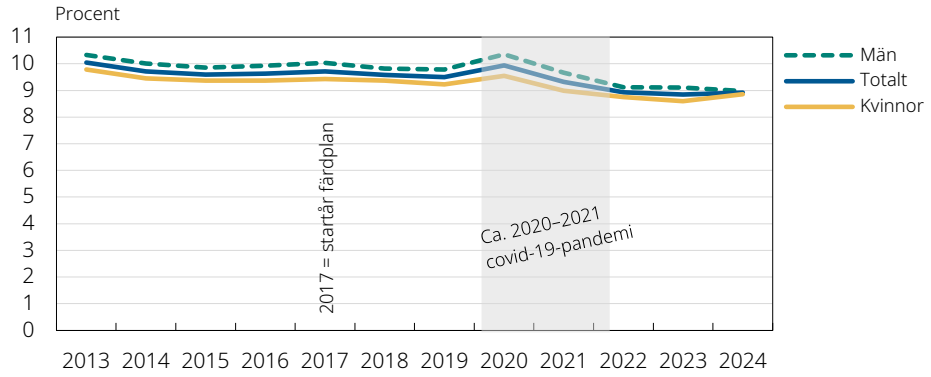
Minskade oplanerade återinskrivningar bland äldre, men utvecklingen är olika i länen

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. 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. I urvalet ingår bland annat hjärtsvikt och lunginflammation som är de vanligaste orsakerna till oplanerade återinskrivningar för gruppen 65 år och äldre.

Figur 21. Oplanerade återinskrivningar bland äldre

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

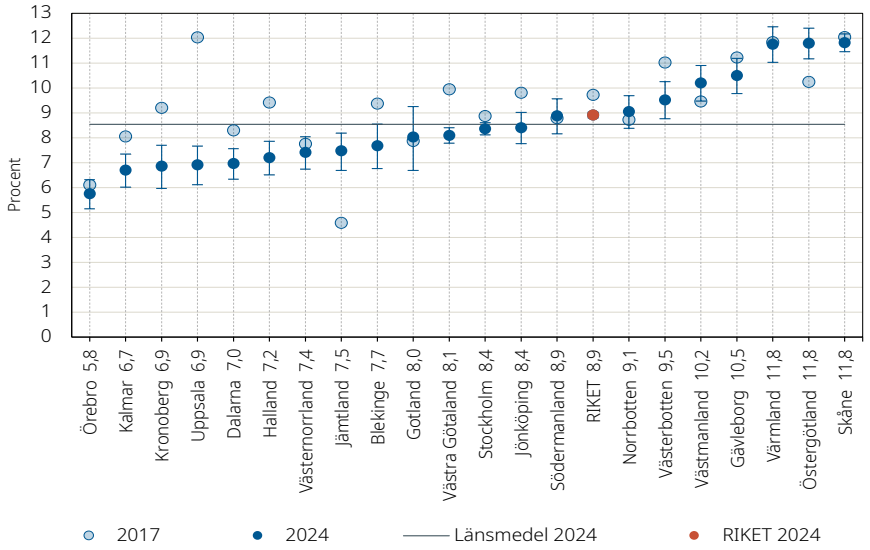


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Andelen oplanerade återinskrivningar bland äldre har minskat sedan år 2013. Då var andelen oplanerade återinskrivningar 10,0 procent; år 2024 uppgick den till 8,9 procent, vilket i stort sett är densamma som 2022 och 2023. Andelen har konsekvent varit högre hos män än hos kvinnor, men år 2024 uppgick skillnaden mellan könen till bara 0,1 procentenheter.

Figur 22. 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 (5,8 procent) år 2024 hade Örebro län (som också hade minst andel påverkbar slutenvård för indikatorn som avser kroniska sjukdomar) och störst andel hade Skåne (11,8 procent). Större delen av regionerna, men inte alla, hade färre oplanerade återinskrivningar av äldre år 2024 än år 2017. För de tre län med störst andel 2024 ses ingen eller endast marginell minskning sedan 2017.

Färre oplanerade återinskrivningar kan ses som ett resultat av att samverkan stärkts i vårdkedjan. Region Örebro beskriver att vårdsamordnare nu finns hos länets samtliga hälso- och vårdcentraler. Vårdsamordnarna har ett särskilt ansvar att vara fast vårdkontakt för patienter som skrivs ut från sjukhus och har ett stort fokus på den lokala samverkan. Exempel är samverkan för personer med kognitiv svikt för patienter som skrivs ut från slutenvården till korttidsvård.

Samtliga kommuner och regioner har utvecklat och stärkt samverkan

Alla regioner beskriver att de har arbetat med att stärka och/eller utveckla samverkan på flera nivåer under 2024, både inom sin egen region och i samverkan med kommunerna i olika grad. Det framkommer att flera regioner under 2024 har arbetat med att ytterligare stärka och/eller utveckla det länsgemensamma ledningsarbetet med kommunerna på olika sätt. Samverkansstrukturerna mellan regionerna och kommunerna har stärkts och utvecklats under 2024. Det framkommer bland annat att kontinuerlig och strukturerad samverkan sker mellan region och kommun i de gemensamma samverkansgrupperna och att gemensamma samverkansgrupper med olika fokus har tillkommit. Aktiviteter som sker i samverkan har ökat eller breddinförts i verksamheterna. Det framkommer att denna strukturerade samverkan mellan regioner och kommuner bland annat har lett till ökad kunskap om varandras verksamheter och uppdrag, tydliggjort kontaktvägarna samt identifierat gemensamma utmaningar.

Utifrån denna utveckling beskriver flera regioner och kommuner att nya överenskommelser och avtal mellan regioner och kommuner upprättats och att tidigare överenskommelser reviderats. Det framkommer att några regioner och kommuner har upprättat nya överenskommelser och/eller avtal avseende hemsjukvården och läkarsamverkan i syfte att stödja arbetet med omställningen mot en god och nära vård. Flera exempel på aktiviteter som skett mellan regioner och kommuner för att förbättra samverkan under 2024 har lyfts i enkätundersökningen. Regionerna nämner precis som vid tidigare uppföljning gemensamma insatser avseende utskrivningsprocessen från slutenvården till primärvården, olika former av team och samordningsfunktioner samt gemensamma mottagningar. Det som

framträder mer tydligt i årets redovisningar är att flera regioner och kommuner beskriver olika former av samverkansprojekt mellan regionernas och kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst. Det kan exempelvis handla om olika former av samverkan där vård, omsorg, individ- och familjeomsorg samt skola omfattas. Detta i syfte att erbjuda proaktiva och förebyggande insatser för bland annat barn och unga. Det finns även ett par exempel på samverkansprojekt mellan region, kommun och Polismyndigheten där syftet bland annat beskrivs vara att tidigt uppmärksamma barns behov och ge ett samordnat stöd.

Samverkan sker på olika nivåer och med varierande struktur

Av redovisningen framgår att samverkansformerna i landets regioner och kommuner i arbetet med omställningen fortfarande skiljer sig åt, och att utvecklingen under 2024 har kommit olika långt. Flera kommuner och regioner beskriver att samverkan sker på olika nivåer och med varierande struktur – vissa har en etablerad länsövergripande plan för primärvård, medan andra befinner sig i uppstartsfas med att ta fram gemensamma riktlinjer och prioriteringar. Det beskrivs även att samverkan inte enbart sker mellan region och kommun, utan även inom och mellan kommunerna i flera län, något som stärker helhetsperspektivet lokalt. I några fall har samverkansarenor formats där både strategisk och operativ nivå möts regelbundet för att samordna utvecklingen av den nära vården.

Några regioner och kommuner uppger också att man samverkat kring införandet av läkemedelsautomater, och att hembesöken i olika former ökat under året. Därtill nämns särskilt gemensamma utbildningsinsatser och samfinansiering av funktioner som sätt att fördjupa samverkan praktiskt.

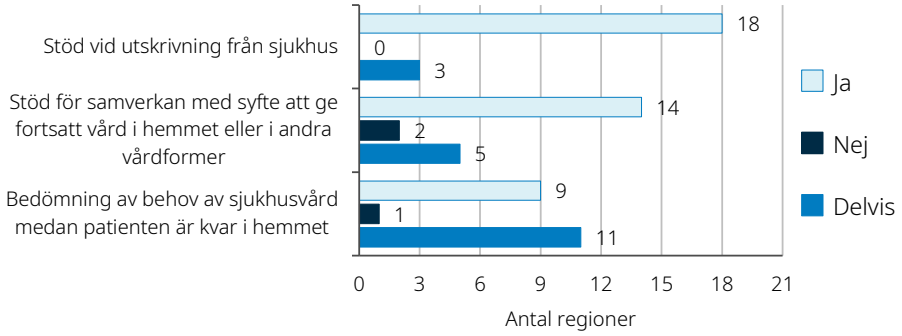
Samtliga regioner har implementerat någon form av rutin för att säkerställa samverkan

I figur 23 presenteras hur många regioner som uppgett att de har rutiner i kvalitets- och ledningssystem för att säkerställa samverkan mellan huvudmän, vårdnivåer och vårdgivare. Samtliga regioner har eller har delvis under 2024 implementerade rutiner avseende stöd vid utskrivning från sjukhus. Det är 14 av 21 regioner som uppger att de 2024 i sitt kvalitets- och ledningssystem för att säkerställa samverkan mellan huvudmän, vårdnivåer och vårdgivare har implementerade rutiner gällande stöd för samverkan med syfte att ge fortsatt vård i hemmet eller i andra vårdformer. Ytterligare 5 regioner anger att de delvis har sådana implementerade rutiner. Färre än hälften av regionerna (9 av 21) har 2024 i sitt kvalitets- och ledningssystem för att säkerställa samverkan mellan huvudmän, vårdnivåer och vårdgivare implementerade rutiner gällande bedömning av behov av sjukhusvård medan patienten är kvar i hemmet. Det är 7 av 21 regioner som 2024 har alla

dessa tre rutiner implementerade i sitt kvalitets- och ledningssystem för att säkerställa samverkan mellan huvudmän, vårdnivåer och vårdgivare.

Figur 23. Implementerade rutiner i kvalitets- och ledningssystemet

Rutiner för att säkerställa samverkan mellan huvudmän, vårdnivåer och vårdgivare



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

Utmaningar som kvarstår

I årets redovisningar från regioner och kommuner lyfts inga direkta utmaningar, men förra årets uppföljning visade i fördjupade analyser av samverkan och samordning att samverkan med slutenvården var den största utmaningen för både vårdcentraler och kommuner. Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) nationella tillsyn för 2025 visar på brister inom tillsynsområdet samverkan. Det gäller framför allt primärvårdens samverkan med sjukhusvården och i synnerhet med den vuxenpsykiatriska specialistvården. Flera vårdgivare beskriver att det råder oenighet om vilka kriterier som ska vara uppfyllda för att specialistsjukvården ska ta emot patienten. Oenigheten kan leda till att remisser avslås och att patienter skickas fram och tillbaka mellan vårdnivåer. Personalen uppger också att det på grund av tidsbrist, otillräckliga ekonomiska förutsättningar eller bristande kontaktvägar för att få nödvändig information saknas förutsättningar att samverka [16].

Ökad samverkan med socialtjänstens områden

Det som framkommer något tydligare i årets redovisningar är att regionerna under 2024 genomförde olika insatser för att utveckla samverkan som i högre grad även involverade insatser inom socialtjänstens områden. I flera kommuner och regioner har det skapats olika former av verksamhetsöverskridande team för att tillhandahålla en god och nära vård för individer som behöver insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I redovisningen anger regionerna och kommunerna att det genomförts flera insatser för att förbättra och utveckla samverkan under 2024 och att detta resulterat i en mer sammanhållen, personcentrerad och effektiv vård och omsorg för den enskilda individen. Intervjupersoner från kommuner i Gävleborgs län lyfter fram att arbetet i kommunerna har

utvecklats genom att man integrerat arbetet med omställningen och arbetet inför den nya socialtjänstlagen. Detta utifrån att dessa arbeten har många beröringspunkter.

I flera regioner har skett en utveckling inom arbetet med målgruppen barn och unga när det gäller exempelvis familjecentraler. Det har bland annat arbetats med att implementera arbetssättet Barnsäkert[39]. Det har arbetats med att utforma olika former av föräldrastöd, införts hembesöksprogram, och samverkan med individ- och familjeomsorgen samt förskola och skola har ökats. Det anges bland annat att ett syfte med det är att erbjuda tidiga samordnade insatser för barn och unga. Det finns lokala samverkansgrupper med fokus på exempelvis äldre, där representanter från primärvården (regional och kommunal) och socialtjänsten träffas och för dialog kring samverkan för att förhindra ofrivillig ensamhet. Det beskrivs även i årets redovisningar att det har utvecklats personcentrerat arbetssätt i samverkan för personer med bland annat riskbruk, skadligt bruk och samsjuklighet.

Samverkan i fokus i utvecklingen av ambulanssjukvården

Regionerna har i årets uppföljning fått ange vilka typer av insatser de genomfört under 2024 i syfte att utveckla ambulanssjukvården, göra ambulanssjukvården mer jämlik och effektiv och/eller snabbare anpassa den till förändringar som omställningen till god och nära vård.

De vanligaste redovisade insatserna handlar om att förbättra samverkan mellan ambulanssjukvården och den regionala eller kommunala hälso- och sjukvården samt om införande eller utveckling av så kallad inre prehospital sjukvårdsledning. Flera regioner beskriver fortsatt arbete med inre befäl. Det är en funktion som inrättas vid larmcentralerna och som syftar till att förbättra hur ambulansresurser prioriteras och dirigeras och därmed till att tillgängliga resurser används mer effektivt.

[39] Barnsäkert är en arbetsmodell som syftar till att tidigt identifiera barn som lever i en hemmiljö där det förekommer psykosociala problem, och erbjuda hjälp och stöd för att förbättra familjens och barnets förutsättningar. Källa: Stiftelsen Allmänna barnhuset, *Barnsäkert – slutrapport från forskningsstudien och blickar framåt*, hämtad 2025-05-13 från https://allmannabarnhuset.se/product/barnsakert-slutrapport-fran-forskningsstudien-och-blickar-framat/#product-info.

Tillgänglighet

Många av de insatser som regioner och kommuner genomfört inom ramen för arbetet med nära vård syftar till att förbättra tillgängligheten till primärvården för patienten. I detta kapitel beskrivs indikatorer och insatser i arbetet med tillgänglighet, och insatser för att utveckla primärvården i landsbygd redovisas.

Huvudsakliga resultat

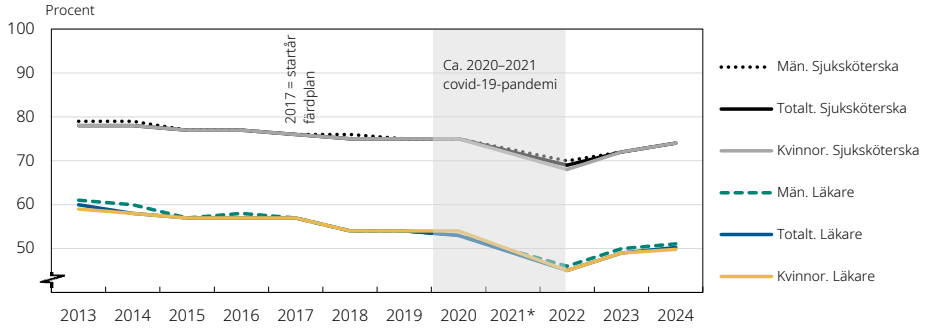
- Det har sedan 2020 skett en kontinuerlig ökning av andelen patienter som fått en medicinsk bedömning inom tre dagar i primärvården, från 81 procent 2020 till 88 procent 2024. Det finns dock fortfarande stora skillnader mellan regionerna.
- Tillgången till läkare i särskilda boenden har minskat sedan 2017. Endast hälften av de äldre uppger att det är mycket lätt eller ganska lätt att få träffa läkare vid särskilt boende. Var fjärde boende har 2024 svarat att de inte anser sig ha mycket lätt eller ganska lätt att få träffa en sjuksköterska vid behov.
- Vi ser en minskning av överbeläggningar och utlokaliseringar det senaste året, men nivån är fortfarande högre än före covid-19-pandemin.
- Digitalisering är fortsatt en central del av regionernas arbete för att förbättra tillgängligheten i vården. Regionernas egna utvärderingar visar att digitala tjänster har potential att öka tillgången till vård, särskilt inom primärvården, men att det finns utmaningar kopplade till exempel till ojämlik tillgång till teknik, digital kompetens hos patienter och personal samt behov av anpassade arbetssätt. Även utökade öppettider beskrivs som en prioriterad insats.
- Majoriteten av regionerna uppger att de har beslutat om att öka vårdutbudet på hälso- och vårdcentralerna. Exempel på vad som har beslutats i regionerna är att utöka familjecentraler, införa stegvis vård för psykisk hälsa, och vidareutveckling och implementering av äldrecentraler,
- Mobila team har utvidgats och utvecklats i de flesta regioner och kommuner. Flera regioner och kommuner lyfter till exempel att arbetet har utvidgats till att inkludera fler delar av länet men även till att inkludera fler sjukdomsgrupper än tidigare. Några regioner och kommuner har utökat arbetet med mobila team för att nå glesbygd och utökat arbetet till kvällar och helger för att öka tillgängligheten.
- För att stärka den medicinska kompetensen har regioner och kommuner framför allt arbetat med utbildningsinsatser riktade till vård- och omsorgspersonal.
- Personalomsättningen är högre inom primärvården än inom andra delar av hälso- och sjukvården, och medianåldern för de som arbetar i primärvården är lägre än inom andra delar av vården.

Endast 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.[40] Indikatorn antas i hög grad spegla om vården är samordnad och tillgänglig. Att det är den svarandes egen bedömning av läkartillgänglighet 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.

Figur 24. 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: *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* Socialstyrelsen.

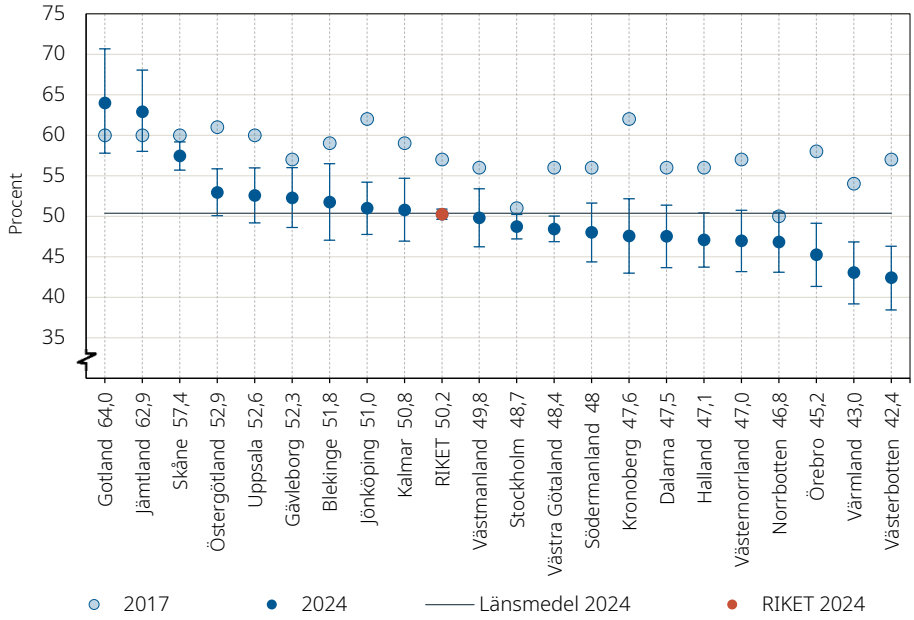
År 2024 svarade endast 50 procent, bland personer 65 år eller äldre på särskilda boenden, att det vid behov är ganska eller mycket lätt att få träffa läkare. Denna andel sjönk varje år från 2013 till 2022, med lägst och därmed sämst resultat 2022 (45 procent), för att sedan öka igen 2023 och 2024 till 50 procent. I tillägg till kärnindikatorn som avser läkare visas även hur de svarande bedömt tillgången till sjuksköterska – här framgår att knappt 75 procent 2024 svarat att det är mycket lätt eller ganska lätt att få träffa en sjuksköterska vid behov. Det innebär alltså att var fjärde boende inte anser

[40] Se 12 kap. 1 och 3 §, 14 kap. 1 § samt 16 kap. 1 § HSL.

sig ha mycket lätt eller ganska lätt att få träffa en sjuksköterska vid behov, vilket är en relativt stor andel.

Figur 25. 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: *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* Socialstyrelsen.

Värdet för indikatorn har försämrats i alla län sedan 2017 med undantag för de två län med bäst resultat 2024. De två länen har, även med hänsyn tagen till det relativt stora utrymmet för slumpmässig variation som illustreras av konfidensintervallen, tydligt bättre utfall än de flesta andra län. Faktiskt är resultatet bättre än alla länsvärden 2017, även om det inte är lika tydligt med hänsyn tagen till den slumpmässiga variationen.

Kontinuerlig ökning av andelen medicinska bedömningar inom tre dagar

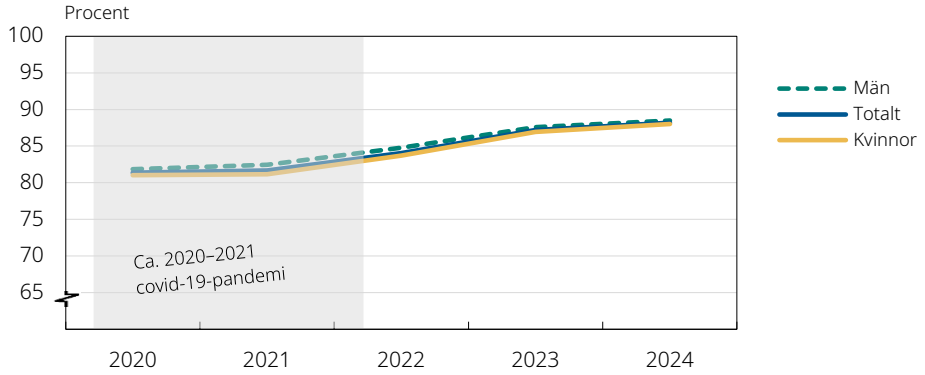
Tillgängligheten till en första bedömning är central för primärvårdens möjlighet att utgöra första instans för vårdsökande och lotsa vårdsökande vidare till adekvat vård och behandling baserat på individens behov. En enskild ska få en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal 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.[41]. Indikatorn som används är det mått som används för att följa upp vårdgarantin i detta

[41] 9 kap. 1 § 2 HSL, och 6 kap. 1 § 2 hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

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.

Figur 26. 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.



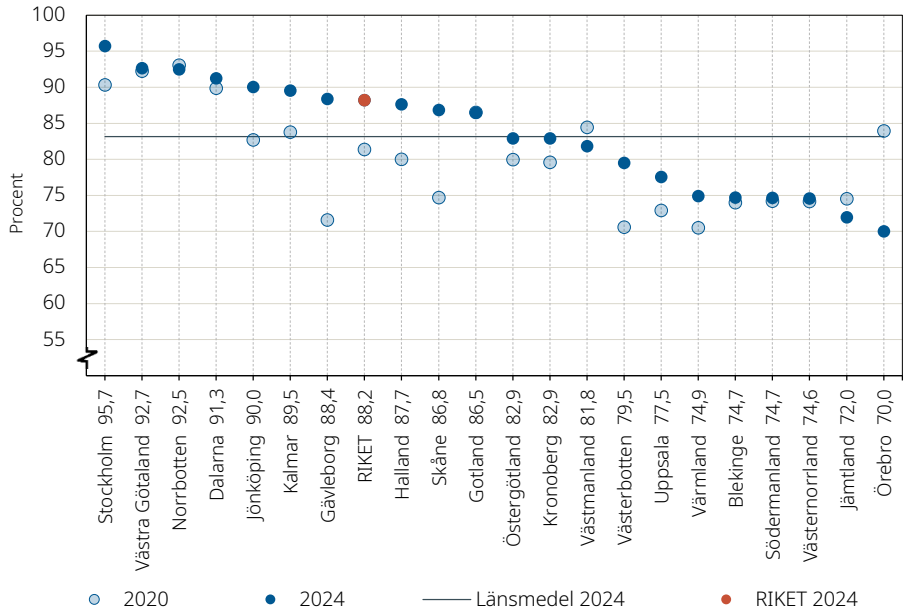
Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

År 2024 utfördes 88 procent av alla medicinska bedömningar, som bedömts behövliga, inom tre dagar från det att den enskilde sökt kontakt; det är en ökning sedan 2020 då motsvarande andel var 81 procent. Utvecklingen är dock svagare under det senaste året. Skillnaden mellan mäns och kvinnors tillgång är liten men konsekvent till männens fördel. År 2024 uppgick skillnaden mellan män och kvinnor till 0,5 procentenheter.

Det finns skillnader mellan regionerna i andel medicinska bedömningar inom tre dagar (se figur 27). Högst uppfyllelse av vårdgarantin nåddes år 2024 i Region Stockholm, där 96 procent fick en medicinsk bedömning inom tre dagar. I ett litet antal regioner har värdena försämrats jämfört med 2020, men i de flesta regioner får en större andel av patienterna en medicinsk bedömning inom tre dagar 2024 jämfört med 2020.

Figur 27. 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.



Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

IVO redovisar i sin senaste nationella tillsyn 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 att patienter blir hänvisade att söka sig till akutmottagningen [16]. Tillsynens resultat ger en mer mångsidig bild av resultaten kring medicinsk bedömning inom tre dagar. Om patienten blir hänvisad till akuten istället för att tas omhand inom primärvården påverkar detta resultatet.

Besök inom tre dagar för barn och unga med psykisk ohälsa visar sämre värden

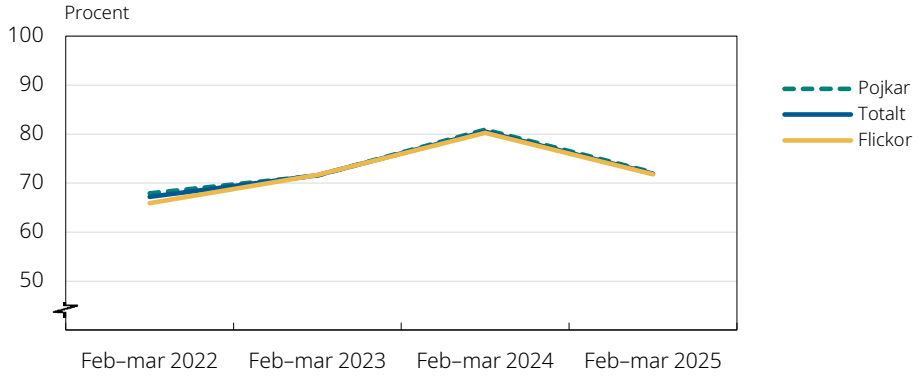
Indikatorn *Barn/unga besök vid psykisk ohälsa inom tre dagar (första linjen)* anger hur stor andel av patienterna som får komma till ett första besök inom vårdgarantins tidsgräns på tre dagar[42] i relation till det totala antalet barn och unga som kontaktar första linjen i respektive region. Under perioden februari–mars 2025 fick 72 procent av alla sökande en sådan bedömning inom tre dagar. Det utgör en försämring jämfört med motsvarande period 2024, då denna andel uppgick till 81 procent. [43] Under tre av fyra mätperioder har måluppfyllelsen varit högre för pojkar än för flickor.

[42] Se 6 kap. 1 § 2 HSF.

[43] Det förekommer att en del regioner inte har kunnat rapportera dessa uppgifter till väntetidsdatabasen för en eller flera av mätperioderna. Om enbart de regioner som har data för alla tillfällen tas med så ser dock den övergripande utvecklingen för ”riket” likartad ut.

Figur 28. Barn/unga besök vid psykisk ohälsa inom tre dagar (första linjen)

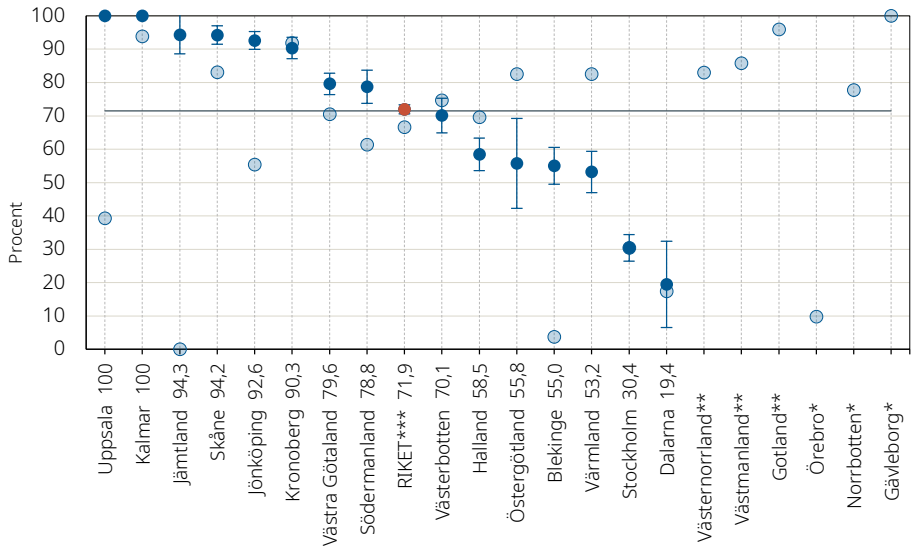
Andel medicinska bedömningar på första linjen (primärvården) vid psykisk ohälsa hos barn och unga inom vårdgarantins tidsgräns (3 dagar) exklusive patientvald väntan, februari–mars.



Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

Figur 29. 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.



* Uppgift saknas för februari-mars 2025 (på vantetider.se)
** Färre än 30 medicinska bedömningar feb-mars 2025, redovisas ej.
*** I rikets värde feb-mars 2025 ingår inte Gävleborg, Norrbotten och Örebro. I länsmedlet ingår enbart regioner med redovisade värden.

Feb–mar 2022 ● Feb–mar 2025 —— Länsmedel feb–mar 2025 ● RIKET feb–mar 2025

Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

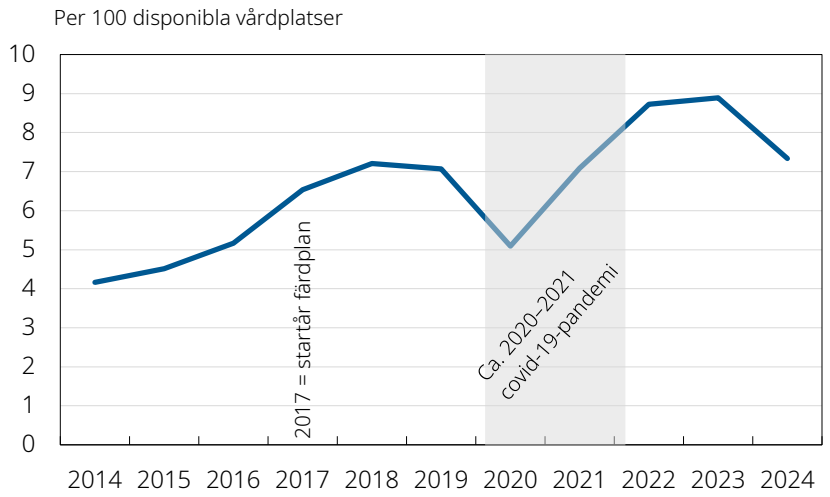
Från flera regioner saknas utfallsdata avseende 2025[44]. I de regioner där data finns att tillgå varierar utfallet från full uppfyllelse av vårdgarantin (100 procent) i Region Uppsala och Region Kalmar län till under 20 procent i Region Dalarna. I vissa regioner har det skett en förbättring jämfört med 2022, i andra regioner har det skett en försämring.

En minskning av överbeläggningar och utlokaliseringar det senaste året, men fortfarande fler än före covid 19-pandemin

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 [17].

Figur 30. Överbeläggningar och utlokaliseringar

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



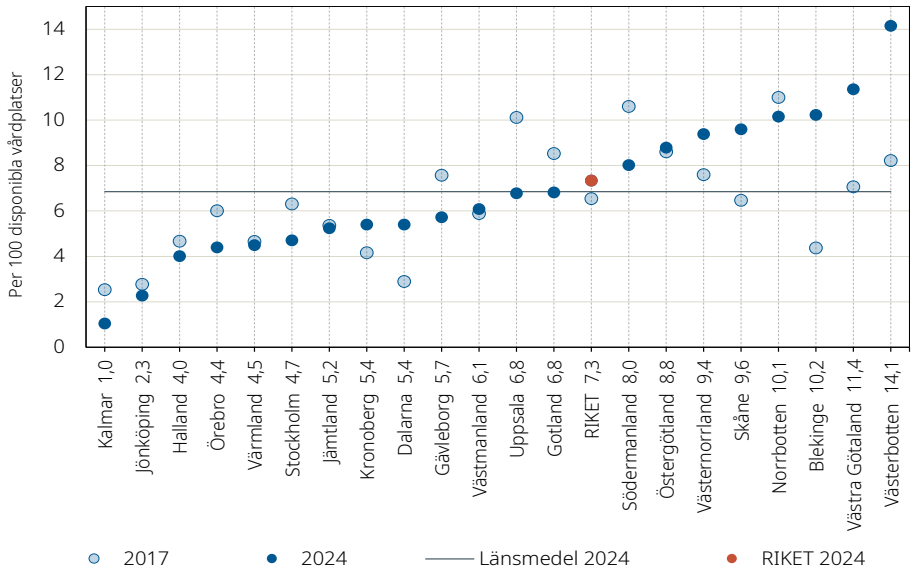
Källa: Sveriges Kommuner och Regioner.

År 2024 uppgick antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser i den slutna somatiska vården till 7,3. Det är en minskning och därmed en förbättring jämfört med 2023, då motsvarande antal var 8,9. Sett över en längre tidsperiod har andelen överbeläggningar och utlokaliseringar dock ökat.

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

Figur 31. Överbeläggningar och utlokaliseringar

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



Källa: Sveriges Kommuner och Regioner.

Graden av överbeläggningar och utlokaliseringar varierar mellan landets regioner. Lägst grad under 2024 hade Region Kalmar län (1,0 per 100 disponibla vårdplatser) och högst grad hade Region Västerbotten (14,1 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.

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 indikatorn bedöms även indirekt kunna spegla hur vårdsystemet som helhet utvecklas. En rörelse mot en mer nära vård, med mer tidiga och förebyggande insatser och fortsatt omfördelning mot mer öppna vårdformer, antas minska trycket på den slutna vården. Vi kan se att regionerna arbetar med detta på olika sätt, bland annat genom att samverka med kommunal hälso- och sjukvård, starta mobila team och erbjuda specialiserad vård i hemmet. En god samverkan mellan regionen och kommunerna är något som syns i Region Kalmars redovisningar; regionen har den lägsta graden av överbeläggningar och utlokaliseringar i landet.

Digitalisering är en central del av regionernas arbete med att förbättra tillgängligheten i vården

I princip samtliga regioner beskriver arbete med digital vård och digitala lösningar som en viktig insats för att förbättra tillgänglighet i primärvården. Det är 20 av 21 regioner som har svarat ja på frågan om huruvida de har infört digitala vårdtjänster sedan starten på omställningen mot en god och nära vård för att öka tillgång till vård och behandling. Samtliga regioner har infört digitala tjänster för att ge patienter möjlighet att chatta med vårdpersonal, ha videomöten och boka möten. Av kommunerna är det 42 procent som anger att de initierat eller förstärkt arbetet med digitala vård- och omsorgsbesök under 2024, vilket är ungefär lika stor andel som föregående år.

Flera regioner erbjuder invånarna det digitala alternativet att söka vård via 1177 direkt. Arbetet bedöms fungera väl och ambitionen med det förändrade arbetssättet är att skapa en bättre och mer jämlik och tillgänglig vård för samtliga invånare såväl som en förbättrad arbetsmiljö för medarbetarna. Region Örebro har beskrivit positiva effekter av att inrätta en central enhet som hanterar ärenden som kan skötas på distans. Det minskar belastningen på hälso- och vårdcentralerna och gör det möjligt för fler patienter att få vård utan att behöva resa eller ta ledigt från arbete. Region Östergötland har utvärderat tjänsten efter sex månaders drift. Resultaten visar att upplevelsen av tjänsten skiljer sig åt mellan olika personalgrupper. Medarbetare som arbetar vid central enhet eller inom rehabiliteringsverksamheter är överlag mer positiva, medan chefer är mer negativa. En synpunkt som framkommer från medarbetare är att tjänsten i dagsläget inte är tillräckligt utvecklad utan upplevs som en extra arbetsuppgift som tar tid från det direkta patientarbetet. Utvärderingen visar dock att det finns goda möjligheter att öka nyttan av tjänsten och förbättra arbetsmiljön. Förbättringsområden omfattar både den tekniska funktionaliteten i systemet och interna faktorer såsom organisering, bemanning och arbetssätt [18].

Några regioner nämner att digitala plattformar är ett verktyg för triagering av patienter. Ambitionen med systemet är att i längden minska antalet mellanhänder i vårdkedjan och möjliggöra för patienten att svara på frågor redan före själva vårdbesöket. Region Sörmland beskriver att utvecklingen av den digitala plattformen som kontaktform nu möjliggör att besvara alla ärenden.

Vårdutbudet har ökat, nya verksamheter har etablerats och vidareutvecklats

För 2024 anger 19 av 21 regioner att de har beslutat om att öka vårdutbudet på hälso- och vårdcentralerna. Regionerna har sedan förra uppföljningen utökat olika typer av mottagningar samt startat flera nya. Exempel på vad som har beslutats i regionerna är att utöka familjecentraler, införa stegvis vård för psykisk hälsa, införa riktade hälsosamtal, vidareutveckla och implementera äldrecentraler, införa digital ungdomsmottagning, digital mottagning psykisk hälsa, digital triage och chatt via 1177 direkt, utveckla koncept för hälsocentralernas livsstilsarbete, och starta upp enhet för samordnat medicinskt omhändertagande av vuxna med komplex funktionsnedsättning (SMO).

Exempel på etablering av nya mottagningar är en klimakteriemottagning i Region Dalarna som ger kvinnor i åldern 40–60 år tillgång till likvärdig och nära vård för klimakterierelaterade besvär oberoende av var i länet de bor. Mottagningen har ett så kallat digifysiskt arbetssätt, vilket innebär att de erbjuder både fysiska besök och videomöte, vilket gör att patienten kan välja utifrån sina egna önskemål och behov. Andra exempel är program i digitalt format som infördes i Region Västerbotten under 2023–2024 inom stöd och behandling: Adhd-skolan inom primärvård och psykiatri, programmet Hantera tankar, känslor och beteenden, NÄRA-program vid ätstörningsproblematik, och digitala gruppbehandlingar för att hantera stress och sömnbesvär.

Ytterligare ett projekt i Region Dalarna, Hälsomottagning i Ria-stugan som enligt enkätsvaret riktar sig till samhällets mest utsatta invånare, som genomförts varannan vecka har i juni 2024 övergått till ordinarie verksamhet inom en av regionens vårdcentraler.

Utökade öppettider en prioriterad insats

Flera regioner redovisar utökade öppettider på hälso- och vårdcentraler som en prioriterad insats för att nå målet om tillgänglighet. Några regioner nämner att de lagt in krav om tillgänglighet i förfrågningsunderlag, där bland annat krav på utökade öppettider beskrivs. Exempelvis lyfter Region Stockholm att hälso- och vårdcentralerna sedan tidigare har haft möjlighet att ansöka om att utöka öppettiderna för att öka tillgängligheten tidiga morgnar, kvällar och helger. I förfrågningsunderlaget för hälso- och vårdcentraler 2025 har möjligheten för vårdcentraler att ansöka om uppdrag att bli närmottagning

inkluderats för att öka tillgängligheten ytterligare. Flera regioner har arbetat med att öka telefontillgängligheten. I Region Värmland ska medborgarna kunna ringa sina hälso- och vårdcentraler under hela öppettiden, jämfört med tidigare när telefontiden var ett par timmar per dag.

Mobila team har utvidgats och utvecklas i de flesta regioner och kommuner

Under 2024 har de befintliga arbetssätten för mobila team utvecklats, och det har tillkommit flera nya insatser. Flera regioner lyfter till exempel att arbetet har utvidgats till att inkludera fler delar av regionen men även fler sjukdomsgrupper än tidigare. Några regioner och kommuner har utökat arbetet med mobila team för att nå glesbygd samt utökat arbetet till kvällar och helger för att öka tillgängligheten. Det är även flera regioner och kommuner som planerar att genomföra detta framöver.

Flera kommuner redovisar att de har något team inom kommunen som är kopplat till främst specialistvården men i vissa fall även till primärvården. I några av dessa kommuner pågår initiativ för att få sådana team på plats. Vissa kommuner anger att de inte har några egna team utan samverkar med regionen och deras team. Det finns inom exempelvis Gävleborgs län kommuner som uppger att de inte har tillgång till eller inte arbetar med mobila team än trots att behovet finns. Orsaker till detta är bland annat bristen på läkare. I andra kommuner i Gävleborgs län där det finns mobila team har det framkommit att teamen nyttjas i relativt låg grad. För att identifiera vad detta beror på har länet genomfört en utvärdering där det bland annat framkommit att teamen inte är kända och att det finns stora utmaningar gällande arbetstiderna.

Mobila team beskrivs som en mellanvårdsnivå

Flera regioner beskriver det som att mobila team ska fungera som en mellanvårdsnivå mellan den primära och den specialiserade vården. Nedan följer ett citat från Västra Götalands län.

> Att den specialiserade vården kan komma till patienten i sitt eget hem och i samverkan med den kommunala primärvården göra insatser som annars skulle kräva sjukhusvård är verkligen framtiden i den personcentrerade vården där patienten ska vara en medskapare av sin egen vård och inte enbart en konsument av insatserna.

Det finns många exempel på vilka olika typer av mobila team det finns i landets regioner och kommuner. Det är bland annat team som arbetar med

avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), vårdinsatser på särskilda boenden för äldre, specialistpsykiatriskt omvårdnadsteam (SPOT), mobil akutpsykiatri (MAP), mobil röntgen, mobila team med inriktning närsjukvård (NVT), palliativa konsultteam (PKT), prehospital enhet för akutpsykiatri (PEA), lasarettansluten hemsjukvård (LAH). Flera kommuner uppger att exempelvis den kommunala hemsjukvården och kommunala rehabiliteringen är helt mobil.

Det finns också exempel på nya vårdinsatser som nu genomförs av mobila team inom ASIH i Region Stockholm där blodtransfusion nu kan genomföras i hemmet och där regionen kan utföra särskilda vårdinsatser på särskilt boende. Region Sörmland redovisar ett nära vård-team som är ett samarbete mellan specialistvård, hälso- och vårdcentral och kommun, som arbetar med de mest sköra och multisjuka patienterna. Teamet beskrivs som mycket framgångsrikt, med en tydlig minskning av antalet akutbesök och inläggningar, om än relativt personalkrävande. Liknande exempel går att hitta i flera regioner. I Region Sörmland har de även infört SPOT inom vuxenpsykiatrin där man erbjuder planerade insatser till allmänpsykiatriska patienter medan de i en annan del av samma region har utvecklat MAP som erbjuder akuta och planerade insatser. Båda teamen erbjuder mellanvårdsinsatser och hembesök, vilket bidrar till att minska behovet av slutenvård. Även Region Örebro har arbetat med SPOT i regionens norra del med goda resultat. Det startade 2023 i projektform och var så pass framgångsrikt att Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade att införa SPOT permanent som den mobila vårdform som psykiatrin ska använda och breddinföra arbetssättet i hela regionen. Viktigt som lyfts i detta arbete är samverkan med regionens primärvård såväl som med kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Ytterligare ett exempel är från Region Västmanland där NVT vid årsskiftet 2023/2024 gick från projekt till fyra permanenta verksamheter där cirka 220 patienter var anslutna vid besvarandet av enkäten. Uppföljning visar att vårdkonsumtionen av sjukhusvård och besök på vårdcentral har halverats samt att det skett en minskning av ambulanstransporter, besök i specialistvård och akutbesök med 30 procent för målgruppen. Region har även i patientuppföljningar fått goda resultat gällande trygghet och kvalitet, och vid uppföljning av medarbetargruppen framkommer förbättrade resultat gällande upplevt värde för patienten och ökat läkarstöd.

Efter en granskning i Region Norrbotten av 130 prioriterade besök av NVT bedömer regionen att cirka hälften av patienterna skulle ha sökt till en akutmottagning om insatsen med mobila team inte funnits. Två av kommunerna inom regionen bedömer att antalet hembesök har minskat för kommunens sjuksköterskor.

Region Gävleborg uppger att de viktigaste insatserna inom mobil vård har varit att stärka teamarbetet mellan kompetenser, inkludera patient och

anhöriga för att öka tryggheten, och utveckla samverkan med privata vårdgivare och kommuner samt med sjukhusverksamheterna.

Den medicinska kompetensen har stärkts med bland annat utbildningsinsatser

Regionerna har under 2024 arbetat med att stärka den medicinska kompetensen i kommunerna, bland annat genom utbildningar och ökad tillgång till läkare. En majoritet av regionerna (16 av 21 regioner) har genomfört utbildningsinsatser för personal inom kommunal hälso- och sjukvård. Utbildningsinsatserna har bland annat handlat om sårvård, munhälsa, läkemedelshantering och patientsäkerhet. Region Stockholm har under 2024 arbetat med utveckling av kliniskt träningscentrum (KTC) i samverkan mellan geriatrik, ASIH, primärvårdsrehabilitering och vårdcentral samt kommunal hälso- och sjukvård.

Fler än hälften av regionerna (13 av 21 regioner) har arbetat med att stärka den medicinska kompetensen i kommunerna genom ökad tillgång till läkare, bland annat genom avtal om läkarmedverkan. Region Uppsala har till exempel tagit fram ett nytt avtal om läkarmedverkan. Tidigare avtal har haft fokus på läkarmedverkan för särskilt boende, medan det nya avtalet inkluderar läkarmedverkan för personer som har insatser och stöd enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och personer i ordinärt boende. Region Östergötland har tillsatt en äldrevårdsläkare för att stärka medicinsk samverkan med kommuner.

Inom samtliga regioner har kommunerna arbetat med olika typer av utbildningsinsatser för att stärka den medicinska kompetensen under 2024. Det har bland annat handlat om utbildningsinsatser i basala hygienrutiner, kost och nutrition, sårvård, hjälpmedel och förflyttningsteknik, fallprevention, avvikelserapportering, delegeringsutbildningar, läkemedelshantering och dokumentation. Andra insatser är samverkansavtal mellan regionen och kommuner för läkarmedverkan. Flera kommuner beskriver att de anställt vårdlärare för att öka den medicinska kompetensen hos vård- och omsorgspersonal inom äldreomsorgen. I Hallands län uppger kommunerna att de exempelvis anställt fler undersköterskor och sjuksköterskor.

I drygt hälften av länen har kommunerna arbetat med att stärka den medicinska kompetensen genom att utbilda medarbetare till sjuksköterskor och genom vidareutbildning för sjuksköterskor till specialistsjuksköterskor. Flera kommuner nämner utbildningsanställningar för sjuksköterskor under specialistutbildning (AST-tjänster) som insats.

Ett flertal kommuner redovisar att de startat ett KTC. Genom KTC får medarbetare träna praktiska omvårdnadsmoment samt hälso- och sjukvårdsinsatser. Ytterligare exempel från flera kommuner är att de har stärkt den medicinska kompetensen genom att bland annat medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) sitter med i ledningsgrupp.

Personalomsättningen är högre i primärvården än inom andra delar av hälso- och sjukvården

Nationella planeringsstödet som publicerades i mars 2025 visar att det finns regionala variationer i tillgången på allmänläkare och distriktsjuksköterskor. Personalomsättningen är högre inom primärvården än inom andra delar av hälso- och sjukvården och medianåldern för personer som arbetar där är i genomsnitt lägre. Befolkningsstrukturen skiljer sig åt mellan regioner och kommuner, men det är oklart om skillnaderna speglar deras olika vårdbehov [19].

Insatser för att utveckla primärvården i landsbygd

I överenskommelsen för 2024 [2] har 300 miljoner kronor avsatts till regionerna för insatser för att utveckla primärvården i landsbygd. Nedan redovisas insatser som regionerna uppger varit de viktigaste de genomfört under 2024 för att utveckla primärvården i landsbygd.

Många regioner (15 av 21) beskriver att de utvecklat olika former av samverkan mellan regionen och primärvården. Region Västmanland lyfter till exempel stärkt samverkan mellan vårdcentraler, kommuner, närvårdsteam och närsjukhus genom gemensam planering, bemanning och samverkansforum.

Några regioner redovisar att de på olika sätt ökat ersättning för hälso- och vårdcentraler som ligger i landsbygdsområden. Region Skåne har exempelvis utvidgat ersättningen till att inkludera filialer som har öppet minst 15 timmar per vecka samt vårdcentraler som har BVC och barnmedicinsk mottagning (BMM). I Region Uppsala har de beslutat att utveckla ersättningsmodellen för vårdcentraler på landsbygd för att anpassa resurserna till de verksamheter som inte har samma förutsättningar på grund av avstånd och socioekonomiska utmaningar på landsbygden.

Flera regioner beskriver att de arbetat med digitala lösningar, som exempelvis digitala vårdmöten. Region Gävleborg har bland annat infört

digital samtalsbehandling. Några regioner anger även att de arbetar med distansmonitorering. Ett par regioner beskriver att de arbetar med olika typer av mobila team.

Regionerna beskriver även olika projekt som pågår i landsbygdsområden. Region Västernorrland beskriver att de under 2024 utökat arbetet med ett samhällsrum till i regionen. Samhällsrum är regionens och kommunens gemensamma servicecenter för att öka samhällsservicen i glesbygd. Där kan patienten bland annat ta prover och genomföra digitala vårdmöten istället för att resa till närmaste vårdcentral. Region Västerbotten beskriver att det i södra Lappland pågår flera processer med fokus på samarbete och samverkan både mellan sjukhus och primärvård, mellan hälsocentraler och lokalt med kommunerna. Ett exempel är en översyn gällande servicenivå och vårdnivå på regionens hälso- och vårdcentraler. Region Norrbotten beskriver ett projekt kring sömnapné i östra Norrbotten som syftar till att förflytta vård till mer öppna vårdformer nära hemmet. Det innebär att primärvården utför utredningar om sömnapné istället för lungkliniken. Det nya arbetssättet har resulterat i ett minskat tryck på lungkliniken, och patienterna har enligt regionen fått kortare väntetider till utredning och behandling.

Delaktighet

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.

Huvudsakliga resultat

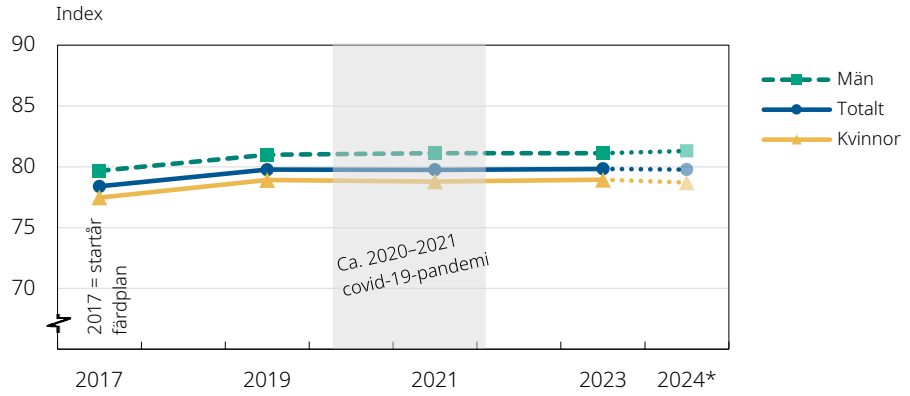
- Uppföljningen visar endast en svag utveckling när det gäller upplevd delaktighet och involvering bland patienter som besökt primärvården. Mätningar av delaktighet och involvering bland patienter i regionernas primärvård visar inga förbättringar jämfört med 2019.
- Uppföljningen visar att särskilda verktyg eller metoder för att underlätta kommunikation används främst inom habiliteringen.
- Socialstyrelsen har i tidigare rapporter konstaterat att kompetens om funktionsnedsättningar och deras konsekvenser behöver öka i primärvården, vilket stärkts av årets uppföljning av omställningen.
- Dialogen med det civila samhället är omfattande i många regioner, men den sker ofta genom etablerade strukturer som pensionärsråd och funktionshinderråd. Fördjupningsstudien visar att det kan vara mer utmanande att nå andra målgrupper, exempelvis barn, unga och vårdnadshavare, där etablerade strukturer inte finns sedan tidigare.
- Fokus i arbetet med delaktighet är rutiner för dokumentation och utbildningsinsatser för personal för att få patienten delaktig i den egna vården.
- Samtliga regioner har genomfört någon typ av insats avseende den dokumenterade överenskommelsen mellan patient och vårdgivare.

Svag utveckling för upplevd delaktighet i primärvården

Indikatorn om delaktighet och involvering 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. Kärnindikatorn som visas här bygger på en sammanvägning av flera frågor och ersätter från och med årets redovisning det mått som enbart bygger på frågan ”Var du delaktig i besluten beträffande din vård/behandling i den utsträckning du önskade?”, se vidare i bilaga 2 avsnittet *Delaktighet och involvering, primärvård*.

Figur 32. Delaktighet och involvering, patientrapporterat, primärvård

Positiva svar om delaktighet och involvering i den egna vården från patienter som besökt en primärvårdsmottagning. Sammanvägning av svar på flera frågor. Avser ett index på 0–100.



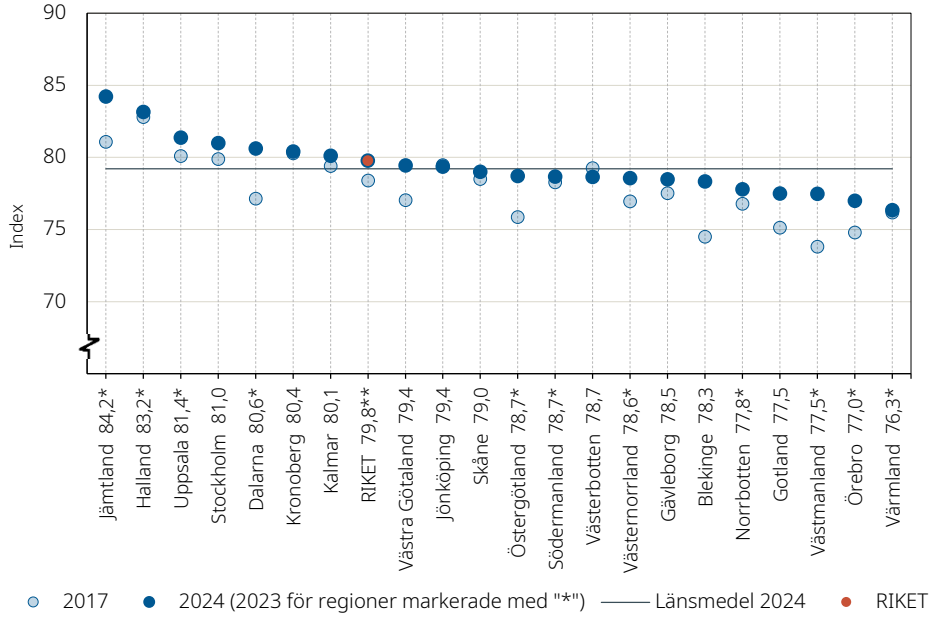
*Rikstäckande mätningar görs endast ojämna år, värdet 2024 baseras på 10 deltagande regioner.

Källa: Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Regioner.

Utfallet för patienter som besökt en primärvårdsmottagning och givit positiva svar om delaktighet och involvering i den egna vården ökade från ett indexvärde på 78,4 år 2017 till 79,8 år 2019 och har sedan dess, vid mätningar under udda år (då patienter från samtliga regioner svarat i undersökningen), inte ändrats. Samma andel uppnåddes även under 2024, då undersökningen bara omfattade 10 regioner. Män har konsekvent haft en mer positiv upplevelse av delaktighet och involvering än kvinnor.

Figur 33. Delaktighet och involvering, patientrapporterat, primärvård

Positiva svar om delaktighet och involvering i den egna vården från patienter som besökt en primärvårdsmottagning. Sammanvägning av svar på flera frågor. Avser ett index på 0–100.



* Senaste värdet avser 2023.
** Rikets senaste värde och "Länsmedel" utgörs enbart av de 10 regioner som deltog i mätningen 2024.

Källa: Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Regioner.

Vid det senaste år för vilket undersökningsdata finns att tillgå hade patienterna mest positiv upplevelse av delaktighet och involvering i Region Jämtland Härjedalen (84 procent positiva svar) och minst positiv upplevelse i Region Värmland (76 procent positiva svar). I flertalet regioner syns en positiv förändring jämfört med 2017. I flera fall är förändringen dock mycket liten, och av figur 32 framgår att förbättringen i huvudsak skedde mellan 2017 och 2019.

Patienter och brukare involveras främst genom etablerade strukturer

En bärande beståndsdel i en personcentrerad vård är att patienter inkluderas som medskapare i utvecklingsarbete eftersom de har insikt om hur det är att leva med en sjukdom och hur sjukvårdens processer och organisering påverkar patienten [20].

För att utveckla en personcentrerad hälso- och sjukvård behöver patientmedverkan ske på olika nivåer.[45] Individnivån representerar den enskilde patientens möjlighet att påverka sin vård och behandling, verksamhetsnivån består av utveckling på klinik- eller sjukhusnivå, medan den strategiska nivån handlar om delaktighet i beslutsfattande på kommunal, regional eller nationell nivå [21].

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys enkät visar att patientmedverkan i styrningen av omställningen har förekommit i viss utsträckning. Hälften av de representanter för patient- och brukarorganisationer som svarat på enkäten säger att de inte vet eller inte har bjudits in till samverkan om omställningen.

Socialstyrelsens material visar att det pågår mycket dialog med det civila samhället och att det är vanligt att patientgrupper involveras i omställningsarbetet genom sedan tidigare upparbetade strukturer, såsom pensionärsråd och funktionshinderråd. Intervjumaterialet från fördjupningsstudien visar att det kan vara mer utmanande att nå andra målgrupper, exempelvis barn, unga och vårdnadshavare, där motsvarande strukturer inte finns sedan tidigare. Vissa intervjupersoner lyfter att patient- och brukarmedverkan saknas på central och regional nivå, och det finns ingen systematisk modell för involvering. På kommunal nivå sker viss samverkan inom LSS och socialpsykiatrin, men strukturen är begränsad. En av intervjupersonerna uttrycker sig så här:

[45] Bestämmelser om patientens delaktighet i sin egen vård finns i bland annat i 5 kap. PL.

> Brukarmedverkan saknas och [och formerna för brukarmedverkan] behöver en systematisk modell för att integrera brukarperspektivet.

Regionernas redovisningar visar att det pågår vissa initiativ för att utveckla arbetet med personcentrerad vård. Region Uppsala beskriver arbete med simuleringsmetoder där vårdpersonal, patienter och närstående tillsammans analyserar och reflekterar kring verkliga vårdsituationer för att identifiera förbättringsområden. Detta beskrivs vara en metod som skapar djupare förståelse för patienters och närståendes behov, vilket beskrivs stärka delaktighet och medskapande i vården. Regionen beskriver att det finns en efterfrågan på vägledande principer för ett personcentrerat arbetssätt. Det är utifrån uppföljningen svårt att utläsa skillnader i resultat beroende på om regioner och kommuner arbetar utifrån etablerade arbetssätt och strukturer eller om de har tagit nya initiativ utifrån en strategi om en mer personcentrerad vård men tendenser finns. Bland annat beskriver Region Östergötland att andelen patienter som regelbundet besöker sin vårdcentral och anser att de är delaktiga eller mycket delaktiga har ökat och då särskilt på de vårdcentraler som lagt stort fokus på delaktighet.

Nästan alla regioner erbjuder patientutbildningar och särskilda verktyg vid kommunikation

Nästan alla regioner (20 av 21 regioner) uppger att de under 2024 har erbjudit patientutbildningar.

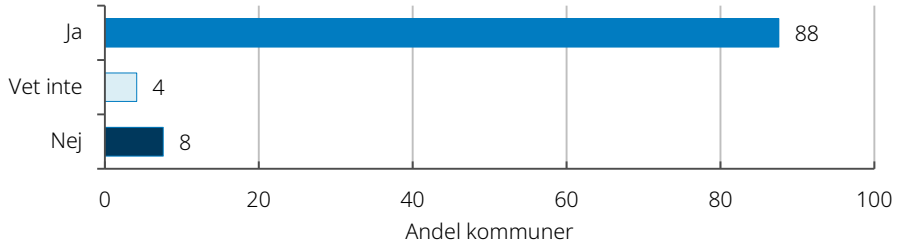
De exempel som lyfts är utbildningar inom artros, osteoporos, astma och KOL, fallprevention, cancerskola, amning, Min vårdplan bröstcancer, klimakterium, hjärnskada, AKK (alternativ och kompletterande kommunikation)[46] och bildstöd, adhd, oro och ångest, ätstörningar, övervikt med mera.

Även antalet regioner som anger att det används särskilda verktyg eller metoder, exempelvis bildstöd, för att underlätta kommunikationen för personer med särskilda behov, är 20 av 21. Som figur 34 illustrerar använder 88 procent av alla kommuner särskilda verktyg eller metoder för att underlätta kommunikationen för personer med särskilda behov.

[46] Alternativ och kompletterande kommunikation är ett samlingsnamn för olika kommunikationssätt och metoder som stödjer kommunikation mellan människor och hjälper personer med kommunikationssvårigheter att förstå andra och att uttrycka sig. Vanliga former av AKK är tecken som stöd, bilder, symboler, konkreta föremål, talande hjälpmedel och datorer.

Figur 34. Särskilda verktyg för kommunikation

Andel kommuner som använder särskilda verktyg eller metoder för att underlätta kommunikationen för personer med särskilda behov.



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

Exempel på verktyg och/eller metoder som lyfts används för att underlätta kommunikationen för personer med särskilda behov är i stora drag samma för både regioner och kommuner. Det är bland annat AKK, olika typer av bildstöd som kommunikationskartor och skyltning i vårdens lokaler, patientinformation avseende SIP med bildstöd, tecken som alternativ och kompletterande kommunikation[47] (TAKK), skrivtolkning, döv- och blindtolkning med mera.

Särskilda verktyg eller metoder för att underlätta kommunikationen används främst inom habiliteringen

Nästan hälften av regionerna lyfter att habiliteringen är den verksamhet som arbetar med verktyg och metoder för att underlätta kommunikation för personer med särskilda behov. Region Kalmar lyfter utmaningen att bildstöd främst används inom habilitering och rehabilitering, men inte i alla verksamheter och dessutom i varierande grad. Habiliteringen anges också kunna stötta och motivera andra verksamheter till kompetensutveckling och till användning av olika typer av AKK. Region Kalmar beskriver även att kommunikation mellan vårdgivare och patient inte alltid sker på ett sätt som patienten kan ta till sig eller förmedla sig på. I en kartläggning som genomfördes 2023 framkom att primärvården ofta är mottagare vid övergång från barn- och ungdomshabilitering till vuxensjukvård men att kunskapen om olika funktionsnedsättningar är begränsad inom primärvården. Kartläggningen visade att många distriktsläkare efterfrågar mer kunskap om olika funktionsnedsättningar och deras konsekvenser [22].

Region Örebro beskriver att arbetet med AKK både inom vuxenhabiliteringen och barn- och ungdomshabiliteringen sker på flera sätt. De vanligaste formerna är enligt regionen tecken som stöd och bildstöd i

[47] Tecken som alternativ och kompletterande kommunikation innebär att man talar och samtidigt tecknar de viktigaste orden i en mening.

form av fotografier eller särskilt framtagna bilder i form av pictogram eller InPrint. Till barn och unga och deras nätverk ges individuellt stöd utifrån deras behov av kommunikations- och kognitionsstödjande hjälpmedel och strategier. Andra verksamheter som flera regioner lyfter som arbetar med bildstöd är ungdomsmottagningar, BUMM (barn- och ungdomsmedicinsk mottagning) och bup.

Region Sörmland beskriver att de har breddinfört ett pilotprojekt med bildstöd och behandlingskort inom såväl region som kommun som stöd för patienter i samband med patientbesök.

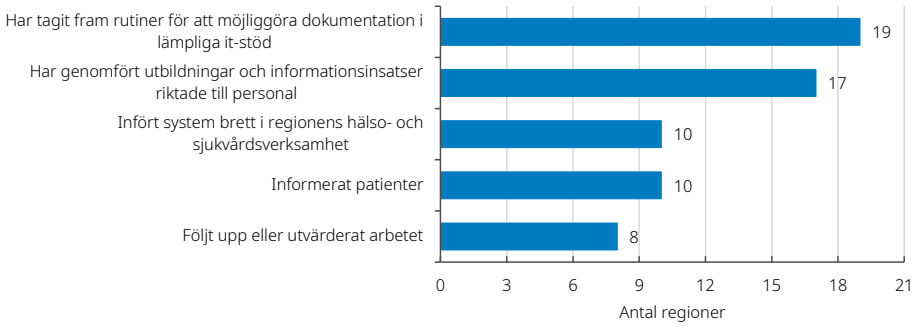
Kommuner inom Region Gävleborg redovisar en insats i form av utbildning i lågaffektivt bemötande. I användandet av detta förhållningssätt har personalens kompetens ökat och genom att vara medvetna om att kroppsspråk, tonläge och närvaro skapar en tryggare miljö för personer med särskilda behov. Genom detta arbetssätt kan risken för stress och missförstånd minska, vilket bidrar till en bättre dialog och förståelse i mötet mellan brukare och personal.

Fokus på rutiner för dokumentation och utbildningsinsatser för personal för att få patienten delaktig i den egna vården

Samtliga regioner har genomfört någon typ av insats under 2024 för att underlätta för patienterna att få ut information om sina fasta vårdkontakter och vara delaktiga i planerade vårdmöten, vårdplaner med mera. I figur 35 nedan ser vi att 19 av 21 regioner har genomfört insatser för att underlätta för patienten att få ut information om sina fasta vårdkontakter och vara delaktig i sin vård; detta har gjorts genom att man tagit fram rutiner för att möjliggöra dokumentation i lämpliga it-stöd. Det är 17 av 21 regioner som uppger att de genomfört utbildningar och informationsinsatser riktade till personal. Färre regioner uppger att de infört system brett i regionernas hälso- och sjukvårdsverksamhet eller informerat patienten (10 av 21). Den insats som minst antal regioner (8 av 21) uppgett att de genomfört är att följa upp eller utvärdera arbetet.

Figur 35. Insatser för att underlätta för patienterna att få information om sina fasta vårdkontakter och vara mer delaktiga

Antal regioner som genomfört olika insatser för att underlätta för patienterna att få ut information om sina fasta vårdkontakter och vara delaktiga i planerade vårdmöten, vårdplaner m.m., sedan starten på omställningen mot en god och nära vård (cirka 2019).



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

Det är 13 regioner som anger att de genomfört andra typer av insatser. Nedan följer några exempel från olika regioner.

Precis som i arbetet med den dokumenterade överenskommelsen anger flera regioner att de för att få ut information och göra patienten delaktig i den egna vården deltar i det nationella pilotprojekt om sammanhållen planering på 1177 som drivs av Inera. Flera regioner anger att de på olika sätt genomfört förändring eller översyn av riktlinjer, rutiner, uppdrag med mera som är kopplade till den dokumenterade överenskommelsen.

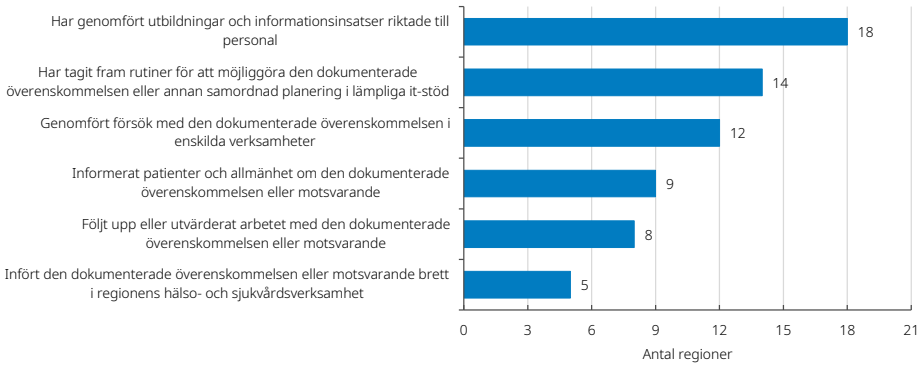
Ett annat exempel är från Region Skåne som har haft ett ökat fokus på Min vårdplan cancer, vilket under 2024 resulterade i en ökning av antalet startade vårdplaner med 25 procent. Region Halland redogör för en särskild funktion som kallas för ”Trygg Hemgång” vars syfte är att vara resurs i planering inför utskrivning där funktionen bland annat bidrar med att delta i planeringsmöten med kommun och närsjukvård, vilket syftar till att öka patientens delaktighet i sin egen planering. Detta kopplar till ett pilotprojekt som också pågår i Region Halland om utskrivningsprocessen, som sker i samverkan mellan sjukhus, vårdcentral och kommun med målen att stärka invånarens delaktighet och stärka rollen fast vårdkontakt. Ytterligare ett exempel som är från Region Gävleborg är att de har utbildningar i SIP, workshopserie för att öka kunskap om personcentrering bland chefer och även en pågående uppbyggnad av en e-utbildning i personcentrering som riktar sig till samtliga medarbetare inom vården. Region Västmanland medverkar i en förstudie för att möjliggöra enkel åtkomst för personal i journalsystemet Cosmic och för att patienten ska kunna se sin fasta vårdkontakt på 1177.

Samtliga regioner har genomfört någon typ av insats kopplat till dokumenterad överenskommelse

Samtliga regioner har genomfört någon typ av insats under 2024 avseende den dokumenterade överenskommelsen eller arbete som motsvarar överenskommelsens olika delar. Flest regioner (18 av 21) har genomfört insatser i form av utbildningar och informationsinsatser riktade till personalen, följt av att 14 regioner har tagit fram rutiner för att möjliggöra sådant arbete eller annan samordnad planering i lämpliga it-stöd. Minst antal regioner (5 av 21) har angett att de infört den dokumenterade överenskommelsen i regionens hälso- och sjukvårdsverksamhet. Det är 17 regioner som anger att de genomfört andra typer av insatser. Nedan följer några exempel på sådana från olika regioner.

Figur 36. Insatser avseende dokumenterade överenskommelsen, regioner

Antal regioner som genomfört olika insatser under 2024 avseende den dokumenterade överenskommelsen (tidigare patientkontrakt) eller arbete som motsvarar den dokumenterade överenskommelsens olika delar.



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

Flera regioner nämner deltagande i det nationella pilotprojekt om sammanhållen planering på 1177 som drivs av Inera[48]. Olika projekt och studier pågår i regionerna med koppling till exempelvis kroniska sjukdomar och psykiatri men det drivs även projekt kring dokumenterad överenskommelse i stort för att denna insats i framtiden ska kunna breddinföras. Arbete pågår också med framtagande av olika riktlinjer, informationsmaterial till invånarna och utbildningsmaterial till medarbetare.

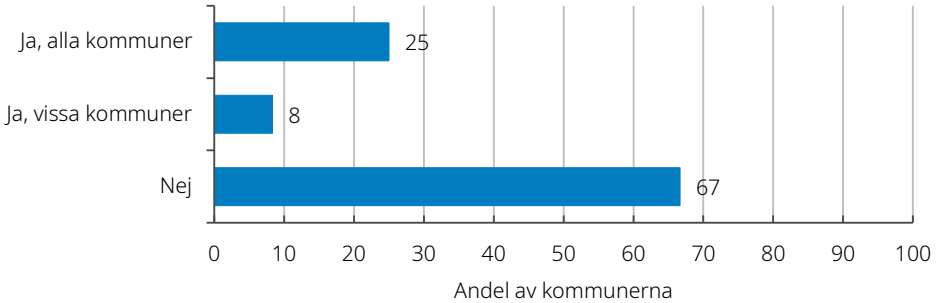
[48] Inera är ett digitaliseringsbolag som ägs av SKR och som på uppdrag av kommuner och regioner bidrar till välfärdens utveckling. Källa: Om Inera, hämtad 2025-05-06 från https://www.inera.se/om-inera/.

Få kommuner uppges samverka kring utvecklingen av den dokumenterade överenskommelsen

I figur 37 redovisas kommuners samverkan kring utveckling av den dokumenterade överenskommelsen. Andelen län som under 2024 uppger att kommunerna i länet inte har samverkat i utvecklingen av en dokumenterad överenskommelse för patienter har ökat i jämförelse med förra uppföljningen. För 2024 uppger 67 procent att kommunerna inte samverkat kring utvecklingen, medan andelen 2023 uppgick till 46 procent. Det är 25 procent som uppger att alla kommuner har samverkat under 2024, medan det var 29 procent 2023. Det är 8 procent som uppger att vissa kommuner samverkat i utvecklingen, medan andelen för 2023 var 25 procent.

Figur 37. Samverkan i utveckling av dokumenterad överenskommelse, kommuner

Andel län som uppger att kommunerna i länet under 2024 samverkat i utvecklingen av en dokumenterad överenskommelse (tidigare kallat patientkontrakt) för patienter, med insatser från båda huvudmännen.



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

Det är få kommuner som redovisat hur de arbetar vidare med denna fråga. Men ett exempel från en kommun i Värmlands län är att det finns en referensgrupp kopplad till arbetet med dokumenterad överenskommelse. I Jämtlands län ingår arbetet i länets handlingsplan och i Jönköpings län ingår det i deras dashboard.

Kontinuitet

Regioner och kommuner arbetar med kontinuitet för patienten med stöd av olika verktyg. I detta kapitel beskrivs insatser och resultat av arbete med fast läkarkontakt och fasta vård- och omsorgskontakter. Insatser och resultat kring att skapa goda förutsättningar för vårdens medarbetare redovisas också i det här avsnittet.

Huvudsakliga resultat

- Andelen av befolkningen som uppfattar att de har en fast läkarkontakt är betydligt lägre än regionernas rapportering. Enligt regionernas rapportering till Socialstyrelsen har 59 procent av befolkningen en namngiven fast läkarkontakt i regionens administrativa system. Bara 29 procent av befolkningen uppfattar att de har en fast läkarkontakt på sin vårdcentral. Skillnaden mellan olika regioner är, liksom tidigare, stor.
- Det finns en uppenbar diskrepans mellan regionernas inrapporterade formella andel och den andel av invånarna som uppfattar att de har en fast läkarkontakt.
- I alla regioner pågår ett utvecklingsarbete som gäller fast läkarkontakt och fast vårdkontakt i regionerna. Regionerna har dock kommit olika långt i sitt arbete. Fler regioner ställer nu krav på att den fasta läkarkontakten inte ska vara hyrläkare, eftersom regionerna anser att kravet ger möjlighet till bättre kontinuitet. Flera regioner beskriver att de arbetar för att utveckla sina uppföljningsförutsättningar som ett led i förbättringsarbete.
- Arbetet med fast vårdkontakt och fast omsorgskontakt pågår i landets kommuner, men kommunerna har kommit olika långt i genomförandet. Många kommuner beskriver att arbetet fortfarande är under utveckling och att rollen för fast omsorgskontakt successivt växer fram.

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.[49] Den fasta läkarkontakten kan bland annat samordna patientens vård. Fast läkarkontakt syftar till att skapa trygghet och kontinuitet genom att möjliggöra en förtroendefull relation mellan läkare och patient.[50]

[49] Se 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.*

[50] Proposition 1997/98:189 Patientens ställning s. 22 och proposition 1994/95:195 Primärvård, privata vårdgivare m.m. s. 41–42.

Att ha en fast och långvarig läkarkontakt har ett samband med såväl lägre dödlighet som mindre användning av akut slutenvård [23, 24]. 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).[51] Läkare inom den offentligt finansierade regionala primärvården som arbetar på vård- och hälsocentraler kan vara fast läkarkontakt.[52] Patienten ska även få information om möjligheten att välja och få tillgång till en fast läkarkontakt.[53] 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.[54]

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 [25]. Viktigt är att riktvärdet behöver anpassas utifrån lokala förutsättningar, exempelvis vilka vårdbehov invånarna har. Vilka andra yrkesgrupper som ingår i teamet på hälso- eller vårdcentralen och hur de arbetar har också betydelse. De anställda läkarnas erfarenhet och tjänstgöringsgrad är exempel på andra faktorer som bör vägas in. Riktvärdet är därför varken ett golv eller ett tak.

Socialstyrelsen har också tagit fram kompetensmål för fast läkarkontakt i primärvården, och material för att stödja vård- och hälsocentraler att dimensionera och utveckla uppdraget fast läkarkontakt. Kompetensmålen anger de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som vi bedömer är särskilt centrala för uppdraget. Utgångspunkten för kompetensmålen är det allmänmedicinska arbetssättet och förhållningssättet [26].

Fyra av fem regioner kan följa upp registreringsgraden av fast, namngiven läkarkontakt

Det finns olika tolkningar i regionerna av funktionen 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.

[51] Se 7 kap. 3 § HSL.
[52] Se 7 kap. 3 § HSL och 6 kap. 3 § PL.
[53] 3 kap. 2 §, PL.
[54] Se prop. 1994/95:195 s. 41.

Knappt tre fjärdedelar av regionerna (15) beskriver att de har rutiner för dokumentation och registrering av fast, namngiven läkarkontakt, vilket möjliggör insamling av data och uppföljning av utvecklingen. Av landets 21 regioner har 17 rapporterat hur stor andel av befolkningen som har en fast, namngiven läkarkontakt.[55] Vid föregående års undersökning var motsvarande antal 16. Under verksamhetsbesöken framstod det i många regioner som en utmaning att på ett enkelt och effektivt sätt kunna följa hur stor andel av invånarna som har en fast, namngiven läkarkontakt i primärvården. Olika listningssystem ger olika möjligheter för uppföljning, och även användningen i samma system kan se olika ut.

Skillnaden mellan registrerad grad och uppfattad grad är fortsatt stor

I vår enkätundersökning bad vi regionerna ange både *andel av befolkningen* som har en fast, namngiven läkarkontakt i den svarande regionens administrativa system och *antal personer* som har det. Det var 17 av regionerna som gav ett svar om andelen; 14 gav ett svar om antalet.

I genomsnitt rapporterar regionerna, som svar på frågan om andel, att 59 procent av befolkningen hade en fast, namngiven läkarkontakt 2024, vilket är lika stor andel som 2023.

Skillnaden mellan olika regioner är dock, nu liksom tidigare, stor. Den region som anger störst andel – 96 procent – beskriver dels att den har kopplat en stimulansersättning till hälso- och vårdcentralernas arbete med fast läkarkontakt, dels att redovisningen bygger på leverantörernas egenrapporterade data och att det inte finns några verktyg för att kontrollera dessa. Den region som anger minst andel – 18 procent – beskriver att den faktiska andelen sannolikt är högre än den registrerade andelen.

I de regioner som rapporterar antal personer som har en fast, namngiven läkarkontakt bor totalt knappt 7,3 miljoner av landets befolkning. I dessa regioner har totalt 4,6 miljoner personer – 63 procent – en fast, namngiven läkarkontakt.[56]

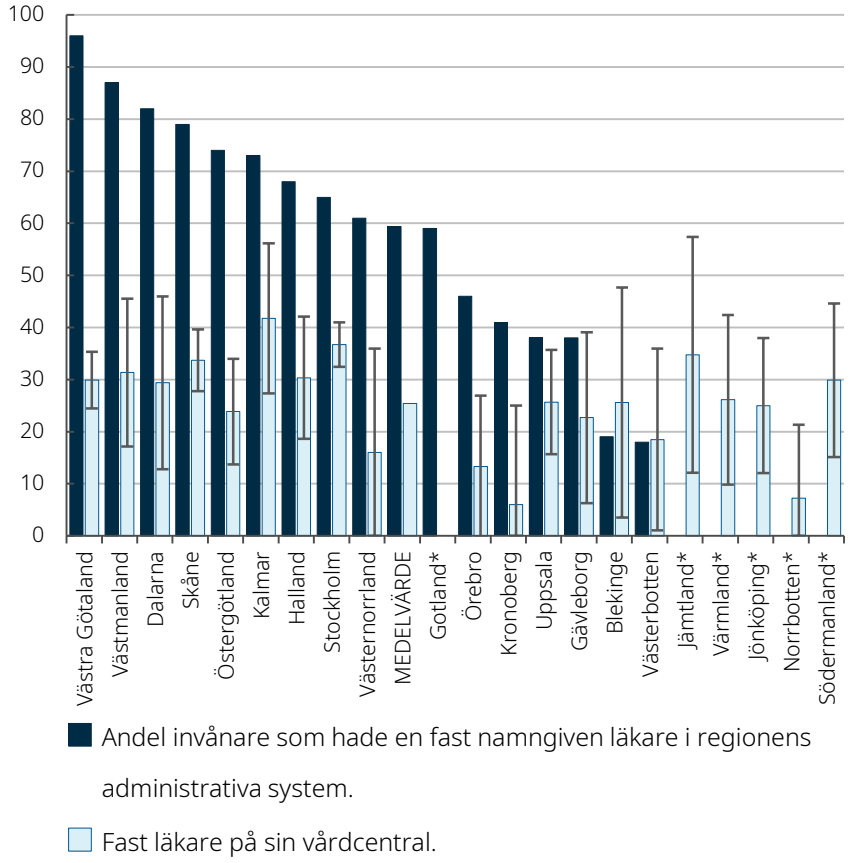
Enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys befolkningspanelundersökning har bara tre av tio (29 procent) invånare år 2024 en fast läkarkontakt på sin vårdcentral [27]. Det finns därmed en

[55] En region redovisar dock hur stor andel av de invånare som är listade vid regionens egenägda vårdcentraler, som har en fast läkarkontakt. Vid dessa egenägda vårdcentraler är enligt regionen cirka två tredjedelar av regionens befolkning listad.
[56] 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.

väsentlig skillnad mellan befolkningens egen uppfattning och regionernas registreringsgrad av fast, namngiven läkarkontakt.

Figur 38. Regionernas rapportering och befolkningens svar på om de har en fast läkarkontakt[57]

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



* Uppgift saknas.

Källa: Regionernas redovisningar av insatser inom god och nära vård 2024, samt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys befolkningspanel 2024.

[57] Notera att den andel som Region Stockholm har angivit i sitt enkätsvar skiljer sig från den som vi redovisar här. Det beror på att vi har räknat andelen av *hela befolkningen* i regionen som enligt regionens administrativa system har en fast läkarkontakt. Region Stockholm har beräknat andelen av de invånare som är listade inom de vårdcentraler som är leverantörer till Region Stockholm.

Notera även att vi inte angivit någon andel i Region Sörmland. Det beror på att Sörmland bara kan följa upp hur stor andel av de invånare som är listade vid regionens egenägda vårdcentraler som har en fast läkarkontakt.

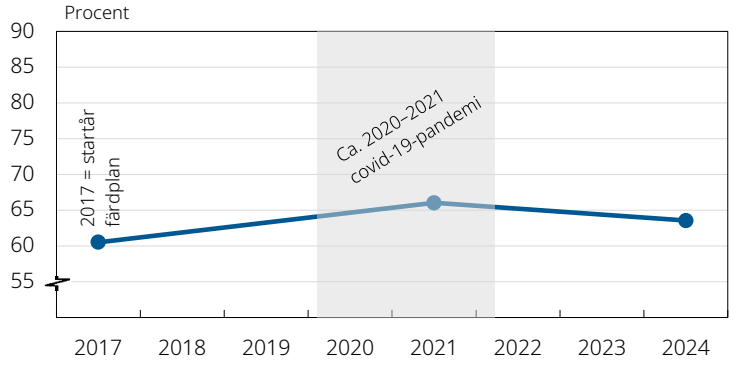
Som framgår av figur 38 syns ingen direkt samvariation mellan den andel av befolkningen som enligt regionernas administrativa system har en fast, namngiven läkarkontakt med den andel av befolkningen som uppfattar att de har en fast läkarkontakt.

Minskad andel av äldre som upplever att de har en ordinarie läkare de vanligtvis kontaktar

Figur 39 visar andelen personer 65 år och äldre som uppgett att de har en ordinarie läkare som de vanligtvis går till om de behöver vård. Andelen som svarade ja var cirka 61 procent år 2017, och den ökade till 66 procent 2021. År 2024 minskade andelen och uppgår nu till cirka 64 procent. Ett framgångsrikt arbete med fast läkarkontakt bör avspegla sig i att fler upplever att de har en ordinarie läkare de vanligtvis går till för vård, speciellt bland personer över 65 år där behovet av kontinuitet i genomsnitt är större än för totalbefolkningen.

Figur 39. Ordinarie läkare för personer 65 år eller äldre

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.”



Källa: International Health Policy Survey (IHP) bland personer 65 år eller äldre.

Av 21 regioner uppger 11 att de kan uppskatta hur stor andel av de personer som bodde på särskilt boende, och som där fick sin huvudsakliga hälso- och sjukvård, som hade en fast läkarkontakt den 31 december 2024. Andelen varierar mellan 85 och 100 procent med ett medelvärde på 96 procent. Några av de som inte kan uppskatta andelen uppger att de antingen inte har uppdaterade siffror eller att de inte har möjlighet att mäta fast läkarkontakt i särskilt boende.

Information till invånare om fasta kontakter lämnas via 1177.se eller vid förfrågan

Knappt hälften av regionerna (10 av 21) uppger att de använder 1177.se för att säkerställa att invånarna får information om vem eller vilka som är deras

fasta kontakter. Knappt hälften (4) av de som tillgängliggör informationen via 1177.se, och samtliga som inte gör det, beskriver att patienten kan få denna information i kontakt med sin vård- eller hälsocentral.

Regionerna kan inte följa om patienterna själva valt sin fasta läkarkontakt

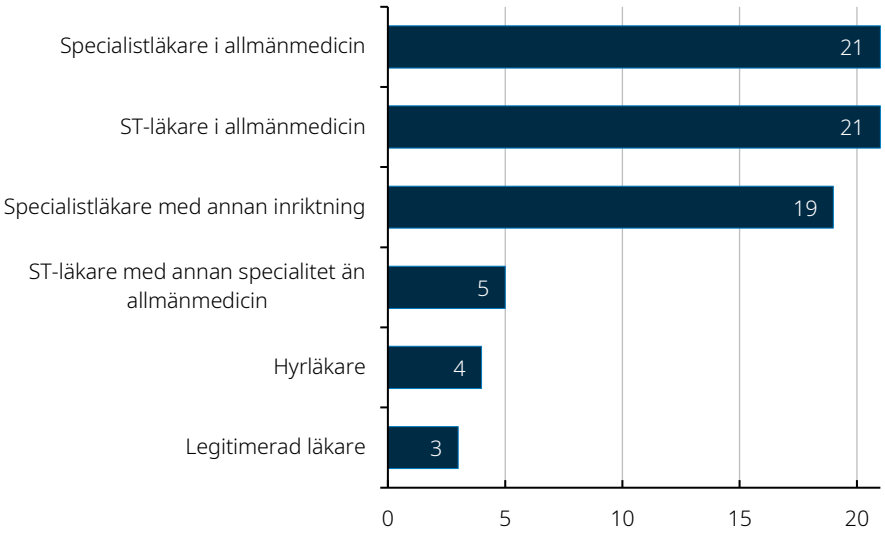
Ingen av regionerna uppger i enkätsvar att de har möjlighet att redovisa hur stor andel av befolkningen som har gjort ett aktivt val av fast läkarkontakt. I en tidigare kartläggning från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys framkom att endast tre av tio (28 procent) tillfrågade invånare, som hade varit i kontakt med vården under det senaste året, svarade att de hade fått information om möjligheten att välja en fast läkarkontakt [28].

Olika regioner ställer olika krav på vem som kan vara fast läkarkontakt

Samtliga regioner uppger att de har antagit riktlinjer eller interna mål för vem som kan vara fast läkarkontakt i primärvården.

Figur 40. Typ av läkare som kan vara fast läkarkontakt

Antal regioner där läkare med olika specialiseringar, utbildningsnivåer och anställningsförhållanden kan vara fast läkarkontakt.[58]



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

[58] Notera att en region enbart angav att leg. läkare kunde vara fast läkarkontakt. Denna regions svar har Socialstyrelsen korrigerat utifrån vad som framgår i regionens förfrågningsunderlag för Vårdval vårdcentral.

I samtliga regioner kan specialistläkare i allmänmedicin och ST-läkare i allmänmedicin vara fast läkarkontakt i primärvården, och i flertalet regioner kan även specialistläkare med annan inriktning vara fasta läkarkontakter. I 3 regioner kan samtliga legitimerade läkare vara fasta läkarkontakter, att jämföra med 4 regioner år 2023. I 4 regioner kan hyrläkare vara fasta läkarkontakter, att jämföra med 8 regioner år 2023. Fler regioner ställer därmed högre krav nu än för ett år sedan. Vissa av de regioner som tillåter att hyrläkare är fast läkarkontakt anger, liksom tidigare, att de ställer krav på längre kontrakt eller återkommande tjänstgöring.

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

I vår enkätundersökning frågade vi regionerna dels om de under 2024 beslutat om insatser med anledning av Socialstyrelsens nationella riktvärde 1 100 patienter per specialist i primärvård [25] för fast läkarkontakt i primärvården, dels vilka insatser de genomfört för att stödja relationsskapande och ökad kontinuitet med särskild inriktning på kravet att erbjuda fast vårdkontakt och fast läkarkontakt till patienter i primärvården. Svaren överlappar delvis varandra och beskrivs därför här samlat.

Av landets 21 regioner beskriver 17 att de under 2024 beslutat om insatser med anledning av Socialstyrelsens nationella riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården. Det finns en stor spridning vad gäller de insatser som regionerna beskriver att de genomfört eller planerar.

Knappt hälften av regionerna beskriver åtgärder som syftar till bättre kompetensförsörjning, till exempel genom utökning av antalet ST-tjänster i allmänmedicin eller förbättrad arbetsmiljö.

Många regioner beskriver också att de, i syfte att stödja relationsskapande och ökad kontinuitet, har fokuserat på personer med stora behov. I detta sammanhang nämns äldre, multisjuka, kroniskt sjuka och personer som skrivs ut från sjukhus samt personer med varaktig funktionsnedsättning, psykisk sjukdom eller nedsatt autonomi.

Det är 5 regioner som beskriver utvecklade krav på hälso- och vårdcentraler, och lika många som beskriver ekonomiska incitament för vårdgivarna att höja andelen invånare som har en fast läkarkontakt, medan 4 regioner beskriver ekonomiska satsningar på primärvården.

Slutligen beskriver flera regioner förbättrade förutsättningar för uppföljning av vård- och hälsocentralernas arbete med kontinuitet och fast läkarkontakt.

Socialstyrelsens verksamhetsbesök tydliggjorde och nyanserade regionernas arbete med kontinuitet

Vid verksamhetsbesöken har det lyfts att en framgångsfaktor för funktionen fast läkarkontakt i primärvården är gemensamma rutiner avseende exempelvis förändring av arbetssätt, förflyttning av arbetsuppgifter mellan verksamheter, samverkan mellan huvudmän, hur man når varandra enkelt mellan enheter för konsultationer samt användning av digital teknik. Tillgång till läkarutbildning i regionen lyfts också fram som en framgångsfaktor för att säkerställa tillgången till fast läkarkontakt i primärvården. Därtill behöver det finnas en tydlig planering för kompetensförsörjningen inkluderat ST-tjänster på både kort och lång sikt i primärvården.

I enkätsvaren redovisar 11 regioner att de har en plan för arbetet med fast läkarkontakt, vilket i vissa planer även innehåller kontinuitet för fler professioner i primärvården. I samband med verksamhetsbesöken framkom att det är ytterligare regioner som har pågående arbeten med planer för fast läkarkontakt och för att uppnå det nationella riktvärdet på 1 100 patienter per specialistläkare i primärvården. Det finns i alla regioner en vilja och ett pågående arbete för att stärka funktionen fast läkarkontakt och för att funktionen fast läkarkontakt ska bli tydlig för invånarna så att det skapar trygghet. Regionerna har dock kommit olika långt i sitt arbete. Region Jämtland Härjedalen har exempelvis, genom ett uthålligt och systematiskt utvecklingsarbete, förbättrat arbetsmiljön och stärkt kompetensförsörjningen. Regionen uppnår nu det nationella riktvärdet för fast läkarkontakt i primärvården.

Dialogerna som Socialstyrelsen genomförde under våren 2025 tydliggjorde och nyanserade, utöver enkätsvaren, att respektive region arbetar på olika sätt för att förstärka invånarnas kontinuitet i primärvården. De regionala och lokala förutsättningarna avseende exempelvis geografi, kultur och resurser i form av ekonomi och kompetens samt administrativa system leder till olika lösningar. Teamarbetet i primärvården lyfts fram som en förutsättning för att funktionen fast läkarkontakt ska kunna utföras med en god arbetsmiljö i primärvården och bidra till trygga invånare.

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,

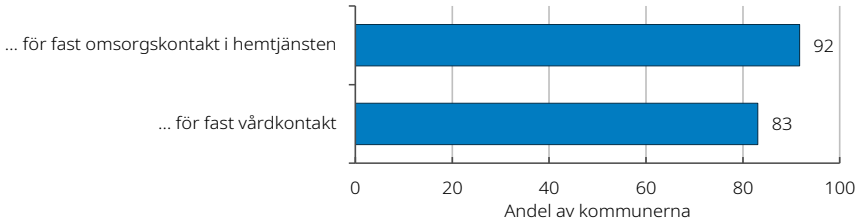
kontinuitet, samordning och säkerhet.[59] En fast omsorgskontakt ska erbjudas den som har hemtjänst, om det inte är uppenbart obehövligt. Den fasta omsorgskontakten ska tillgodose den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, individanpassad omsorg och samordning när hemtjänstinsatsen verkställs.[60]

Hälften av landets regioner uppger att de har rutiner för att registrera uppgifter om fasta vårdkontakter

Enligt överenskommelsen om god och nära vård mellan staten och SKR 2024 ska regionerna utarbeta rutiner för att dokumentera och registrera uppgifter om en patients fasta vårdkontakt, så att datainsamling kan ske effektivt och likvärdigt och det blir möjligt att följa den nationella utvecklingen löpande och över tid. Knappt hälften av regionerna (10 av 21) uppger att de har sådana rutiner. Det är 2 regioner färre än förra årets redovisning, och det är även färre regioner som kan följa hur många patienter som har fast vårdkontakt jämfört med hur många regioner som kan följa hur många patienter som har fast läkarkontakt. I IVO:s tillsyn framkommer att 40 av 43 vårdgivare (93 procent) brister i att informera om och erbjuda fast vårdkontakt. Det förekommer att personal inte känner till begreppet fast vårdkontakt eller vet hur rollen skiljer sig från fast läkarkontakt. IVO:s intervjuer med patienter visar att fast vårdkontakt inte alltid erbjuds till de som själva upplever att de har många kontakter med vården. Av de intervjuade patienter som ansåg sig vara storkonsumenter av vård uppgav endast drygt 23 procent att de hade fått information om möjligheten att få en fast vårdkontakt.

I kartläggningen anger en hög andel av kommunerna (92 procent) att de har rutin för dokumentation och registrering för fast omsorgskontakt i hemtjänsten. Motsvarande andel för fast vårdkontakt är något lägre (83 procent), se figur 41.

Figur 41. Infört rutin för dokumentation och registrering …



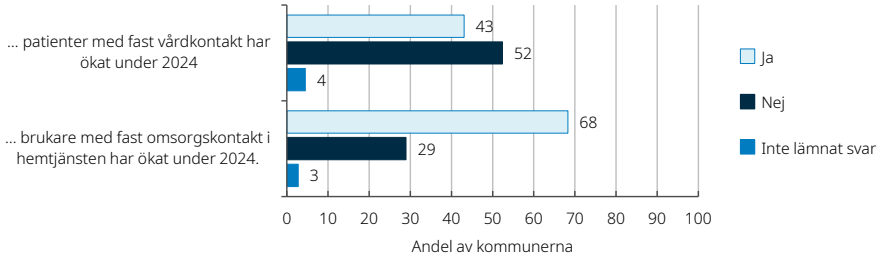
Källa: Kommunernas redovisningar av insatser inom god och nära vård 2024.

[59] 4 kap. 1 § HSF och 6 kap. 2 § PL.
[60] 10 kap. 7 § socialtjänstlagen (2025:400).

Stor andel av kommunerna anger att brukare med fast omsorgskontakt i hemtjänsten ökat under 2024

Andelen kommuner som anger att brukare med fast omsorgskontakt i hemtjänsten ökat under 2024 är 68 procent. Motsvarande andel för fast vårdkontakt är lägre (43 procent), se figur 42.

Figur 42. Andel kommuner som anger att ...



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

Arbetet med fast vårdkontakt och fast omsorgskontakt är under utveckling men kommunerna har kommit olika långt

Redovisningen visar att många kommuner sedan tidigare har haft en funktion liknande fast vårdkontakt inom den kommunala hälso- och sjukvården, men med andra benämningar. Exempel på sådana tidigare titlar är patientansvarig sjuksköterska, omvårdnadsansvarig sjuksköterska och områdesansvarig sjuksköterska. I flera kommuner pågår nu ett arbete med att utveckla rollen fast vårdkontakt. Det innebär att rutiner har förtydligats och att personal får utbildningsinsatser för att kunna utföra uppdraget på ett bra sätt.

Vi kan se att uppdragets innehåll varierar något mellan olika delar av landet, men målet är detsamma: att skapa kontinuitet i vården och underlätta för patienten. Vissa kommuner uppger att patienten även har en huvudansvarig fysioterapeut och en huvudansvarig arbetsterapeut som stödjer rehabiliteringsinsatser. Det dokumenteras vem som är patientens fasta vårdkontakt, till exempel i patientjournalen. Vissa kommuner uppger att det också finns utsedda läkarkontakter för patienter som bor på särskilda boenden eller får hemsjukvård inom ett visst geografiskt område.

Av redovisningarna framgår det att kommunerna i alla län i landet har haft fokus på att införa fast omsorgskontakt inom hemtjänsten under 2024. Av redovisningarna framgår det att kommunerna har kommit olika långt i

utvecklingen av den fasta omsorgskontakten. Många beskriver att arbetet fortfarande pågår och att rollen successivt växer fram.

Flera kommuner uppger att många brukare redan har en fast omsorgskontakt inom hemtjänsten. Det finns också exempel på kommuner som har infört fast omsorgskontakt i särskilt boende. Arbetet har ofta kompletterats med framtagna rutiner, arbetsbeskrivningar och informationsmaterial som riktar sig till personal, brukare och närstående.

Utbildningsinsatser har genomförts och pågår på flera håll, med syftet att förtydliga vad rollen innebär och vilka arbetsuppgifter som ingår. Det framgår att arbetsuppgifterna kan skilja sig åt mellan olika delar av landet, men det gemensamma målet är att samordna omsorgsinsatserna och möta den enskildes individuella behov.

I redovisningarna framhålls det av flera kommuner att en återkommande utmaning är svårigheten att rekrytera undersköterskor till rollen som fast omsorgskontakt inom hemtjänsten.

I vissa kommuner registreras och dokumenteras vem som är den enskildes fasta omsorgskontakt, till exempel i genomförandeplanen. Det framkommer även att några kommuner har följt upp arbetet med fast omsorgskontakt. Dessa uppföljningar har lett till att rutiner har reviderats och arbetssätt förbättrats.

Hälsofrämjande och förebyggande insatser

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

- Socialstyrelsen ser ingen tydlig ökning av samtal om levnadsvanor med patienter inom primärvården. År 2024 svarade 56 procent av männen och 48 procent av kvinnorna att levnadsvanor hade diskuterats vid primärvårdsbesöket.
- Bland äldre personer med kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende har andelen med läkemedel som bör undvikas minskat varje år sedan 2018. När det gäller läkemedelsanvändning bland äldre har utvecklingen varit positiv. Denna utveckling tyder på en ökad följsamhet till rekommendationer om läkemedelsbehandling för äldre.
- Både 2023 och 2024 har antalet fallskador bland personer med kommunal hälso- och sjukvård minskat i särskilt boende men ökat i ordinärt boende. Fallskadefrekvensen är högre bland kvinnor än bland män.
- Antalet besök på akutmottagningar av personer som var 80 år och äldre minskade kraftigt pandemiåret 2020. Därefter ökade antalet igen både 2021 och 2022 för att sedan minska igen. Män har konsekvent haft ett högre antal besök än kvinnor.
- Många regioner och kommuner rapporterar att de under 2024 genomfört hälsofrämjande och förebyggande insatser, bland annat i form av riktade hälsosamtal och fysisk aktivitet på recept (FaR). Flera regioner och kommuner indikerar att arbetet med insatserna har ökat.
- En majoritet av regioner och kommuner redovisar att kommuner genomfört hälsofrämjande och förebyggande insatser genom samverkan mellan exempelvis socialtjänst, hälso- och sjukvård och civilsamhälle. Fördjupningsstudien visar att de hälsofrämjande satsningar som görs av kommunerna ofta riktas mot hela befolkningen och att det är vanligt att ha en bred syn på vad som ingår i förebyggande arbete som en del av nära vård.

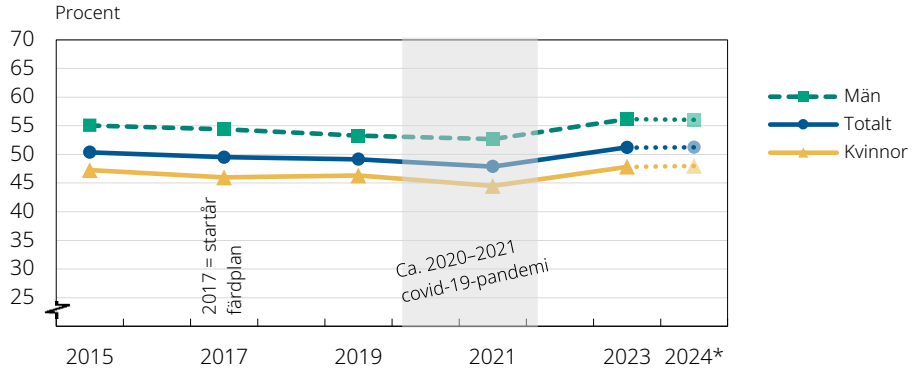
Ingen tydlig ökning av diskussion om levnadsvanor inom primärvården

År 2024 uppgav 51 procent av de svarande att läkaren eller någon annan ur personalen i primärvården diskuterat levnadsvanor vid det senaste besöket. Notera att frågan detta år bara ställts i 10 regioner. Under de år då samtliga regioner deltagit i mätningen har andelen varierat mellan 48 och 51 procent, utan någon tydlig tendens till förbättring eller försämring över tid. Män har konsekvent svarat jakande i större utsträckning än kvinnor. År 2024 svarade

56 procent av männen och 48 procent av kvinnorna att levnadsvanor hade diskuterats vid primärvårdsbesöket.

Figur 43. Diskuterat levnadsvanor, patientrapporterat, primärvård

Andel patienter som uppger att läkaren eller någon annan ur personalen vid läkarbesök på primärvårdsmottagning diskuterat någon eller flera av följande: alkohol-, motions-, tobaks- och matvanor.



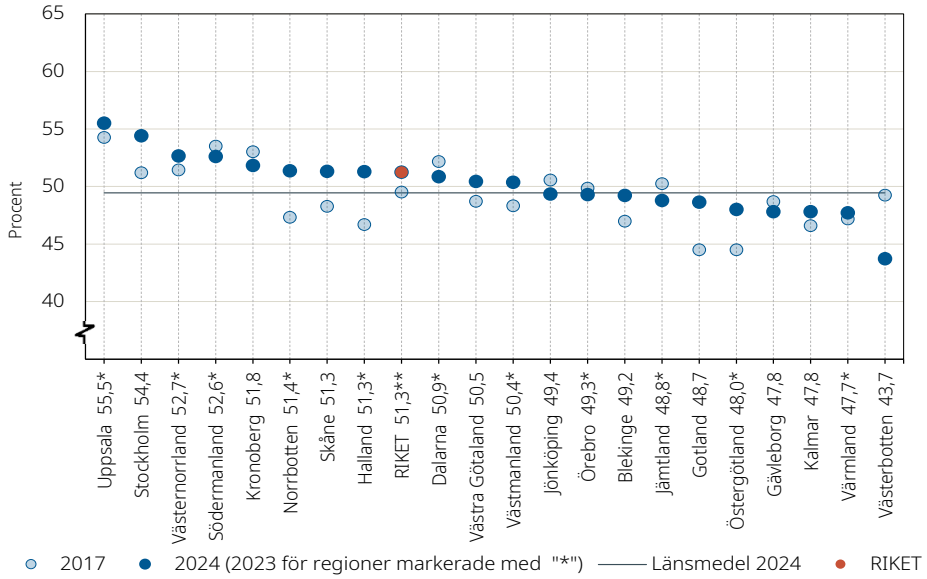
*Rikstäckande mätningar görs endast ojämna år, värdet 2024 baseras på 10 deltagande regioner.

Källa: Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Regioner.

Andelen patienter som uppger att levnadsvanor diskuterats vid det senaste primärvårdsbesöket varierar mellan regionerna. Högst är andelen i Region Uppsala (56 procent) och lägst är andelen i Region Västerbotten (44 procent). Jämfört med den undersökning som gjordes 2017 har en ökning skett i något fler än hälften av regionerna.

Figur 44. Diskuterat levnadsvanor, patientrapporterat, primärvård

Andel patienter som uppger att läkaren eller någon annan ur personalen vid läkarbesök på primärvårdsmottagning diskuterat någon eller flera av följande: alkohol-, motions-, tobaks- och matvanor.



* Senaste värdet avser 2023.
** Rikets senaste värde och "Länsmedel" utgörs enbart av de 10 regioner som deltog i mätningen 2024.

Källa: Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Regioner.

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

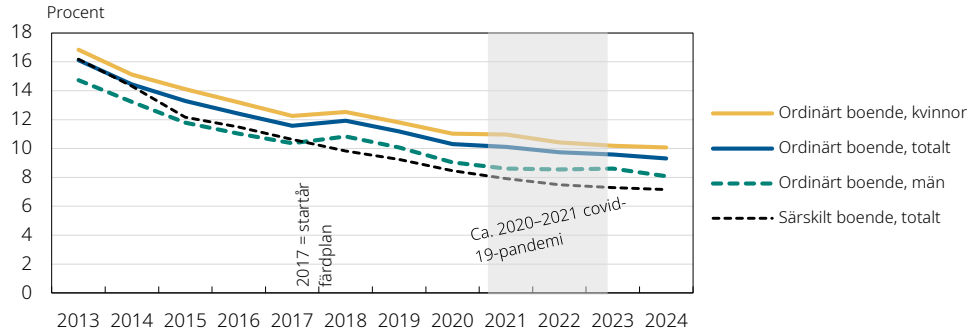
Med stigande ålder sker flera förändringar i kroppen som påverkar hur läkemedel omsätts och verkar. Vissa läkemedel medför därmed en betydande risk för biverkningar hos äldre och bör därför undvikas i denna åldersgrupp. Läkemedelsanvändningen hos äldre är omfattande och har ökat över tid. Det är därför 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* [3]. Exempelvis krävs samverkan mellan huvudmännen då personerna får insatser av kommunal sjukvård men läkare från regionen 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.[61]

[61] Socialstyrelsens analysverktyg: https://dataanalys.socialstyrelsen.se/superset/dashboard/G132_Aldre_lakemedel_sabo/. Besökt 2025-06-24.

Figur 45. Äldre med läkemedel som bör undvikas, kommunal hälso- och sjukvård

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.

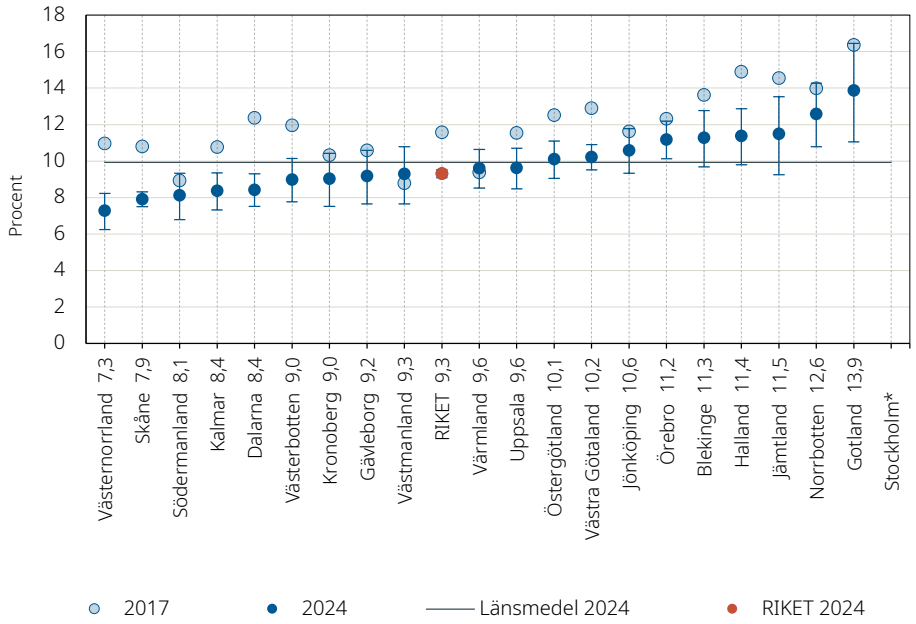


Källa: Läkemedelsregistret och Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen.

Användningen av läkemedel som bör undvikas till äldre inom kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt boende uppdelat på de olika regionerna framgår av figur 46. Förekomsten är i nästan samtliga regioner lägre 2024 än 2017. Notera att den basala hemsjukvården i Stockholms län utförs av regionen och inte, som i övriga landet, av kommunerna. Det medför att data saknas för Stockholm.

Figur 46. Äldre med läkemedel som bör undvikas, 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 kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende.



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

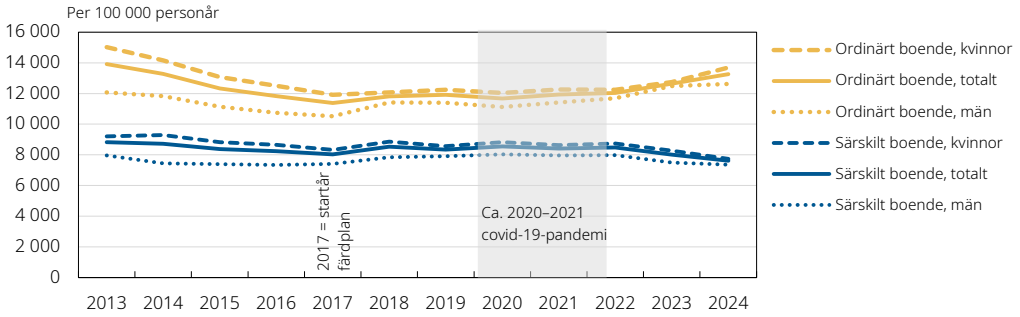
Fallskador för personer med kommunal hälso- och sjukvård minskar i särskilt boende men ökar i ordinärt boende

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. Samhällets kostnader för fallskador är omfattande, vilket gör det 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 indikatorns utformning är fokus på den kommunala sjukvården, som även inkluderar insatser från regionerna, och det fallförebyggande arbetet där.

I figur 47 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 ses främst för de två senaste åren. För personer i särskilt boende var 2024 det år med minst antal fallskador per personår i tidsserien. För ordinärt boende var antalet istället det största sedan 2014. Fallfrekvensen bland kvinnor är högre än fallfrekvensen bland män.

Figur 47. Fallskador, kommunal hälso- och sjukvård

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



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

Det förekommer arbete med fallprevention i regionerna och kommunerna. Ett exempel är från Region Västmanland där de har en insats som riktar sig till hela den vuxna befolkningen och handlar om att testa sina funktioner och kontinuerligt träna de stora muskelgrupperna för att vara vid god fysik även

på äldre dagar. Ytterligare ett exempel från Region Västmanland är arbetet med fallpreventionsradar som under 2024 testades på ett av sjukhusen i regionen med mycket goda resultat. Radarn mäter endast rörelser och är inte utrustad med kamera, vilket värnar om individens sekretess och integritet. Upphandling pågår nu för att kunna bredda insatsen på övriga sjukhus och eventuellt till kommunerna. Region Västerbotten lyfter ett exempel med utvecklad samverkan inom fallprevention för äldre samt vårdförlopp för patienter med hjärtsviktproblematik. Vid uppföljning av antal inläggningar på sjukhus på länsnivå är tendensen att antalet fallskador minskar.

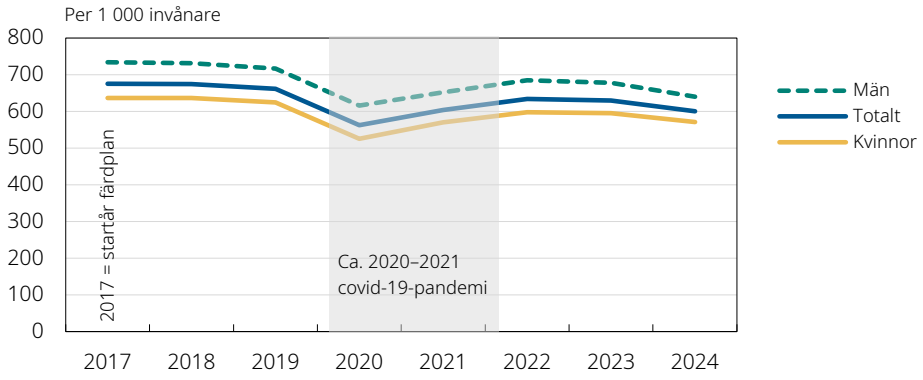
Män har konsekvent haft ett större antal besök på akutmottagningar

Genom en mer personcentrerad och koordinerad hälso- och sjukvård och äldreomsorg antas behovet av att besöka akutmottagningen bland äldre personer kunna förebyggas i högre grad. Förekomst av bland annat närakuter och längre öppettider i primärvården kan också påverka utfallet.

Antalet besök på akutmottagningar av personer som var 80 år eller äldre minskade i svag takt 2018 och 2019, för att sedan minska kraftigare pandemiåret 2020. Därefter ökade antalet igen både 2021 och 2022 för att sedan minska igen. År 2024 uppgick antalet till 600 per 1 000 invånare. Män har konsekvent haft ett högre antal än kvinnor; skillnaden har uppgått till som mest 17 procent fler besök och som minst 12 procent fler besök per 1 000 invånare.

Figur 48. Besök på akutmottagning – 80 år och äldre

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

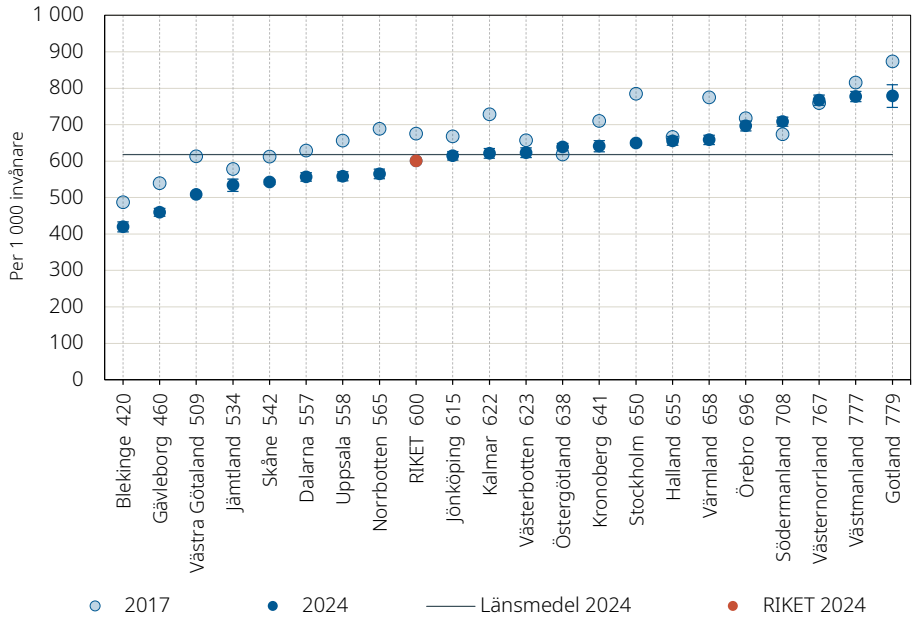


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Antalet besök på akutmottagning av personer som är 80 år eller äldre varierar mellan landets regioner. Minst är antalet i Blekinge (420 besök per 1 000 invånare) och högst är antalet på Gotland (779 besök per 1 000 invånare). I nästan samtliga regioner är antalet akutbesök mindre 2024 än 2017, vilket är positivt.

Figur 49. Besök på akutmottagning – 80 år och äldre

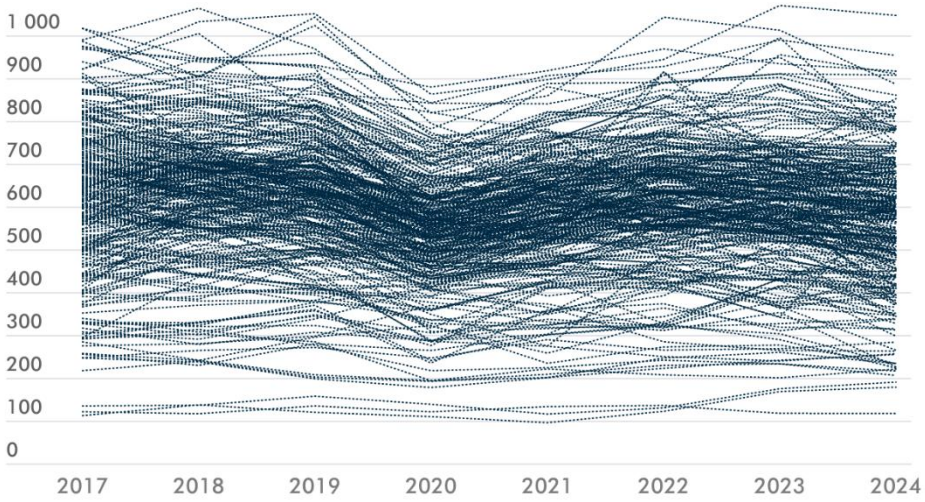
Antal besök av personer 80 år eller äldre vid sjukhusbundna akutmottagningar per 1 000 invånare.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Figur 50. Kommuner, 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.

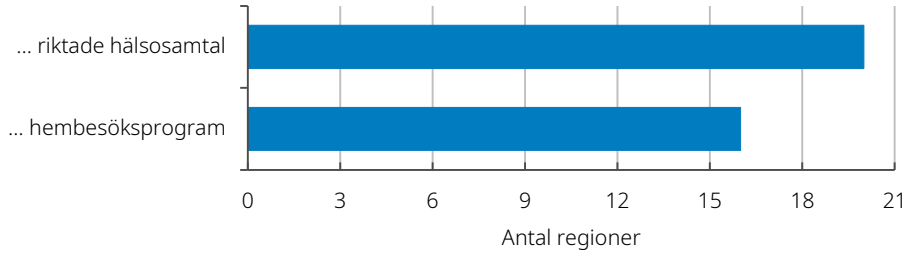
I figur 50 visas utvecklingen för samtliga kommuner i riket 2017–2024. Utöver det generella mönstret framgår att 3 kommuner för samtliga år har det minsta antalet besök på akutmottagning för personer 80 år och äldre. Dessa kommuner är Avesta i Dalarnas län samt Bollnäs och Ovanåker i Gävleborgs län. Även i flera andra kommuner med lägre värden 2024 är antalet lågt för hela perioden.

Många regioner och kommuner arbetar med hälsofrämjande och förebyggande insatser i form av riktade hälsosamtal

I figur 51 redovisas hur många regioner som anger att de genomfört hälsofrämjande och förebyggande insatser i arbetet med omställningen. Totalt 20 av 21 regioner anger att de har genomfört insatser med fokus på riktade hälsosamtal, och 16 av 21 regioner har genomfört insatser med fokus på hembesöksprogram. Det är 18 regioner som svarar att de har genomfört övriga insatser kopplat till det hälsofrämjande och förebyggande arbetet.

Figur 51. Genomfört hälsofrämjande och förebyggande insatser i arbetet med omställningen, regioner

Antal regioner som anger att de har genomfört hälsofrämjande och förebyggande insatser i arbetet med omställningen med fokus på ...



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

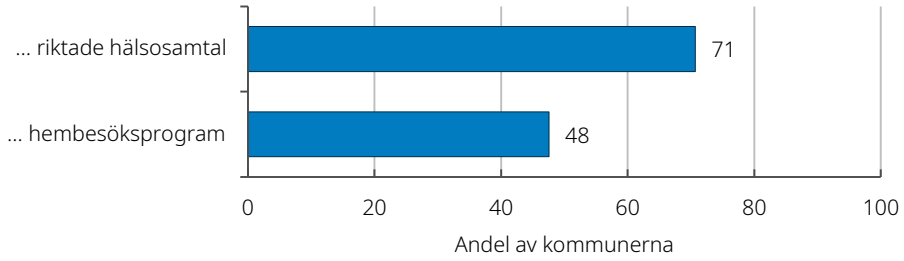
Exempel på övriga insatser som regionerna fortsatt arbeta med är bland annat utveckling och revidering av styrdokument och vårdplaner, olika utbildningsinsatser med inriktning på levnadsvanor och hälsofrämjande insatser. Regionerna redovisar även att de ger stöd till aktörer i arbetet med levnadsvanor gentemot olika målgrupper som barn och unga samt personer med funktionsnedsättning, arbetar med riktade hälsosamtal till olika delar av befolkningen samt hembesök via familjecentraler.

Region Västernorrland har genomfört en satsning för att öka antalet riktade hälsosamtal, vilket gett goda resultat. Andelen 40-, 50- och 60-åringar som genomgått hälsosamtal i primärvården har på tre år ökat från 34 procent till 48 procent av målgruppen.

Som vi kan se i figuren nedan är det 71 procent av länen som anger att kommunerna genomfört hälsofrämjande och förebyggande insatser i form av riktade hälsosamtal. Det är knappt hälften, 48 procent, av länen som anger att kommunerna genomfört hälsofrämjande och förebyggande insatser i form av hembesöksprogram.

Figur 52. Genomfört hälsofrämjande och förebyggande insatser i arbetet med omställningen, kommuner

Andel kommuner som anger att de genomfört hälsofrämjande och förebyggande insatser i arbetet med omställningen med fokus på ...



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

Exempel på hälsofrämjande och förebyggande insatser som genomförts i kommunerna under 2024 är anhörigstöd, fallprevention, kostvanor, fysisk aktivitet samt insatser för att minska ofrivillig ensamhet.

Fler än hälften av länen redovisar att kommunerna genomfört hälsofrämjande och förebyggande insatser i form av anhörigstöd. Cirka en tredjedel av länen beskriver att kommunerna genomfört insatser kring fallprevention och för att motverka ofrivillig ensamhet. Fler än hälften av länen redovisar arbete med hälsofrämjande aktiviteter som fysisk aktivitet för äldre och olika sociala aktiviteter. Stockholms län beskriver att kommuner inom länet bland annat infört balans- och styrketräning, sittgymnastik, promenadgrupper och kulturaktiviteter för att minska ensamhet och stärka fysisk hälsa hos äldre samt även fysisk aktivitet för personer med LSS-insatser.

Flera insatser har utvecklats och utökats i regionerna och kommunerna

Liksom i föregående års uppföljningar ser Socialstyrelsen att hälsofrämjande och förebyggande insatser och arbete tillhör de vanligaste insatstyperna i regioner och kommuner. Flera regioner och kommuner indikerar att arbetet med hälsofrämjande och förebyggande insatser har ökat. Flera regioner ger exempel på att de under 2024 arbetat med fysisk aktivitet på recept (FaR) som insats. Målet är bland annat ökad förskrivning och följsamhet till förskrivna recept samt att öka kunskapen kring FaR genom föreläsningar, framtagna informationsfilmer. Några av dessa regioner uppger att de även arbetat med att implementera FaR i olika verksamheter där det idag inte förekommer, som exempelvis elevhälsan och primärvården.

Region Stockholm har under 2024 genomfört flera insatser inom elevhälsan. En översyn av regionens webbsida Elevhälsoportalen (EHP) har genomförts för att utröna hur den bättre kan stötta elevhälsans arbete och ge stöd till elever med vanligt förekommande sjukdomar. De har även arbetat med implementering av familjestödsprogrammet En Frisk Skolstart (EFS) i 26 kommunala skolor samt informerat 84 kommunala skolor om möjligheten att implementera programmet i deras verksamhet. Skolor i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar har prioriterats.

Ett exempel som Region Skåne lyfter är det utökade hembesöksprogrammet Växa tryggt, där BVC och socialtjänsten gör hembesök gemensamt. Målgruppen är samtliga förstagångsföräldrar och föräldrar som är födda i Öst- och Sydeuropa (utanför EU), Afrika, Asien eller Sydamerika som får barn för första gången i Sverige. Syftet är att förbättra förutsättningarna för barnets hälsa genom fler föräldrastödjande insatser och större antal hembesök än inom det vanliga barnhälsoprogrammet. Ytterligare ett exempel från Region Skåne är en populationsinriktad arbetsmodell inom tandvården som kallas för Skånetrappan; modellen innebär ett successivt införande av hälsofrämjande och förebyggande tandvårdsinsatser riktade till barn och unga och sker i samverkan med barnhälsovård, förskola med flera. Även Region Västernorrland lyfter ett exempel inom tandvård, Friskhuset, som arbetar förebyggande i samarbete med kommunerna genom besök på BVC och förskolor.

Region Värmland ger exempel på arbete med digitala hälsocoacher som fortsatt under 2024. De erbjuder hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande insatser, både individuellt och i grupp, och under 2024 har en särskild satsning på medborgare inskrivna på Karlstad kommuns arbetsmarknadsenhet genomförts. En utveckling av insatserna och en utvidgning till att erbjuda dem på samtliga arbetsmarknadsenheter i regionen planeras. Det pågår även ett projekt i Region Värmland där två utvecklingsledare inom hälsa arbetar med att stärka deltagarnas hälsolitteracitet och för att vara behjälpliga med kontaktvägar in till hälso- och sjukvården. Ytterligare ett gott exempel från regionen är arbetet med välfärdsrådgivare som initialt var placerade på Karlstads akutmottagning. De arbetar för att bidra till en ökad samverkan mellan region och kommun samt ett minskat behov av vård- och stödinsatser. Insatsen handlar om att arbeta förebyggande genom tidiga åtgärder för att minska återkomster och eventuella inskrivningar i slutenvården samt minska tiden på sjukhus eller inom slutenvården. Arbetssättet har varit framgångsrikt och nu spridits till flera vårdcentraler i regionen.

Ett exempel från Region Örebro län är en digital levnadsvanemottagning som startades 2023 och som under 2024 började erbjuda stöd i

beteendeförändring för samtliga fyra levnadsvanor[62]. Region Örebro län redogör även för att deras digitala levnadsvanemottagning under 2024 har gett 112 patienter vid totalt 155 stycken besök strukturerat stöd via videokonsultationer, vilket är en ökning med 37 procent i jämförelse med 2023.

En stor bredd av insatser pågår i kommunerna

En majoritet av länen redovisar att kommuner genomfört hälsofrämjande och förebyggande insatser genom samverkan mellan exempelvis socialtjänst, hälso- och sjukvård och civilsamhälle. Ett exempel är inom Jönköpings län där kommuner genomfört ett hälsofrämjande arbete för äldre genom samverkan mellan omsorgsförvaltning och hälsocenter, som har inkluderat aktiviteter som FaR för barn och seniorer, och initiativ som Fys före mys för att främja en hälsosam livsstil bland äldre. Fys före mys har inneburit träningspass, fika och samtal bland annat om åldrande, fysisk aktivitet, kost och social hälsa.

Fördjupningsstudien [10] visar att de satsningar som görs ofta riktas mot hela befolkningen och att det är vanligt att ha en bred syn på vad som ingår i förebyggande arbete som en del av nära vård. I de kommuner som intervjuats finns en förståelse för att nära vård inkluderar de flesta verksamheter inom det kommunala uppdraget, även förskola och skola som inte har ett egentligt vårduppdrag.

[62] De fyra levnadsvanorna är tobaks- och nikotinbruk, riskbruk av alkohol, ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet.

Analys och slutsatser

I detta avsnitt redovisas Socialstyrelsens övergripande analys och slutsatser för samtliga mål för omställningen. I avsnittet som följer utvecklas Socialstyrelsens huvudsakliga slutsatser och bedömningar ytterligare med fokus på respektive mål för omställningen.

Övergripande resultat utifrån regeringsuppdraget

Socialstyrelsen har haft i uppdrag att följa upp omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård. Regeringens målbild är att 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 enligt regeringen vara att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan [3]. Utifrån resultaten från årets uppföljning gör Socialstyrelsen bedömningen att förflyttningen mot primärvården som nav inte prioriteras i den utsträckning som behövs.

Målen inom ramen för omställningen till en god och nära vård handlar bland annat om en mer delaktig patient och en personcentrerad vård samt att tillgängligheten och kontinuiteten i primärvården ska öka för patienten. Socialstyrelsen kan fortsatt identifiera en utveckling mot dessa mål. Tillgängligheten bedöms ha ökat något, om än från en låg nivå, och det finns behov av att fortsatt prioritera arbetet för att öka tillgängligheten. Uppföljningen visar på en svag utveckling när det gäller upplevd delaktighet bland patienter som besökt primärvården.

Vi har i årets uppföljning följt upp utvecklingen för olika målgrupper, vilket ger en tydligare bild av hur omställningen påverkar äldre, personer med kroniska sjukdomar, barn och unga och personer med funktionsnedsättning. De flesta regioner och kommuner har ändrat sitt arbetssätt för äldre, personer med kroniska sjukdomar samt barn och unga. För personer med funktionsnedsättning har förändringarna däremot varit mindre omfattande, särskilt i regionerna.

Uppföljningen visar att det har skett en viss utveckling på verksamhetsnivå i riktning mot målen för omställningen. Det handlar bland annat om nya arbetssätt och fler insatser. Hälsofrämjande och förebyggande arbete är i likhet med i tidigare års uppföljningar bland de vanligaste redovisade insatserna för både regioner och kommuner. Dessa insatser har fortsatt att öka även under det gångna året. Det område som har utvecklats mest sedan föregående uppföljning är samverkan och samordning. Gällande fast läkarkontakt finns det en diskrepans mellan regionernas inrapporterade

andel och den andel av invånarna som uppfattar att de har en fast läkarkontakt. Det indikerar att den andel som regionerna rapporterat in inte speglar en faktisk kontinuitet. På strategisk nivå ser vi däremot ingen tydlig förflyttning mot målen. Flera faktorer bidrar till att målen inte uppfylls, bland annat att omställningen uppfattas som komplex, otillräckliga resurser, och svårigheter att förändra arbetssätt. Vi ser inte heller att budgeten har ökat för primärvården hos flertalet av regionerna.

I årets uppföljning redovisar regionerna och kommunerna att de genomfört en mängd av insatser och att flera projekt breddinförts. Insatser som utvärderats av regionerna med goda resultat, som exempelvis mobila team, fortsätter utvecklas och breddinföras i regionerna och kommunerna. Regionerna lyfter i större utsträckning fram insatser som är kopplade till omställningens mål, vilket tyder på ökad samsyn kring vad som bör prioriteras. Men utifrån målen inom ramen för god och nära vård varierar patientperspektivet kraftigt beroende på var i landet patienten bor; exempelvis är det stora skillnader i tillgängligheten och kontinuitet i form av fast läkarkontakt.

Ekonomiska och personella resurser för att göra primärvården till nav behöver öka

Uppföljningen visar att grundläggande förutsättningar kring resurser och kompetensförsörjning inte stärkts i den utsträckning som krävs för att omställningen ska kunna genomföras. Exempelvis har kostnaderna för primärvården ökat, räknat i fasta priser per invånare, både inom regionernas och kommunernas hälso- och sjukvård. Trots denna kostnadsökning är den andel av resurserna som går till primärvården i allt väsentligt oförändrad sedan 2017. Flera regioner beskriver att de ekonomiska förutsättningarna har försämrats, vilket har lett till att andra prioriteringar har behövt göras, och att detta har påverkat styrfarten i arbetet med omställningen negativt. Endast en tredjedel av regionerna har budgeterat mer till primärvården 2024 än 2023, vilket indikerar att arbetet mot att primärvården ska vara navet inte prioriterats i budgetering. Ökade resurser är inte ensamt avgörande, eftersom även andra faktorer, exempelvis ändrade arbetssätt, har betydelse. Samtidigt visar uppföljningen att tillgången till resurser påverkar möjligheterna att nå målen med omställningen. Men den samlade bilden utifrån uppföljningen är att resurser påverkar möjligheten att nå målen med omställningen.

Att mindre pengar går till primärvården trots satsningen att primärvården ska vara navet i hälso- och sjukvården tyder på att arbetet med omställningen inte prioriteras i tillräckligt hög grad. Socialstyrelsen ser detta som en stor utmaning i arbetet med omställningen till en god och nära vård.

Socialstyrelsen ser även att personalomsättningen är högre inom primärvården än inom andra vårdformer, vilket indikerar en mindre stabil bemanning inom primärvården, trots intentioner om en omställning där primärvården ska vara navet. För att främja omställningen till nära vård behöver hälso- och sjukvårdens resurser fördelas om i större utsträckning för att främja omställningen till primärvården som nav. Mycket talar för att även rådande brist på personal inom hälso- och sjukvården respektive omsorgen påverkar styrfarten för arbetet med omställningen till en nära vård.

Styrkedjan behöver stärkas

I årets uppföljning har Socialstyrelsen gjort en fördjupad analys av hur omställningen till en god och nära vård styrs och leds [10]. Analysen visar att styrningen hittills varit otydlig och utformas olika av olika aktörer, vilket är en liknande bild som den Myndigheten för vård- och omsorgsanalys presenterat [6].

Några större skillnader från förra årets uppföljning kan inte påvisas när det gäller arbetet med styrning och ledning på en strategisk och övergripande nivå för att nå målen med omställningen. Däremot redovisar regioner och kommuner många olika typer av insatser på verksamhetsnivå som indikerar en viss förflyttning mot omställningens mål genom bland annat förändring i arbetssätt. Avsaknaden av koppling mellan aktiviteter som pågår på verksamhetsnivå och styrning och ledning på strategisk nivå visar på ett bristande helhetstänk som är avgörande för att nå målen med omställningen.

Alla kommuner och regioner har nu länsgemensamma handlingsplaner, vilket är positivt. Samtidigt varierar innehållet och utformningen stort. Vissa handlingsplaner kopplar tydligt till omställningens nationella mål, medan andra saknar den kopplingen, och det är svårt att bedöma om de är tillräckliga styrmedel för omställningen. Handlingsplaner som avspeglar en strategisk avsikt med omställningen kan vara ett bra stöd för ett strukturerat omställningsarbete, men endast det faktum att det finns en plan på plats är inte nödvändigtvis tillräckligt. Arbetet med handlingsplanerna behöver omsättas till förändringar i praktiken samt följas upp.

Vissa regioner och kommuner följer upp och reviderar handlingsplaner kontinuerligt medan andra inte gör det i samma utsträckning. Även kommunernas och regionernas uppföljningar och utvärderingar varierar i innehåll och utformning. Det gör att lärandet av arbetet med planerna varierar stort. Det saknas ett gemensamt språk och en gemensam förståelse för vad omställningen innebär, och kopplingen till målsättningarna varierar. Det försvårar att använda uppföljningar och utvärderingarna i det strategiska arbetet samt i utformning och revidering av handlingsplanerna. I vår uppföljning framkommer att avsaknaden av ett tydligt syfte och en gemensam beskrivning av omställningen på nationell nivå har lett till att olika aktörer har

formulerat egna mål och tolkningar, vilket även framkom i Myndigheten för vård- och omsorgsanalys utvärdering [6]. En frihet i att utforma och tolka målen kan ha vissa fördelar men har försvårat en sammanhållen utveckling, vilket de olika formerna av handlingsplaner och uppföljningar visar.

Behov av att etablera strategisk styrning på systemnivå

I uppföljningen framkommer det ett gap mellan strategisk och operativ nivå i regioner och kommuner, på så sätt att det arbete som bedrivs ofta utgörs av aktiviteter och enskilda satsningar istället för att utgå från helheten och långsiktiga prioriteringar för att genomföra omställningen. Uppföljningen visar att det finns tecken på att verksamheter på primärvårdsnivå inte märker av och nås av omställningsarbetet. Den främsta utmaningen uttrycks av regioner och kommuner vara att lyfta arbetet mot en god och nära vård från operativ nivå upp till den strategiska nivån för att få till en gemensam förflyttning i hela styrkedjan.

Socialstyrelsens uppföljning visar också att ett stort ansvar har lagts på processledare och andra samordnande funktioner. Processledarna har en central roll i att översätta beslut mellan central nivå, regionala delområden och lokal nivå. Dessa roller är viktiga i förändringsarbetet, men de har ofta ett begränsat formellt mandat och i vissa regioner bristande koppling till högsta ledningen. Det kan därför utgöra en svårighet om mycket ansvar att driva omställningen framåt läggs på dessa roller. En tydligare styrstrategi krävs för att säkerställa att omställningen genomförs på ett effektivt och samordnat sätt. Det behöver bli tydligt vem som ansvarar för vad, och vad som ska göras för att genomföra omställningen.

Det rör sig även om andra typer av förändring som behöver komma till för omställningen, exempelvis i resurser, prioriteringar och kultur, vilket då kräver utökad styrning på strategisk nivå. En gemensam förståelse och kunskap om syftet och målsättningen med omställningen till nära vård är en central framgångsfaktor. Detta saknas till viss del idag, vilket försvårar arbetet med omställningen.

Socialstyrelsen bedömer att arbetet med att överbrygga gapet behöver prioriteras och att en strategisk styrning på region- och kommunledningsnivå behöver etableras. Socialstyrelsen bedömer att det även behövs ett tydligare, gemensamt syfte och målbild för omställningen för att aktörer på nationell, regional och kommunal nivå tillsammans ska kunna driva omställningen mot målen. Även för målen finns ett behov av konkretisering. Syfte, målbild och målsättningar behöver sedan förankras brett. Staten, regionerna och kommunerna behöver tillsammans skapa en tydligare och mer samordnad styrning.

Ökad samverkan med socialtjänsten i arbetet med omställningen för att förbättra för individen

I årets uppföljning är det flera regioner och kommuner som lyfter att de har en ökad samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten i arbetet med omställningen. Regioner och kommuner har genomfört flera insatser för att förbättra och utveckla samverkan under 2024, exempelvis arbetet med familjecentraler och ofrivillig ensamhet bland äldre.

Uppföljningen visar att många kommuner arbetat parallellt med omställningen till god och nära vård och med införandet av den nya socialtjänstlagen. Ofta är det samma personer som ansvarar för båda uppdragen. Intervjupersoner från kommunerna lyfter att omställningarna kan stödja varandra, eftersom båda handlar om att arbeta mer förebyggande med individen i fokus. Konkret kan det handla om att synliggöra gemensamma utmaningar och tydligare arbeta samordnat kring individer med komplexa behov. Arbetet med omställningen till följd av den nya socialtjänstlagen uppges i fördjupningsstudien [11] ha givit dragkraft i arbetet med omställningen till en god och nära vård. Socialstyrelsen ser samtidigt att arbetet och förberedelserna inför omställningen till följd av den nya socialtjänstlagen har tagit mycket tid för kommunerna och det har varit ett stort fokus på detta. Socialstyrelsen ser en viss risk att den kommunala hälso- och sjukvårdens roll hamnar i skymundan. Det är därför viktigt att inte tappa fokus på den kommunala hälso- och sjukvården inom arbetet med omställningen för att möjliggöra vård i hemmet, för att få på plats närvårdsplatser i samverkan med kommunen och för att fortsatt stärka den medicinska kompetensen i kommunerna.

Socialstyrelsen kan se att det utökade samarbetet mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst indikerar en utveckling mot en mer individanpassad och effektiv vård och omsorg med förutsättningar för mer personcentrerad vård, vilket är positivt. Att utöka och stärka samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten är avgörande för flera viktiga områden, exempelvis inom det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som är ett centralt område i båda omställningarna. Utveckling av denna form av samverkan kan bidra till ett ökat helhetsperspektiv med individen i centrum, vilket är viktigt för att nå målen med omställningen. Om arbetet sker i stuprör riskerar omställningen att försvåras och det blir svårt att nå de uppsatta målen. Arbete i stuprör bidrar även till att kontinuiteten för patienten minskar och de sömlösa flödena som eftersträvas uteblir.

Samverkan över områdesgränser för att kunna arbeta mer proaktivt blir allt viktigare både för att främja hälsa och för att försöka minska sjukdomsbördan i framtiden. I den kommunala hälso- och sjukvården och i

socialtjänsten är denna typ av samverkan ofta redan etablerad och en självklarhet. Det är därför viktigt att även den regionala hälso- och sjukvården arbetar aktivt för att få samverkan med socialtjänsten på plats.

Socialstyrelsen bedömer att samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten är viktig och behövs för att genomföra omställningen. Utveckling av samverkansstrukturer på både strategisk och operativ nivå kan bidra till ett ökat helhetsperspektiv med individen i centrum.

Arbete för att göra patienten delaktig behöver utvecklas ytterligare

Uppföljningen visar endast en svag utveckling när det gäller upplevd delaktighet bland patienter som besökt primärvården. Mätningar av delaktighet och involvering bland patienter i regionernas primärvård visar inga förbättringar jämfört med 2019.

Arbetet med att stärka patientens delaktighet och personcentreringen i vården pågår, bland annat genom införandet av dokumenterade överenskommelser mellan patient och vårdgivare. Samtliga regioner har infört någon form av sådan överenskommelse. Det är dock svårt att utifrån materialet dra säkra slutsatser om i vilken utsträckning dessa överenskommelser faktiskt bidrar till ökad delaktighet för patienten. Det finns därför behov av att följa upp insatsen ur patienternas perspektiv.

Dialogen med det civila samhället är omfattande i många regioner, men den sker ofta genom etablerade strukturer som pensionärsråd och funktionshinderråd. Det kan innebära att vissa grupper, såsom barn och unga, riskerar att stå utanför eftersom motsvarande strukturer för delaktighet saknas. Detta indikerar att delaktighet och medskapande i arbetet med omställningen fortfarande är begränsat för vissa patientgrupper. Att inkludera barns och ungas perspektiv[63] i utvecklingen av arbetet med omställningen kan bidra till att barn och unga erbjuds en vård som är bättre anpassad till deras behov.

Vidare saknas det ofta strukturer för patient- och brukarmedverkan på både central och regional nivå. Socialstyrelsen bedömer att ett mer systematiskt och inkluderande arbete kan vara nödvändigt för att säkerställa att olika patienters erfarenheter och behov tas till vara i utvecklingen av vården.

[63] Barnets perspektiv är barnets egen syn på sitt liv och sin omvärld som baserats på barnets ålder, mognad, erfarenheter, tradition, kultur och nuvarande livssituation. Vuxna kan bara ta del av barnets perspektiv när barnet själv berättar. Det är den vuxnes ansvar att säkerställa att barnets perspektiv beaktas i frågor som rör barnet (https://barnkonventionen-utb.barnombudsmannen.se/oversikt/vad-ar-barnkonventionen/perspektiv-pa-barnratt).

Arbetssätt för olika målgrupper har utvecklats i primärvården

Uppföljningen visar att majoriteten av regioner och kommuner ändrat arbetssätt för målgrupperna äldre, personer med kroniska sjukdomar samt barn och unga sedan starten av omställningen. För målgruppen personer med funktionsnedsättning har förändringarna hittills varit mer begränsade i regionerna. Men vi ser att vissa regioner har utvecklat särskilda mottagningar och arbetssätt för att säkra tillgången till hälso- och sjukvård för personer med medfödda eller tidigt förvärvade funktionsnedsättningar. Socialstyrelsen ser positivt på denna utveckling, eftersom sådana mottagningar kan utgöra ett viktigt komplement till den övriga primärvården.

Uppföljningen visar även att särskilda verktyg eller metoder för att underlätta kommunikationen används främst inom habiliteringen. Även primärvården är en viktig aktör när det gäller insatser till personer med funktionsnedsättning och mottagare vid övergång från barn- och ungdomshabilitering till vuxensjukvård. Om särskilda verktyg främst används i habiliteringen finns det patienter med behov som inte blir tillgodosedda och som inte kan vara delaktiga i samma utsträckning. Socialstyrelsen har i tidigare rapporter konstaterat att kompetens kring funktionsnedsättningar och deras konsekvenser behöver öka i primärvården. Det är en bedömning som stärks av årets uppföljning av omställningen. Det kan därför finnas behov av stöd för implementering av ökad kunskap om funktionsnedsättningar i primärvården.

Vidare ser vi att En Väg In (EVI) är en vanlig insats för målgruppen barn och unga. Socialstyrelsen lyfter i en tidigare utvärdering av EVI att regionerna behöver ta hänsyn till omställningen till god och nära vård och risken för att skapa grindvakter till vård vid en fortsatt utveckling av EVI. EVI riskerar att bygga ut ett slags fjärde vårdnivå som verkar innan patienten kan komma i kontakt med primärvården/första linjen. Triageringsfunktioner beskrivs riskera att bli grindvakter till vård, särskilt när efterfrågan på vård överskrider utbudet [9].

Ytterligare insatser behövs för att införa fast läkarkontakt för invånarna

Andelen av befolkningen som uppfattar att de har en fast läkarkontakt är betydligt mindre än regionernas rapportering. Det finns en diskrepans mellan regionernas inrapporterade andel och den andel av invånarna som uppfattar att de har en fast läkarkontakt.

Socialstyrelsen ser positivt på det utvecklingsarbete som gäller fast läkarkontakt och fast vårdkontakt; i första hand prioriterar hälso- och sjukvården de patienter som är skörast och som därmed har störst behov av samordning och kontinuitet. Det är också positivt att fler regioner nu ställer krav på att den fasta läkarkontakten inte ska vara hyrläkare, eftersom de anser att det ger möjlighet till bättre kontinuitet. Socialstyrelsen bedömer dock att det fortsatt kan behövas ytterligare insatser av regionerna för att de ska leva upp till kravet på att enskilda ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt i primärvården[64]. Det behövs ytterligare insatser när det gäller kompetensförsörjning, för om den kontinuitet som eftersträvas ska nås förutsätter det att det finns en reell tillgång till specialistläkare i primärvården. Flera regioner beskriver att de arbetar för att utveckla sina uppföljningsförutsättningar, vilket är en utveckling i rätt riktning. Socialstyrelsen ser dock att detta arbete skulle kunna behöva prioriteras ytterligare då det är ett centralt led i förbättringsarbete att kunna följa upp och systematiskt utvärdera effekterna av genomförda insatser.

Tillgängligheten till primärvården har utvecklats i olika riktning

Förtroendet för hälso- och sjukvården har ökat under 2024; även om det inte har nått upp till de nivåer som sågs under covid-19-pandemin, är utvecklingen positiv. För hälso- och vårdcentralerna ökar inte förtroendet i samma utsträckning. Detta är problematiskt i och med att omställningens målsättning är att primärvården ska vara navet inom hälso- och sjukvården. Det finns flera faktorer som påverkar allmänhetens förtroende för vården, men både faktisk och upplevd tillgänglighet bedöms vara centrala.

Socialstyrelsen ser tecken på viss positiv utveckling när det gäller tillgänglighet både 2023 och 2024, men nivån är fortfarande lägre än den var 2017. De senaste två åren har inneburit en förbättring i hur personer 65 år eller äldre på särskilda boenden upplever tillgången till läkare. För 2024 ses även en förbättring när det gäller överbeläggningar och utlokaliseringar. Vad gäller väntetid till medicinsk bedömning i primärvården fortsätter utvecklingen åt rätt håll. Allt fler patienter får en medicinsk bedömning inom rätt tid, även om vårdgarantins tidsgräns fortfarande inte uppfylls för alla och det även finns stora regionala skillnader. Socialstyrelsen bedömer att de regionala skillnaderna behöver minska, och då vissa regioner visar på en tydlig positiv utveckling finns möjligheter till gemensamt lärande.

Uppföljningen visar att digitalisering fortsatt är en central del av regionernas arbete för att förbättra tillgängligheten i vården. Regionernas egna

[64] Se 7 kap. 3 § HSL.

utvärderingar visar att digitala tjänster har potential att öka tillgången till vård, särskilt inom primärvården. Men det finns utmaningar, till exempel kopplade till ojämlik tillgång till teknik, digital kompetens hos patienter och personal samt behov av anpassade arbetssätt.

Flera regioner nämner att de prioriterar arbetet med utökade öppettider och telefontider, vilket Socialstyrelsen ser som positivt. IVO redovisar i sin senaste nationella tillsyn att vårdgivarna brister när det gäller patientens tillgång till kontakt med vården samma dag som patienten söker kontakt. Tillsynen visar på att telefontiderna tar slut och att patienter hänvisas till att ringa nästa dag eller söka sig till akutmottagningen [16]. Detta indikerar att arbete med utökade öppettider och telefontider behöver prioriteras i de regioner som inte redan arbetar med detta. Tillsynens resultat ger även en mer mångsidig bild av Socialstyrelsens positiva resultat kring exempelvis medicinsk bedömning inom tre dagar. Om patienten blir hänvisad till akuten istället för att tas om hand inom primärvården påverkar det resultatet.

Hälsofrämjande och förebyggande arbete centralt i omställningen men uppföljning är en utmaning

Liksom i föregående års uppföljningar ser Socialstyrelsen att hälsofrämjande insatser och förebyggande arbete tillhör de vanligaste insatstyperna i regioner och kommuner, och redovisningarna indikerar att arbetet ökat.

Uppföljningen visar att kommunerna arbetar brett med hälsofrämjande och förebyggande insatser inom ramen för omställningen, där både socialtjänst och skola ofta är involverade. Denna breda ansats lyfts fram av kommunerna som avgörande, eftersom skolan och socialtjänsten har en central roll i att tidigt identifiera behov – särskilt hos barn och unga. Det tidiga förebyggande arbetet är viktigt, då det kan förebygga ohälsa och minska framtida behov av vård men även ha långsiktiga positiva effekter för både individ och system. Detta arbete har även som syfte att göra individen mer delaktig i både sin vård och hälsa. Ur ett uppföljningsperspektiv kan det dock vara svårt att skilja dessa insatser från verksamheternas ordinarie uppdrag inom vård, omsorg och utbildning. Det försvårar möjligheten att följa upp specifika insatser och koppla deras resultat till arbetet med omställningen. När åtgärderna är breda och generella blir det också svårt att isolera och mäta effekten av enskilda insatser.

Socialstyrelsen ser även att regionernas hälsofrämjande arbete inte alltid riktas till tydligt prioriterade målgrupper. Det kan innebära att resurser används för åtgärder med begränsad effekt, vilket i sin tur riskerar att tränga undan insatser för personer med större behov. Mot denna bakgrund bedömer

Socialstyrelsen att det finns behov av fortsatt analys av hur insatsernas träffsäkerhet och resursanvändning kan utvecklas för att på bästa sätt möta behoven hos prioriterade grupper.

Slutord

Socialstyrelsen konstaterar sammanfattningsvis att arbetet med omställningen går framåt, men att mycket återstår för att nå resultat som ger effekter på helheten och som kommer till gagn för patienten. Utifrån målen för god och nära vård varierar patientperspektivet kraftigt beroende på var i landet patienten bor; exempelvis är det stora skillnader i tillgängligheten och kontinuitet i form av fast läkarkontakt. För att nå målen behöver omställningen bli mer enhetlig och samordnad över landet. För att nå dit behöver styrning och ledning bli tydligare från huvudmännen i regioner och kommuner. De behöver fatta beslut avseende resurser och andra förutsättningar för att säkerställa arbetet med omställningen med en primärvård som nav.

Socialstyrelsen ser fortsatt att förändringsarbete behöver ske hos huvudmännen och i verksamheterna. Myndigheten ser att det är av stor vikt att arbetet med omställningen ökas i intensitet och kunskapen om omställningens betydelse för hela vården och patienten behöver tydliggöras.

Socialstyrelsens bedömning är att huvudmännen behöver ta ett större ansvar för att tydliggöra hur verksamheternas resultat ska följas upp. Det kan bland annat handla om att förtydliga, tidsätta och följa upp målen med omställningens mål. Socialstyrelsen kommer inför 2026 arbeta för en utvecklad användning av statsbidragen som behöver kunna anpassas till varje huvudmans förutsättningar och samtidigt fokusera mer på resultat än genomförda aktiviteter.

Resultaten i årets uppföljning visar på regionala skillnader där vissa regioner och kommuner har en positiv utveckling mot målen. Det visar på en potential att regioner och kommuner kan samverka och lära mycket av varandra över landet. På så vis kan arbetet bli mer enhetligt och jämlikt.

Socialstyrelsen kommer framöver att ge tydligare och mer verksamhetsnära stöd till regioner och kommuner samt aktivt bidra till den utveckling som krävs för att omställningens mål ska uppnås. Det är också viktigt att stödja verksamheternas eget lärande och skapa förutsättningar för att följa upp resultat. Myndighetens stöd kommer att fokusera på att stärka styrning och ledning hos regioner och kommuner. Socialstyrelsen kommer därför att fortsätta arbeta nära målgrupperna och stärka deras förmåga att genomföra och driva förändrings- och utvecklingsarbete.

Referenser

1. Uppföljning nära vård. Deluppdrag II. Nationella Indikatorer, slutrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
2. Socialdepartementet. God och nära vård 2024. En personcentrerad och patientsäker hälso- och sjukvård med primärvården som nav. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.
3. Inriktningen för en nära och tillgänglig vård - en primärvårdsreform (prop. 2019/20:164).
4. God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild. (SOU 2017:53).
5. Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2023. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.
6. Omtag för omställningen. Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: slutrapport. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2025.
7. En väg in till vård till hälso- och sjukvård för barns psykiska hälsa. Beskrivning av 10 regioners arbete med mottagarfunktioner som fungerar som en väg in till råd, stöd och vid behov vård för barns psykiska hälsa. Stockholm: SKR; 2022.
8. Regionala mottagarfunktioner till vård vid psykisk ohälsa hos barn – En väg in. Lägesbild 2023. Stockholm: SKR; 2024.
9. Familjecentraler och familjecentralsliknande verksamheter. Kartläggning, analys och förslag. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.
10. Potentialerna i Nära Vård. Stockholm: Governo; 2025.
11. Kostnadsbegrepp i den officiella statistiken i kommuner och regioner. Stockholm: Rådet för främjande av kommunala analyser; 2025.
12. Jämföraren. Nära vård. Hämtad 25-06-03 från https://www.kolada.se/verktyg/jamforaren/?focus=16765&report=168393.
13. 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
14. Gemensam plan för primärvård i Östergötland. Region Östergötland; 2023.
15. Utvärdering av processledarnas arbete under 2022–2023 och behov framöver i Vårdsamverkan Skåne. Vårdsamverkan Skåne; 2024.
16. Inspektionen för vård och omsorg. Hämtad 25-06-09 från https://www.ivo.se/aktuellt/nyheter/2025/ivos-tillsyn-visar-att-primarvarden-kraver-fortsatt-utveckling/.
17. Socialstyrelsens termbank. Hämtad 25-05-26 från https://termbank.socialstyrelsen.se/article.php?tid=497&src_lang=swe.
18. 1177 direkt i Region Östergötland. Utvärdering av tjänsten och dess användning. Region Östergötland; 2024.
19. Tillgång på hälso- och sjukvårdspersonal samt tandvårdspersonal. Sammanställning och analys av tillgången på den legitimerade

personalen 2024. Nationella planeringsstödet 2025 - Delrapport 2. Stockholm: Socialstyrelsen; 2025.

20. En för alla. Erfarenheter av patientmedverkan i styrning och ledning av hälso- och sjukvården. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2024.
21. Att ge ordet och lämna plats. En vägledning för brukarinflytande i socialtjänsten. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.
22. Gränssnitt och samordning vid övergång till vuxensjukvård för barn- och ungdomshabiliteringens målgrupp. Remissversion. Nationellt programområde (NPO) rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin; 2023.
23. 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.
24. 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. .
25. Nationellt riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024.
26. Kompetensmål för fast läkarkontakt i primärvården. Stöd för utveckling och bedömning av kompetens. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.
27. Fast läkarkontakt i primärvården 2024. Behov och tillgång ur befolkningens perspektiv. Stockholm: Myndigheten för Vård och Omsorgsanalys; 2024.
28. Kontinuitet och fast läkarkontakt. Kartläggning av måluppfyllelsen i överenskommelserna om en god och nära vård. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2022.
29. Shewhart, W A. Economic Control of Quality of Manufactured Product. New York: Van Nostrand; 1931.
30. 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.
31. 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.
32. Handbok för utveckling av indikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
33. Vården i siffror. SKR. Hämtad 2025-06-02 från https://vardenisiffror.se/indikator/67b32621-8c9b-45db-bf99-3bb0aea098c0.
34. Indikatorer nära vård. Hämtad 2024-05-20 från: https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/uppfoljning/indikatorer.62596.html
35. Strandell J-O. E-post: Infografik Omställningen till Nära vård FINAL 2024_Jos. Sveriges Kommuner och Regioner; 2024.
36. 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.

37. Uppföljning och analys av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020. Regionernas inrapportering av primärvårdsdata till den nationella väntetidsdatabasen. Delrapport december 2020. Socialstyrelsen; 2020.
38. Väntetider i vården - första linjen barn och unga. Hämtad 2024-05-23 från: https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/vantetidsstatistikforprimarvard/forstalinjenbarnochunga.54348.html
39. Barn och ungdomspsykiatrin (BUP). Hämtad 2025-08-07 från https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/barnochungdomspsykiatribup.54393.html
40. Första linjen barn och unga med psykisk ohälsa. SKR. Hämtad 2025-08-07 från https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/forstalinjenbarnochungamedpsykiskohalsa.54348.html.
41. 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/
42. Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2021. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
43. Metodbeskrivning 2023. Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Stockholm: Socialstyrelsen; 2023.
44. Allmänhetsundersökning: ”Fast läkarkontakt”. Stockholm: Sveriges Läkarförbund; 2018.
45. 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.
46. Dimensioner och viktning. Nationell Patientenkät. SKR. Hämtad 2025-06-26. från https://patientenkat.se/nationellpatientenkat/nationellpatientenkat/omnationellpatientenkat/matningsmodellforpatientupplevelser/dimensioneroochviktning.44360.html
47. Nationell Patientenkät. SKR. Hämtad 2025-06-26 från https://resultat.patientenkat.se/Prim%C3%A4rv%C3%A5rd%20(2015-2024)/2024/laddaned. .

Bilaga 1. Metod

Redovisningar av insatser från regioner och kommuner

Regioner och kommuner har inkommit med redovisningar till Socialstyrelsen där de beskriver sitt arbete med omställningen.[65] Kommunernas redovisningar har sammanställts samlat per län genom de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) som finns i alla län. Enskilda kommuners svar kan därför oftast inte utläsas ur redovisningarna.

Inför redovisningarna har Socialstyrelsen tagit fram frågor som har skickats ut i form av en enkät (se webbilaga 1, 2, och 3).[66] Frågorna till kommunerna har gått via RSS som sammanställt svaren. Vissa frågor har riktats till och besvarats av RSS. RSS har även fått en hjälpenkät som använts för att samla in uppgifter från kommunerna (webbenkät x).

Frågorna har i stor utsträckning berört vilka insatser som regioner och kommuner genomfört i arbetet med omställningen. Nedan beskrivs mer ingående om metod och kvalitetssäkring av data[67].

Statistikens innehåll

Objekt och population

Målpopulationen är de objekt man vill analysera och dra slutsatser om. I undersökningen utgörs de av samtliga regioner och regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) i respektive län.

Rampopulationen identifierar objekten i målpopulationen och skapas med hjälp av lista av kontaktpersoner. Rampopulationen i denna undersökning omfattar 21 regioner och 24 RSS. De 24 RSS:erna ska i sin enkät sammanfatta vad 290 kommuner har svarat i en digitalt utskickad pappersenkät. Denna kommunenkät skickas inte direkt till kommunerna utan till RSS:erna, för vidarebefordran till de kommuner som ingår i deras respektive område. Kommunerna svar på sina enkätfrågor har sänts in till RSS vilka i sin tur har sammanfattat alla kommunsvar i sin enkät.

[65] Slutredovisningar skulle ha inkommit den 31 mars 2025.
[66] Enkäter skickades ut av Socialstyrelsen till regioner och RSS i november 2024.
[67] Detta innehåll är hämtat från enkätundersökningens kvalitetsdeklaration. För att läsa den i sin helhet, maila socialstyrelsen@socialstyrelsen.se och ange diarienummer 95010/2024-4.

Variabler och statistiska mått

Utgångspunkten för vilka frågor som har ställts i de tre enkäterna i God och Nära Vård-uppföljningen (regioner, RSS samt kommuner) har varit frågestrukturen i motsvarande enkäter från tidigare år, men med relativt omfattande revideringar till årets upplagor. Enkätarbetet har genomförts i samarbete mellan projektledare och sakkunniga inom Socialstyrelsen samt med stöd av frågekonstruktören.

Under enkätarbetet genomfördes samråd med SKR, vilket även det ledde till vissa revideringar i enkäterna. Innan utskick testades enkäterna av statistiker. Enkäten till regionerna består av totalt 54 frågor inklusive följdfrågor. Enkäten till RSS består av 32 frågor inklusive följdfrågor. Kommunerna svarade på cirka 25 frågor i sin enkät.

Rådatafiler med variabler och svar har levererats till projektledaren. För enkätfrågor som är envals- eller flervalsfrågor har även resultattabeller med andelar och frekvenser levererats. I enkäten till RSS anges antal kommuner i svaret. Tabeller med andel av kommuner inom RSS som svarat de olika svarsalternativen har skapats. Redovisning har skett på riks-, region- och RSS-nivå. Redovisningen sker i antal och procentsatser.

Viktberäkning och estimation

Undersökningarna är totalundersökningar och ingen viktberäkning samt estimation genomförs.

Datainsamling

Datainsamlingen till Socialstyrelsen har genomförts via två webbenkäter. Ett informationsbrev skickades till alla regioner och RSS via e-post. Datainsamlingen för regioner pågick under perioden 29 november 2024 till 31 mars 2025 och för RSS under perioden 9 december 2024 till 31 mars 2025. Under insamlingsperioden skickades två ordinarie påminnelser.

Under insamlingen av RSS-svaren framkom det att en fråga i enkäten som avsåg att sammanställa kommunernas svar på en fråga angående vilka resultat som uppföljningarna och utvärderingarna som genomförts under 2024 har påvisat, den frågan hade helt missats att ställas i kommunenkäten. Därför gjordes mot slutet av insamlingarna en separat insats till samtliga kommuner, som då fick svara på den saknade frågan enskilt (via webb-enkät). Datainsamlingen av denna extrafråga pågick från 20 mars till 11 april 2025.

Svarsfrekvens

Det är 21 regioner som besvarat enkäten. Det ger en svarsfrekvens på 100 procent. 24 RSS besvarade enkäten vilket ger en svarsfrekvens på 100

procent. Extrafrågan till kommunerna besvarades av 70 kommuner vilket ger en svarsfrekvens på 24 procent.

Referenstider

Undersökningens referensperiod är år 2024 men några frågor avser perioden sedan arbetet med god och nära vård inleddes, ca 2019.

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 med ämneskunnig, enkätfrågekonstruktör, en statistiker samt i samråd med SKR för att ytterligare minska för mätfel på grund av missförstånd i 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 som minimera steg i dataprocessen samt kodnings- och bearbetningsfel.

Tillgänglighet och tydlighet

Tillgång till statistiken

Resultaten på enkätundersökningen publiceras på Socialstyrelsen webbplats www.socialstyrelsen.se.

Presentation

De insamlade statistikuppgifterna sammanställs i Excel och genom delning av tabeller från webbenkätverktyg. Rådataset diarieförs. En kvalitetsdeklaration upprätts 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

Vi 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 till 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.

Redovisningar av resultat utifrån uppföljningar och indikatorer

För att belysa resultat av arbetet med omställningen har Socialstyrelsen dels tagit del av regioners och kommuners egna uppföljningar av omställningsarbetet, dels analyserat utvecklingen med hjälp av indikatorer, bland annat de kärnindikatorer som 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 effekter av arbetet 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 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 nära vård presenterades. Data för flera år finns tillgängliga i Socialstyrelsens analysverktyg så att även exempelvis utvecklingen de senaste åren kan studeras.

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 [29-32]. 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

Ändring sedan 2024
Måttet för indikatorn om delaktighet vid besök i regionernas primärvård har ändrats, se vidare avsnittet *Delaktighet och involvering, primärvård*.

I Socialstyrelsens tidigare förslagtill 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” [1]. 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.[68] Socialstyrelsen har fortsatt att redovisa data för kommuner, regioner och riket med indikatorer utöver dessa 12 övergripande indikatorer. Dock är benämningen kärnindikatorer begränsad till just dessa 12. I regeringsuppdraget[69] framgår att förutsättningarna för det förnyade urvalet är att

- det ska utgå från de tidigare föreslagna indikatorerna
- fokus ska vara på målen så som de formuleras i propositionen Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – En primärvårdsreform (prop. 2019:20/164)
- 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 förekommer flera andra dokument med formuleringar kring omställningen till god och nära vård, bland annat flera utredningar och överenskommelser mellan staten och SKR. God och nära vård inkluderar också mer eller mindre alla kvalitetsaspekter av hälso- och sjukvården, men urvalet av indikatorer ska enligt uppdraget inte i första hand spegla hälso-

[68] S2023/01930.
[69] S2023/01930.

och sjukvårdens totala kvalitet[70], utan det är just målformuleringarna i prop. 2019/20:164 som ska vara vägledande.

Kärnindikatorernas målkoppling

I prop. 2019/20:164 finns en målbild för omställningen till god och nära vård där målet formuleras:

> Målet med omställningen av hälso- och sjukvården bör vara att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet bör också vara att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås.[71]

Därtill finns tre mål formulerade för primärvården:

> Mål 1: Tillgängligheten till primärvården ska öka.
>
> Mål 2: En mer delaktig patient och en personcentrerad vård.
>
> Mål 3: Kontinuiteten i primärvården ska öka. [72]

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

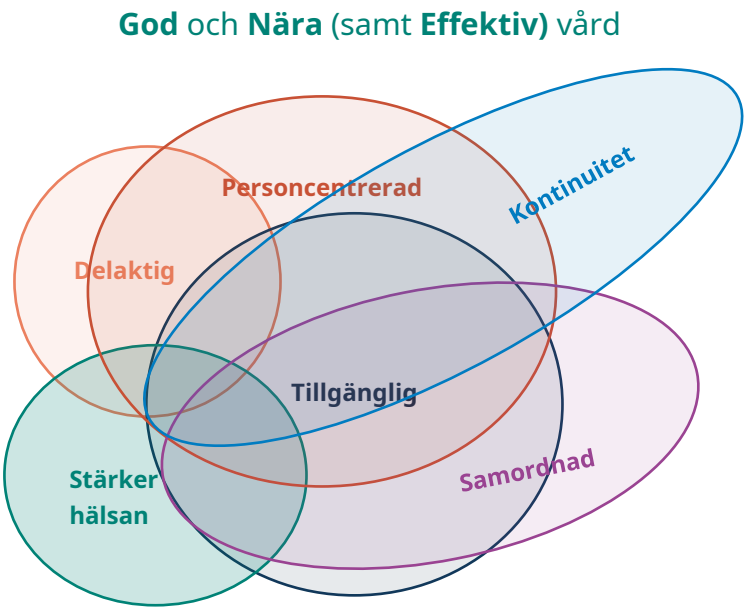
[70] Socialstyrelsen redovisar i lägesrapporterna för hälso- och sjukvård och tandvård ett antal indikatorer som på ett övergripande sätt ska spegla hälso- och sjukvårdens respektive tandvårdens resultat. Vi arbetar också med att göra återkommande övergripande indikatorbaserad uppföljning inom exempelvis patientsäkerhetsområdet; att vården är säker är ett område inom *God vård* som inte är i särskilt fokus i målformuleringarna för god och nära vård i prop. 2019/20:164.
[71] Prop. 2019:20/164 s. 32.
[72] Prop. 2019:20/164 s. 17–32.

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 analyseras framgår trots detta att det finns en hög grad av samstämmighet i bedömningarna. Underlaget har använts för vidare diskussion och som en del bland annan information och kunskap i urvalsprocessen.[73]

Hantering av övergripande nyckelord

För alla nyckelorden gäller att de på olika vis överlappar varandra. Figur 2.1 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 2.1. 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

[73] Dnr: 5.7–26594/2019–39.

typer av uppnådd nytta[74], 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.[75] Vi bedömer därför att det snarare minskar än ökar tydligheten att använda *Effektiv* som nyckelord på enskilda indikatorer i urvalet. En bedömning av effektivitet bör snarare göras genom att analysera utfallet för indikatorerna tillsammans med mått på använda resurser.

Sammanfattningsvis 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[76] 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 till del indikerar ”samma sak”.[77] 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

[74] 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).
[75] 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.
[76] Dnr: 5.7–26594/2019–39.
[77] 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.

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.

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

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

- statistiska analyser[78] 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.[79]

Fokus på resultat för patienterna

Av regeringsuppdraget[80] 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

[78] Dnr: 5.7–26594/2019–40.
[79] Dnr: 5.7–26594/2019–40.
[80] S2023/01930.

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.

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

Datatillgång och datakvalitet

I urvalet av indikatorer har Socialstyrelsen även beaktat frågor som rör indikatorernas olika grad av datakvalitet, aktualitet, datatillgång och möjligheten att presentera nedbrutna uppgifter. Även dessa aspekter 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 två 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[81] 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.

[81] S2023/01930.

Samverkan och dialog

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

I det vidare arbetat med urvalet under 2024 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 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 särskilda boenden respektive det ordinära boendet.

Indikatorer som kan tillkomma framöver

I större delen av primärvården mäts kontinuitetsindex, men i dagsläget finns dock inga publika, regelbundet uppdaterade data tillgängliga för mer än ett fåtal regioner [33]. Här pågår ett utvecklingsarbete, och när det finns mer kompletta öppna data tillgängliga kan indikatorn kontinuitetsindex för läkare i primärvården vara aktuell att ta med i indikatorsetet.

Personcentrerad vård är en central del av god och nära vård. 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.

Motivering av enskilda indikatorer i urvalet

Nedan motiveras de 12 indikatorer som ingår i urvalet av nationella kärnindikatorer för att följa målen för god och nära vård. Här ges också ofta en närmare beskrivning av måtten, speciellt i de fall då det är relevant för motiveringen av indikatorn. För en mer fullständig beskrivning av indikatorerna se rapporten *Uppföljning av nära vård. Deluppdrag II. Nationella indikatorer, slutrapport* [1]. Beskrivningar av indikatorerna finns också tillgängliga i Socialstyrelsens indikatorbibliotek.[82]

Förtroende för hälso- och sjukvården

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

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

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

Källa: Hälso- och sjukvårdbarometern, Sveriges Kommuner och Regioner

Även om förtroendet för hälso- och sjukvården inte nämns specifikt i målformuleringarna i prop. 2019/20:164 kan indikatorn påverkas av faktorer såsom upplevelse av vårdens tillgänglighet och kontinuitet. Den gemensamma bedömningen är också att indikatorn i högre grad än andra föreslagna indikatorer för att följa god och nära vård kan spegla vårdens

[82] https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/indikatorer/indikatorbibliotek/

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 förslag på kärnindikatorer ingick ett mått för förtroendet för hälso- eller vårdcentraler istället för det valda måttet som avser hela hälso- och sjukvården. I det uppdraget, som uttalat till stor del skulle fokusera på primärvården, valdes också indikatorn för hälso- eller vårdcentraler framför den mer övergripande indikatorn om hela hälso- och sjukvården. En fördel med måttet för hälso- eller vårdcentraler kan vara att det i något lägre grad påverkas av medias (inklusive sociala 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 hemsjukvård och vårdkontakter via internet. Socialstyrelsen ämnar redovisa data för båda dessa mått i redovisningen av indikatorer även om det enbart är det mer övergripande måttet för hälso- och sjukvården som ingår i urvalet med nationella kärnindikatorer.

Indikatorn ingår även i SKR:s ursprungliga och uppdaterade indikatorset för att följa nära vård [34, 35].

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, 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.[83] 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 [36, 37].

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

[83] Se 9 kap. 1 § 2 HSL och 6 kap. 1 § 2 HSF.

upplevd tillgänglighet till primärvården. Dessa båda mått kompletterar varandra [34, 35].

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, 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 [38]. Verksamheten har också samma målgrupp vad gäller ålder som den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin – personer under 18 år.

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

Indikatorn *Medicinsk bedömning inom tre dagar vid psykisk ohälsa hos barn och unga* anger hur stor andel av patienterna som får komma till ett första besök inom tidsgränsen tre dagar[84] 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

[84] Se 9 kap. 1 § 2 och 6 kap. 1 § 2 HSF.

tillgänglighet separat presentera resultaten för väntetider till första linjen, liksom till bup [39, 40].

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 [38]. Indikatorn kan därför med fördel tolkas tillsammans med väntetider till bup i samma region.

Möjlighet att träffa läkare i särskilt boende

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

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

Berörda verksamheter: Regionernas primärvård, kommunal hälso- och sjukvård

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

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

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

Att det är den svarandes egen bedömning av läkartillgänglighet gör att måttet 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 [41, 42]. 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 hemsjukvård i ordinärt boende, när en kommun ansvarar för vården.[85]

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 [43].

När SKR reviderade sitt indikatorset för att följa nära vård togs indikatorn med även där [34, 35].

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[86] 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 i prop. 2019/20:164 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.[87] 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 [44]. Även i senare överenskommelser mellan regeringen och SKR har det lyfts fram och angetts mål för fast läkarkontakt [45]. Studier har också visat att personkontinuitet mellan patienter och

[85] Se 12 kap. 1 och 3 §§, 14 kap. 1 § samt 16 kap. 1 § HSL.
[86] Se 7 kap. 3 § HSL och 6 kap. 3 § PL.
[87] Se prop. 2019/20:164 s. 28–31.

läkare i primärvården är förknippat med såväl lägre dödlighet som mindre användning av akut slutenvård [23, 24].

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.

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 International Health Policy Survey (IHP) i åldersgruppen 65 år eller äldre som uppger att de har en ordinarie[88] 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[89], 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.

[88] I andelen med upplevd ordinarie läkare inkluderas även de personer som uppgett att de har flera olika ordinarie läkarkontakter.
[89] 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.

Tillgodosett vårdbehov, primärvård

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

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

Berörda verksamheter: Regionernas primärvård

Källa: Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Regioner

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

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

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

Delaktighet och involvering, primärvård

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

Mått: Positiva svar om delaktighet och involvering i den egna vården från patienter som besökt en primärvårdsmottagning. Sammanvägning av svar på flera frågor. Avser ett index på 0–100.

Berörda verksamheter: Regionernas primärvård

Källa: Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Regioner

Indikatorn om delaktighet och involvering hos patienter som besökt primärvården bedöms belysa i vilken grad patienten ges möjlighet att vara medskapande i vården, och ställs dessutom i relation till patientens önskemål om sådan delaktighet. Indikatorn bedöms också spegla viktiga delar av det vidare begreppet personcentrering.

Justerad kärnindikator för delaktighet *och involvering* 2025

För föregående år användes enbart den enskilda frågan om delaktighet som kärnindikator; från och med årets uppföljning används istället ett index av flera frågor där även fler aspekter av involvering i den egna vården ingår. Det finns för- och nackdelar med de olika måtten, men Socialstyrelsen ser att fördelarna med ett sammansatt mått där även fler aspekter ingår gör att det nya måttet är att föredra som övergripande kärnindikator.

Dimensionen för måttet avser att belysa om patienten upplever sig involverad och delaktig i sin vård och beslut som rör vården. Dimensionen innehåller perspektiv som belyser läkarinitiativ och patientönskan samt i vilken utsträckning patienten upplever att behandlaren tog hänsyn till patientens önskemål. De frågor som ingår är:

- Var du delaktig i besluten beträffande din vård/behandling i den utsträckning du önskade?
- 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?

Frågorna har varit desamma i indexet sedan mätningen 2017; därför används 2017 (istället för 2015) som första år vid jämförelser över tid [46, 47].

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

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

Indikatorn mäter hur stor andel av patienterna som i den nationella patientenkäten svarat ja på minst en av fyra frågor som berör om läkaren eller någon annan ur personalen diskuterat någon av följande levnadsvanor

med patienten: alkohol-, tobaks-, mat- eller motionsvanor.[90] Måttet kan beskyllas för att vara ett volymmått snarare än en tydlig indikator. Socialstyrelsens bedömning är dock att den nuvarande andel som fått ett samtal om levnadsvanor är för låg i förhållande till det samlade behovet. Nivån bör alltså öka, men då också på ett sätt som är i linje med olika patienters behov.

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

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

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. 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

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

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 finns varianter av dessa två som mäts specifikt för olika personer som redan konstaterats ha en av de kroniska sjukdomarna eller som vårdas inom kommunal hälso- och sjukvård. I den gemensamma bedömningen hamnar alla dessa indikatorer högt för flera av nyckelorden och i en totalsummering. Vid djupare analys framgår att de olika varianterna av påverkbar slutenvård samvarierar i hög grad, vilket ger stöd för att välja bara en av dessa i ett begränsat urval.

Den valda indikatorn är den som är bredast när det gäller vilka personer som kan ingå – vilket i viss mån också talar för att välja denna istället för måttet som avgränsas till äldre personer, olika verksamheter eller enstaka sjukdomsgrupper. I en så kallad 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.[91]

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.[92]

Indikatorn ingår även i SKR:s ursprungliga och uppdaterade indikatorset med indikatorer för att följa nära vård [34, 35].

[91] Dnr: 5.7–26594/2019–40.
[92] 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. I urvalet ingår bland annat hjärtsvikt och lunginflammation som är de vanligaste orsakerna till oplanerade återinskrivningar för gruppen 65 år och äldre.

Äldre med läkemedel som bör undvikas, 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. 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*.

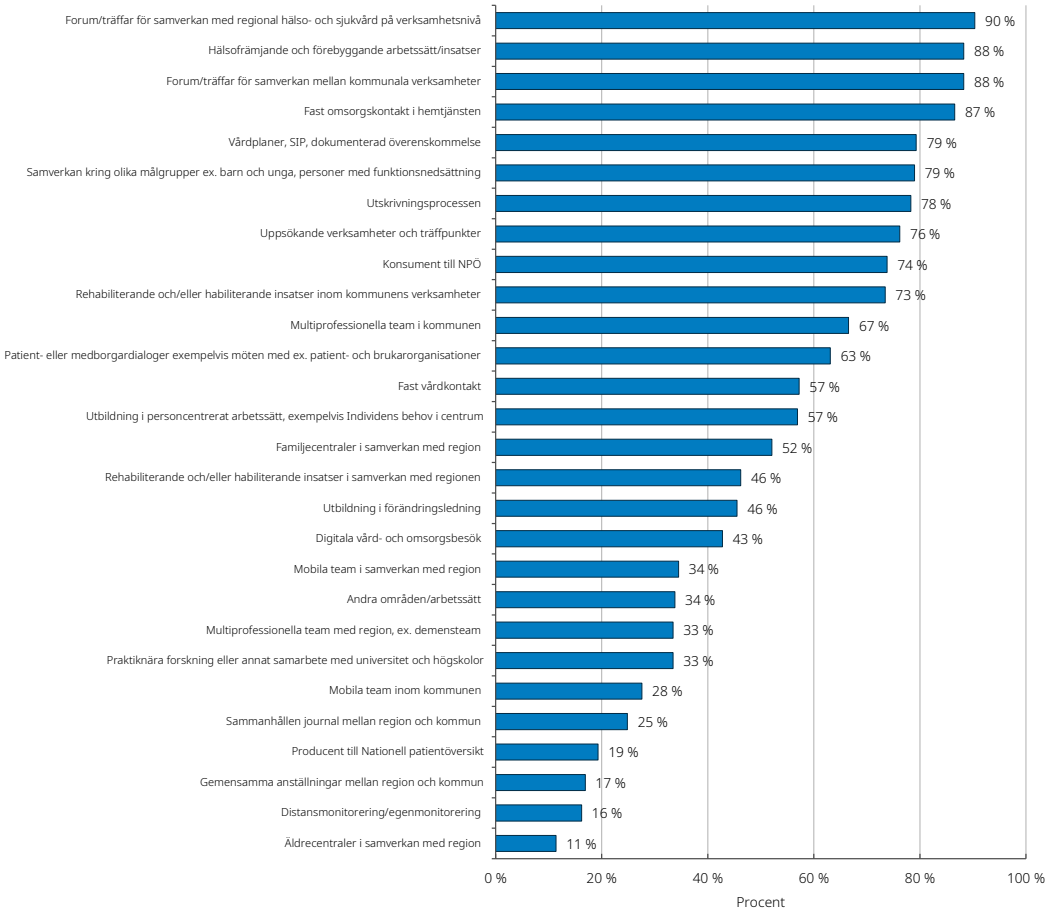
En annan viktig orsak till att ta med indikatorn i urvalet är att den bedöms vara ett viktigt komplement till indikatorer för påverkbar slutenvård, och generellt komplettera bilden som de övriga indikatorerna i urvalet ger. Indikatorn har i statistiska analyser visat sig samvariera med flera indikatorer för påverkbar specialistvård.[93] Detta på så sätt att bättre värden för mått på påverkbar specialistvård i viss utsträckning är förknippade med sämre resultat vad gäller överbeläggningar och utlokaliseringar. En bidragande orsak till denna koppling kan vara bristande tillgång och tillgänglighet till sluten vård givet det aktuella behovet. En del ”bra” resultat för påverkbar slutenvård skulle kunna bero på att det funnits personer vars aktuella tillstånd bäst skulle 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.

[93] Dnr: 5.7–26594/2019–40.

Bilaga 3. Tabeller och figurer

Figur 1. Övergripande insatser

Andel kommuner som genomfört respektive insats.



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

Kvantifierbara svar från regionernas enkät

Fråga 2. Har regionen under 2024 breddinfört något i verksamheten som tidigare bedrivits i projektform inom ramen för arbetet med omställningen till en god och nära vård?	
Riket	19/21
Stockholm	Nej
Uppsala	Ja
Sörmland	Ja
Östergötland	Ja
Jönköping	Ja
Kronoberg	Ja
Kalmar	Ja
Gotland	Ja
Blekinge	Ja
Skåne	Ja
Halland	Ja
Västra Götaland	Ja
Värmland	Ja
Örebro	Ja
Västmanland	Ja
Dalarna	Ja
Gävleborg	Ja
Västernorrland	Ja
Jämtland Härjedalen	Ja
Västerbotten	Ja
Norrbotten	Nej

Fråga 4. Har regionen och kommunerna i länet under 2024 beslutat eller uppdaterat en länsgemensam handlingsplan, strategi, färdplan eller liknande för arbetet med omställningen mot en god och nära vård (avser ej målbild)?[94]	
Riket	13/21
Stockholm	Ja
Uppsala	Nej
Sörmland	Ja
Östergötland	Ja
Jönköping	Ja
Kronoberg	Ja
Kalmar	Ja
Gotland	Nej
Blekinge	Nej, men förslag finns framtaget
Skåne	Nej
Halland	Nej
Västra Götaland	Nej
Värmland	Ja
Örebro	Ja
Västmanland	Ja
Dalarna	Ja
Gävleborg	Ja
Västernorrland	Ja
Jämtland Härjedalen	Ja
Västerbotten	Nej, men förslag finns framtaget
Norrbotten	Nej

[94] Observera att frågan i årets enkät är ställd om regionen under 2024 beslutat eller uppdaterat en länsgemensam handlingsplan. Samtliga regioner som svarat ”nej” i 2024 års enkät svarade ”ja” att de hade en länsgemensam handlingsplan 2023. Ett ”nej”-svar kan alltså innebära att regionen har en länsgemensam handlingsplan men att den inte uppdaterades under 2024.

	Fråga 5. Har regionen i budgeten för 2024 fastställt mål om att en viss procentuell andel av hälso- och sjukvårdens resurser ska gå till primärvården?	Fråga 6. Har regionen under 2024 beslutat att budgetera en större andel av hälso- och sjukvårdens ekonomiska resurser till primärvården än 2023?	Fråga 7. Har regionen under 2024 genomfört andra insatser i syfte att skapa en ändamålsenlig och effektiv resurssättning av primärvården, exempelvis möjliggöra effektiviseringar eller begränsa uppdraget?
Riket	3/21	9/21	16/21
Stockholm	Ja	Ja	Ja
Uppsala	Ja	Nej	Ja
Sörmland	Nej	Nej	Nej
Östergötland	Nej	Nej	Ja
Jönköping	Nej	Ja	Ja
Kronoberg	Nej	Nej	Ja
Kalmar	Nej	Ja	Nej
Gotland	Nej	Nej	Ja
Blekinge	Nej	Nej	Nej
Skåne	Nej	Ja	Nej
Halland	Nej	Nej	Ja
Västra Götaland	Nej	Ja	Ja
Värmland	Nej	Ja	Ja
Örebro	Nej	Ja	Ja
Västmanland	Ja	Ja	Ja
Dalarna	Nej	Nej	Ja
Gävleborg	Nej	Nej	Ja
Västernorrland	Nej	Nej	Ja
Jämtland Härjedalen	Nej	Nej	Ja
Västerbotten	Nej	Ja	Ja
Norrbotten	Nej	Nej	Nej

Fråga 8. Har regionen (ensam eller tillsammans med länets kommuner) genomfört någon övergripande uppföljning/utvärdering utifrån målen med omställningen under 2024?

	Samverkan	Delaktighet	Tillgänglighet	Kontinuitet	Primärvården som nav	Hälsofrämjande, förebyggande och rehabiliterande
Riket	18/21	12/21	15/21	13/21	9/21	9/21
Stockholm	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Uppsala	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej
Sörmland	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej
Östergötland	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej
Jönköping	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Kronoberg	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Kalmar	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej
Gotland	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja
Blekinge	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej
Skåne	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Halland	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Västra Götaland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Värmland	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej	Nej
Örebro	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Västmanland	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Dalarna	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej	Nej
Gävleborg	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Västernorrland	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja
Jämtland Härjedalen	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej
Västerbotten	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
Norrbotten	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

	Fråga 9. Har regionen tillsammans med kommunerna i länet tagit fram indikatorer eller nyckeltal i syfte att följa omställningen mot en god och nära vård?	Fråga 10. Har regionen under 2024 inom ramen för arbetet med god och nära vård genomfört några uppföljningar och analyser av vilka effekter insatserna har haft för att undvika inskrivningarna i slutenvården?	Fråga 11. Har regionen tagit fram kommunikationsplan /-er inom ramen för god och nära vård sedan starten på omställning mot en god och nära vård (ca 2019)?
Riket	16/21	16/21	13/21
Stockholm	Nej	Ja	Ja
Uppsala	Ja	Ja	Ja
Sörmland	Ja	Ja	Nej
Östergötland	Ja	Ja	Nej
Jönköping	Ja	Ja	Nej
Kronoberg	Ja	Ja	Ja
Kalmar	Ja	Nej	Nej
Gotland	Nej	Nej	Ja
Blekinge	Nej	Nej	Nej
Skåne	Ja	Ja	Ja
Halland	Ja	Ja	Ja
Västra Götaland	Ja	Ja	Nej
Värmland	Ja	Ja	Ja
Örebro	Nej	Ja	Nej
Västmanland	Ja	Ja	Ja
Dalarna	Ja	Ja	Ja
Gävleborg	Ja	Nej	Ja
Västernorrland	Nej	Ja	Ja
Jämtland Härjedalen	Ja	Ja	Ja
Västerbotten	Ja	Ja	Ja
Norrbotten	Ja	Nej	Nej

Fråga 13. Finns det 2024 implementerade rutiner i kvalitets- och ledningssystemet för att säkerställa samverkan mellan huvudmän, vårdnivåer och vårdgivare, gällande ...			
	... stöd för samverkan med syfte att ge fortsatt vård i hemmet eller i andra vårdformer?	**... bedömning av behov av sjukhusvård medan patienten är kvar i hemmet?**	**... stöd vid utskrivning från sjukhus?**
Riket	14/21	9/21	18/21
Stockholm	Ja	Ja	Delvis
Uppsala	Delvis	Delvis	Delvis
Sörmland	Ja	Ja	Ja
Östergötland	Ja	Ja	Ja
Jönköping	Ja	Ja	Ja
Kronoberg	Delvis	Delvis	Delvis
Kalmar	Ja	Delvis	Ja
Gotland	Ja	Delvis	Ja
Blekinge	Ja	Ja	Ja
Skåne	Delvis	Ja	Ja
Halland	Ja	Nej	Ja
Västra Götaland	Ja	Delvis	Ja
Värmland	Nej	Delvis	Ja
Örebro	Delvis	Delvis	Ja
Västmanland	Ja	Ja	Ja
Dalarna	Ja	Ja	Ja
Gävleborg	Ja	Delvis	Ja
Västernorrland	Ja	Delvis	Ja
Jämtland Härjedalen	Ja	Ja	Ja
Västerbotten	Delvis	Delvis	Ja
Norrbotten	Nej	Delvis	Ja

Fråga 14. Har regionen 2024 beslutat om att öka vårdutbudet på vårdcentralerna (ex. äldremottagningar, familjecentraler, mottagning för vuxna med varaktig funktionsnedsättning, livsstilsmottagningar) för att göra vården mer nära och tillgänglig?	
Riket	19/21
Stockholm	Ja
Uppsala	Ja
Sörmland	Ja
Östergötland	Ja
Jönköping	Ja
Kronoberg	Ja
Kalmar	Ja
Gotland	Ja
Blekinge	Ja
Skåne	Ja
Halland	Nej
Västra Götaland	Ja
Värmland	Ja
Örebro	Ja
Västmanland	Ja
Dalarna	Ja
Gävleborg	Ja
Västernorrland	Ja
Jämtland Härjedalen	Ja
Västerbotten	Ja
Norrbotten	Nej

Fråga 15. Har arbetssättet i primärvården ändrats sedan starten på omställning mot en god och nära vård (ca 2019) för ...				
	... personer med funktions-nedsättning?	**... äldre personer med stora vård- och omsorgsbehov?**	**... personer med kroniska sjukdomar?**	**... barn och unga?**
Riket	13/21	20/21	19/21	20/21
Stockholm	Ja	Ja	Nej	Ja
Uppsala	Nej	Ja	Ja	Ja
Sörmland	Nej	Nej	Ja	Nej
Östergötland	Ja	Ja	Ja	Ja
Jönköping	Ja	Ja	Ja	Ja
Kronoberg	Nej	Ja	Nej	Ja
Kalmar	Ja	Ja	Ja	Ja
Gotland	Nej	Ja	Ja	Ja
Blekinge	Ja	Ja	Ja	Ja
Skåne	Ja	Ja	Ja	Ja
Halland	Nej	Ja	Ja	Ja
Västra Götaland	Ja	Ja	Ja	Ja
Värmland	Nej	Ja	Ja	Ja
Örebro	Ja	Ja	Ja	Ja
Västmanland	Nej	Ja	Ja	Ja
Dalarna	Ja	Ja	Ja	Ja
Gävleborg	Ja	Ja	Ja	Ja
Västernorrland	Ja	Ja	Ja	Ja
Jämtland Härjedalen	Ja	Ja	Ja	Ja
Västerbotten	Ja	Ja	Ja	Ja
Norrbotten	Nej	Ja	Ja	Ja

Fråga 18. Ange vilka insatser som regionen genomfört under 2024 avseende den dokumenterade överenskommelsen (tidigare kallad patientkontrakt) eller arbete som motsvarar den dokumenterade överenskommelsens olika delar.

	Har genomfört utbildningar och informations insatser riktade till personal	Har tagit fram rutiner för att möjliggöra den dokumenterade överenskommelsen eller annan samordnad planering i lämpliga it-stöd	Informerat patienter och allmänhet om den dokumenterade överenskommelsen eller motsvarande	Genomfört försök med den dokumenterade överenskommelsen i enskilda verksamheter
Riket	18/21	14/21	9/21	12/21
Stockholm	.	.	.	.
Uppsala	.	.	.	Ja
Sörmland	Ja	Ja	.	.
Östergötland	Ja	Ja	Ja	Ja
Jönköping	Ja	Ja	Ja	.
Kronoberg	Ja	Ja	Ja	.
Kalmar	Ja	Ja	.	Ja
Gotland	Ja	Ja	.	.
Blekinge	Ja	Ja	Ja	Ja
Skåne	.	.	.	Ja
Halland	Ja	.	.	.
Västra Götaland	Ja	Ja	.	Ja
Värmland	Ja	Ja	Ja	Ja
Örebro	Ja	Ja	Ja	.
Västmanland	Ja	Ja	.	Ja
Dalarna	Ja	Ja	Ja	Ja
Gävleborg	Ja	.	.	.
Västernorrland	Ja	Ja	Ja	Ja
Jämtland Härjedalen	Ja	.	.	Ja
Västerbotten	Ja	.	Ja	Ja
Norrbotten	Ja	Ja	.	.

Fråga 18. Ange vilka insatser som regionen genomfört under 2024 avseende den dokumenterade överenskommelsen (tidigare kallad patientkontrakt) eller arbete som motsvarar den dokumenterade överenskommelsens olika delar.

	Infört den dokumenterade överenskommelsen eller motsvarande brett i regionens hälso- och sjukvårdsverksamhet	Följt upp eller utvärderat arbetet med den dokumenterade överenskommelsen eller motsvarande	Andra åtgärder
Riket	5/21	8/21	17/21
Stockholm	.	.	Ja
Uppsala	.	.	Ja
Sörmland	.	.	.
Östergötland	.	Ja	Ja
Jönköping	Ja	Ja	Ja
Kronoberg	Ja	.	Ja
Kalmar	.	.	Ja
Gotland	.	.	.
Blekinge	.	Ja	Ja
Skåne	.	.	Ja
Halland	.	Ja	Ja
Västra Götaland	Ja	.	Ja
Värmland	.	Ja	Ja
Örebro	.	.	Ja
Västmanland	.	Ja	Ja
Dalarna	Ja	.	Ja
Gävleborg	.	.	Ja
Västernorrland	Ja	Ja	Ja
Jämtland Härjedalen	.	.	.
Västerbotten	.	Ja	.
Norrbotten	.	.	Ja

Fråga 19. Ange vilka insatser regionen har genomfört för att underlätta för patienterna att få ut information om sina fasta vårdkontakter och vara delaktiga i planerade vårdmöten, vårdplaner m.m., sedan starten på omställning mot en god och nära vård (ca 2019).

	Har genomfört utbildningar och informationsinsatser riktade till personal	Har tagit fram rutiner för att möjliggöra dokumentation i lämpliga it-stöd	Informerat patienter
Riket	17/21	19/21	10/21
Stockholm	.	.	.
Uppsala	Ja	.	.
Sörmland	Ja	Ja	.
Östergötland	Ja	Ja	Ja
Jönköping	Ja	Ja	Ja
Kronoberg	.	Ja	.
Kalmar	Ja	Ja	.
Gotland	Ja	Ja	.
Blekinge	.	Ja	Ja
Skåne	.	Ja	.
Halland	Ja	Ja	Ja
Västra Götaland	Ja	Ja	.
Värmland	Ja	Ja	.
Örebro	Ja	Ja	Ja
Västmanland	Ja	Ja	.
Dalarna	Ja	Ja	Ja
Gävleborg	Ja	Ja	.
Västernorrland	Ja	Ja	Ja
Jämtland Härjedalen	Ja	Ja	Ja
Västerbotten	Ja	Ja	Ja
Norrbotten	Ja	Ja	Ja

Fråga 19. Ange vilka insatser regionen har genomfört för att underlätta för patienterna att få ut information om sina fasta vårdkontakter och vara delaktiga i planerade vårdmöten, vårdplaner m.m., sedan starten på omställning mot en god och nära vård (ca 2019).

	Infört system brett i regionens hälso- och sjukvårdsverksamhet	Följt upp eller utvärderat arbetet	Andra åtgärder
Riket	10/21	8/21	13/21
Stockholm	.	.	Ja
Uppsala	Ja	Ja	.
Sörmland	.	.	.
Östergötland	Ja	Ja	Ja
Jönköping	Ja	Ja	.
Kronoberg	.	.	.
Kalmar	.	.	Ja
Gotland	.	Ja	Ja
Blekinge	Ja	.	.
Skåne	.	.	Ja
Halland	Ja	Ja	Ja
Västra Götaland	Ja	.	Ja
Värmland	.	.	.
Örebro	Ja	Ja	.
Västmanland	Ja	Ja	Ja
Dalarna	Ja	.	Ja
Gävleborg	.	.	Ja
Västernorrland	Ja	Ja	.
Jämtland Härjedalen	.	.	Ja
Västerbotten	.	.	Ja
Norrbotten	.	.	Ja

Fråga 20. Har regionen under 2024 erbjudit patientutbildningar (ex. i syfte att stärka patientens egenmakt och kunskap om sin diagnos och hälsa)?	
Riket	20/21
Stockholm	Ja
Uppsala	Nej
Sörmland	Ja
Östergötland	Ja
Jönköping	Ja
Kronoberg	Ja
Kalmar	Ja
Gotland	Ja
Blekinge	Ja
Skåne	Ja
Halland	Ja
Västra Götaland	Ja
Värmland	Ja
Örebro	Ja
Västmanland	Ja
Dalarna	Ja
Gävleborg	Ja
Västernorrland	Ja
Jämtland Härjedalen	Ja
Västerbotten	Ja
Norrbotten	Ja

Fråga 21. Används i regionen särskilda verktyg eller metoder för att underlätta kommunikationen för personer med särskilda behov, exempelvis bildstöd?	
Riket	20/21
Stockholm	Ja
Uppsala	Ja
Sörmland	Ja
Östergötland	Ja
Jönköping	Ja
Kronoberg	Ja
Kalmar	Ja
Gotland	Ja
Blekinge	Ja
Skåne	Ja
Halland	Ja
Västra Götaland	Ja
Värmland	Ja
Örebro	Ja
Västmanland	Nej
Dalarna	Ja
Gävleborg	Ja
Västernorrland	Ja
Jämtland Härjedalen	Ja
Västerbotten	Ja
Norrbotten	Ja

Fråga 26. Har ni under 2024 genomfört några uppföljningar eller utvärderingar av insatser som genomförts i syfte att utveckla förutsättningarna för vårdens medarbetare?	
Riket	16/21
Stockholm	Ja
Uppsala	Ja
Sörmland	Nej
Östergötland	Ja
Jönköping	Ja
Kronoberg	Ja
Kalmar	Ja
Gotland	Ja
Blekinge	Nej
Skåne	Nej
Halland	Ja
Västra Götaland	Ja
Värmland	Ja
Örebro	Nej
Västmanland	Ja
Dalarna	Nej
Gävleborg	Ja
Västernorrland	Ja
Jämtland Härjedalen	Ja
Västerbotten	Ja
Norrbotten	Ja

Fråga 28. Har ni under 2024 genomfört några uppföljningar eller utvärderingar av insatser som genomförts i syfte att stärka ambulanssjukvården?	
Riket	13/21
Stockholm	Nej
Uppsala	Ja
Sörmland	Nej
Östergötland	Ja
Jönköping	Ja
Kronoberg	Ja
Kalmar	Nej
Gotland	Nej
Blekinge	Ja
Skåne	Ja
Halland	Ja
Västra Götaland	Nej
Värmland	Ja
Örebro	Ja
Västmanland	Nej
Dalarna	Ja
Gävleborg	Ja
Västernorrland	Ja
Jämtland Härjedalen	Ja
Västerbotten	Nej
Norrbotten	Nej

Fråga 29. Har regionen antagit riktlinjer eller interna mål för vem som kan vara fast läkarkontakt i primärvården?	
Riket	21/21
Stockholm	Ja
Uppsala	Ja
Sörmland	Ja
Östergötland	Ja
Jönköping	Ja
Kronoberg	Ja
Kalmar	Ja
Gotland	Ja
Blekinge	Ja
Skåne	Ja
Halland	Ja
Västra Götaland	Ja
Värmland	Ja
Örebro	Ja
Västmanland	Ja
Dalarna	Ja
Gävleborg	Ja
Västernorrland	Ja
Jämtland Härjedalen	Ja
Västerbotten	Ja
Norrbotten	Ja

Fråga 29. Har regionen antagit riktlinjer eller interna mål för vem som kan vara fast läkarkontakt i primärvården?

	Specialist-läkare i allmän-medicin	Specialist-läkare med annan inriktning än allmän-medicin	ST-läkare i allmän medicin	ST-läkare med annan specialitet än allmän-medicin	Legitimerad läkare	Hyrläkare
Riket	20/21	18/21	20/21	4/21	3/21	4/21
Stockholm	Ja	Ja	Ja	.	.	Ja
Uppsala	Ja	Ja	Ja	Ja	.	.
Sörmland	Ja	Ja	Ja	.	.	.
Östergötland	Ja	Ja	Ja	.	.	.
Jönköping	Ja	.	Ja	.	Ja	.
Kronoberg	Ja	Ja	Ja	.	.	.
Kalmar	Ja	Ja	Ja	Ja	.	.
Gotland	Ja	Ja	Ja	.	.	.
Blekinge	Ja	Ja	Ja	.	.	.
Skåne	Ja	Ja	Ja	.	.	.
Halland	Ja	Ja	Ja	.	.	Ja
Västra Götaland	Ja	Ja	Ja	.	.	Ja
Värmland	.	.	.	.	Ja	.
Örebro	Ja	Ja	Ja	.	.	.
Västmanland	Ja	Ja	Ja	.	.	.
Dalarna	Ja	Ja	Ja	.	Ja	.
Gävleborg	Ja	Ja	Ja	Ja	.	.
Västernorrland	Ja	Ja	Ja	.	.	Ja
Jämtland Härjedalen	Ja	Ja	Ja	Ja	.	.
Västerbotten	Ja	Ja	Ja	.	.	.
Norrbotten	Ja	.	Ja	.	.	.

Fråga 30. Har regionen under 2024 beslutat om insatser med anledning av Socialstyrelsens nationella riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården?	
Riket	17/21
Stockholm	Ja
Uppsala	Ja
Sörmland	Nej
Östergötland	Ja
Jönköping	Ja
Kronoberg	Ja
Kalmar	Nej
Gotland	Ja
Blekinge	Nej
Skåne	Ja
Halland	Ja
Västra Götaland	Ja
Värmland	Ja
Örebro	Ja
Västmanland	Ja
Dalarna	Ja
Gävleborg	Nej
Västernorrland	Ja
Jämtland Härjedalen	Ja
Västerbotten	Ja
Norrbotten	Ja

Fråga 33. Har regionen rutiner för dokumentation och registrering av uppgifter om patienters fasta kontakter (läkarkontakt samt vårdkontakt) så att datainsamling kan ske och det blir möjligt att följa utvecklingen löpande över tid?		
	För fast läkarkontakt	**För fast vårdkontakt**
Riket	15	10
Stockholm	Ja	Nej
Uppsala	Ja	Ja
Sörmland	Ja	Nej
Östergötland	Ja	Ja
Jönköping	Nej	Ja
Kronoberg	Ja	Ja
Kalmar	Ja	Ja
Gotland	Nej	Nej
Blekinge	Ja	Nej
Skåne	Ja	Nej
Halland	Ja	Ja
Västra Götaland	Nej	Nej
Värmland	Nej	Nej
Örebro	Ja	Nej
Västmanland	Ja	Ja
Dalarna	Ja	Ja
Gävleborg	Ja	Ja
Västernorrland	Ja	Nej
Jämtland Härjedalen	Nej	Nej
Västerbotten	Ja	Nej
Norrbotten	Nej	Ja

Fråga 34. På vilket/vilka sätt säkerställer regionen att invånarna får information om vem/vilka som är deras fasta kontakter?		
	Via 1177.se	**På annat sätt**
Riket	10/21	15/21
Stockholm	Ja	.
Uppsala	Ja	.
Sörmland	.	Ja
Östergötland	.	Ja
Jönköping	Ja	.
Kronoberg	.	Ja
Kalmar	Ja	.
Gotland	.	Ja
Blekinge	.	Ja
Skåne	Ja	Ja
Halland	.	Ja
Västra Götaland	.	Ja
Värmland	.	Ja
Örebro	Ja	Ja
Västmanland	Ja	Ja
Dalarna	Ja	.
Gävleborg	.	Ja
Västernorrland	Ja	.
Jämtland Härjedalen	.	Ja
Västerbotten	.	Ja
Norrbotten	Ja	Ja

Fråga 35. Hur stor andel av befolkningen i regionen hade en fast namngiven läkarkontakt den 31 december 2024?	
Riket	59 %
Stockholm	72 %
Uppsala	38 %
Sörmland	57 %
Östergötland	74 %
Jönköping	Andelen kan inte uppskattas
Kronoberg	41 %
Kalmar	73 %
Gotland	59 %
Blekinge	18 %
Skåne	79 %
Halland	68 %
Västra Götaland	96 %
Värmland	Andelen kan inte uppskattas
Örebro	46 %
Västmanland	87 %
Dalarna	85 %
Gävleborg	38 %
Västernorrland	61 %
Jämtland Härjedalen	Andelen kan inte uppskattas
Västerbotten	18 %
Norrbotten	Andelen kan inte uppskattas

Fråga 36. Ange hur många personer som hade en fast namngiven läkarkontakt i de administrativa systemen den 31 december 2024.	
Riket	4 245 026
Stockholm	1 600 000
Uppsala	156 898
Sörmland	117 253
Östergötland	350 075
Jönköping	Antalet kan inte uppskattas
Kronoberg	83 300
Kalmar	179
Gotland	36 230
Blekinge	29 353
Skåne	999 999
Halland	222 607
Västra Götaland	Antalet kan inte uppskattas
Värmland	Antalet kan inte uppskattas
Örebro	140 441
Västmanland	244 655
Dalarna	235 898
Gävleborg	38
Västernorrland	Antalet kan inte uppskattas
Jämtland Härjedalen	Antalet kan inte uppskattas
Västerbotten	28 100
Norrbotten	Antalet kan inte uppskattas

Fråga 38. Hur stor 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 2024?	
Riket	96 %
Stockholm	100 %
Uppsala	Andelen kan inte uppskattas
Sörmland	100 %
Östergötland	Andelen kan inte uppskattas
Jönköping	Andelen kan inte uppskattas
Kronoberg	Andelen kan inte uppskattas
Kalmar	90 %
Gotland	85 %
Blekinge	Andelen kan inte uppskattas
Skåne	Andelen kan inte uppskattas
Halland	97 %
Västra Götaland	Andelen kan inte uppskattas
Värmland	100 %
Örebro	100 %
Västmanland	97 %
Dalarna	98 %
Gävleborg	95 %
Västernorrland	Andelen kan inte uppskattas
Jämtland Härjedalen	Andelen kan inte uppskattas
Västerbotten	Andelen kan inte uppskattas
Norrbotten	99 %

Socialstyrelsen

Uppföljning av omställningen till en god och nära vård. Delredovisning 2025. (artikelnr 2029-9-9707)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.