

Nära vård i sikte?

Utvärdering av omställningen till
en god och nära vård: delrapport



Citera gärna ur Vård- och omsorgsanalys publikationer, men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad på www.vardanalys.se

Beställning av tryckta publikationer:
registrator@vardanalys.se
Box 6070, 102 31 Stockholm

Reviderad version, december 2021
© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2021
Grafisk Design och produktion: Les Creatives Sthlm
Omslagsbild: Getty Images International
Tryck: ÄTTA.45 Tryckeri
ISBN 978-91-88935-41-0



Nära vård i sikte?

Utvärdering av omställningen
till en god och nära vård:
delrapport

Beslut om denna rapport har fattats av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys styrelse. Utredaren Daniel Zetterberg har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har analyschefen Caroline Olgart Höglund och projektdirektören Marianne Svensson deltagit.

Stockholm 2021-06-16

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Anders Anell
Styrelseordförande

Anna Dunér
Vice styrelseordförande

Eva Fernvall
Styrelseledamot

Håkan Ceder
Styrelseledamot

Johanna Adami
Styrelseledamot

Titti Mattsson
Styrelseledamot

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Daniel Zetterberg
Föredragande

Förord

En starkare primärvård har länge varit en prioriterad fråga i den svenska hälso- och sjukvården. Många utredningar har pekat på vinsterna med detta. Men de har också visat att primärvården brister när det gäller till exempel tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet. Den har inte heller tillräckliga förutsättningar för att vara den naturliga första linjens vård för befolkningen. Mot den bakgrunden tog regeringen under 2018 initiativ till en omställning i hälso- och sjukvården mot en god och nära vård. Målet är bland annat att primärvården ska vara navet i vården och att patienten ska få en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har regeringens uppdrag att utvärdera omställningen. Uppdraget ligger nära flera andra av våra pågående uppdrag, bland annat om tillgänglighet till primärvård i landsbygder och en uppföljning av patientlagens genomslag. I den här delrapporten beskriver vi utvecklingen hittills när det gäller omställningen till en god och nära vård ur ett patient- och systemperspektiv, och ur yrkesverksammas perspektiv. I mars 2023 överlämnar vi slutrapporten till regeringen.

Projektledare har varit utredaren Daniel Zetterberg. I projektgruppen har också utredaren Ida Nyström och analytikern Filippa Kalle deltagit. Vård- och omsorgsanalys vill tacka alla som ställt upp på intervjuer, besvarat enkäter, deltagit i diskussioner eller på annat sätt medverkat till innehållet i rapporten.

Stockholm oktober 2021

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Resultat i korthet

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys utvärderar på uppdrag av regeringen omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård. I denna delrapport beskriver vi utvecklingen hittills ur patientperspektivet, systemperspektivet och yrkesverksammas perspektiv.

Våra slutsatser är följande:

- ▶ Det finns få indikationer på att omställningen så här långt har lett till måluppfyllelse.
 - Ur ett patientperspektiv finns ännu få tecken på att omställningen inneburit förbättringar.
 - Ur ett systemperspektiv har omställningen bara lett till mindre förändringar när det gäller ekonomiska resurser, kompetensförsörjning och vårdkonsumtion, men en kostnadsökning ses i kommunernas hälso- och sjukvård.
 - Ur yrkesverksammas perspektiv kvarstår kända brister när det gäller arbetsbelastning, bemanning och tillgången till kompetens, i primärvården.
- ▶ En mängd aktiviteter pågår men omställningen tycks inte hittills lösa grundproblemen i primärvården.
- ▶ Hos patienter och yrkesverksamma finns ett brett stöd för omställningens mål och en stor efterfrågan på förbättringar.

Sammanfattning

År 2018 tog regeringen initiativ till en omställning i hälso- och sjukvården. Reformens syfte är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan, att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att hälso- och sjukvårdens resurser används mer effektivt. Regeringen har angett tre inriktningsmål för reformen:

- ökad tillgänglighet,
- mer delaktiga patienter och en personcentrerad vård,
- ökad kontinuitet i primärvården.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys fick 2020 i uppdrag att utvärdera omställningen till en god och nära vård. Enligt uppdraget ska vi utvärdera den ur både ett patient- och ett systemperspektiv och med utgångspunkt i de tre inriktningsmålen. Detta är den andra delrapporten och i mars 2023 ska vi lämna en slutrapport över uppdraget till regeringen.

VI BELYSER UTVECKLINGEN UR TRE OLIKA PERSPEKTIV OCH MED HJÄLP AV MÅNGA OLIKA DATAKÄLLOR

I rapporten har vi utvärderat omställningen ur tre perspektiv – patientperspektivet, systemperspektivet och yrkesverksammas perspektiv.

I patientperspektivet är centrala frågor bland annat hur patienternas erfarenheter av inriktningsmålen tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet i vården utvecklas. För att belysa detta gjorde vi i december 2020 en omfattande webbenkät riktad till personer i en befolkningspanel (patientlagsenkäten). Resultaten har jämförts med tidigare liknande enkäter, samt med Nationell

patientenkät och andra undersökningar. Vi har även intervjuat företrädare för patientorganisationer.

I systemperspektivet är centrala frågor hur de övergripande förutsättningarna för omställningen till en god och nära vård utvecklas, till exempel ekonomiska resurser, kompetensförsörjning, konsumtion av vård och förtroendet för vården. För att belysa detta har vi använt uppgifter från bland annat Sveriges Kommuner och Regioners verksamhets- och ekonomistatistik. Vi har även gjort en fördjupningsstudie för att belysa kommunernas hälso- och sjukvård när det gäller kostnader och insatser.

I de yrkesverksammas perspektiv är centrala frågor hur de yrkesverksamma i regioner och kommuner uppfattar att deras förutsättningar att ge en god och nära vård utvecklas, till exempel arbetssituation, ansvar och arbetssätt. För att belysa detta har vi utgått från den internationella undersökningen (IHP) 2019 som var riktad till primärvårdsläkare. Vi har även intervjuat företrädare för professionsorganisationer.

Pandemin har sannolikt haft en viss negativ påverkan

Patientlagsenkäten genomfördes i slutet av 2020 och våra resultat har därmed sannolikt påverkats av covid-19-pandemin. Många av frågorna handlar om patienternas erfarenheter av vården upp till 12 månader bakåt i tiden. Vi har delvis kunnat kontrollera för pandemins påverkan i våra analyser och ser till exempel att erfarenheterna av vården i stort är sämre bland personer som uppgav att deras vård påverkats av pandemin. Samtidigt ser vi få förbättringar i andra enkätundersökningar genomförda kort innan pandemin.

HITTILLS FINNS FÅ INDIKATIONER PÅ ATT OMSTÄLLNINGEN HAR LETT TILL MÅLUPPFYLLELSE

Så här långt finns det få tecken på att omställningen till en god och nära vård har inneburit ökad måluppfyllelse, oavsett om vi betraktar reformen ur patienters, yrkesverksammas eller ur ett mer övergripande systemperspektiv.

Ur ett patientperspektiv finns ännu få tecken på förbättringar

Vi har undersökt patienters erfarenheter av vården när det gäller inriktningsmålen ökad tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet i vården. Sammantaget ser vi ingen förbättring för populationen i stort.

Det är fortfarande många som saknar en fast kontakt i vården. Samtidigt ser vi att personer med fast kontakt genomgående har bättre erfarenheter av vården, jämfört med dem som inte har en fast kontakt.

Erfarenheterna av vården skiljer sig mellan olika grupper, och de med dålig hälsa har till exempel genomgående sämre erfarenheter av vården än andra. Vi ser också att kvinnor upplever en lägre delaktighet än män. Ytterligare ett exempel är att personer med gymnasial eller eftergymnasial utbildning är mer nöjda med informationen från vården än de med enbart grundskoleutbildning, vilket möjligen kan förklaras av att de har lättare för att ta till sig information.

I vissa frågor tycks utvecklingen ha varit mer positiv för patienter med större vårdbehov jämfört med populationen i stort. Bland dem som har varit inskrivna på sjukhus är det till exempel en högre andel som uppger att personalen på deras ordinarie vårdcentral sedan verkade vara informerade om sjukhusvården. Bland personer med behov av samordnad vård och omsorg är det också en betydligt högre andel än tidigare som uppger att de fått en individuell plan som stöd för det.

Ur ett systemperspektiv har omställningen bara lett till mindre förändringar – kostnadsökningen drivs av kommunernas hälso- och sjukvård

Vi har undersökt primärvårdens förutsättningar, exempelvis ekonomiska resurser, kompetensförsörjning och vårdkonsumtion. Vi kan endast se små förändringar, förutom i den kommunala hälso- och sjukvården.

Primärvårdens andel av regionernas totala kostnader för hälso- och sjukvård har rört sig långsamt sedan 2016. Det finns dock stora variationer mellan regionerna, både i kostnadsnivå och förändring över tid. I ett urval av kommuner ser vi också att kostnaderna för hälso- och sjukvården ökar snabbt. Kommunernas hälso- och sjukvård står uppskattningsvis för drygt en tredjedel av de totala kostnaderna för primärvården i både kommuner och regioner.

Personalresurserna har sedan 2016 ökat i något högre takt i regionernas primärvård än i resten av hälso- och sjukvården men det finns en generell brist på många yrkesgrupper i primärvården.

Den fysiska primärvårdskonsumtionen per invånare har minskat medan den digitala konsumtionen ökat stort. Pandemin har påskyndat utvecklingen.

Befolkningens förtroende har ökat men är fortsatt lägre för primärvården än för övrig hälso- och sjukvård.



Ur yrkesverksammas perspektiv kvarstår kända brister i primärvården

Svenska primärvårdsläkare är de som upplever sitt arbete som mest stressigt, i en internationell jämförelse. De anser också i låg grad att primärvården är väl förberedd med kompetens och erfarenhet, för att möta personer med kronisk sjukdom.

Intervjuade professionsföreträdare menar att de brister som tidigare framkommit ur yrkesverksammas perspektiv när det gäller primärvården kvarstår. Det gäller till exempel arbetsbelastningen, bemanningen och tillgången till kompetens.

EN MÄNGD AKTIVITETER PÅGÅR MEN OMSTÄLLNINGEN TYCKS INTE HITTILLS LÖSA GRUNDPROBLEMEN

Omställningen till en god och nära vård är ännu i högsta grad ett pågående arbete med en stor mängd insatser. Regioner och kommuner har kommit olika långt med att omsätta regeringens målbild. Mycket görs som lokala initiativ och projekt, och det tar troligen tid innan utvecklingsarbetet implementeras, skalas upp och leder till ändrade arbetssätt och mer övergripande resultat.

Historiskt har det visat sig svårt att omfördela resurser inom hälso- och sjukvårdssystemet till förmån för primärvården, trots att det sedan länge har varit en ambition. Samtidigt som mycket lovvärt utvecklingsarbete pågår är det också oroande att regionerna ännu inte verkar ha gett primärvården tillräckliga förutsättningar för att nå omställningens mål. Vi ser få tecken på att de ekonomiska resurserna i primärvården har ökat tillräckligt mycket för att möta målsättningarna med omställningen. Vi har under 2020 sett indikationer på en högre ökningstakt av primärvårdens kostnader och som andel av hälso- och sjukvårdens kostnader. Men uppgifterna är osäkra och svåra att tolka, bland annat på grund av pandemins påverkan på hälso- och sjukvården. De flesta regioner verkar sakna tydliga planer för att öka finansieringen under kommande år. Personalresurserna ökar dock mer i primärvården än i vården i stort totalt sett, om än från låga nivåer för vissa yrkesgrupper. Men samtidigt kan vi inte se någon ökning av andelen specialistläkare i allmänmedicin, trots att bristen på allmänläkare är välkänd och omställningens mål är att fast läkarkontakt ska vara kärnan i kontinuiteten och primärvården.

DET FINNS ETT BRETT STÖD FÖR REFORMENS MÅL OCH STOR EFTERFRÅGAN PÅ FÖRBÄTTRINGAR

Omställningen är efterfrågad och målsättningarna möter delvis de problem i primärvården som beskrivits av patienter och yrkesverksamma i vården. När det gäller resursbehovet – ökade ekonomiska resurser och personal – verkar gapet vara som störst mellan å ena sidan reformens mål och genomförandet hittills och å andra sidan de behov som lyfts av både professions- och patientföreträdare. Det finns få tecken på att omställningen hittills möter det.

DET FORTSATTA ARBETET MED UPPDRAGET

I denna delrapport har vi främst fokuserat på att följa omställningen ur patient- och systemperspektiven, för att inte ytterligare belasta vården och de som arbetar där under pandemin. I det fortsatta arbetet kommer vi att följa utvecklingen på motsvarande sätt som hittills men både bredda och fördjupa vår utvärdering.

Till slutrapporten tänker vi bland annat att göra en fördjupad studie av grupper med komplexa och omfattande vårdbehov, till exempel personer i särskilt boende som behöver insatser från både region och kommun, personer i socioekonomiskt utsatta områden och grupper som inte talar svenska som modersmål.

Vi planerar att göra en enkät till verksamhetschefer i primärvården för att belysa flera områden som är centrala för omställningen, till exempel kompetensförsörjning och samverkan mellan vårdens olika delar i region och kommun.

Till slutrapporten kommer vi att fortsätta utvärdera utvecklingen av fast läkarkontakt i primärvården, med fokus på patienter med omfattande och komplexa vårdbehov. Vi tänker även undersöka förutsättningarna för att belysa utvecklingen av fast läkarkontakt utifrån patienternas upplevelser och verksamheternas tillhandahållande.

Det är svårt att mäta vissa delar av omställningens mål – inte minst om vården blir mer effektiv – men vi kommer att överväga hur vi kan belysa detta till slutrapporten. Ett bekymmer är att det till stor del saknas nationella data om primärvården i både regional och kommunal regi, till exempel vilka insatser som ges av vem och till vem samt vilka vården som skapas. Här behövs nya sätt att mäta de vården som uppstår i hela systemet. Vidare är de uppgifter som finns tillgängliga om vårdkonsumtion, kostnader och bemanning svåra att kvalitetssäkra och inte alltid heltäckande. Det är svårt att belägga vad skillnader mellan åren faktiskt består i och inrapportering sker inte alltid på ett enhetligt sätt.





Innehåll

1	Inledning.....	19
1.1	Vi har regeringens uppdrag att utvärdera omställningen till en god och nära vård.....	19
1.2	Vi belyser omställningen ur flera perspektiv och med utgångspunkt i regeringens mål.....	22
1.3	Rapportens disposition.....	23
2	Omställningen till en god och nära vård.....	27
2.1	En reform för en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan.....	27
2.2	Regeringens insatser omfattar lagstiftning, överenskommelser och ekonomiska bidrag.....	31
2.3	Regionernas utgångsläge och insatser varierar.....	34
3	Omställningen ur ett patientperspektiv.....	39
3.1	Så här belyser vi omställningen ur patienternas perspektiv.....	39
3.2	Målet om ökad tillgänglighet.....	41
3.3	Målet om ökad delaktighet.....	47
3.4	Målet om ökad kontinuitet.....	52
3.5	Tillgången till fast kontakt påverkar upplevelsen av kontinuitet, tillgänglighet och delaktighet.....	59
3.6	Erfarenheterna av vården varierar mellan olika grupper.....	64
3.7	Patientföreträdare ser positivt på omställningen.....	70



4	Omställningen ur ett systemperspektiv.....	75
4.1	Så här belyser vi omställningen ur systemperspektivet	76
4.2	Resurser i regionernas primärvård.....	76
4.3	Resurser och insatser i kommunernas primärvård	81
4.4	Kompetensförsörjning.....	89
4.5	Vårdkonsumtion.....	94
4.6	Hälsoutfallet av vården	100
4.7	Befolkningens förtroende för olika delar av vården	103
4.8	Prioritering av målsättningarna i regionernas styrning	105
5	Omställningen ur yrkesverksammas perspektiv	109
5.1	Så här belyser vi omställningen ur yrkesverksammas perspektiv	109
5.2	Tidigare studier visar på brister i primärvården ur yrkesverksammas perspektiv	110
5.3	Professionsföreträdare ser att omställningen delvis löser dagens problem	111
6	Slutsatser	117
6.1	Hittills finns få indikationer på att omställningen har lett till måluppfyllelse.....	117
6.2	En mängd aktiviteter pågår men omställningen tycks inte hittills lösa grundproblemen	121
6.3	Det finns ett brett stöd för omställningens mål och stor efterfrågan på förbättringar	124
7	Vi fortsätter att utvärdera omställningen	127
7.1	Utvecklingen för utsatta grupper och i glesbygd	127
7.2	Kompetensförsörjning, samverkan och yrkesverksammas perspektiv..	128
7.3	Utvecklingen av fast läkarkontakt	128
7.4	Utmanande att mäta det omställningen ska bidra till.....	129
8	Referenser	133
	Bilagor	143
	Bilaga 1 – Metodbilaga	143



Inledning

I januari 2018 lämnade regeringen en proposition till riksdagen med förslag till ett första steg i en omställning av hälso- och sjukvården, där primärvården ska bli den tydliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården (prop. 2017/18:83). Regeringen lämnade därefter ytterligare förslag i en senare proposition med en förtydligad målbild för omställningen (prop. 2019/20:164). Det övergripande målet med omställningen 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 samt att hälso- och sjukvårdens resurser används på ett mer effektivt sätt. Regeringen har också angett tre inriktningsmål för reformen:

- ökad tillgänglighet,
- mer delaktiga patienter och en personcentrerad vård,
- ökad kontinuitet i primärvården (prop. 2019/20: 164).

Regeringens initiativ omfattar både lagändringar och stimulansmedel till regionerna, men också andra insatser som uppdrag till Socialstyrelsen.

1.1 VI HAR REGERINGENS UPPDRAG ATT UTVÄRDERA OMSTÄLLNINGEN TILL EN GOD OCH NÄRA VÅRD

Vård- och omsorgsanalys fick 2020 i uppdrag att utvärdera omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård (Socialdepartementet 2020b). Enligt uppdraget ska vi utvärdera den ur både ett patient- och systemperspektiv, med utgångspunkt i regeringens tre inriktningsmål. Med systemperspektiv avser regeringen hur den nära vården i stort påverkas av



omställningen. I patientperspektivet ingår att belysa vad omställningen har inneburit för olika grupper, till exempel kvinnor och män och personer med olika socioekonomiska förutsättningar. Vi ska också

- utvärdera utvecklingen av fast läkarkontakt i primärvården med fokus på patienter med omfattande och komplexa vårdbehov (utifrån både patienters uppfattning och vårdgivares tillhandahållande),
- utvärdera utvecklingen av kompetensförsörjningen inom primärvården,
- belysa utvecklingen av samverkan mellan den regionalt organiserade hälso- och sjukvården och den kommunala hälso- och sjukvården,
- belysa utvecklingen av den nära vården i glesbygd och socioekonomiskt utsatta områden.

1.1.1 Den andra rapporten av totalt tre rapporter

I januari 2021 överlämnade vi den första delrapporten i detta uppdrag till regeringen: *Fast kontakt i primärvården. Patienters uppfattning om tillgången till fast läkarkontakt och fast vårdkontakt i primärvården* (PM 2021:1).

Detta är den andra delrapporten och i mars 2023 ska vi lämna en slutrapport över uppdraget till regeringen.

1.1.2 Ett av flera överlappande uppdrag

Parallellt med detta uppdrag har vi dessutom flera andra regeringsuppdrag, som delvis berör omställningen:

- Uppdrag om personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp (Socialdepartementet 2020e), som rapporteras den 15 oktober 2021.
- Uppdrag att följa upp patientlagens genomslag (Socialdepartementet 2020a), som rapporteras den 29 oktober 2021.
- Uppdrag om tillgänglighet till primärvård i Sveriges landsbygder (Socialdepartementet 2020d), som rapporteras den 2 november 2021.
- Uppdrag att följa upp överenskommelsen om digitalisering inom äldreomsorgen (Socialdepartementet 2020c), som delrapporterades den 30 september 2021 och slutrapporterades den 31 mars 2023.

Vi har så långt möjligt samarbetat i datainsamling och analyser mellan uppdragen för att genomföra dem resurseffektivt.

Socialstyrelsen har också flera närliggande uppdrag som går ut på att följa omställningen till en god och nära vård. De handlar bland annat om nationell insamling av registeruppgifter från primärvården, att inhämta resultat på aggregerad nivå i syfte att följa omställningen och att årligen följa upp och rapportera hur omställningen till en mer nära vård i regionerna och kommunerna utvecklas (Socialdepartementet 2019).

1.1.3 Andra regeringsuppdrag, annat pågående arbete och pandemins effekter på hälso- och sjukvården innebär att vi gjort vissa avgränsningar

Deluppdraget att belysa utvecklingen av den nära vården i glesbygd kommer inte att besvaras i denna rapport. Uppdraget i denna del överlappar med vårt uppdrag att kartlägga tillgänglighet och kvalitet i primärvården i Sveriges landsbygder (Socialdepartementet 2020d), som rapporteras den 2 november 2021. Utifrån resultat och slutsatser i den rapporten kommer vi att överväga hur vi kan belysa glesbygdsperspektivet vidare till slutrapporten. I samband med det kommer vi även att överväga hur vi kan belysa utvecklingen av den nära vården i socioekonomiskt utsatta områden.

I uppdraget att utvärdera utvecklingen av fast läkarkontakt i primärvården ingår att beskriva utvecklingen utifrån både patienters uppfattning och vårdgivares tillhandahållande. Men det saknas data på nationell nivå om i vilken mån vårdgivare tillhandahåller fast läkarkontakt. Ett utvecklingsarbete för att samla in och tillgängliggöra sådan data pågår enligt regeringens överenskommelse med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) (Socialdepartementet och SKR 2021). Därför har vi i denna rapport avgränsat arbetet till att genomföra ett metodtest i samarbete med Västra Götalandsregionen för att bland annat undersöka förutsättningarna för att belysa detta.

Vi har slutligen uppdraget att belysa utvecklingen av samverkan mellan den regionalt och kommunalt organiserade hälso- och sjukvården. En svårighet är att det saknas indikatorer på nationell nivå för att beskriva samverkan, vilket innebär att vi behöver använda oss av enkäter eller intervjuer för att belysa detta. Men med hänsyn till hälso- och sjukvårdens hantering av covid-19-pandemin har vi under det gångna året avstått från att vända oss till vårdens verksamheter med enkäter och intervjuer.



1.2 VI BELYSER OMSTÄLLNINGEN UR FLERA PERSPEKTIV OCH MED UTGÅNGSPUNKT I REGERINGENS MÅL

I genomförandet av detta uppdrag utvärderar vi omställningen ur tre perspektiv:

- **Patienternas och befolkningens perspektiv.** Centrala frågor är hur inriktningsmålen tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet i vården utvecklas och om det finns samband mellan bland annat tillgången till fasta kontakter och upplevelsen av tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet.
- **Systemperspektivet.** Centrala frågor avser de mer övergripande förutsättningarna för omställningen till en god och nära vård, till exempel vad gäller ekonomiska resurser, kompetensförsörjning, konsumtion av vård och förtroende för vården.
- **De yrkesverksammans perspektiv.** Centrala frågor avser hur de yrkesverksamma inom regioner och kommuner uppfattar förutsättningarna att ge en god och nära vård, till exempel arbetssituation, ansvar, arbetssätt och verksamhetsstöd.

1.2.1 Vi belyser utvecklingen mot en god och nära vård

Av regeringsuppdraget framgår genomgående att vi ska belysa *utvecklingen* inom olika områden. I genomförandet lägger vi därför så långt det är möjligt tyngdpunkten på de förändringar vi kan se. Vi utgår från att omställningen ur ett nationellt perspektiv startade 2018, mot bakgrund av besluten om reformens införande (se vidare kapitel 2). Där det är möjligt har vi i vår insamling av statistik och data utgått från åren 2016/2017 som en baslinje för vår utvärdering. Men vi undersöker också om utvecklingen som vi ser skiljer sig från utvecklingen längre tillbaka i tiden.

I några fall går det inte att belysa utvecklingen fullt ut, främst därför att det inte finns några tidigare uppgifter tillgängliga.

1.2.2 Våra resultat bygger på många olika källor

Vi har använt en bredd av källor för att kunna genomföra uppdraget. I det här avsnittet beskriver vi kortfattat de viktigaste men i metodbilagan finns mer utförlig beskrivning av datakällor och de metoder vi använt. I arbetet med att identifiera indikatorer har vi utgått från det uppföljningsramverk för nationell uppföljning av hälso- och sjukvården som Vård- och omsorgsanalys tidigare tagit fram (Vård- och omsorgsanalys 2019).

Omställningen ur ett patientperspektiv

För att belysa patienternas erfarenheter av vården när det gäller tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet, har vi gjort en omfattande webbenkät till personer i en befolkningspanel, i samarbete med vårt projekt om att följa upp patientlagens genomslag. Resultaten har vi bland annat jämfört med tidigare liknande enkäter, med Nationell patientenkät primärvård och med uppgifter från den internationella enkätundersökningen International Health Policy Survey (IHP), som riktats till befolkningen. Vi har även intervjuat företrädare för patientorganisationer.

Omställningen ur ett systemperspektiv

För att belysa systemperspektivet har vi samlat in uppgifter från SKR:s verksamhets- och ekonomistatistik, Socialstyrelsens register, Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät och Statistiska centralbyråns (SCB) undersökningar av svenska befolkningens levnadsförhållanden. Därutöver har vi använt kompletterande datakällor, bland annat hälso- och sjukvårdsbarometern och Väntetidsdatabasen.

För att belysa kommunernas kostnader och insatser inom hälso- och sjukvården har vi anlitat en extern leverantör (Ensolution AB), som på vårt uppdrag bland annat beräknat hur stor andel den kommunala vården utgör av hälso- och sjukvården totalt, tagit fram och analyserat kostnadsutvecklingen i ett urval av kommuner 2017–2019 samt analyserat vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som kommunerna genomför.

Omställningen ur yrkesverksammas perspektiv

För att belysa yrkesverksammas perspektiv har vi utgått från IHP-undersökningen 2019 som var riktad till primärvårdsläkare. Vi har även intervjuat företrädare för professionsorganisationer.

1.3 RAPPORTENS DISPOSITION

I kapitel 2 beskriver vi bakgrunden till reformen och sammanfattar de insatser som genomförs från nationell nivå och som pågår på regional och kommunal nivå.

I kapitel 3 presenterar vi resultaten av vår utvärdering av omställningen ur ett patientperspektiv.

I kapitel 4 presenterar vi resultaten av vår utvärdering av omställningen ur ett systemperspektiv.



I kapitel 5 presenterar vi resultaten av vår utvärdering av omställningen ur yrkesverksammas perspektiv.

I kapitel 6 redogör vi för de slutsatser vi kan dra hittills i vår utvärdering av omställningen till en god och nära vård.

I kapitel 7 beskriver vi det fortsatta arbetet med uppdraget.



Omställningen till en god och nära vård

I detta kapitel beskriver vi utgångspunkterna för omställningen till en god och nära vård ur ett nationellt perspektiv. Vi redogör också kortfattat för de insatser som vidtagits på nationell nivå samt av regioner och kommuner.

2.1 EN REFORM FÖR EN GOD, NÄRA OCH SAMORDNAD VÅRD SOM STÄRKER HÄLSAN

Regeringen har tagit initiativ till en omställning till god och nära vård genom utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* samt propositionerna *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti* (prop. 2017/18:83) och *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (prop. 2019/20:164). Som motiv för reformen skrev regeringen så här:

”Framtidens hälsosystem måste ha en stark primärvård som bas för att klara de utmaningar som hälso- och sjukvården står inför. Regeringens uppfattning är därför att en förstärkning och utveckling av primärvården är nödvändig.”

(prop. 2019/20:164)

Regeringen lyfte behovet av att gå från ett sjukhustungt system till ett system där primärvården ges förutsättningar för att klara uppdraget som första linjens vård. Hälso- och sjukvårdssystemet behöver reformeras så att man stärker och utvecklar de delar i systemet som har bäst förutsättningar för



att hantera både närhet till patienten och komplexitet i sjukdomstillstånd. Det är också viktigt att vården i högre grad motsvarar befolkningens behov och förväntningar på bland annat tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet. En modern hälso- och sjukvård måste enligt regeringen kännetecknas av ett effektivare resursutnyttjande samt utvecklas utifrån möjligheten att stödja vid långvariga och kroniska tillstånd, ofta med hög komplexitet. Vårdens struktur måste underlätta koordineringen av olika vårdinstanser och aktörer, utifrån varje patients individuella behov.

Att uppnå en jämlik och resurseffektiv hälso- och sjukvård är centralt och ett av huvudskälen till att stärka primärvårdens roll. Samtidigt ansvarar regioner och kommuner för att organisera sina invånares hälso- och sjukvård. Regeringen bedömer att målbilden behöver förankras i den regionala och lokala kontexten och anpassas till de olika förutsättningar som finns där (prop. 2019/20:164).

2.1.1 Omställningen ska bidra till målen i Agenda 2030

Sverige ska leva upp till Agenda 2030:s mål när det gäller hälsa och den övergripande målsättningen om hållbar utveckling, och enligt förarbetena till omställningen till en god och nära vård krävs då insatser på alla nivåer i samhället för att skapa ett modernt, jämlikt, tillgängligt och effektivt hälsosystem. Ett sådant hälsosystem behöver ha en stark första linje eller primärvård som bas, för att möta de behov som kommer med förändrade demografiska och epidemiologiska förhållanden, och det stora behovet av ett intensifierat och brett förebyggande arbete (SOU 2018:39).

Världshälsoorganisationen WHO har slagit fast att det krävs ett skifte från dagens hälsosystem, som i hög grad är uppbyggda kring sjukdomar och institutioner, till ett system som är designat för människor. Man menar att det är nödvändigt om målet om allmän hälso- och sjukvård (Universal Health Coverage) ska kunna uppnås. WHO förespråkar därför en integrerad och personcentrerad ansats när våra hälsotjänster och system utvecklas och framhåller att det är avgörande för att säkerställa att även marginaliserade och sårbara grupper nås och ingen lämnas utanför. Primärvården framhålls tydligt som basen för att kunna tillhandahålla integrerade och personcentrerade hälsotjänster (SOU 2018:38).

2.1.2 Den kommunala hälso- och sjukvården betonas i omställningen

Kommunerna har enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30; HSL) ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård åt äldre och personer med funktionshinder som

bor i en särskild boendeform och får utöver detta erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet i ordinärt boende (12 kap. 1 och 2 § HSL).

Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård är huvudsakligen vård som ges på primärvårdsnivå och primärvård är därmed ett ansvar för både regioner och kommuner. Enligt regeringens bedömning har den kommunala hälso- och sjukvården, ofta till multisjuka och äldre patienter, en nyckelroll i utvecklingen till en mer nära vård. Samverkan mellan regioner och kommuner och ett ökat fokus på den kommunala hälso- och sjukvården är därför centralt för att uppnå en god och nära vård (prop. 2019/20:164).

2.1.3 Målsättningar med omställningen till en god och nära vård

Så här beskriver regeringen målbilden för omställningen till en god och nära vård:

“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.”

(prop. 2019/20:164)

Dessutom har regeringen i propositionen formulerat tre inriktningsmål för omställningen: ökad tillgänglighet, ökad delaktighet och ökad kontinuitet. Man menar att en stärkt primärvård bör kunna bidra till dem.

Mål 1: Tillgängligheten till primärvården ska öka

Det första inriktningsmålet för omställningen går ut på att tillgängligheten till primärvården ska öka.

Tillgänglighet handlar om flera olika saker, bland annat korta väntetider. Men det rymmer också sådant som att befolkningen har råd att besöka vården och vet hur man söker vård, att det finns enkla och tydliga kontaktvägar till vården och att den är fysiskt tillgänglig, till exempel att avstånden inte är för långa och lokalerna är anpassade för olika behov. Tillgänglighet kan också handla om tillgång till information och rätt kompetens för sitt behov, men även att vården är anpassad för personer med olika funktionsnedsättningar, till exempel i den fysiska miljön eller med olika kommunikationsmedel, till exempel besök per telefon eller digitalt (prop. 2019/20:164).



Mål 2: En mer delaktig patient och en personcentrerad vård

Det andra inriktningsmålet för omställningen är att få en ökad delaktighet och en mer personcentrerad vård.

Delaktighet för patienter innebär olika saker i olika sammanhang och kan gälla olika nivåer i och utanför vården. Det handlar bland annat om att vården i alla delar av vårdprocessen och patientmötet behöver utgå från patientens behov, preferenser och resurser genom att exempelvis skapa enkla kontaktvägar och ta tillvara patientens och de närståendes egna kunskaper och erfarenheter i vårdmötet. Det gäller även hur hälso- och sjukvård utformas. Patienten bör också få större möjlighet att tillsammans med vårdpersonal ta beslut om sin vård och behandling.

Ytterligare en aspekt av delaktighet handlar om att ge stöd till patienter som själva vill ta ett eget större ansvar för sin hälso- och sjukvård. Det förutsätter information – både att patienter får tillgång till information och att de själva kan bidra med information om sin vård.

Personcentrering innebär att utgå från individens behov, preferenser och resurser i alla delar av patientens vårdprocess – före, under, mellan och efter ett vårdmöte eller en kontakt. Det handlar till exempel om att skapa enkla kontaktvägar in i vården, att vårdpersonal och patienter tar gemensamma beslut om vård och behandling och att vården ger stöd till patientens egenvård. Personcentrering handlar också om att ta tillvara patienters och närståendes erfarenheter och kunskaper i vårdmötet, men även om hälso- och sjukvårdens utformning (prop. 2019/20:164).

Mål 3: Kontinuiteten inom primärvården ska öka

Det tredje inriktningsmålet för omställningen handlar om ökad kontinuitet i primärvården.

Kärnan i kontinuiteten ska enligt regeringen vara en fast läkarkontakt för alla patienter som vill ha det. Därutöver kan en del patienter även ha en fast vårdkontakt med annan profession eller ett helt vårdteam med flera olika kompetenser.

Kontinuitet kan även handla om informationskontinuitet och samordning mellan primärvården och annan hälso- och sjukvård. En fast läkar- eller vårdkontakt kan ha översyn och koordinera vård och behandling för en enskild patient, och då kan kostnaderna minska för eventuella onödiga behandlingar och undersökningar (prop. 2019/20:164).

2.2 REGERINGENS INSATSER OMFATTAR LAGSTIFTNING, ÖVERENSKOMMELSER OCH EKONOMISKA BIDRAG

Inom ramen för reformen har regeringen hittills använt en kombination av styrmedel. Man har beslutat om några mindre lagändringar, bland annat en justering av vårdgarantins innehåll och ett nytt nationellt reglerat grunduppdrag för primärvården, som syftar till att tydliggöra primärvårdens uppdrag och öka förutsättningarna för en likvärdig primärvård.

Därutöver har regeringen träffat överenskommelser med SKR om inriktningen och prioriteringar för omställningen. Till dessa överenskommelser har regeringen knutit omfattande ekonomiska stimulansbidrag.

Flera myndigheter har dessutom uppdrag på området (se avsnitt 1.1).

2.2.1 Omfattande ekonomiska bidrag inom ramen för överenskommelser som ska stödja omställningen

För 2019–2021 har regeringen träffat årliga överenskommelser med SKR för att stödja huvudmännens arbete med omställningen till en god och nära vård (Socialdepartementet och SKR 2019a, 2020b, 2021). De tre överenskommelserna har i viss mån haft olika inriktning men kärnan har varit att utveckla den nära vården med primärvården som nav samt att skapa goda förutsättningar för vårdens medarbetare. Hittills har regeringen avsatt närmare 15,5 miljarder kronor för ändamålet, varav 13,8 miljarder kronor till regionerna och 1,5 miljarder kronor till kommunerna.

Stimulansmedlen till regionerna fördelas i relation till befolkningsandel. Kommunernas stimulansmedel fördelas till hälften utifrån befolkningsandel och till hälften utifrån antalet individer som fått kommunal hälso- och sjukvård enligt 12 kap. 1 och 2 § och 14 kap 1 § HSL.

Tabell 1. Fördelning av medel i överenskommelserna 2019-2021.

År	Regionerna	Kommunerna	SKR	Totalt
2019	2 406 000 000 kr		24 000 000 kr	2 430 000 000 kr
2020	5 698 500 000 kr	500 000 000 kr	52 000 000 kr	6 250 500 000 kr
2021	5 725 000 000 kr	1 000 000 000 kr	53 000 000 kr	6 778 000 000 kr
Summa 2019–2021	13 829 500 000 kr	1 500 000 000 kr	129 000 000 kr	15 458 500 000 kr
Andel av totalsumma, 2019–2021	89 %	10 %	1 %	100 %

Källa: Socialdepartementet och SKR 2019a, 2020b, 2021



Insatser inom en mängd utvecklingsområden

Regioner och kommuner har kunnat använda stödmedlen för insatser inom en rad av utvecklingsområden. Under samtliga tre år har fokus legat på att utveckla den nära vården och primärvården i synnerhet, bland annat genom insatser för att stärka samverkan mellan regioner och kommuner, införa proaktiva arbetssätt för att undvika slutenvård och få ett mer ändamålsenligt resursutnyttjande. Det har också handlat om att utveckla ersättningsystem, att arbeta hälsofrämjande och förebyggande och att möta utmaningar i glesbefolkade områden. I 2021 års överenskommelse inkluderades dessutom flera specifika mål om ökad kontinuitet, såsom att en ökad andel i befolkningen ska ha en fast läkarkontakt i primärvården och på särskilda boenden.

Ytterligare en viktig beståndsdel i överenskommelserna har varit de så kallade patientkontrakten – en överenskommelse mellan vården och patienten för att samordna patientens behov, aktiviteter och önskemål (SKR 2021b). Regionerna ska fortsätta att införa patientkontrakten genom att till exempel upprätta handlingsplaner och utbilda personal och invånare.

Ett annat centralt utvecklingsområde i överenskommelserna är goda förutsättningar för vårdens medarbetare, vilket rör insatser för bland annat förbättrad arbetsmiljö, stärkt teambaserat arbetssätt och utbildning av vårdens medarbetare.

Övriga utvecklingsområden har handlat om ökad tillgänglighet i barnhälsovården, insatser inom ramen för Vision e-hälsa 2025 (till exempel utveckling av 1177 Vårdguiden) och förstärkning av ambulanssjukvården.

SKR har också tilldelats medel för att stödja regionerna och kommunerna i omställningen och i att genomföra insatserna. De ska exempelvis förmedla bakgrunden till omställningen och sprida goda exempel. Genom ledarskapsprogram erbjuder de också stöd till ledande tjänstepersoner och förtroendevalda som arbetar med omställningen. Syftet med ledarskapsprogrammen är enligt SKR att stärka deltagarna för ett uthålligt och modigt ledarskap, att öka kompetensen i att leda en storskalig förändring och att dela erfarenheter och lära av varandra. SKR arbetar också för att regionerna ska kunna utveckla en digitaliserad vy för patientkontrakt.

2.2.2 Flera lagändringar inom ramen för reformen

Inom ramen för reformen har regeringen hittills beslutat ett antal lagändringar. I tabell 2 ger vi en sammanfattning av ändringarna.

Tabell 2. Beslutade lagändringar inom reformen.

Lagstiftning	Syfte
Ändring i 9 kap. 1 § HSL och 2 kap. 3 § patientlagen, i kraft 2019-01-01 (Ny lydelse)	Stärkt och mer professionsneutral vårdgaranti. Ökad tillgänglighet till primärvården. Fler kompetenser nyttjas utifrån patientens behov. Skapa utrymme för ett effektivare resursutnyttjande (prop. 2017/18:83).
Ny 7 kap. 2 a § HSL, i kraft 2019-01-01 (Ny paragraf)	Styrande princip för vårdens organisering att regionen ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. Ska utgöra ett stöd för att alla inblandade aktörer ska sträva åt samma håll i omstruktureringen samt åstadkomma en större flexibilitet. Möta patientens behov med större individuell anpassning och utformning av vården (prop. 2017/18:83).
Ändring i 2 kap. 6 § HSL, i kraft 2021-07-01 (Ny lydelse)	Ny definition av primärvård i lagen. Definitionen moderniseras och görs mer ändamålsenlig genom att ta bort kopplingen till sjukhus. Ska stödja och återspegla omstruktureringen samt tydliggöra att gränsdragningen inte längre kopplas till sjukhusbyggnaden. Ta fasta på vanligt förekommande vårdbehov, enkla som komplicerade (prop. 2019/20:164).
Nytt 13 a kap. 1 § HSL, i kraft 2021-07-01 (Nytt kapitel)	Reglering av primärvårdens grunduppdrag. Förtydligande av primärvårdens uppdrag och ansvarsfördelning för att bland annat uppnå en likvärdig vård samt förtydliga vad invånarna kan förvänta sig av primärvården oavsett region/kommun (prop. 2019/20:164).

2.2.3 Andra omfattande ekonomiska bidrag inom flera närliggande överenskommelser och andra insatser på nationell nivå

Regeringen och SKR har också tecknat flera andra överenskommelser, på mycket närliggande eller delvis överlappande områden och med omfattande ekonomiska bidrag. Det gäller särskilt överenskommelser om att öka tillgängligheten i hälso- och sjukvården (Socialdepartementet och SKR 2019b, 2020c), stimulera utveckling inom psykisk hälsa (Socialdepartementet och SKR 2020a, 2020d), och få en sammanhållen, jämlik och säker vård, vilket bland annat inkluderar personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp 2021 (Socialdepartementet och SKR 2020e). Sammantaget uppgår de satsningarna till närmare 10 miljarder kronor under 2019–2021.

Regeringen har också anslagit medel för att stärka forskningskompetensen inom primärvården (prop. 2020/21:60).



2.3 REGIONERNAS UTGÅNGSLÄGE OCH INSATSER VARIERAR

Regionerna hade mycket olika utgångsläge inför omställningen. I samband med att reformen infördes konstaterade vi att det fanns stora variationer i både primärvårdens andel av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård och kostnaden för primärvård per invånare. Vi konstaterade också att det fanns betydande geografiska ojämlikheter när det gäller både tillgänglighet och kvalitet i primärvården. En liknande bild fick vi när vi studerade regionernas organisation och styrning av primärvården. Samtidigt är det svårt att få en samlad bild av hur primärvårdens uppdrag, organisation och styrning ser ut. Det gäller bland annat hur primärvårdens uppdrag formulerats, vilka verksamheter som ingår och var gränsen mellan primär- och specialistvård går (Vård- och omsorgsanalys 2017b).

2.3.1 De flesta regioner har en strategi för omställningen och det pågår arbete för att ta fram gemensamma målbilder för regioner och kommuner

I stort sett alla regioner har någon sorts organisation för att driva omställningen. Men hur arbetet med omställningen utformats skiljer sig åt, till exempel på grund av olika förutsättningar och prioriteringar. Det visar en sammanställning som Socialstyrelsen gjort (Socialstyrelsen 2020b). Den visar även att de flesta av regionerna har beslutat om en strategi eller plan för omställningen, i flera fall som en del i en mer övergripande målbild för framtidens hälso- och sjukvård. Men enligt Socialstyrelsen uppgav en majoritet av de tillfrågade kommunerna i början av 2020 att det inte fanns en gemensam målbild mellan region och kommun för omställningen. Flera regioner har valt att delvis starta om arbetet med en sådan målbild för omställningen i syfte att genomföra den i samverkan med kommuner. Av Socialstyrelsens senaste uppföljning framgår att arbetet i viss mån fortskridit under det senaste året och att det nu finns fler gemensamma målbilder eller överenskommelser. Samtidigt har arbetet med omställningen påverkats av pandemin (socialstyrelsen 2021d).

2.3.2 Ekonomisk förstärkning av primärvården inte en vanlig strategi

Få regioner har en tydlig strategi för att flytta resurser till primärvården från andra delar av hälso- och sjukvården. Det framkommer av Socialstyrelsens sammanställning och bilden bekräftas i vår genomgång av regionernas egna budget- och strategidokument som rör nära vård eller hälso- och sjukvården

i stort. Knappt hälften av regionerna nämner att primärvårdens andel av den totala hälso- och sjukvården ska öka och att resurser ska överföras. Vi bedömer att dessa formuleringar i de flesta fall är vaga och att det saknas en tydlig strategi för hur överföringen ska ske.

Enligt Socialstyrelsen ser både regioner och kommuner ekonomiska utmaningar med omställningen, bland annat nämns att det är svårt att överföra resurser från slutenvården. Även när det går är regionernas bild att primärvården kommer att behöva förstärkas först så att patientflödena kan ändras innan slutenvårdens del kan ersättas (Socialstyrelsen 2020b).

2.3.3 Låg grad av patientinvolvering i strategiarbetet

Endast ett par av regionerna har uttryckligen beskrivit hur patienter, brukare och närstående blir delaktiga i strategiarbetet. I Kalmar finns ett utvecklingsråd med brukare, patienter och närstående kopplat till regionens ledningsfunktion. Rådet ska verka för att man tar tillvara erfarenheter och kunskaper från brukare, patienter och närstående. I Kronoberg har en resursgrupp med patient- och närståenderepresentanter etablerats som stöd för omställningsarbetet.

2.3.4 Brett spektrum av insatser i kommuner och regioner

I dag drivs mycket av omställningsarbetet av statliga bidrag utifrån överenskommelserna mellan regeringen och SKR (SKR 2021e). Inom ramen för dem ska regioner och kommuner återrapportera insatser inom omställningen till Socialstyrelsen, som har uppdraget att årligen beskriva utvecklingen (Socialdepartementet 2019). Socialstyrelsens (2020b) sammanställning av regionernas prioriterade utvecklingsområden visar att det finns ett antal åtgärder som pågår i de flesta eller alla regioner:

- Åtgärder för ökad tillgänglighet och uppfyllelse av vårdgarantin. Det handlar till exempel om ändrade arbetssätt och digitala lösningar för att effektivisera verksamheterna. Det handlar också om att använda befintliga resurser och kompetenser på nya sätt, såsom teammottagningar, äldremottagningar eller mottagningar ledda av andra yrkeskategorier än läkare. En del regioner arbetar också med produktionsplanering.
- Utveckling av e-hälsa och digitala lösningar, till exempel vård på distans genom videomöten, chatt och asynkrona tjänster, ökad kunskap om bland annat nationell patientöversikt (NPÖ) hos medarbetare och ökad



användning av stöd- och behandlingsplattformar för patienter som exempelvis får kognitiv beteendeterapi (KBT) eller går artrosskola.

- Införande av mobila team för att bedriva hälso- och sjukvård utanför sjukhusen och vårdcentralerna. En del regioner arbetar i projektform medan andra har mer permanenta lösningar. Mobila team bemannas ofta gemensamt från specialistvård, primärvård och kommun.
- Åtgärder för en stärkt kompetensförsörjning. Det handlar till exempel om förbättrade prognoser för kompetensbehov, strategier för att bli mer attraktiva som arbetsgivare och för att förbättra arbetsmiljön, till exempel genom ändrade arbetstidsmodeller. Några regioner har ökat antalet platser för allmäntjänstgörande läkare (AT-platser) och flera har ökat antalet platser för specialisttjänstgöring (ST-tjänster) i allmänmedicin och platserna för praktisk tjänstgöring för psykologer, samt utvecklar introduktionsår för nyutexaminerade sjuksköterskor. Det handlar också om kompetensväxling och nya yrkesroller, till exempel vårdnära service.
- De flesta regioner har även förebyggande och hälsofrämjande insatser som ett uttalat fokusområde.

Sammantaget verkar omställningen innebära ett brett utvecklingsarbete, där vissa delar också involverar hälso- och sjukvården som helhet. Till exempel innebär det pågående arbetet med mobila team i flera fall att den sjukhusanknutna vården ”flyttar ut” i samverkan med regionernas primärvård och kommunernas hälso- och sjukvård. Av Socialstyrelsens senaste sammanställning av utvecklingen under det senaste året framgår att pandemins påverkan på hälso- och sjukvården har inneburit att vissa utvecklingsarbeten inom omställningen har behövt ställas in eller skjutas fram, till exempel arbete för att utveckla kontinuitet, patientkontrakt och delaktighet (Socialstyrelsen 2021d).



Omställningen ur ett patientperspektiv

I det här kapitlet beskriver vi reformen ur ett patientperspektiv. Detta är våra viktigaste resultat:

- Enligt patienterna har tillgängligheten, delaktigheten och kontinuiteten i vården sammantaget inte blivit bättre. De olika patient- och befolkningsundersökningar vi jämfört och analyserat sträcker sig från 2014 och framåt.
- Det är fortfarande många som saknar en fast kontakt i vården. De med fasta kontakter har genomgående bättre erfarenheter av vården, jämfört med personer utan en fast kontakt.
- Erfarenheterna av vården skiljer sig mellan olika grupper, och de med sämre hälsa har till exempel genomgående sämre erfarenheter av vården än andra. I vissa frågor tycks utvecklingen ha varit mer positiv för patienter med större vårdbehov jämfört med populationen i stort.

3.1 SÅ HÄR BELYSER VI OMSTÄLLNINGEN UR PATIENTERNAS PERSPEKTIV

Våra analyser och slutsatser utgår från webenkätundersökning från 2020 där vi frågade patienter om deras erfarenheter av vården (patientlagsenkäten). Vi har också jämfört resultaten med motsvarande undersökningar 2016 och 2014 (Vård- och omsorgsanalys 2017a). Vi utgår från att omställningen ur ett nationellt perspektiv startade 2018, men vi undersöker också om den skiljer sig från utvecklingen längre bak i tiden. Enkäterna besvarades av cirka



9 500 patienter respektive år. För att få en så bra representativitet som möjligt utifrån riket stratifierade vi urvalet på personers boendeort (kommuntyp), respektive ålder och kön. Det har inte varit möjligt att stratifiera för samtliga bakgrundsfaktorer som kan tänkas påverka svarsbenägenheten. Vi ser bland annat, i likhet med tidigare enkätundersökningar, en underrepresentation av respondenter med utländsk bakgrund och att respondenter med högre utbildning är överrepresenterade.

Samtliga enkätresultat som presenteras i rapporten har viktats på olika sätt för att kompensera för skillnader i svarsfrekvenser när det gäller ålder, kön och boendeort. I analyser som endast baserar sig på enkäten från 2020 är de viktade i enlighet med hur urvalet för enkätundersökningen för 2020 stratifierats. I tidsjämförande analyser har materialet viktats på motsvarande sätt som i våra tidigare undersökningar.

I och med att datainsamlingen skedde i slutet av 2020 har våra resultat sannolikt påverkats av covid-19-pandemin – många av frågorna rör ofta patienternas erfarenheter av vården upp till 12 månader bakåt i tiden. Vi har delvis kunnat kontrollera för pandemins påverkan i våra analyser och ser till exempel att erfarenheterna av vården i stort är sämre bland personer som uppgav att deras vård påverkats av pandemin (till exempel att de avstått från att söka vård eller att deras vård blivit uppskjuten eller digital istället, se kap 3.6, tabell 3).

Vi har även använt kompletterande datakällor och enkätresultat som tar hänsyn till patienters erfarenheter av vården före pandemin – undersökningar som genomfördes innan pandemin bröt ut: Nationell patientenkät (NPE) och International Health Policy survey (IHP).

Vi har gjort en fallstudie i Västra Götalandsregionen för att se hur olika mått på kontinuitet stämmer överens. För att undersöka det har vi använt data över andelen personer som är listade på en fast läkarkontakt från regionens eget ersättningssystem, resultat från NPE för frågan "Får du träffa samma läkare?" och kontinuitetsindexdata enligt Primärvårdskvalitet (PVQ). Kontinuitetsindex till läkare är en kvalitetsindikator som väger samman hur många olika läkare patienten träffar och frekvensen av besök till de olika läkarna. De tre måtten har sedan matchats på vårdcentralsnivå.

Vi har intervjuat företrädare för flera patientföreningar (se metodbilagan avsnitt 9.4) och ställt frågor om deras syn på primärvården i dag och omställningen till en god och nära vård.

I metodbilagan avsnitt 9.1 och 9.2 finns mer information om våra metoder och analyser vad gäller patientlagsenkäten och andra undersökningar som refereras till i detta kapitel.

3.2 MÅLET OM ÖKAD TILLGÄNGLIGHET

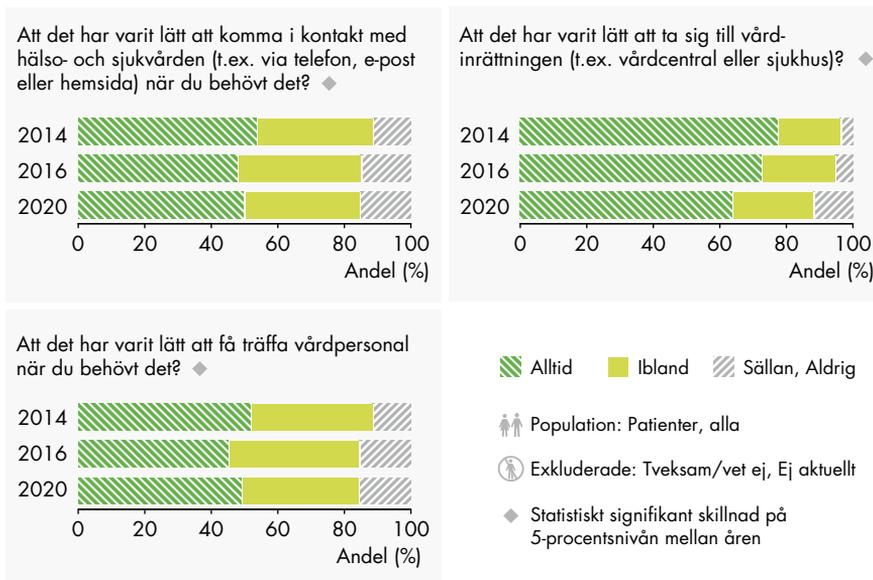
Sammantaget bedömer vi att tillgängligheten ur patienternas perspektiv inte har förbättrats under de senaste åren, varken för primärvården eller för vården i stort. Vi ser särskilda brister inom vissa områden, till exempel tillgången till vård på kvällar och helger och väntetiderna till den specialiserade vården. Samtidigt ser vi inga större förändringar i befolkningens syn på om de har tillgång till den vård som de behöver.

3.2.1 Inga större skillnader i möjligheten att få kontakt eller träffa vårdpersonal

Vår patientlagsenkät visar inga direkta skillnader mellan 2016 och 2020 när det gäller upplevelsen av att det varit lätt att komma i kontakt med hälso- och sjukvården, eller att få träffa vårdpersonal vid behov (cirka 85 procent svarade positivt "alltid eller ibland"). Men jämfört med 2014 pekar resultaten på en viss försämring, se figur 1.

Figur 1. Patienters erfarenhet av tillgänglighet.

I vilken utsträckning har du under de senaste 12 månaderna upplevt:



Källa: Vård- och omsorgsanalys patientlagsenkäter 2014, 2016 och 2020.

År 2020 var det dock en mindre andel som tyckte att det var lätt att ta sig till vårdinrättningen, jämfört med 2016; 2020 svarade 88 procent alltid eller ibland, vilket innebär en minskning på cirka 7 procentenheter, se figur 1. Sannolikt har pandemin gjort det svårare att ta sig till vården, till exempel på grund av risk för smitta och sämre möjligheter att åka kommunalt.

Resultaten från vår patientlagsenkät kan jämföras med svar på liknande frågor från NPE riktad till patienter i primärvården. För 2015, 2017 och 2019 ser vi marginella skillnader mellan åren. Omkring 75 procent av respondenterna var nöjda med sätten att komma i kontakt med hälso- eller vårdcentralen, och omkring 90 procent ansåg att det var enkelt att ta sig till verksamheten (se metodbilaga avsnitt 9.2).

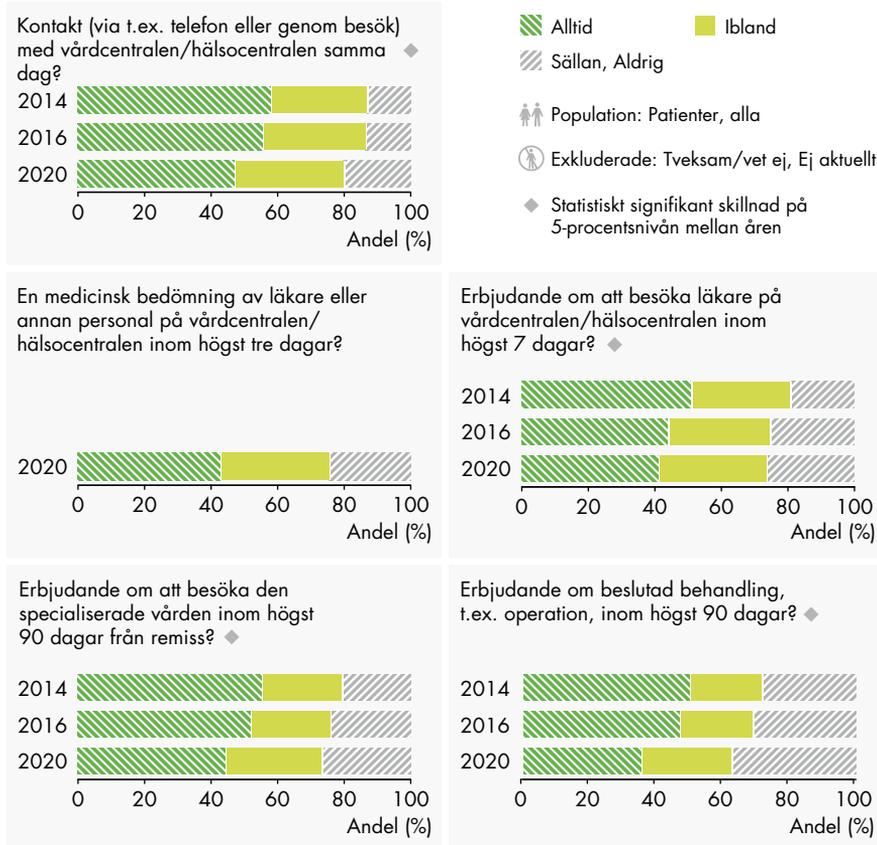
3.2.2 Minskad andel som fått vård inom vårdgarantins gränser

I patientlagsenkäten har vi undersökt patienters erfarenheter av om vården ges inom vårdgarantins gränser. Vårdgarantin anger hur länge man som längst ska behöva vänta på att få kontakt med vården och på att få den vård som man behöver.

Resultaten (se figur 2) visar en generell försämring av måluppfyllelsen av vårdgarantin (samtliga mätpunkter). Sämst efterlevnad ser vi i frågan om att ha blivit erbjuden behandling inom 90 dagar – 63 procent av patienterna angav ”ibland eller alltid”.

Andelen patienter som blivit erbjudna att besöka läkare i primärvården inom högst sju dagar var i princip på samma nivå 2020 som 2016 – omkring tre av fyra patienter svarade ”ibland eller alltid”. Sedan 2019 har denna besöksgaranti ersatts av en bedömningsgaranti i primärvården. Det var också cirka tre av fyra som svarade att de ”ibland eller alltid” fått en medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar. Den frågan ställdes enbart i mätningen 2020 med anledning av att den nationella vårdgarantin justerats.

Dessa frågor kan relateras till resultat från NPE riktad till patienter i primärvården. Där ställs frågan ”Fick du besöka verksamheten inom rimlig tid?”. År 2019 svarade 77 procent av respondenterna positivt.

Figur 2. Patienters erfarenhet av att få vård inom den nationella vårdgarantin.**Tänk på all vård du fått de senaste 12 månaderna. I vilken mån fick du då:**

Källa: Vård- och omsorgsanalys patientlagsenkäter 2014, 2016 och 2020.

Faktiska mätningar av vårdgarantin i primärvården visar att måluppfyllelsen är oförändrad

Baserat på uppgifter från den nationella väntetidsdatabasen vid SKR framkommer att den bristande måluppfyllelsen inte är ett nytt fenomen. När det gäller telefontillgängligheten till primärvården har måluppfyllelsen legat stabilt på omkring 90 procent för de mätningar som genomfördes 2009–2020. För den medicinska bedömningen inom tre dagar var den också relativt stabil runt 80 procent per månad, från 2019 då mätningarna startade fram till och med 2020. Mätningarna av vårdgarantin inom specialistvården visar (i likhet med resultaten från vår patientlagsenkät) att måluppfyllelsen är lägst när det gäller att få en operation eller åtgärd inom 90 dagar (SKR 2021c).

Dessa uppgifter ska tolkas med försiktighet eftersom databasen har brister i både täckningsgrad och generell tillförlitlighet (Vård- och omsorgsanalys 2021c).

3.2.3 Relativt oförändrad upplevelse av tillgång till vården

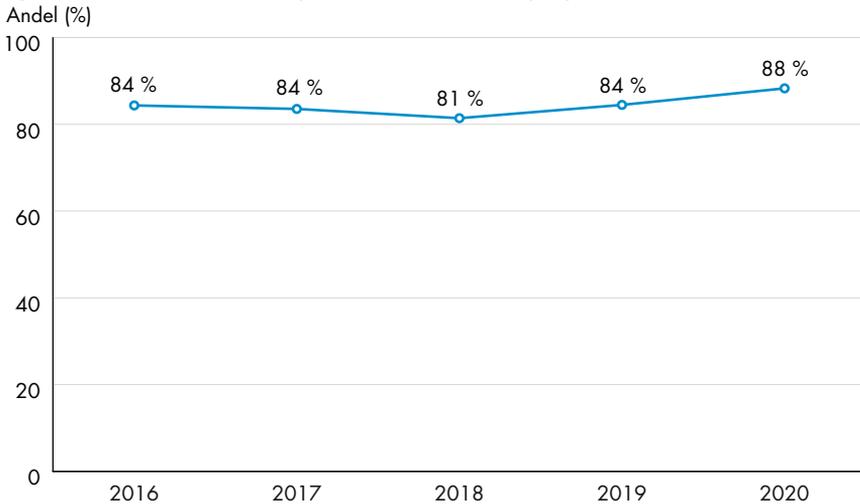
En mer allmän aspekt av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet är om befolkningen upplever att de har tillgång till den vård som de behöver.

Resultat från befolkningsundersökningen Hälso- och sjukvårdsbarometern visar att en majoritet upplever att de i allmänhet har tillgång till den vård de behöver och nivån har varit relativt stabil sedan 2016 (se figur 3).

Under 2020 ökade dock andelen något, från 84 procent år 2019 till 88 procent år 2020. Resultatet kan tyckas oväntat eftersom vården på olika sätt har begränsats under pandemin, planerade operationer har ställts in etc. (SKR 2020). Men troligtvis speglar det att pandemin också har påverkat befolkningens förväntningar, och att bedömningen av ”vård jag behöver” har anpassats till den rådande situationen.

Resultaten från Hälso- och sjukvårdsbarometern ligger relativt nära liknande uppgifter från SCB:s årliga telefonintervjuundersökningar av befolkningens levnadsförhållanden. I dem uppger ungefär en av tio att de har behövt men inte fått vård – ett resultat som låg på samma nivå 2017–2019 (se metodbilaga 9.1.4).

Figur 3. Andel som instämmer i påståendet att de har tillgång till den vård som de behöver.



Not: Andel som helt eller delvis instämmer i påståendet ”Jag har tillgång till den hälso- och sjukvård jag behöver”. Svarsalternativen var: instämmer helt, instämmer delvis, varken eller, tar delvis avstånd, tar helt avstånd. De som svarade vet inte är exkluderade från beräkningen.

Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern, hämtat från Vården i siffror, SKR.

3.2.4 Låg tillgänglighet i en internationell jämförelse

Sett ur ett internationellt perspektiv är tillgängligheten i svensk hälso- och sjukvård relativt låg.

Jämfört med andra OECD-länder rapporterar den svenska befolkningen längst väntetid till vård som inte ges på akutmottagning på sjukhus. Sverige är också det land där lägst andel uppger att det är lätt att få vård på kvällar och helger. Enbart en av fyra svenskar svarar att det är mycket eller ganska lätt att få vård på kvällar och helger, på annat sätt än på akutsjukhus. Jämfört med 2016 har andelen som uppger det minskat med tre procentenheter.

Däremot pekar andra resultat på att tillgången till vård är god. Det är fortfarande få svenskar som har avstått från vård på grund av kostnader – jämfört med de andra länderna i undersökningen ligger Sverige ungefär i mitten när det gäller att avstå vård på grund av kostnader. Till exempel svarar cirka 5 procent i Sverige att de avstått från att besöka läkare, avstått från behandling eller avstått från att hämta medicin på grund av kostnader. Sedan IHP-undersökningen 2016 har andelen dock ökat med en till två procentenheter för dessa frågor (Vård- och omsorgsanalys 2021b).



Röster från de som besvarade patientlagsenkäten 2020:

Regionens vårdcentraler bör förbättra tillgängligheten, det är fruktansvärt svårt att komma i kontakt med dom. Det är bara en massa val att göra i telefonen och hopplöst att få tala med någon...

Lägg inte ner fungerande vårdcentraler som ligger utanför det stora samhället i kommunen så som man har gjort i min kommun ...

Att vården inser problemen med ökad digitalisering eftersom alla inte har den möjligheten och då lämnas utanför. Exempel: Förnyelse av recept ska nu göras genom inloggning (med BankID) på 1177.se. Min 99-åriga mamma behöver regelbundet förlänga recept men har inget BankID... Bankärenden sköts av mig via fullmakt

Utveckla digitala möten med vårdcentralen

Ta bort telefonfiltret. Det är så supersvårt att få en tid att jag använder nätdoktor. Jag ger upp redan innan jag försökt ...

Telefontiderna bör inte bara vara på morgonen. Många sjuka behöver eftermiddagstider för att hinna och orka ringa och boka t.ex. läkarbesök mm. Min vårdcentral är väldigt tillgänglig och flexibel vilket är mycket bra!

Att man får hjälp när man behöver och inte behöver vänta så länge. Att man får träffa kompetent personal efter sina behov.



3.3 MÅLET OM ÖKAD DELAKTIGHET

Vi kan inte se några genomgående positiva eller negativa förändringar när det gäller delaktighet. Däremot tyder resultaten på att patienter har sämre erfarenheter i frågor om delaktighet som handlar om personcentrering (som att vården är anpassad till ens behov och önskemål eller att man får stöd till egenvård) jämfört med delaktighet i vårdmötet (som att få information och att vara delaktig i besluten om sin vård). Resultaten pekar också på att utvecklingen har varit mer positiv för patienter med större vårdbehov jämfört med populationen i stort.

3.3.1 Delaktigheten i vården är relativt oförändrad över tid

Resultaten från vår patientlagsenkät visar att andelen som upplever att de har varit delaktiga i besluten om hur deras vård utformats och genomförts var ungefär densamma 2020 som 2014 och 2016; omkring 86 procent. Det gäller även delaktighet för närstående; omkring 73 procent uppger att närstående alltid eller ibland får möjlighet att vara delaktiga. Däremot ser vi en fortsatt försämring i patienters erfarenheter av att deras delaktighet i vården efterfrågas och välkomnas. Bara drygt hälften instämmer i det påståendet. Se figur 4.

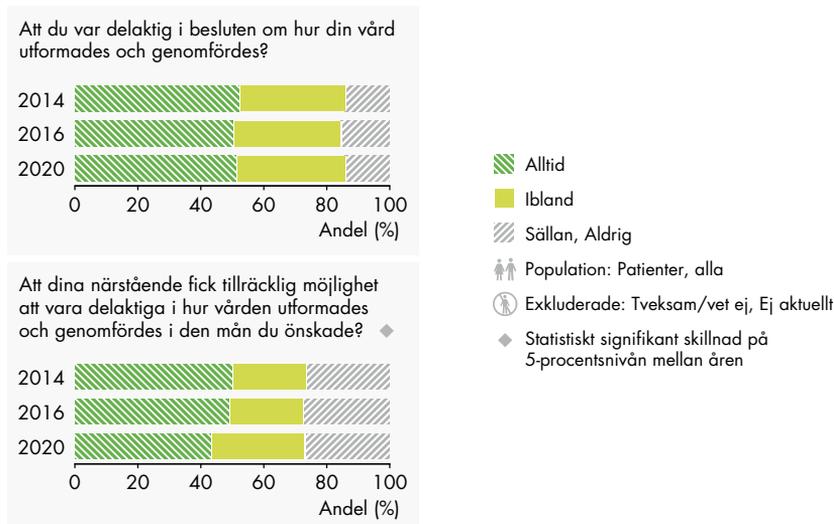
Ett gott bemötande främjar delaktighet, och de flesta patienterna instämmer fortsatt i att de blivit bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt. Samtidigt ser vi en viss försämring även i den frågan: 93 procent höll med om det påståendet 2020 jämfört med 96 procent i tidigare mätningar.

I NPE riktad till patienter i primärvården ställs frågan ”Gjorde behandlaren dig delaktig i besluten om din vård/ behandling?”. För undersökningarna 2015, 2017 och 2019 ser vi marginella skillnader mellan åren – omkring 80 procent av patienterna gav ett positivt svar. År 2019 var det 77 procent av respondenterna som svarade positivt på frågan om de är så delaktiga i besluten om sin vård eller behandling som de vill vara (se metodbilaga avsnitt 9.2).

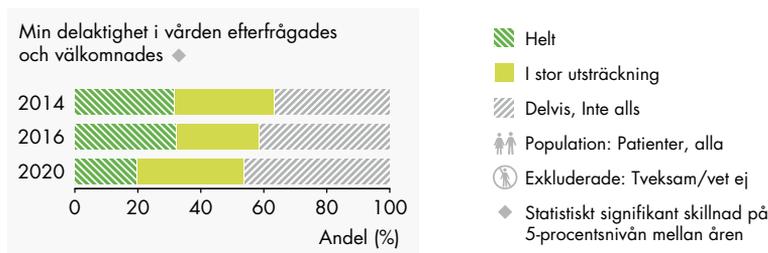


Figur 4. Patienters erfarenhet av delaktighet i vården.

I dina kontakter med vården under de senaste 12 månaderna, hur ofta upplevde du:



I dina kontakter med vården under de senaste 12 månaderna, i vilken mån instämmer du i följande påståenden:



Källa: Vård- och omsorgsanalys patientlagsenkäter 2014, 2016 och 2020.

3.3.2 Sämre erfarenheter i frågor om delaktighet som handlar om personcentrering

I enkäten 2020 ställde vi även frågor om i vilken mån människor känner sig trygga med att få den hjälp som de behöver och om vården är anpassad till deras behov och önskemål, samt om stöd till egenvård. Andelen positiva svar är lägre jämfört med andra frågor om delaktighet – såsom att vara delaktig i besluten om hur vården utformas och genomförs.

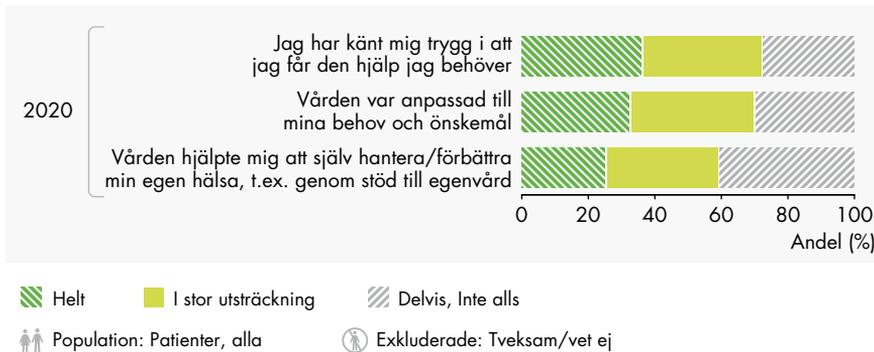
Omkring sju av tio personer (72 procent) instämde helt eller i stor utsträckning att de känt sig trygga i att få den hjälp som de behöver. Relativt

få (6 procent) instämde inte alls i det påståendet. I påståendet ”vården var anpassad till mina behov och önskemål” var det 69 procent som instämde helt eller i stor utsträckning. Svaren pekar också på att vården ännu i låg grad ger stöd till egenvård – enbart 59 procent instämde helt eller i stor utsträckning i det.

Dessa resultat kan jämföras med resultat från NPE riktad till patienter i primärvården. Där svarade cirka 70 procent av respondenterna ja på frågan ”Diskuterade du och behandlaren vad du själv kan göra för att förbättra din hälsa? ”, år 2015, 2017 och 2019. En annan fråga löd ”Tog behandlaren hänsyn till dina egna erfarenheter av din sjukdom/ditt hälsotillstånd?”, och på den svarade 80 procent positivt 2015 jämfört med 76 procent 2017 och 2019.

Figur 5. Patienters syn på trygghet, personcentrering och egenvård 2020

I dina kontakter med vården under de senaste 12 månaderna, i vilken mån instämmer du i följande påståenden:



Källa: Vård- och omsorgsanlys patientlagsenkät 2020.

Information – en förutsättning för delaktighet

Frågorna som rör information i vår patientlagsenkät gäller om patienter upplever att de har fått tillräckligt med information eller information vid rätt tillfälle, om informationen har varit lätt att förstå eller om de som gett informationen har varit nog med att man ska förstå informationen. Ytterligare frågor handlar om att vid behov få tillgång till skriftlig information och om närstående fått informationen ifall patienten själv inte kunnat ta emot den.

År 2020 svarade 85–90 procent positivt, med undantag för frågan om information till närstående där andelen var lägre (73 procent). Vi ser relativt små skillnader jämfört med resultaten 2014 och 2016, i andelen positiva



svarsalternativ. En något högre andel angav att de fått skriftlig information och en högre andel svarade att närstående fått information. En något lägre andel ansåg att informationen varit lätt att förstå.

I NPE riktad till patienter i primärvården ställs frågan ”Fick du möjlighet att ställa de frågor du önskade?”. År 2019 var det 83 procent av respondenterna som gav ett positivt svar på den frågan, i linje med resultat på frågor som rör information i vår undersökning.

3.3.3 Delaktigheten relativt låg i en internationell jämförelse men vi ser också ljusglimtar

I 2020 års internationella IHP-undersökning till befolkningen svarade åtta av tio svenskar (79 procent) att deras ordinarie läkare eller vårdpersonal alltid eller oftast involverar dem så mycket som de önskar i beslut om sin vård och behandling. Det är ett lågt resultat jämfört med de andra OECD-länderna som ingår i undersökningen, där andelen är 74–93 procent (Sverige hamnar näst sist).

Delaktigheten ser däremot bättre ut för personer som har varit inlagda på sjukhus. Totalt 92 procent av svenskarna svarade att de var så delaktiga som de önskade i besluten om deras vård och behandling den senaste gången de var inlagda på sjukhus, vilket är en ökning med sju procentenheter sedan 2016.

I IHP-undersökningen finns också frågor till personer som har åtminstone en kronisk sjukdom som de får behandling för, och även här ser vi en förbättring i delaktighet. I 2020 års undersökning svarade 57 procent att vårdpersonalen som de träffar för sin kroniska sjukdom någon gång under det senaste året har tagit upp huvudsakliga mål eller prioriteringar för behandlingen. Andelen har ökat med 19 procentenheter sedan 2016 och ligger nu i nivå med andra OECD-länder.

Resultatet är sämre för frågor om stöd till egenvård, precis som i resultaten från vår patientlagsenkät. I 2020 års undersökning svarade endast 20 procent av patienterna att de fått en skriftlig plan för att själva ta hand om sin ohälsa. Andelen har minskat med tre procentenheter sedan 2016 och Sverige har ett lägre resultat än genomsnittet för länderna som ingår i undersökningen. (Vård- och omsorgsanalys 2021b).

Röster från de som besvarade patientlagsenkäten 2020:

Vården behöver ALLTID ta kvitto på att patienten alltid har förstått informationen den gavs – detta tycker jag ofta förbises.

Besökstiden borde vara något längre för äldre personer. Samarbetet mellan läkare och patient är mycket viktigt! Jag anser att ansvaret är delvis gemensamt.

Att ringa tillbaka och stämma av så att patienten förstått vad läkaren/sjuksköterskan sagt. Det är inte omöjligt att se att man i samma stund som man söker vård har lite svårt att ta in all information direkt. Det brukar ta någon dag innan det uppkommer frågor och funderingar.

Nu när journalen går att läsa på nätet anser jag att det blivit enklare att tillgodose sig information. Att ges möjlighet att vara delaktig i sin vård är något som uppstår i kontakten mellan vårdgivare och mottagare. Där anser jag att det viktigaste är att vårdgivarna tydligt informeras och fortbildas kring det.

Läkarna måste ha mycket större kunskaper i svenska språket innan de får jobb inom vården. För mig med komplicerade sjukdomar och diagnoser blir det väldigt ofta missförstånd och att information inte förstås, från både min och läkarens sida. När läkaren eller för all del sjuksköterskor och undersköterskor talar så dålig svenska att det är svårt att förstå är det inte en trygghet och säker vård.

Att dom lyssnar och ser personen som behöver vård. Att dom pratar så man förstår dom (alltså inte doktorspråk).



3.4 MÅLET OM ÖKAD KONTINUITET

De patient- och befolkningsundersökningar som vi har studerat visar ingen ökad kontinuitet i primärvården för populationen i stort. Det är fortfarande många som saknar en fast kontakt i vården. Vi ser generellt heller ingen förbättring i samordningen av patienternas kontakter med vården, vilket troligen delvis beror på avsaknaden av fasta kontakter.

Informationskontinuiteten mellan till exempel specialist- och primärvården brister fortfarande. Samtidigt ser vi tecken på bättre informationsflöden mellan verksamheterna. Tydligast förbättring ser vi i samband med utskrivning från sjukhus, för fler patienter uppger att personalen på deras ordinarie vårdcentral verkade vara informerade om vården som de fått på sjukhus. Ytterligare en ljusglimt är att en betydligt högre andel personer med behov av samordning av sin vård och omsorg har fått en individuell plan som stöd för det. Den absoluta majoriteten uppger också att planen har varit till hjälp för dem.

3.4.1 Många saknar en fast kontakt i primärvården

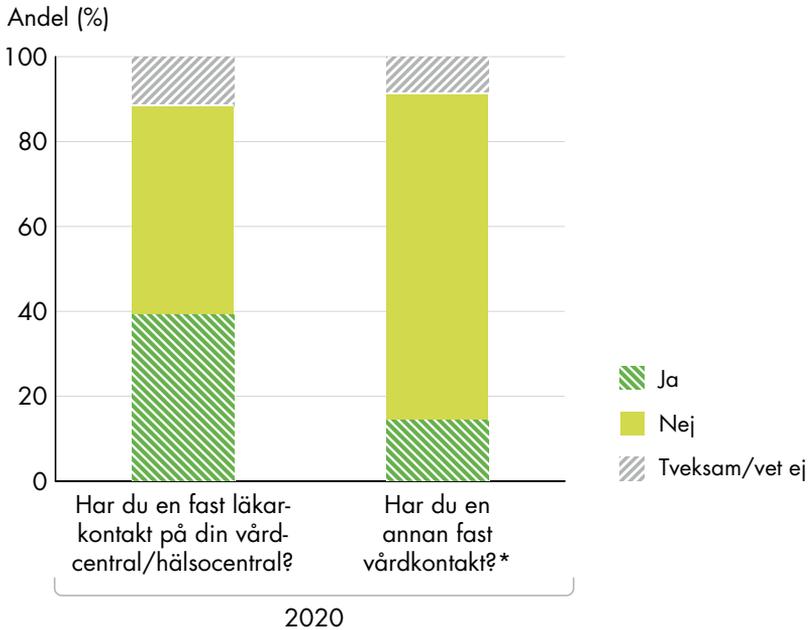
I vår patientlagsenkät 2020 uppgav 39 procent av patienterna att de har en fast läkarkontakt på sin vård- eller hälsocentral, och 9 procent att de har en annan fast vårdkontakt där, se figur 6. Totalt 14 procent uppgav att de har en annan fast vårdkontakt någonstans i vården (vid sin vård- eller hälsocentral eller någon annanstans i vården).

Sammantaget uppgav närmare hälften av respondenterna att de har en fast kontakt någonstans i vården, varav en del har flera fasta kontakter.

Frågorna om fasta kontakter har ändrats vilket gör det svårt att göra direkta jämförelser med våra tidigare mätningar. Men andelen positiva svar i våra patientlagsenkäter 2014, 2016 och 2020 tycks generellt vara högre än i andra undersökningar vi har genomfört (se till exempel Vård- och omsorgsanalys 2020b och 2021b).

Vi har tidigare sammanställt utvecklingen i andelen personer med fast läkarkontakt, med utgångspunkt i jämförbara undersökningar (där samma undersökning och fråga har upprepats minst två gånger), utan att se några tecken på förbättringar över tid (Vård- och omsorgsanalys 2021a).

I NPE 2019 gav till exempel 46 procent av patienterna ett positivt svar på frågan om de får träffa samma läkare vid sina besök på hälso- eller vårdcentralen. Resultatet har viktats för ålder och kön. Det var liknande resultat 2017 (45 procent). Men 2015 var andelen 48 procent, vilket tyder på en viss minskning (Vård- och omsorgsanalys 2021a). I vår patientlagsenkätundersökning 2020 svarade 43 procent positivt på en motsvarande fråga, vilket är relativt likt resultaten från NPE.

Figur 6. Andel patienter med fast kontakt.

Not: n = 9 508. * Frågan i sin helhet löd: Har du en annan fast vårdkontakt (d.v.s. en utpekad person som ska hjälpa dig i kontakt med vårdcentralerna och hjälpa till med att samordna vårdens insatser)? Av de 14 procent som har en annan fast vårdkontakt svarade ungefär 60 procent att den kontakten finns vid vårdcentralen. Av respondenterna i stort har alltså cirka 9 procent en annan fast vårdkontakt vid sin vårdcentral. Observera att frågorna redovisas separat men att de delvis överlappar. Omkring 10 procent av respondenterna har både en fast läkarkontakt vid sin vårdcentral och en annan fast vårdkontakt.

Källa: Vård- och omsorgsanalys patientlagsenkät 2020.

NPE riktas även till vårdnadshavare för personer 0–14 år. Här ligger andelen positiva svar på en lägre nivå än för patienter 15 år och äldre som själva svarar på enkäten. År 2019 svarade omkring 35 procent av vårdnadshavarna positivt på frågan ”Får barnet träffa samma läkare vid sina besök på hälso-/vårdcentralen?” (se metodbilaga avsnitt 9.2). Den lägre kontinuiteten till läkare vid vårdcentraler för barn förklaras troligen av att barn med kroniska sjukdomar snarare har en fast kontakt på sin barnklinik på sjukhus än på sin vårdcentral.

Ur ett internationellt perspektiv är det relativt få i Sverige som har en fast kontakt

I den internationella IHP-undersökningen riktad till befolkningen 2020 svarade 35 procent i Sverige att de har en ordinarie läkare eller sjuksköterska på en vårdcentral som de vanligtvis går till för sin vård. Det är ett lågt resultat jämfört med övriga OECD-länder i undersökningen, där andelen är 80–98

procent. Betydligt fler, 80 procent, uppgav att de har en ordinarie mottagning som de vanligtvis går till. Det är i stället relativt högt jämfört med andra länder, men andelen svenskar som uppger att de har en ordinarie mottagning har minskat med 8 procentenheter sedan mätningen 2016 (Vård- och omsorgsanalys 2021b).

Vanligare att personer med större vårdbehov har en fast kontakt, men också geografiska skillnader

Vår patientlagsenkät visar att både fast läkarkontakt och annan fast vårdkontakt är vanligare bland personer som uppger sig ha ett dåligt hälsotillstånd och bland dem som har en eller flera sjukdomar. Förekomsten av fast läkarkontakt är också högre bland personer med hög ålder. Tidigare undersökningar har visat samma mönster (se till exempel SLF 2019 samt Vård- och omsorgsanalys 2020b och 2021b).

Andelen med fast kontakt varierar även geografiskt. Enligt patientlagsenkäten 2020 är andelen patienter med en fast läkarkontakt vid sin vårdcentral störst i storstadskommuner (46 procent), medan den är minst i landsbygdskommuner och avlägset belägna täta kommuner (30–33 procent). Kommuntyperna utgår från Tillväxtanalys indelning på sex olika kommuntyper (Tillväxtanalys 2014). Att fast läkarkontakt är vanligare i storstadskommuner än i befolkningsmässigt mindre kommuner stämmer också med resultat från tidigare undersökningar (Vård- och omsorgsanalys 2020b).

Många som inte har en fast kontakt ser behov av det

Av de som saknar en fast läkarkontakt, eller inte vet om de har en, svarade 38 procent i enkäten att de skulle behöva en sådan. 18 procent var tveksamma och 44 procent ansåg att det inte behövdes.

Motsvarande följdfråga ställdes till de som svarat att de inte har en annan fast vårdkontakt i vården, eller att de inte vet. Här svarade 29 procent att de har behov av en sådan kontakt, 18 procent att de är tveksamma och 54 procent att behovet inte fanns.

Flera andra undersökningar pekar också på att många personer saknar en fast kontakt vid sin vårdcentral även om de ser ett behov av det. Enligt en tidigare undersökning tycker till exempel drygt åtta av tio att det är viktigt att få träffa samma person vid varje vårdbesök när de besöker en vårdcentral, men bara hälften så många anser att de faktiskt får göra det (Vård- och omsorgsanalys 2020b).

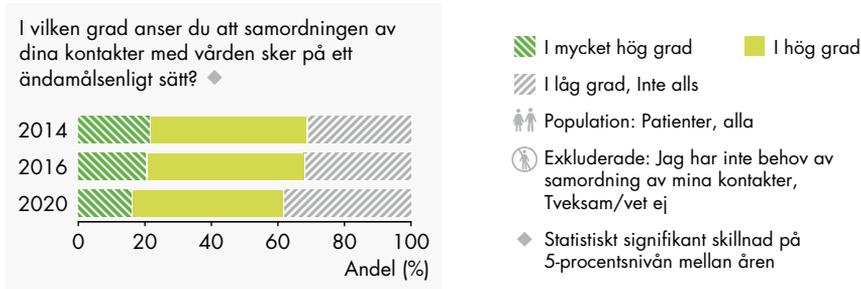
Majoriteten har inte fått information om möjligheten att få en fast kontakt

En majoritet av respondenterna har inte heller fått information om möjligheten att få en fast kontakt i sina kontakter med vården. Totalt 40 procent svarade att de fått information om möjligheten att få en fast läkar-kontakt (43 procent har inte fått information och 17 procent är tveksamma). När det gäller fast vårdkontakt har 25 procent fått information (55 procent har inte fått information och cirka 20 procent är tveksamma).

3.4.2 Förbättringar i informationskontinuitet och individuella planer, men inte i samordningen generellt

När det gäller samordning innehöll enkäten följande fråga: ”I vilken grad anser du att samordningen av dina kontakter med vården sker på ett ändamålsenligt sätt?” Totalt 62 procent av patienterna svarade att samordningen är ändamålsenlig i hög eller i mycket hög grad, se figur 7. Det är en viss försämring jämfört med tidigare mätningar.

Figur 7. Patienternas syn på samordningen av sina kontakter.



Källa: Vård- och omsorgsanalys patientlagsenkäter 2014, 2016 och 2020.

I NPE riktad till patienter i primärvården ställs frågan ”Anser du att behandlaren på mottagningen samordnade dina kontakter med vården i den utsträckning du behöver?” År 2019 svarade 67 procent av respondenterna positivt. En annan fråga lyder ”Var behandlaren insatt i dina tidigare kontakter med vården?”, och på den gav 66 procent ett positivt svar.



Informationskontinuiteten är svag i en internationell jämförelse men det finns positiva tecken

Den internationella IHP-undersökningen till befolkningen 2020 visar, i likhet med tidigare IHP-undersökningar, att patienter upplever en bristande informationskontinuitet mellan specialist- och primärvård. Samtidigt ser vi tecken på att informationsflödena mellan verksamheterna har förbättrats.

I Sverige har 19 procent varit med om att läkaren i specialistvården saknat tillgång till grundläggande medicinsk information eller provresultat från personens vårdcentral eller ordinarie läkare. Vidare har 30 procent varit med om att deras ordinarie läkare saknat information och inte varit uppdaterad om den vård som personen tidigare fått från läkare i specialistvården, vilket är högst andel av alla OECD-länder i jämförelsen. För båda dessa frågor ser vi samtidigt en viss förbättring jämfört med resultaten från 2016 (andelen som varit med om att information saknas har minskat med 2–3 procentenheter).

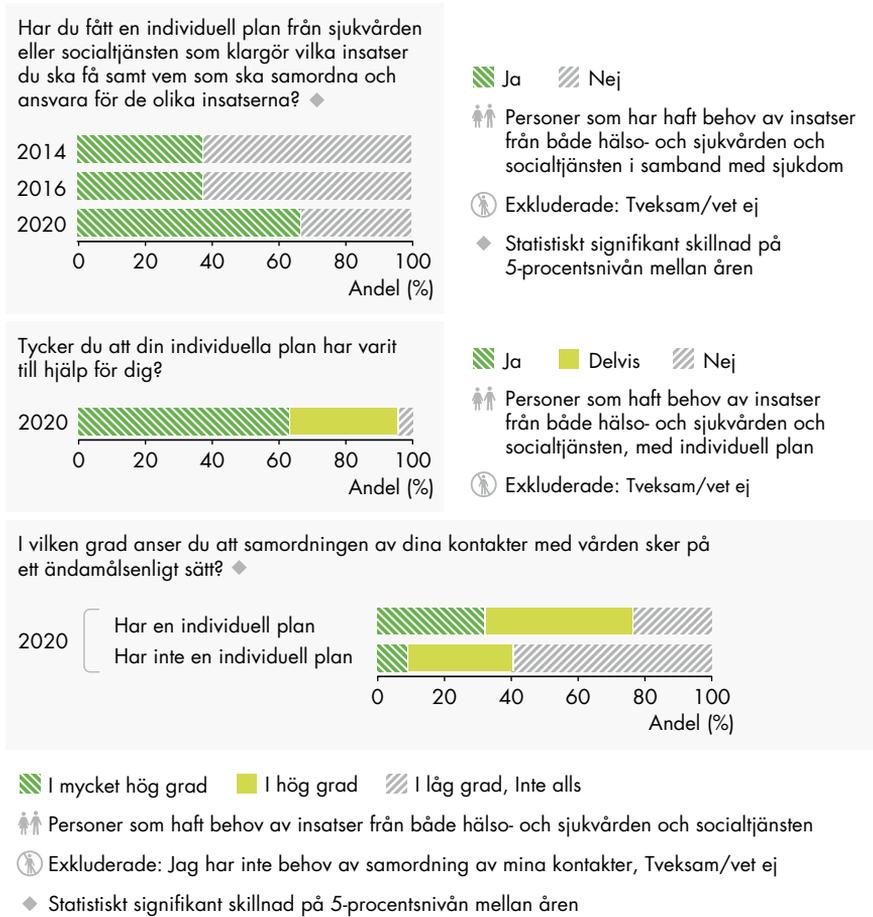
För informationsdelningen i samband med utskrivning från sjukhus ser vi en tydligare förbättring. Totalt 79 procent tyckte att läkaren eller personalen på den ordinarie vårdcentralen verkade vara informerade om vården som personen fått på sjukhus. Sveriges resultat har här förbättrats med 12 procentenheter sedan 2016. Det är troligt att ökningen går att koppla till den nya lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, där en del handlar om att säkerställa informationsdelningen mellan vårdgivare (Vård- och omsorgsanalys 2021b).

Betydligt fler som fått en individuell plan till hjälp – för dem är samordningen mer ändamålsenlig

Av dem som behövt insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst har 67 procent en individuell plan, enligt vår patientlagsenkät. Det är en ökning med 30 procentenheter jämfört med tidigare år. Se figur 8.

I enkäten 2020 fick personerna med en individuell plan ange om de tycker att den har varit till hjälp för dem. En absolut majoritet (cirka 95 procent) ansåg att den helt eller delvis har varit till hjälp. Vi ser också att personer med en individuell plan i betydligt högre grad tycker att samordningen är ändamålsenlig, jämfört med de som inte har en individuell plan.

Figur 8. Individuella planer för personer med behov av insatser från flera aktörer.



Källa: Vård- och omsorgsanalys patientlagsenkäter 2014, 2016 och 2020.



Röster från de som besvarade patientlagsenkäten 2020:

Att ha en fast läkare på vårdcentralen borde vara självklart, fungerar inte i dagsläget.

Bra som JAG har det med trevlig, kunnig läkare och diabetessköterska

Jag skulle önska att mina två vårdgivare visste mer om vad den andra gör, och vilka mediciner som skrivs ut.

[önskar] Mer gränsöverskridande samarbete mellan VC och specialistvård. Att man inte ska själv behöva vara budbärare kring information som de borde ha delat med sig av på andra sätt.

Jag saknar regelbunden (till exempel en gång per år) kontakt med min läkare. Jag har ordinerats en viss medicin och tycker att det är nödvändigt att jag ombeds av min läkare att lämna blodprov för att kolla att medicinen har den önskvärda effekten. Saknar kontinuitet i vården.

Fast kontakt och kallelse med jämna intervall. (jämför med tandvård som kallar 1 gång per år)

Jag tycker det är viktigt att jag får gå till en läkare/sköterska jag har förtroende för och helst återkomma till samma person.

Jag har f.n. "på papperet" en angiven fast läkarkontakt vid vårdcentralen, men honom har jag aldrig träffat.

Besöker mycket sällan vårdcentralen, därför har jag inget behov av samma kontakt!



3.5 TILLGÅNGEN TILL FAST KONTAKT PÅVERKAR UPPLEVELSEN AV KONTINUITET, TILLGÄNGLIGHET OCH DELAKTIGHET

Personer med fast vårdkontakt har mer positiva upplevelser inom en mängd kvalitetsdimensioner. Sambandet har uppmärksammats i tidigare studier (Vård- och omsorgsanalys 2018c och 2021b) och bekräftas åter när vi har analyserat resultat från NPE och vår patientlagsenkät.

Samtidigt visar vår fallstudie på vårdcentraler i Västra Götalandsregionen att det är viktigt att följa fler kontinuitetsmått än bara fast kontakt, eftersom andelen listade med fast läkarkontakt på vårdcentralerna inte uppvisade något samband med vårdcentralernas resultat på de två andra kontinuitetsmåten: kontinuitetsindex enligt Primärvårdskvalitet och frågan i NPE om man fått träffa samma läkare.

3.5.1 Grupper med fast kontakt har bättre erfarenhet av kontinuitet, tillgänglighet och delaktighet

Patienter med fast kontakt har mer positiva erfarenheter av kontinuitet, tillgänglighet och delaktighet. Vi ser samma positiva samband när vi analyserar NPE inom primärvården, IHPs befolkningsundersökning och vår patientlagsenkät. Resultaten bygger på regressionsanalyser där vi kontrollerat för andra möjliga bakgrundsfaktorer, till exempel ålder och hälsotillstånd.

Enligt våra analyser av NPE inom primärvården 2019 (se metodbilaga, avsnitt 9.1.4), har personer som mött samma behandlare genomgående bättre erfarenheter av delaktighet, tillgänglighet och kontinuitet. Till exempel anser de sig i högre grad vara delaktiga i beslut och upplever att personalen är samstämmig i kommunikationen.

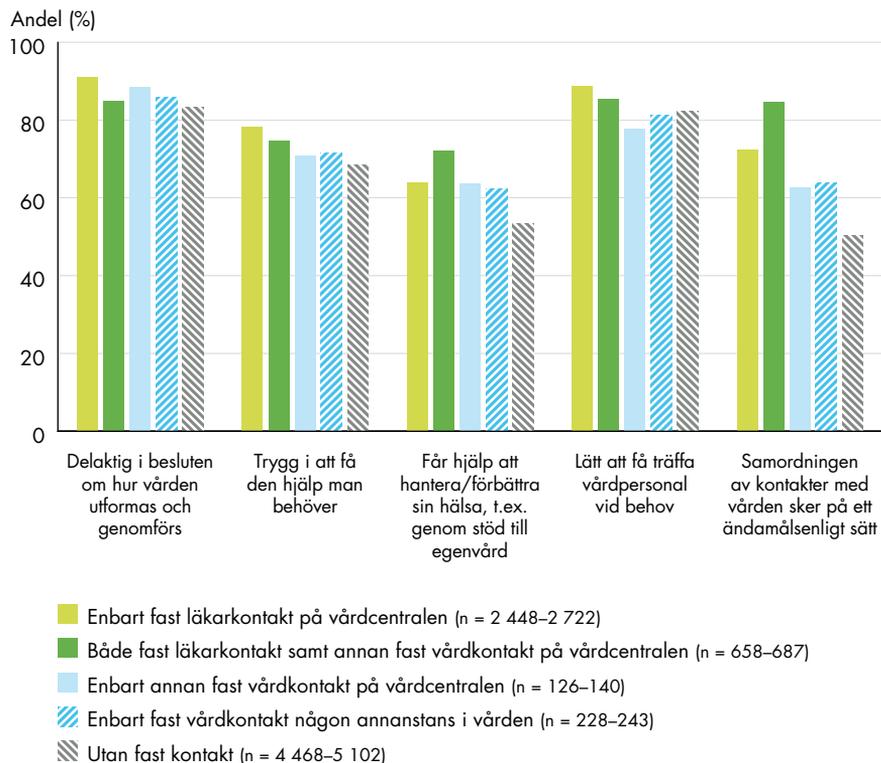
Även IHP-undersökningen 2020 till befolkningen visar att personer med en ordinarie läkare eller sjuksköterska som de vanligtvis går till har bättre erfarenheter av vården. Till exempel svarar de i högre grad att de involveras i beslut om sin egen vård, att de får hjälp med samordning och att de får stöd att ta hand om sin kroniska sjukdom (Vård- och omsorgsanalys 2021b).

I vår patientlagsenkät 2020 visar regressionsanalyserna (se tabell 3, avsnitt 3.6) att personer med en fast läkarkontakt på vårdcentralen har mer positiva erfarenheter av tillgänglighet, delaktighet och personcentrering samt information. Personer med en annan fast vårdkontakt på vårdcentralen har mer positiva erfarenheter av delaktighet och personcentrering samt tillgänglighet som gäller vårdgarantin, men inte av information och tillgänglighet som rör hur lätt det är att få kontakt med vården. När vi tittar på skillnader (utan att kontrollera för andra bakgrundsvariabler) ser vi att personer med en fast läkarkontakt eller fast vårdkontakt på vårdcentralen



i betydligt högre grad anser att deras vårdkontakter samordnas på ett ändamålsenligt sätt – 85 procent av dem med både fast läkarkontakt och fast vårdkontakt på vårdcentralen jämfört med 50 procent av dem som saknar fast kontakt. Alla grupper med fast kontakt (av dem som har haft behov av insatser både från hälso- och sjukvården och socialtjänsten) har i högre grad fått en individuell plan till stöd för samordning.

Figur 9. Skillnader mellan grupper med fast kontakt för områden som kopplar till omställningen.



Not: Andelarna utgörs av de som angett positiva svar på frågan. Svarsalternativen var "ibland/alltid", "i stor utsträckning/helt" och "i hög grad/i mycket hög grad". Vi har inte konstanthållit för bakgrundsvariabler, till skillnad från i regressionsanalyserna som vi tidigare hänvisar till. Resultaten är viktade för kön, ålder och kommuntyp.

Källa: Vård- och omsorgsanalys patientlagsenkät 2020.

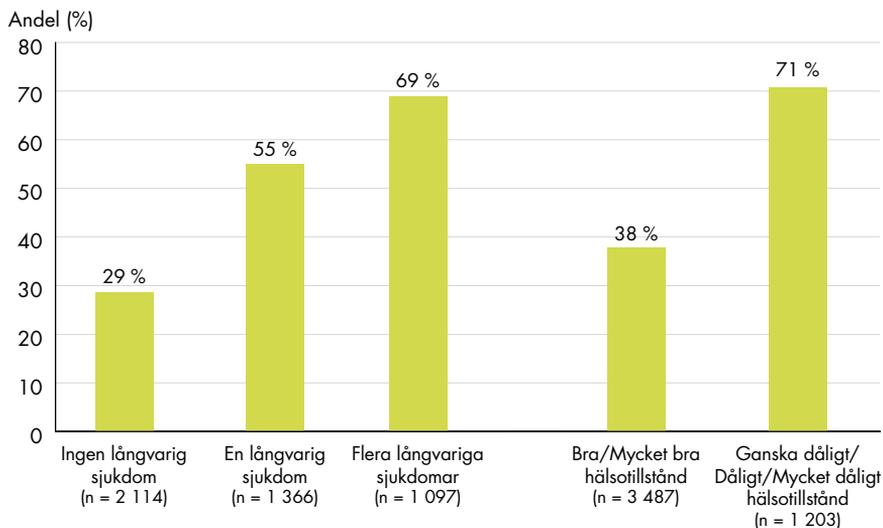
Fast kontakt kan göra större nytta för dem med stora behov

Tidigare studier har visat att sambandet mellan att träffa samma personer i vården och att ha goda erfarenheter av vårdmötet var starkare för patienter med långvariga sjukdomar eller sämre hälsotillstånd jämfört med övriga patienter (Vård- och omsorgsanalys 2018c).

Vi har analyserat interaktioner och ser då att de med dålig självskattad hälsa tycks gynnas mer av att ha en fast läkarkontakt än de med en god hälsa vad gäller upplevelsen av att få information av vården. För övriga inriktningssmål finner vi dock inga samband. En analys av interaktioner innebär att man undersöker samband mellan olika förklaringsvariabler, i vårt fall för att se om effekten av fast kontakt är starkare för personer med dålig hälsa.

I gruppen som saknar en fast kontakt men anser att de behöver en är det en betydligt högre andel som har dåligt hälsotillstånd eller en långvarig sjukdom, se figur 10.

Figur 10. Andel patienter som anser sig behöva en fast läkarkontakt på vårdcentralen, bland dem som inte har en sådan.



Not: Andelen utgörs av de som svarat ja på frågan "Upplever du att du har behov av en fast läkarkontakt på din vårdcentral/hälsocentral?". Svarsalternativet Tveksam/vet ej exkluderat. Frågan ställdes till de som svarat nej på frågan om de har en fast läkarkontakt.

Källa: Vård- och omsorgsanalys patientlagsenkät 2020.

3.5.2 Kontinuitet har positiva effekter på kvalitet och kostnader

I en nyligen publicerad utvärdering av kontinuitet i vården har Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) sammanställt kunskapen om effekterna av relationskontinuitet för personer med astma eller kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) samt personer med allvarlig psykisk sjukdom. För personer med astma eller KOL ger högre relationskontinuitet i vården lägre risk att dö i förtid, lägre risk för sjukhusinläggning, lägre risk för akutmottagningsbesök och lägre hälso- och sjukvårdskostnader. För



personer med allvarlig psykisk sjukdom ger högre relationskontinuitet i vården lägre risk att dö i förtid, lägre risk för akutmottagningsbesök och förbättrad livskvalitet (SBU 2021).

SBU har därutöver identifierat flera systematiska översikter som undersökt samband mellan kontinuitetsfrämjande interventioner respektive olika sätt att mäta kontinuitet och olika typer av utfall för olika typer av populationer. Alla de systematiska översikterna landar i liknade slutsatser och den övergripande bilden enligt SBU är att vårdkontinuitet i bred bemärkelse har flera olika gynnsamma effekter på flera olika populationer (SBU 2021).

Kontinuitet har till exempel visat sig bidra till högre kvalitet och patientnöjdhet, färre inläggningar och akutbesök på sjukhus, bättre hälsa, lägre kostnader och högre produktivitet (Anell 2015, Kohnke och Zielinski 2017, Pereira Gray m.fl. 2018, Engström m.fl. 2019, Top 2017, Vård- och omsorgsanalys 2017b). I en svensk studie korrelerade hög personlig läkar-kontinuitet vid egen vårdcentral med betydligt färre akuta läkarbesök på sjukhus för de som under en tvåårsperiod haft tre eller flera läkarkontakter, men den procentuella effekten var större för yngre vuxna än äldre (Engström m.fl. 2019). Studierna har främst undersökt personkontinuitet till läkare, men samma resonemang borde gälla även andra yrkeskategorier (SOU 2018:39). En ökad läkarkontinuitet kopplas även till lägre dödlighet. Patienter med fast, kontinuerlig läkarkontakt tycks löpa lägre risk att dö i förtid (Pereira Gray m.fl. 2018).

3.5.3 Viktigt att följa fler kontinuitetsmått än bara fast kontakt

Olika mått på kontinuitet kan i vissa fall stämma överens och stärka varandra; i vår patientlagsenkät 2020 svarade till exempel en betydligt större andel av personerna med fast läkarkontakt (77 procent) att de får träffa samma läkare, jämfört med de som inte har någon fast läkarkontakt (17 procent).

I andra fall stämmer kontinuitetsmåttan sämre överens, vilket visar vikten av att följa flera mått. Vår fallstudie i Västra Götalandsregionen handlar om hur olika mått på kontinuitet stämmer överens på vårdcentralsnivå. Studien visar att det finns ett starkt samband mellan måttet kontinuitetsindex till läkare i Primärvårdskvalitet och patienternas upplevelse av att träffa samma läkare i NPE, vilket stärker tillförlitligheten för båda mätetalen. Sambandet illustreras i figur 11 med ett sambandsdiagram, där vårdcentralerna som har ett högt kontra lågt värde på kontinuitetsindex också har ett motsvarande högt kontra lågt värde på NPE-frågan om man får träffa samma läkare.

När vi tittar på andelen listade patienter med en fast läkarkontakt på vårdcentraler ser vi däremot inget tydligt samband, varken med kontinuitets-

index eller med att få träffa samma läkare enligt NPE. Figur 12 visar ett sambandsdiagram utan något samband mellan andelen listade med fast kontakt per vårdcentral och vårdcentralens resultat i kontinuitetsindex.

Detta skulle kunna vara ett tecken på att andelen listade med fast läkarkontakt inte har någon praktisk betydelse för arbetssättet och därmed inte påverkar kontinuiteten på vårdcentralsnivå. Samtidigt bör resultatet tolkas försiktigt eftersom data över andel med fast läkarkontakt ännu bara finns tillgänglig för en kort tidsperiod (mars-december 2020) och det kanske ännu inte hunnit få genomslag i de två andra måtten. Det är också troligt att ett annat mönster skulle visa sig på individnivå, eftersom det inte är samma population av individer som ingår i de tre måtten. Kontinuitetsindex innefattar de patienter som gjort minst tre besök, NPE skickas en gång om året till ett urval av patienter som besökt vården och andelen listade personer med fast läkarkontakt tar ingen hänsyn till om personen besökt vården eller inte.

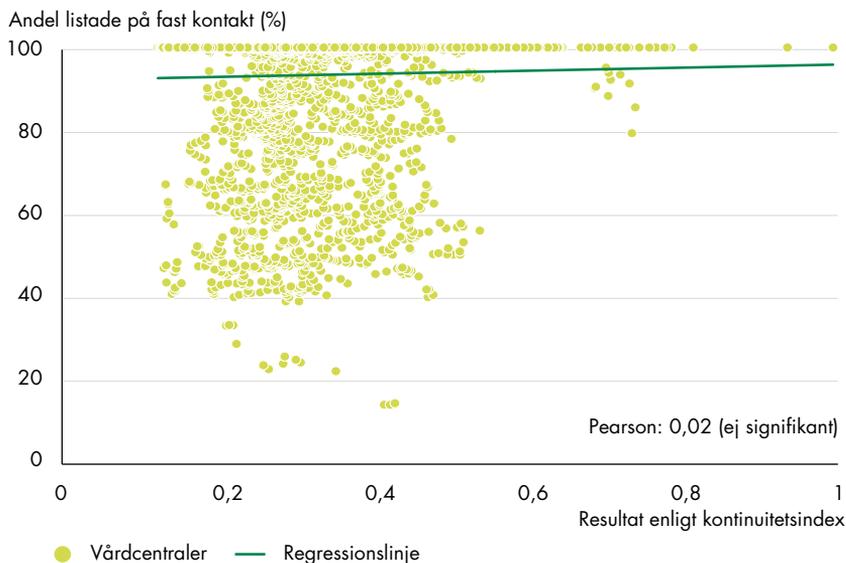
Figur 11. Samband mellan vårdcentralernas resultat i kontinuitetsindex (för alla patienter, gäller läkare) och resultat i Nationell patientenkät på frågan "Får du träffa samma läkare?" i Region Västra Götaland.



Not: Sambandsdiagrammet gäller två mått på kontinuitet. Det visar ett signifikant samband, Pearson: 0,7553. Kontinuitetsindex till läkare är en kvalitetsindikator som väger samman hur många olika läkare patienten träffar och frekvensen av besök till de olika läkarna. Ett högt värde innebär att man ofta träffar samma läkare.

Källa: Data på vårdcentralsnivå hämtad från Nationell patientenkät och PVQ i Region Västra Götaland.

Figur 12. Samband mellan vårdcentralernas andel listade på fast läkarkontakt och resultat i kontinuitetsindex (för alla patienter, gäller läkare) i Region Västra Götaland.



Not: Sambandsdiagrammet gäller två mått på kontinuitet. Det visar inget signifikant samband, Pearson: 0,0229 (ej signifikant).

Källa: Data på vårdcentralsnivå hämtad från Ersättningsystem och Nationell patientenkät i Region Västra Götaland.

3.6 ERFARENHETERNA AV VÅRDEN VARIERAR MELLAN OLIKA GRUPPER

I propositionen för omställningen till en god och nära vård lyfter regeringen att man vill stärka primärvårdens roll för att bland annat uppnå en mer jämlik vård. Vi har undersökt hur vården uppfattas ur olika gruppers perspektiv genom att analysera skillnader utifrån demografisk, socioekonomisk och hälsomässig bakgrund.

Resultat från olika befolknings- och patientenkäter visar att erfarenheterna av vården ofta skiljer sig åt mellan olika grupper. De resultat vi redovisar bygger på analyser där varje bakgrundsfaktor är kontrollerad gentemot alla andra bakgrundsfaktorer som ingår i analyserna. Det innebär till exempel att en eventuell effekt av ålder inte ska fånga naturligt bakomliggande skillnader i hälsa som finns mellan åldersgrupper.

Kvalitetsaspekterna rör områden som står i fokus för omställningen till en god och nära vård – såsom tillgänglighet, delaktighet och samordning.

3.6.1 Faktorer som påverkar om olika grupper har goda eller dåliga erfarenheter av vården

Utifrån resultaten i vår patientlagsenkät 2020 har vi undersökt samband och skillnader i erfarenheter mellan olika grupper. Områden vi studerat (beroende variabler) rör synen på tillgänglighet, delaktighet och personcentrering samt information. Här utgår vi från olika index som består av flera frågor per område. Ytterligare ett område är om patienterna uppfattar samordningen som ändamålsenlig.

Vi undersöker om patienternas erfarenheter skiljer sig åt utifrån deras ålder, kön, utbildningsförhållanden, boendeort (kommuntyp) och självskattade hälsa. Vi undersöker också om det finns skillnader utifrån utländsk eller svensk bakgrund, samt om en person har långvarig sjukdom eller inte.

Vi har inte närmare studerat orsaken till skillnaderna i erfarenheter vi ser. Däremot tar vi reda på om det skiljer sig åt beroende på om personerna har en fast kontakt i vården, samt om de svarat att deras vård påverkats av pandemin eller inte. Det är viktigt att påpeka att våra analyser baseras på samband och inte orsakssamband. Det kan finnas andra inverkanse faktorer som vi inte känner till eller har möjlighet att kontrollera för. Ett exempel kan vara skillnader i förväntningar – att en grupp tenderar att vara mer nöjd överlag på grund av lägre förväntningar.

Personer med dålig hälsa har genomgående sämre erfarenheter

Personer med bra självskattad hälsa har genomgående bättre erfarenheter av vården, jämfört med personer som skattar sin hälsa som dålig. Det sambandet ser vi för alla studerade områden – tillgänglighet, delaktighet och personcentrering, information och samordning.

Personer med långvariga sjukdomar har sämre erfarenheter än de utan långvarig sjukdom, och det förhållandet blir ännu tydligare för personer med flera långvariga sjukdomar. Exempelvis är det färre personer med långvariga sjukdomar som anser att vården hjälpt dem med egenvård och att hantera sin egen hälsa jämfört med andra. Av de med flera långvariga sjukdomar menar cirka 50 procent att det stämmer helt eller i stor utsträckning, jämfört med cirka 60 procent bland personer med en långvarig sjukdom och omkring 65 procent av dem utan någon långvarig sjukdom. När det gäller tillgänglighet har personer med flera långvariga sjukdomar sämre erfarenheter kopplat till väntetider i primärvården, men i övrigt ser vi inga signifikanta skillnader i upplevd tillgänglighet beroende på förekomsten av långvarig sjukdom.



Äldre personer har bättre erfarenheter än yngre

Äldre personer har bättre erfarenheter av vården jämfört med yngre i fråga om tillgänglighet, delaktighet och personcentrering samt information. Undantaget är att personer som är 30–49 år upplever en lägre delaktighet i vården jämfört med gruppen 16–29 år. Personer i den äldsta åldersgruppen (65 år och äldre) upplever även en bättre samordning av sina kontakter med vården jämfört med yngre personer.

Personer med utländsk bakgrund har sämre erfarenheter

Personer med utländsk bakgrund har genomgående sämre erfarenheter än personer med svensk bakgrund när det gäller tillgänglighet, delaktighet och personcentrering samt information. För frågan om samordning ser vi ingen signifikant skillnad.

Vissa signifikanta samband för kön, utbildning och boendeort

Resultaten är inte lika entydiga för skillnader utifrån kön, utbildning och boendeort (kommuntyp).

Män upplever en högre delaktighet och personcentrering samt fungerande samordning men är mindre nöjda med informationen från vården jämfört med kvinnor. För tillgänglighet ser vi inga signifikanta skillnader mellan könen.

Utifrån utbildningsnivå ser vi att personer med gymnasial eller eftergymnasial utbildning är mer nöjda med informationen än de med enbart grundskoleutbildning, vilket möjligen kan förklaras av att de har lättare för att ta till sig information. Men personer med eftergymnasial utbildning upplever en sämre samordning av vården än personer med enbart grundskoleutbildning. I övrigt är skillnaderna utifrån utbildningsnivå inte signifikanta.

Boendeort (olika kommuntyper) har ibland en signifikant påverkan. Det tydligaste resultatet ser vi för personer som bor i en storstadskommun. De har sämre erfarenheter av tillgängligheten och samordningen än de som bor i befolkningsmässigt mindre kommuner.

Personer med fast kontakt har genomgående mer positiva erfarenheter av vården

Utöver skillnader som kan förklaras av individfaktorer ser vi att personer med en fast kontakt i vården har mer positiva erfarenheter än övriga. Det sambandet är tydligast för personer som har en fast läkarkontakt vid sin vård- eller hälsocentral (se även avsnitt 3.5.1).

Tabell 3. Sannolikhet att ha mer positiva eller negativa erfarenheter av vården.

		Tillgänglighet – kontakt / besök	Tillgänglighet – primär vård	Delaktighet – vårdgaranti,	Information	Ändamålsenlig samordning av kontakter
		1	2	3	4	5
Kön	Referens: kvinna			+	–	+
	Man					
Utbildning	Referens: grundskola				+	
	Gymnasium					
	Eftergymnasial				+	–
Ålder	Referens: 30–49 år	–	–	+	–	
	16–29 år					
	50–64 år	+		+	+	
	65+ år	+		+	+	+
Bakgrund	Referens: svensk bakgrund	–	–	–	–	
	Utländsk bakgrund					
Självsattad hälsa	Referens: dålig	+	+	+	+	+
	Bra					
Långvarig sjukdom	Referens: nej		–	–	–	–
	Ja, en					
	Ja, flera					
Kommuntyp	Referens: tätta kommuner nära en större stad					
	Landsbygdskommuner mycket avlägset belägna					
	Landsbygdskommuner avlägset belägna					
	Landsbygdskommuner nära en större stad		+			
	Tätta kommuner avlägset belägna					
	Storstadskommuner	–	–			–
Fast läkarkontakt i primärvård	Referens: nej	+	+	+	+	+
	Ja					
Fast annan vårdkontakt	Referens: nej		+	+	–	+
	Ja					
Vården påverkats av pandemin	Referens: nej	–	–	–	–	–
	Ja					

⊕ Signifikant positivt samband, $p < 0,05$. ⊖ Signifikant negativt samband, $p < 0,05$.

Not: Tabellen redovisar resultatet från fyra linjära regressioner med samtliga bakgrundsvariabler där beroende variabel baseras på ett index av frågor om varje kvalitetsaspekt. Dessa index har identifierats med hjälp av faktoranalys. Frågan om samordning har analyserats genom en logistisk regression. I modellerna har vi även testat för interaktionseffekter av självsattad hälsa och fast läkarkontakt. Utländsk bakgrund är definierat som att båda ens föräldrar är födda i ett annat land än Sverige. Utbildningsnivå avser högst avslutade. Se metodbilaga avsnitt 9.1.2.

Källa: Vård- och omsorgsanalys patientlagsenkät 2020.

Tabell 3 (forts.)

- 1 Tillgänglighet – kontakt/besök (index av tre frågor)**
 - Att det har varit lätt att komma i kontakt med hälso- och sjukvården?
 - Att det har varit lätt att ta sig till vårdinrättningen?
 - Att det har varit lätt att få träffa vårdpersonal när du har behövt det?
- 2 Tillgänglighet – vårdgaranti primärvård (index av tre frågor)**
 - Kontakt (via t.ex. telefon eller genom besök) med vårdcentralen/hälsocentralen samma dag?
 - En medicinsk bedömning av läkare eller annan personal på vårdcentralen/hälsocentralen inom högst tre dagar?
 - Erbjudande om att besöka läkare på vårdcentralen/hälsocentralen inom högst sju dagar?
- 3 Delaktighet – personcentrering (index av fyra frågor)**
 - Min delaktighet i vården efterfrågades och välkomnades.
 - Jag har känt mig trygg i att jag får den hjälp jag behöver.
 - Vården var anpassad till mina behov och önskemål.
 - Vården hjälpte mig att själv hantera/förbättra min egen hälsa, t.ex. genom stöd till egenvård.
- 4 Information (index av sex frågor)**

Att du har fått tillräckligt med information?

 - Att du har fått information vid rätt tillfälle?
 - Att den information som du har fått har varit lätt att förstå (t.ex. att språk och detaljnivå passade dig)?
 - Att de som informerat dig har varit noga med att du ska förstå innehållet och betydelsen av informationen?
 - Att du har fått tillgång till skriftlig information när du har behövt eller bett om detta?
 - Att dina närstående har fått information om du inte har kunnat ta emot den själv?
- 5 Samordning (en fråga)**
 - Anser du att samordningen av dina kontakter med vården sker på ett ändamålsenligt sätt?

3.6.2 Sambanden bekräftas även av andra undersökningar

Flera av de skillnader som vi ser mellan olika grupper bekräftas i andra undersökningar. Ett exempel är skillnaderna i erfarenheter av tillgänglighet, delaktighet, samordning och information som framkommer i IHP-undersökningarna 2016 och 2020.

Vår senaste analys av 2020 års resultat visar att personer över 65 år generellt har mer positiva erfarenheter av vården jämfört med yngre personer. Erfarenheterna är i stället sämre bland personer med sämre hälsa, oavsett om det handlar om självskattad hälsa, en kronisk sjukdom eller psykisk ohälsa,

jämfört med personer vars hälsa är bättre i dessa avseenden. En övergripande slutsats är även att personer med en ordinarie läkare eller sjuksköterska som de vanligtvis går till för sin vård genomgående har bättre erfarenheter av vården jämfört med dem som endast har en ordinarie mottagning.

Andra resultat som bekräftar det vi ser är till exempel att kvinnor samt personer med eftergymnasial utbildning i lägre grad upplever att de får hjälp med att samordna sin vård. När det gäller utbildningsnivå framkom däremot tydligare än i vår analys att personer med eftergymnasial utbildning på flera andra områden har bättre erfarenheter av vården, jämfört med övriga (Vård- och omsorgsanalys 2021b).

Även i våra analyser av IHP-undersökningen 2016 var de tydligaste resultaten att äldre samt patienter med bättre självskattad hälsa uppfattar vårdens kvalitet som bättre än andra, samt att patienter med en fast kontakt i vården har bättre erfarenheter. Andra resultat var bland annat att män upplever sig som mer delaktiga än kvinnor och att utrikes födda upplever vårdens kvalitet som något sämre jämfört med inrikes födda. Till skillnad från vår analys framkom att det var mindre vanligt att utrikesfödda personer fått hjälp med att samordna sin vård. I vår nuvarande analys har vi dock undersökt skillnader utifrån ”utländsk bakgrund” definierat som att båda föräldrarna är födda i ett annat land än Sverige (Vård- och omsorgsanalys 2016).

Även andra undersökningar styrker resultaten i vår analys

Deskriptiva resultatjämförelser från Hälso- och sjukvårdsbarometern visar bland annat att personer med dålig självskattad hälsa i betydligt lägre utsträckning anser att de har tillgång till den vård som de behöver. Det gäller också för personer födda utanför Europa jämfört med personer som är födda i Sverige (se metodbilaga 9.1.4). SCB:s undersökningar av befolkningens levnadsförhållanden pekar på liknande resultat: Bland personer med utländsk bakgrund och personer med långvariga sjukdomar uppger en högre andel att de ”har behövt men inte fått vård”, jämfört med personer med svensk bakgrund respektive utan långvarig sjukdom (se metodbilaga 9.1.4).



3.7 PATIENTFÖRETRÄDARE SER POSITIVT PÅ OMSTÄLLNINGEN

I december 2020–februari 2021 intervjuade vi företrädare för ett tiotal patientorganisationer för att få deras syn på omställningen

3.7.1 Patientföreträdare ser positivt på omställningens mål

Många patientorganisationer ser positivt på omställningen och dess mål och företrädarna upplever att de varit eller är involverade i omställningsarbetet. Men en farhåga som lyfts fram är att det pågår många satsningar inom hälso- och sjukvården och att dessa inte hänger ihop med omställningen.

Kontinuitet betonas som ett viktigt mål

Intervjupersonerna lyfter fram att kontinuitet är ett viktigt mål, det ger trygghet och en relation gör patienten mer delaktig. Men kontinuiteten upplevs inte fungera bra i dag, bland annat för att det saknas fasta läkare och för att hyrpersonal ofta leder till bristande kontinuitet. Samtidigt konstateras att fler yrkesgrupper än läkare kan stödja samordningen av patienters vård. Det är också olika viktigt att ha en fast vårdkontakt eller fast läkarkontakt, beroende på patienternas behov.

Som lösning vill organisationerna se stärkt tillgång till kompetens men också så kallade listningstak – till exempel begränsningar i hur många patienter som får lista sig på en vårdcentral eller antalet patienter som en läkare ska ansvara för.

Vårdplaner är efterfrågade

Flera organisationer betonar behovet av vårdplaner, och menar att patientkontrakt kan bidra till omställningens mål och att en SIP kan lösa samordningsproblem. Enligt intervjupersonerna kan en SIP eller ett patientkontrakt också vara en ett sätt att ge stöd till egenvård, men i dag används det i för låg grad.

Viktigt att prioritera det förebyggande arbetet

Intervjupersonerna anser inte att den förebyggande vården fungerar bra. Bland annat saknas kompetens och tid för det förebyggande arbetet i vården, trots att det kan bidra till lägre kostnader och minskat lidande, exempelvis när det gäller psykisk ohälsa. Företrädarna anser att primärvården bör få ett tydligare uppdrag att arbeta förebyggande. Flera lyfter fram vikten av patientutbildningar och vissa organisationer bedriver själva sådana för sina målgrupper. Även årliga hälsokontroller lyfts fram som positivt.

Vidare nämns att det inte måste vara sjukvårdspersonal som står för det förebyggande arbetet, utan det kan exempelvis göras av så kallade coacher eller delar av civilsamhället.

3.7.2 Patientorganisationerna ser ett antal problem med dagens primärvård

Intervjuerna tyder på att primärvården fungerar bra för vanliga vårdbehov men mindre bra när behoven är mer omfattande. Primärvårdens styrka är allmänkunskapen och ett brett perspektiv med en många yrkesgrupper för att möta olika behov.

Flera intervjupersoner menar att det behövs mer resurser till primärvården, för de upplever att primärvården får nya uppgifter utan att få ökade resurser. Flera organisationer betonar att teamarbetet behöver utvecklas och att även patienten ska ingå i teamet. De menar vidare att primärvården behöver bli mer personcentrerad.

Vården behöver anpassas mer efter patienternas förutsättningar och behov

Många intervjusvar handlar om att primärvårdens arbetssätt inte är tillräckligt anpassade till patienternas olika förutsättningar och behov. Det anses vara krångligt och tidskrävande att få kontakt med vården, och patienterna saknar information om ingångsvägar. Många söker sig till akuten istället för vårdcentralen.

Organisationerna menar att primärvården behöver anpassas till olika gruppers behov och förutsättningar. Till exempel är telefonsystem med knappval svårt för många personer. Andra vill kunna kontakta vården genom att skicka e-post eller till och med använda funktioner för att själva skriva i journalen eller i patientkontraktet och därigenom ta kontakt med läkare. I intervjuerna nämns också att vissa har svårt att ta kontakt med vården och är svåra att nå med information och att vården behöver bli bättre på att fånga upp dessa patienter

Digitala kontakter blir allt vanligare men enligt intervjupersonerna fungerar sådana lösningar inte för alla, till exempel personer med nedsatt kognitiv funktion. Vissa riskerar därför att hamna utanför. Att den digitala utvecklingen påskyndas av pandemin upplevs som både positivt och negativt. Till exempel kan det vara positivt med digitala besök för vissa personer med psykisk ohälsa, som upplever att själva vårdmiljön är stressande.



Samordningen mellan vårdens nivåer och huvudmän behöver bli bättre

Flera intervjupersoner tar upp att patientens vård och övergångarna mellan olika aktörer behöver samordnas på ett bättre sätt. Det gäller både samordning inom den regionala vården, till exempel primärvård och specialiserad vård, och samordning mellan de olika delarna av regionernas vård och den kommunala vården och omsorgen. När samordningen inte fungerar blir det istället patientens ansvar att försöka koordinera de olika aktörernas insatser, vilket kan vara särskilt svårt för utsatta grupper.

Den regionala vården behöver till exempel större möjligheter att inhämta specialiserad kunskap och smidigare vägar mellan primärvård och specialister. Utbytet mellan enheter är för litet, och det anses bero på bland annat att finansieringen av vården inte stimulerar samordning och att olika professioner och specialiteter bevakar sina intressen i en form av revirtänkande.

Enligt intervjupersonerna behövs även bättre samordning mellan region och kommun och en mer regelbunden uppföljning av till exempel personer i särskilt boende. Den kommunala hälso- och sjukvården beskrivs som viktig, bland annat för de allra sjukaste som får avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) samt för att ge förebyggande hälso- och sjukvård. Flera organisationer lyfter fram att läkare från regionernas primärvård behöver delta mer i den kommunala vården och att det är brist på sjuksköterskor på särskilda boenden. Det framhålls också att kompetensen ibland brister, bland annat på grund av stor personalomsättning.



Omställningen ur ett systemperspektiv

I det här kapitlet beskriver vi reformen ur ett systemperspektiv. Det handlar om primärvårdens förutsättningar utifrån flera organisatoriskt påverkbara aspekter såsom ekonomiska resurser, kompetensförsörjning och vårdkonsumtion. Vi har huvudsakligen analyserat perioden 2016–2019. Detta är de viktigaste resultaten:

- Primärvårdens andel av regionernas totala kostnader för hälso- och sjukvård rör sig långsamt. Under 2020 ökar takten något, men förändringen under pandemiåret är svår att tolka. Det finns dock stora variationer mellan regioner när det gäller kostnadernas nivå och förändringen över tid.
- Baserat på ett urval av kommuner bedömer vi att kommunernas hälso- och sjukvård 2019 utgjorde drygt en tredjedel av kostnaderna för regional och kommunal primärvård totalt. Kostnaderna för kommunernas hälso- och sjukvård ökar snabbt.
- Personalresurserna ökar i något högre takt i regionernas primärvård än i resten av hälso- och sjukvården men det råder en generell brist på många yrkesgrupper i primärvården och vi kan inte se någon ökning av andelen specialistläkare i allmänmedicin.
- Den fysiska primärvårdskonsumtionen minskar medan den digitala ökar stort. Pandemin har påskyndat utvecklingen.
- Befolkningens förtroende för primärvården har ökat men är fortsatt lägre än för övrig hälso- och sjukvård.



4.1 SÅHÄR BELYSER VI OMSTÄLLNINGEN UR SYSTEMPERSPEKTIVET

För att belysa systemperspektivet har vi använt data från en mängd olika källor som vi sedan bearbetat. Där det är möjligt har vi utgått från åren 2016 och 2017 som en baslinje för vår utvärdering, men när baslinjemätningar saknats för dessa år har vi utgått från senare data. Vi undersöker i vissa fall också om utvecklingen vi ser skiljer sig från utvecklingen längre tillbaka i tiden.

För att kartlägga kostnaderna och deras utveckling i regionernas primärvård har vi utgått från SKR:s ekonomistatistik som samlas in av SCB.

Eftersom möjligheterna till uppföljning av kommunal hälso- och sjukvård i dag är begränsade, har vi tagit hjälp av företaget Ensolution AB. De arbetar sedan 2005 med att kartlägga kommuners kostnader och insatser genom metoden Kostnad per brukare. På vårt uppdrag har de tagit fram och analyserat kostnadsutvecklingen för hälso- och sjukvården i 29 kommuner 2017–2019. I 17 kommuner har de också analyserat vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som kommunerna genomför. Baserat på 36 kommuner schablonberäknas kommunernas totala hälso- och sjukvårdskostnader på nationell nivå.

För kompetensförsörjningen har vi använt data från Socialstyrelsens Nationella planeringsstöd för hälso- och sjukvården (NPS), SKR:s novemberstatistik över personal i regioner och kommuner samt uppgifter från tidigare studier av Vård- och omsorgsanalys.

Statistiken över fysiska vårdkontakter och disponibla vårdplatser är hämtad från SKR:s verksamhetsstatistik och Patientregistret. För de digitala besöken har vi använt data från regionerna Jönköping och Sörmland, SKR:s statistik över distanskontakter och Ineras uppgifter om användning av tjänster på 1177.

Hälsoutfallsmåtten baseras på data från Patientregistret, Vården i siffror, Dödsorsaksregistret och Folkhälsoenkäten.

För befolkningens förtroende har vi använt uppgifter från SKR:s Hälso- och sjukvårdsbarometer.

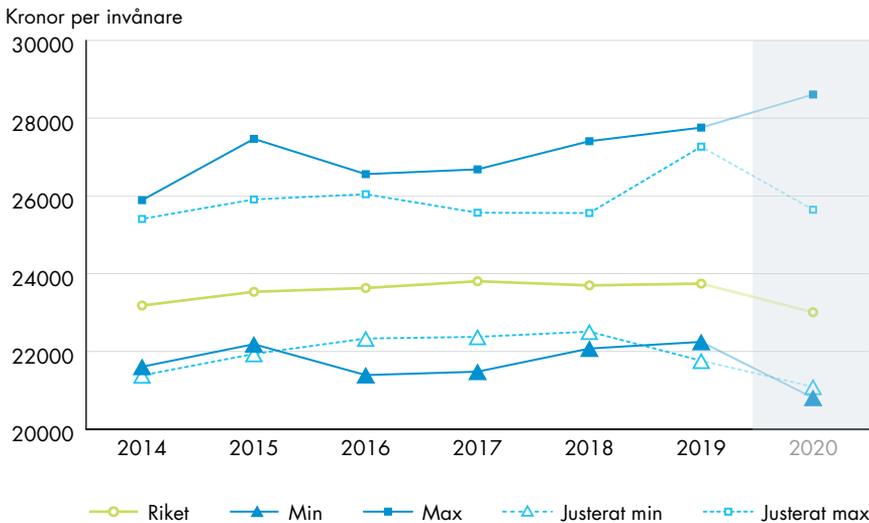
4.2 RESURSER I REGIONERNAS PRIMÄRVÅRD

Kostnaderna för regional sjukvård har legat relativt konstant under de senaste åren, och primärvårdens andel av de totala kostnaderna har ökat långsamt. Det finns dock stora variationer mellan regionerna i hur mycket resurser som läggs på primärvården, både kostnadsnivå och hur kostnaderna förändrats över tid. Det kan bero på hur vården organiseras men också på att regionerna har olika förutsättningar.

4.2.1 Regionernas hälso- och sjukvårdskostnader ligger relativt konstant och primärvårdens andel växer långsamt

Den regionala hälso- och sjukvårdens kostnader per invånare, exklusive läkemedel, minskade med 3 procent under perioden 2016–2020 räknat i fasta priser. I figur 13 framgår att den genomsnittliga kostnaden per invånare i riket varierat mellan 23 och 24 000 kronor sedan 2014 räknat i 2020 års priser. De blå linjerna motsvarar kostnaderna för de regioner som har högst respektive lägst värde. Den streckade blå linjen är justerad enligt det kommunala kostnadsutjämningsystemet för att ta hänsyn till skillnader i strukturella och geografiska förutsättningar mellan regionerna.

Figur 13. Kostnader per invånare för den regionala hälso- och sjukvården 2014–2020.



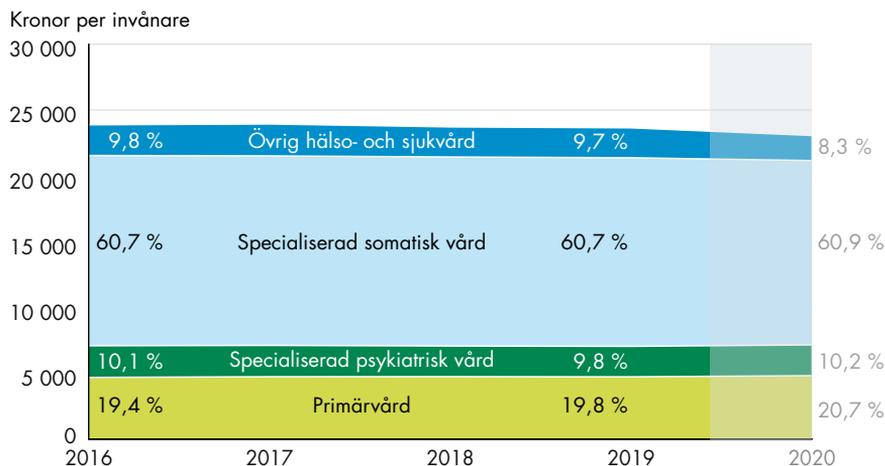
Not: Nettokostnader i 2020 års fasta priser enligt prisindex med kvalitetsjusterade löner för regioner (LPIK) exklusive läkemedel. Läkemedel, tandvård och hemsjukvård exkluderas. De justerade minimum- och maximumkostnaderna struktureras enligt kostnadsutjämningsystemet. År 2019 ändrades det kommunala utjämningsystemet.

Källa: SKR:s ekonomistatistik/SCB.

Nettokostnaderna för regionernas hälso- och sjukvård exklusive läkemedel uppgick till cirka 242 miljarder kronor 2020. Det innefattar också hemsjukvården i Stockholm som inte har kommunaliserats, vilket motsvarar ungefär en miljard. Primärvårdens andel var 20,7 procent 2020, motsvarande 50 miljarder kronor.



Figur 14. Kostnad per invånare i regionernas hälso- och sjukvård 2016–2020, exklusive läkemedel, uppdelat per verksamhetsområde.



Not: Nettokostnader i 2020 års fasta priser enligt prisindex med kvalitetsjusterade löner för regioner (LPIK) exklusive läkemedel. Läkemedel, tandvård och hemsjukvård exkluderas.

Källa: SKR:s ekonomistatistik/SCB.

I tabell 4 och figur 14 framgår att primärvårdens kostnader har ökat något sedan 2016 till skillnad från övriga sektorer, vilket gör att kostnadsandelen för primärvården ökar långsamt. Vi har under 2020 sett indikationer på en högre ökningstakt av primärvårdens resurser och andel av hälso- och sjukvårdens kostnader, men uppgifterna är osäkra och svåra att tolka, bland annat på grund av pandemins effekter på hälso- och sjukvården. Det är därför angeläget att i fortsatt utvärdering följa utvecklingen och fördjupa oss i de skillnader vi ser.

Primärvårdens ansluten hemsjukvård räknas inte in i den ekonomiska statistiken när vi jämför över tid eftersom hemsjukvården har övergått från regionerna till kommunerna vid olika tillfällen under perioden.

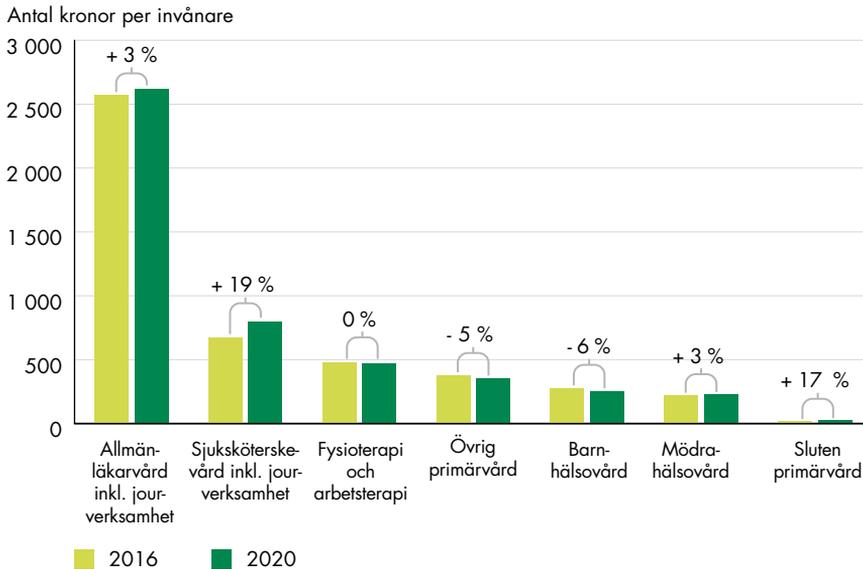
Tabell 4. Kostnad per invånare exklusive läkemedel, förändring 2016–2020, per verksamhetsområde och totalt.

	Primärvård	Specialiserad somatisk vård	Specialiserad psykiatrisk vård	Övrig hälso- och sjukvård	Totalt
Förändring 2016–2019	1 %	-4 %	-1 %	-2 %	-1 %
Förändring 2019–2020	1 %	0 %	-3 %	-17 %	-3 %

Not: Nettokostnader i 2020 års fasta priser enligt prisindex med kvalitetsjusterade löner för regioner (LPIK) exklusive läkemedel. Läkemedel, tandvård och hemsjukvård exkluderas. Källa: SKR:s ekonomistatistik/SCB

Sjuksköterskevård inklusive jourverksamhet stod för den största ökningen av primärvårdens kostnader per invånare 2016–2020, och de kostnaderna ökade med 19 procent under perioden. Allmänläkarvård inklusive jourverksamhet minskade med 3 procent under åren 2016-2019 men om vi även räknar in år 2020 ökade posten istället med 3 procent. Figur 15 visar förändringarna i primärvårdens kostnad per invånare uppdelat på olika verksamhetsområden.

Figur 15. Förändring i primärvårdens kostnader per invånare 2016–2020, per verksamhetsområde.



Not: Nettokostnader i 2020 års fasta priser enligt prisindex med kvalitetsjusterade löner för regioner (LPIK) exklusive läkemedel. Läkemedel, tandvård och hemsjukvård exkluderas.

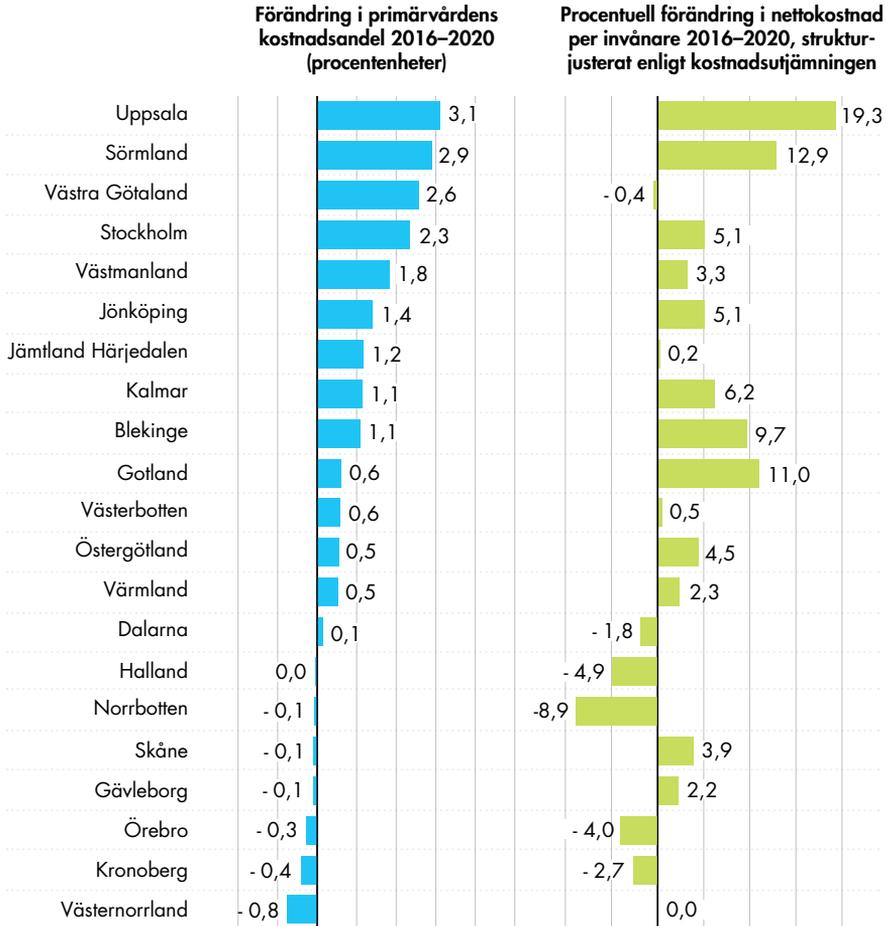
Källa: SKR:s ekonomistatistik/SCB.

4.2.2 Stora variationer mellan regionerna

Mellan regionerna finns stora variationer i de kostnader som läggs på primärvård, både sett till kostnadsnivå och förändring 2016–2020, vilket vi kan se i figur 16 och 17. Till exempel hade sju regioner snarare en minskning i primärvårdens kostnadsandel under tidsperioden. Den ökade dock i en majoritet av regionerna.

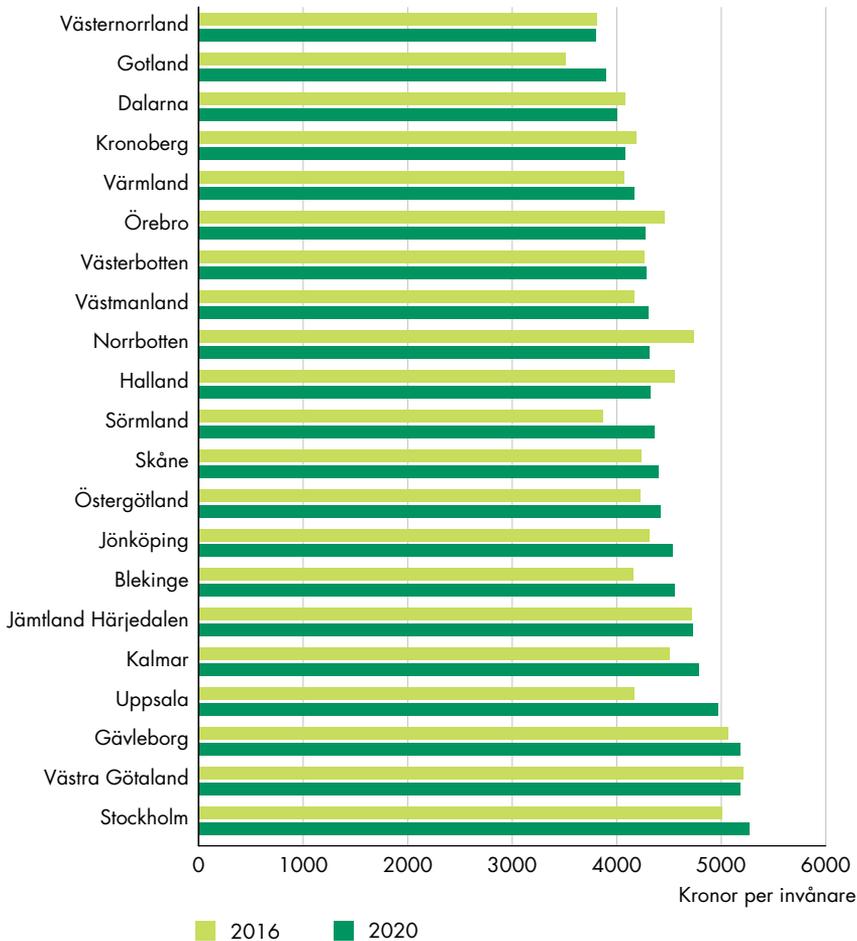


Figur 16. Absolut förändring (det vill säga förändring i procentenheter) i primärvårdens kostnadsandel per region och procentuell förändring i primärvårdens nettokostnad per invånare, 2016–2020.



Not: Nettokostnader i 2020 års fasta priser enligt prisindex med kvalitetsjusterade löner för regioner (LPIK) exklusive läkemedel. Läkemedel, tandvård och hemsjukvård exkluderas. Kostnaderna per invånare är strukturerade i enlighet med kostnadsutjämningsystemet. År 2019 ändrades det kommunala utjämningsystemet. För jämförelsen skall användas den nya kostnadsutjämnings från 2019 för båda åren. Se figur 17 för kostnadsnivå.

Källa: SKR:s ekonomistatistik/SCB.

Figur 17. Regionernas primärvårdskostnad per invånare.

Not: 2020 års fasta priser enligt prisindex med kvalitetsjusterade löner för regioner (LPIK) exklusive läkemedel, exklusive läkemedel per verksamhetsområde, tandvård och hemsjukvård. Kostnaderna är strukturjusterade i enlighet med kostnadsutjämningsystemet. För jämförelsens skull används den nya kostnadsutjämnings från 2019 för båda åren.

Källa: SKR:s ekonomistatistik/SCB

4.3 RESURSER OCH INSATSER I KOMMUNERNAS PRIMÄRVÅRD

Baserat på vårt urval av kommuner beräknar vi att hälso- och sjukvården i Sveriges kommuner 2019 stod för 16 procent av kommunernas totala vård- och omsorgskostnader. Det skulle motsvara drygt en tredjedel av primärvårdens totala kostnader (regionala och kommunala) och en tiondel av de regionala och kommunala hälso- och sjukvårdskostnaderna totalt.



I det urval av kommuner som vi har studerat ökade kostnaderna för hälso- och sjukvård påtagligt under treårsperioden 2017–2019. Kostnaden per inskriven patient ökar också i högre takt än kostnaden per invånare över 65 år. Det kan tyda på att kommunerna har fått nya uppgifter, till exempel att de tar ett större ansvar för vården av patienter med mer omfattande och komplexa behov och att de utför mer avancerad vård.

Den grundläggande kostnadsnivån varierar stort mellan kommunerna i urvalet, men de flesta ökade sina kostnader för hälso- och sjukvård under tidsperioden. Kostnadsnivån i en kommun beror på många olika faktorer, men variationen kan exempelvis bero på olikheter i avtal som sluts mellan kommuner och regioner, andel inskrivna patienter och patienternas vårdtyngd.

Kommunurvalens representativitet

Vi har använt tre olika kommunurval för att

- schablonberäkna kommunernas totala hälso- och sjukvårdskostnader på riksnivå (36 kommuner)
- beräkna kommunernas kostnadsförändring över tid och undersöka hur kostnaderna skiljer sig åt mellan kommuner (29 kommuner)
- beskriva vilka insatser som utförs i den kommunala hälso- och sjukvården (17 kommuner).

Skillnaderna i urvalen beror på att kommunerna använt olika tjänster hos företaget Ensolution, vars data vi använt som källa.

Sammantaget bör resultaten tolkas med viss försiktighet eftersom de tre kommunurvalen är ganska små, men våra kontroller tyder ändå på att framförallt de två större urvalen är representativa när det gäller kostnader. Det mindre urvalet gäller bara 17 kommuner med en yngre åldersstruktur än rikssnittet och brister i geografisk spridning, men vi menar att urvalet ändå ger en värdefull inblick i området kommunernas hälso- och sjukvårdsinsatser som inte kartlagts tidigare.

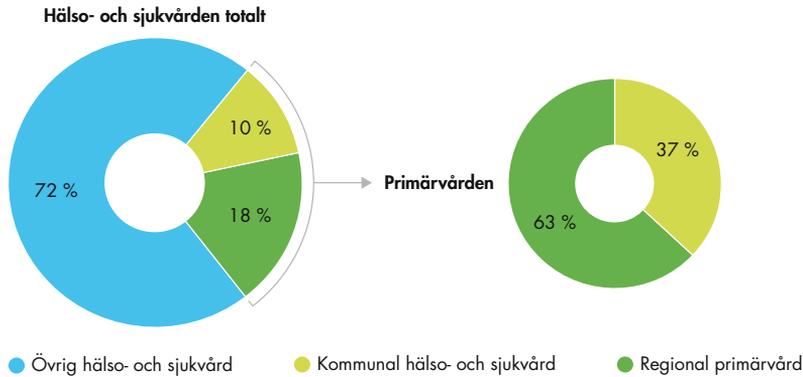
I metodbilagan, avsnitt 9.3.1, finns ett längre resonemang om urvalens representativitet och en lista över samtliga kommuner som ingår i urvalen.

4.3.1 Den kommunala hälso- och sjukvården utgör drygt en tredjedel av primärvården

Den kommunala hälso- och sjukvården stod 2019 för drygt en tredjedel (37 procent) av primärvårdens kostnader på nationell nivå, och en tiondedel

(10 procent) av regionernas och kommunernas sammanlagda hälso- och sjukvårdskostnader, se figur 18. Det visar våra beräkningar av nettokostnaden för kommunernas hälso- och sjukvård, vilken uppgick till ungefär 29 miljarder kronor. Det motsvarar 2 770 kronor per invånare, vilket vi jämför med kostnaden per invånare för regionernas primärvård respektive de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna per invånare, se avsnitt 4.2.1. Beräkningarna bygger på ett urval av 36 kommuner, se metodbilagans avsnitt 9.3.1.

Figur 18. Den kommunala hälso- och sjukvårdens kostnader relaterat till hälso- och sjukvården totalt samt primärvården, 2019.



Not: Till hälso- och sjukvården totalt räknas regionala och kommunala kostnader. Statlig och privat finansierad sjukvård inkluderas inte.

Källa: Kommunernas kostnader har schablonberäknats av Ensolution AB baserat på ett urval av 36 kommuner, se metodbilagan avsnitt 9.3.1. Regionernas kostnader baseras på uppgifter från SKR:s ekonomistatistik/SCB.

Den kommunala hälso- och sjukvården står för cirka 16 procent av kommunernas totala vård- och omsorgskostnader, enligt en schablonberäkning baserad på kommunurvalet. Denna andel inkluderar enbart kostnader för hälso- och sjukvård (enligt HSL), inte kostnader för allmän daglig livsföring (ADL, se metodbilaga avsnitt 9.3.2).

Våra beräkningar skiljer sig från Hälsoräkenskaperna

I Hälsoräkenskaperna beräknas i dag kommunernas HSL-kostnader med hjälp av schablonberäkningar baserade på uppgifter från 2011. Enligt SCB utgör kommunernas totala HSL-kostnad utifrån Hälsoräkenskaperna 26 miljarder 2019, vilket är 3 miljarder mindre än vår nya beräkning.

En fördel med vår nya schablonberäkning, jämfört med Hälsoräkenskapernas schablon från 2011, är att den baseras på ett mer uppdaterat material. Till exempel har kommunernas kostnadsregistrering

blivit bättre och den tar bättre hänsyn till vilka kommuner som tagit över hemsjukvården. En nackdel är dock att underlaget baseras på färre kommuner – 36 stycken 2019 i jämförelse med 72 kommuner 2011.

Faktaruta

Nationalräkenskaperna beskriver landets ekonomi och dess utveckling och används bland annat för att beräkna landets bruttonationalprodukt (BNP). Hälsoräkenskaperna är den del av Nationalräkenskaperna som beskriver hälso- och sjukvårdens utgifter. I dag särredovisas inte kommunernas kostnader för hälso- och sjukvård som utförs enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, från omsorgsinsatser som utförs enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, utan de presenteras samlat under posterna *vård och omsorg om äldre, insatser enligt LSS/SFB och insatser till personer med funktionsnedsättning (exkl. LSS/SFB)*. LSS är lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, och SFB är socialförsäkringsbalken (2010:110).

Det finns idag inga faktiska siffror på hur mycket hälso- och sjukvård enligt HSL kommunerna utför. Istället uppskattas andelen HSL med hjälp av schabloner. För att beräkna andelen HSL av kommunernas vård- och omsorg använder Hälsoräkenskaperna i dag schablonberäkningar som baseras på data från 2011. Enligt Ensolution beräknas Hälsoräkenskapernas HSL-andel vara 14,4 % vilket motsvarar 26 miljarder kronor. Vi beräknar HSL-andelen till 15,9 % vilket motsvarar 29 miljarder kronor. För en närmare jämförelse av de två beräkningarna, se metodbilagan avsnitt 9.3.2.

4.3.2 Kommunernas kostnader för hälso- och sjukvård ökar snabbt

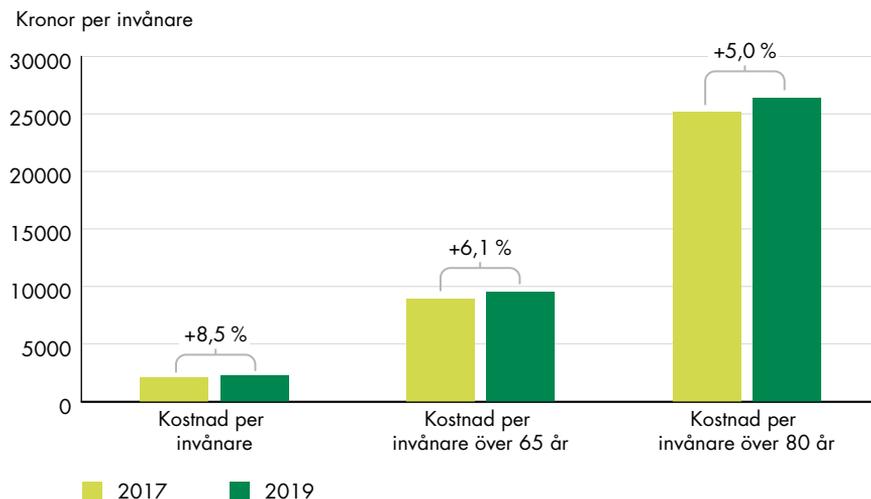
För de 29 kommunernas i urvalet ökar kostnaderna för kommunernas hälso- och sjukvård snabbare än för både den regionala primärvården och hälso- och sjukvården i stort. Ökningen per invånare beräknas till cirka 9 procent 2017–2019 med hänsyn till prisutvecklingen. Samtidigt var kostnaderna per invånare i den regionala primärvården oförändrade under perioden, och minskade med 1 procent i hälso- och sjukvården totalt. Skattningen är osäker, bland annat till följd av vårt begränsade urval, men trots det är vår bild att kostnadsökningen i kommunerna är högre än i den regionala primärvården.

Variationen mellan kommunerna är stor, både i kostnadsnivå och förändring över tid. För 22 av de 29 kommunerna i urvalet ökar kostnaderna mer än förväntat enligt inflation och befolkningsutveckling med hänsyn till ålder.

Resultaten visar att kostnaden per invånare i kommunerna ökar för samtliga tre åldersgrupper (under 65 år, över 65 år och över 80 år), se figur 19. Personer över 65 år står för 89 procent av kommunernas hälso- och sjukvårdskostnader för insatser med beslut enligt SoL och enligt HSL eller

öppen/förebyggande verksamhet. Personer över 80 år står för 82 procent av kostnaderna.

Figur 19. Förändring av kommunernas kostnad per invånare, uppdelat på tre åldersgrupper.



Not: Beräkningen visar snittet för ett urval av 29 kommuner, se metodbilaga avsnitt 9.3.1. Kategorin invånare över 65 år överlappar med invånare över 80 år.

Källa: Ensolution AB.

Faktaruta

Kommunernas hälso- och sjukvårdskostnader per invånare ökade med 14,3 procent i löpande priser 2017–2019. Även med hänsyn till ålder är ökningen stor, och per invånare över 80 år är ökningen 10,7 procent under tidsperioden. Ökningen kan bara delvis förklaras av en prisökning, som enligt omsorgsprisindex (OPI) var 5,4 procent alternativt enligt prisindex med kvalitetsjusterade löner för regioner (LPIK exklusive läkemedel) var 6,4 procent under perioden.

Enligt våra beräkningar ökar kostnaderna per patient mer än kostnaderna per invånare över 65 år. Det kan vara ett tecken på att kommunerna tar hand om fler patienter med stora och komplexa vårdbehov. Kostnadsökningen kan också bero på att patienter skrivs ut tidigare från slutenvård. I vår uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården, som infördes 2018, var kommunerna överens om att lagen har bidragit till att patienter och brukare har ett större vård- och omsorgsbehov när de skrivs ut. Det har i sin tur bidragit till att vård- och omsorgsinsatserna generellt har blivit både mer omfattande och mer avancerade (Vårdanalys 2020a).



Kommunernas totala vård- och omsorgskostnader ökar inte

Den totala kostnadsökningen i kommunernas vård- och omsorg är enligt Hälsoräkenskaperna betydligt mindre än den kostnadsutveckling för hälso- och sjukvård vi ser i vårt urval av kommuner. De tre posterna *vård och omsorg om äldre, insatser enligt LSS/SFB* och *insatser till personer med funktionsnedsättning (exkl. LSS/SFB)* i Nationalräkenskaperna ökade i genomsnitt med 1 procent under perioden 2017–2019, borträknat inflationen (enligt omsorgsprisindex). Beräknat per invånare ser vi till och med en minskning. Dessa poster inkluderar både HSL och ADL (se metodbilaga avsnitt 9.3.2).

En förklaring till att Hälsoräkenskaperna inte visar samma kostnadsökning totalt sett kan vara att andelen HSL ökar medan andelen ADL och service minskar. Det är dock svårt att bekräfta eftersom vi inte tittat på kostnadsutvecklingen för kommunernas ADL och service, och vi har inte en fullständig förklaring till varför kostnaderna inte ökar mer totalt sett. Men det finns en pågående utveckling som kan tala för en sådan förskjutning av kostnaderna. Vi vet att antalet patienter inom den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården har ökat kraftigt under det senaste decenniet, och att allt mer kvalificerade hälso- och sjukvårdsinsatser utförs av kommunerna. Parallellt med denna utveckling har andelen äldre i särskilt boende minskat något. Under de senaste fem åren ser vi att andelen personer som får stöd i omsorgen minskar, men att det ges mer insatser per person. Dessutom har andelen äldre med hemtjänst minskat, vilket bland annat kan förklaras av att tjänsterna utförs på andra sätt. Till exempel är det allt fler äldre som använder skatteavdraget för hushållsnära tjänster (RUT-avdrag). Andra skäl kan vara att fler får hjälp av närstående eller väljer att inte ansöka om hjälp, alternativt får avslag när det gäller små och tidiga insatser (Socialstyrelsen 2021b).

Även om urvalet är representativt på många sätt kan det finnas vissa skevheter i urvalet av kommuner som vi baserar våra beräkningar på som gör att kostnadsutvecklingen inte följer det nationella snittet.

4.3.3 Kommunernas hälso- och sjukvårdsinsatser sker främst i ordinärt boende och består till stor del av läkemedelshantering

Sedan 2018 samlar Ensolution också in data om vilka insatser som ges i kommunernas hälso- och sjukvård. Totalt 17 kommuner ingår i urvalet som samlats in 2018–2020, se metodbilagans avsnitt 9.3.1.

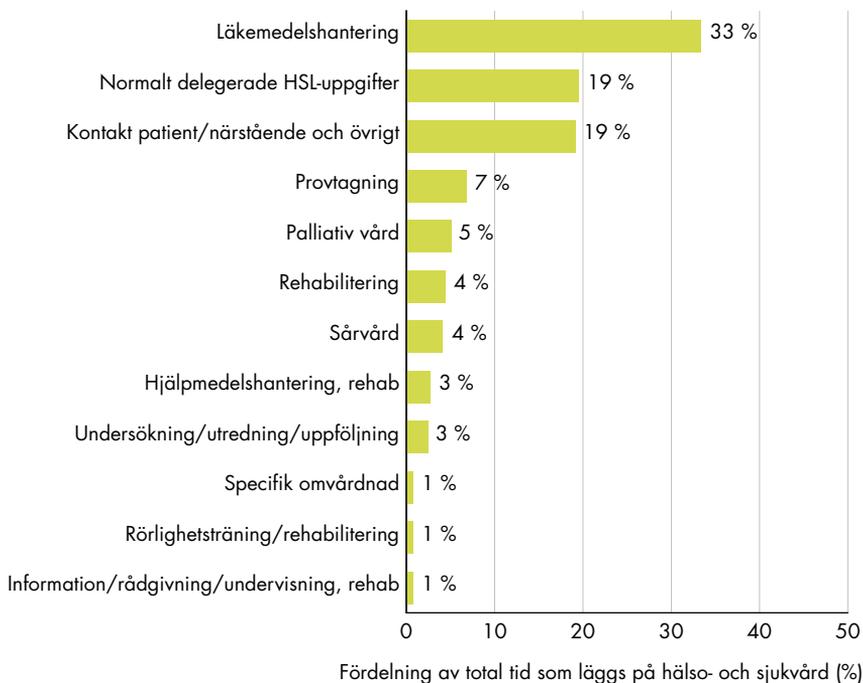
Många olika typer av insatser i den kommunala hälso- och sjukvården

De insatser som tar upp mest tid i den kommunala hälso- och sjukvården är läkemedelshantering, delegerade HSL-uppgifter (till exempel sondmatning,

stomiskötsel och katetervård), kontakt med patienter och närstående samt provtagning, se figur 20. Dessa fyra insatstyper utgör 78 procent av det totala antalet nedlagda timmar för samtliga yrkesgrupper (till exempel sjuksköterskor, rehabiliteringspersonal och undersköterskor). Vi har inte inkluderat insatser som ingår i familj och individomsorgen.

Den största delen av insatserna utförs i ordinärt boende. För kostnadsanalysen av de 29 kommunerna (se avsnitt 9.3.1) visar en nedbrytning att insatser i ordinärt boende står för 62 procent av kommunernas hälso- och sjukvårdskostnader och särskilt boende för 30 procent.

Figur 20. Fördelning av nedlagd tid per insatstyp, alla yrkeskategorier.



Not: Diagrammet visar olika insatstypers andel av det totala antalet insattimmar som utförs inom kommunal hälso- och sjukvård.

Källa: Ensolution AB.

Sjuksköterskor lägger i snitt 33 procent av sin arbetstid på så kallad direkt patienttid, det vill säga direkt arbete med patienten, så som läkemedelshandling, provtagning och sårbehandling. Resterande tid läggs på resor, vårddokumentation, planering och liknande.



Variationer mellan kommunerna i antalet timmar per patient

Antalet timmar per patient i den kommunala hälso- och sjukvården totalt sett varierar mellan kommunerna. En majoritet av patienterna får hjälp i 0-1 timme per vecka, och de flesta får hjälp i mindre än 5 timmar per vecka. Patienter som behöver hjälp i 5-10 timmar eller mer bedöms ha omfattande behov, och många får hjälp med specifik omvårdnad eller palliativ vård. Denna grupp utgör bara omkring 1 procent, men står för 10 procent av kommunernas totala hälso- och sjukvårdskostnader för legitimerad personal.

4.3.4 Många olika faktorer påverkar kommunernas kostnadsnivå

Vi ser ett antal möjliga orsaker till variationerna i kommunernas kostnadsnivå för hälso- och sjukvården. Avtal som sluts med regioner, andel inskrivna patienter av befolkningen och patienternas vårdtyngd bedöms ha störst betydelse.

Avtalen som sluts med regionen har framkommit som en viktig faktor för kommunernas kostnadsnivå. Skillnaderna kan till exempel bestå i olika principer för att skriva in patienter i hemsjukvården, om kommunen har ansvar för barn och ungdomar eller inte, om det är kommunen eller den regionala primärvården som ansvarar för rehabiliteringsinsatser, samt vad som gäller vid till exempel oplanerade besök och provtagning. Samtidigt finns flera exempel på stora kostnadsskillnader mellan kommuner i samma region vilket talar för att det finns fler faktorer än avtalen som förklarar skillnaderna.

Kommunernas kostnadsnivå påverkas också av andelen inskrivna patienter och antalet timmar som läggs per patient. Dessa faktorer påverkas i sin tur av vilken typ av vård som utförs i kommunen. De största kostnaderna per patient ser vi för hälso- och sjukvård inom korttidsvård, personlig assistans enligt socialförsäkringsbalken eller LSS och boende på särskilt boende.

Timkostnaden per patient påverkas också av andelen indirekt och direkt tid sjuksköterskan lägger på patienten – en hög andel indirekt patienttid samvarierar med högre kostnader.

En ytterligare förklaringsfaktor är hur man delegerar uppgifter till andra yrkeskategorier än sjuksköterska, eftersom en högre andel delegering hänger samman med lägre kostnader. Samtidigt behöver uppgifter alltid delegeras på ett patientsäkert sätt, och personal som ska utföra delegerade insatser ska ha tillräckliga kunskaper för det.

Andra inverkanfaktorer är kostnader för inhyrd personal samt olika geografiska och strukturella förutsättningar. Men vi saknar i nuläget kunskap om i vilken mån dessa faktorer förklarar skillnaderna i kommunernas kostnader.

4.4 KOMPETENSFÖRSÖRJNING

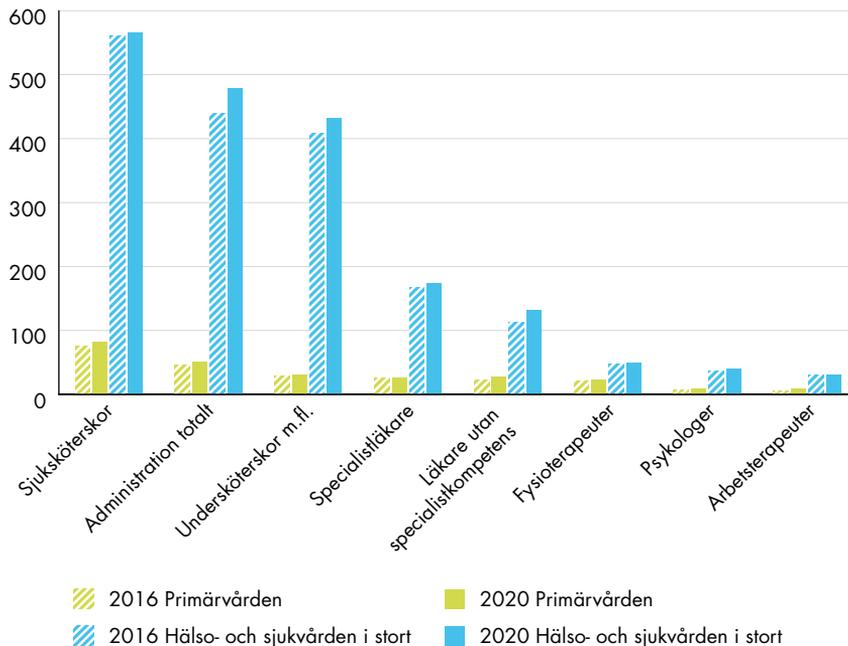
Det verkar fortfarande råda brist på flera yrkeskategorier i primärvården, vilket bekräftar tidigare studier som identifierat kompetensbrist.

4.4.1 Personalresurserna ökar i något högre takt i regionernas primärvård, förutom allmänläkare

I figur 21 jämförs utvecklingen för olika yrkesgrupper i primärvården i regionerna och i den regionala hälso- och sjukvården i stort. Figuren visar att antalet årsarbetare (regionanställd personal) per invånare ökade i alla yrkesgrupper under perioden 2016–2020. Totalt sett ökade personalantalet per invånare med 8 procent i primärvården, jämfört med 4 procent i hälso- och sjukvården i stort, se tabell 5. Den yrkesgrupp som ökade mest i primärvården är psykologer med 30 procent, dock från låga nivåer.

Figur 21. Årsarbetare per 100 000 invånare totalt i regionernas hälso- och sjukvård och i primärvården, 2016 och 2020.

Antal faktiska årsarbetare per 100 000 invånare



Not: Uppgifterna avser utförare i offentlig regi, ej privata utförare, som arbetar på uppdrag av regioner. Årsarbetare anger hur många anställda man skulle ha haft om den faktiska sysselsättningsgraden för månadsavlönade och arbetade timmar för timavlönade summerades till heltidsanställningar. Läkare utan specialistkompetens inkluderar till exempel läkare under AT- och ST-tjänstgöring samt legitimerade och olegitimerade läkare som arbetar under vikariat. Administration totalt innefattar både administratörer som arbetar med medicinsk dokumentation och handläggare och administratörer inom till exempel ekonomi, personal, information och IT.

Källa: SKR:s statistik över regionanställd personal. Avser anställda under november.

Tabell 5. Årsarbetare per 100 000 invånare totalt i regionernas hälso- och sjukvård och i primärvården, förändring 2016–2020.

Målgrupp	Primärvården	Hälso- och sjukvården i stort
Totalt	8 %	4 %
Psykologer	30 %	6 %
Läkare utan specialistkompetens	20 %	16 %
Arbeterapeuter	17 %	4 %
Administration totalt	9 %	9 %
Undersköterskor m.fl.	8 %	6 %
Fysioterapeuter	7 %	2 %
Sjuksköterskor	6 %	1 %
Specialistläkare	-3 %	4 %

Not: Uppgifterna avser utförare i offentlig regi, ej privata utförare, som arbetar på uppdrag av regioner.

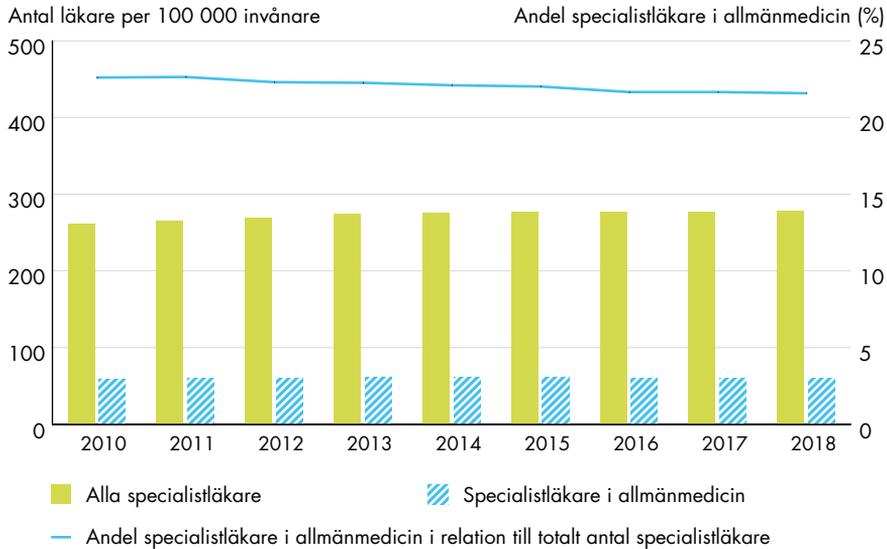
Källa: SKR:s statistik över regionanställd personal. Avser anställda under november.

Uppgifterna om primärvårdens bemanning är osäkra. Bland annat saknas uppgifter om bemanningen i ”privata verksamheter”, så vi antar att personalstatistiken motsvarar bemanningen i offentliga verksamheter. Det är dock troligt att vi underskattar utvecklingen av antalet årsarbetare eftersom det saknas uppgifter om privata utförare. Till exempel ökade andelen privata vårdcentraler något under 2016–2020, och andelen privat utförd primärvård ökade med cirka 4 procentenheter (se avsnitt 4.5.1). Vi har svårt att bedöma om denna ökning beror på ökad produktivitet eller fler årsarbetare i privat verksamhet.

Som framgår av tabell 5 avviker läkare med specialistkompetens från den positiva trenden i primärvården under 2016–2020, de minskade med 3 procent jämfört med en ökning på 4 procent i vården i stort. Däremot ser vi en stor ökning av läkare utan specialistkompetens i både primärvården och vården i stort.

Vi har också jämfört utvecklingen av andelen specialister i allmänmedicin i relation till alla specialistläkare. Av figur 22 framgår att denna andel har legat på ungefär samma nivå under det senaste decenniet, men med en marginell minskning från cirka 23 procent 2010 till cirka 22 procent 2018.

Figur 22. Utveckling av fördelning mellan specialisläkare i allmänmedicin och övriga specialisläkare, utfärdade specialistbevis.



Källa: Socialstyrelsen 2021a.

Personal i kommunernas hälso- och sjukvård

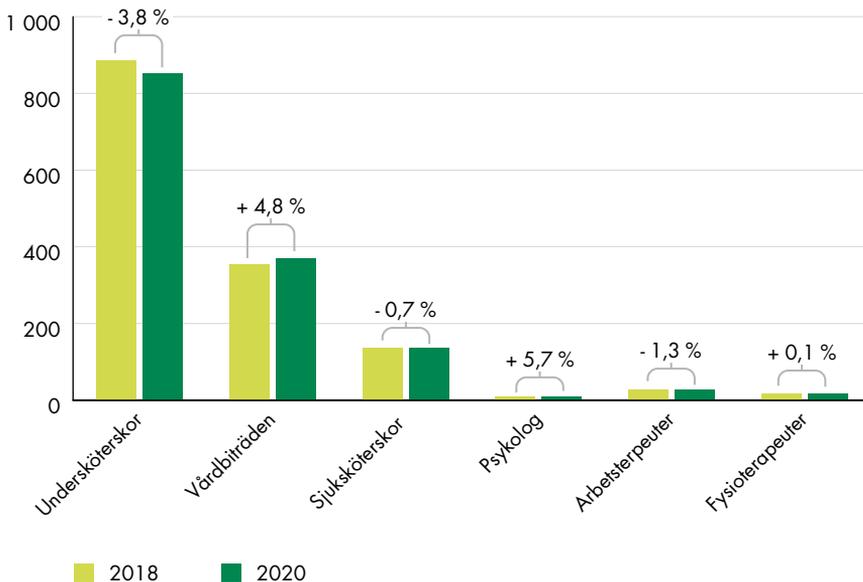
När det gäller personal i kommunal hälso- och sjukvård ser vi främst mindre förändringar under perioden 2018–2020, se figur 23. Totalt sett minskade personalantalet per invånare med 1,2 procent. De stora grupperna är undersköterskor, som minskade något, och vårdbiträden, som ökade med 5 procent. På grund av ändrad registrering och ändrade definitioner är dessa uppgifter inte jämförbara med tidigare år.

Även i denna personalstatistik saknas uppgifter om bemanning i verksamheter som drivs i privat regi, vilket gör att uppgifterna är osäkra.



Figur 23. Årsarbetare per 100 000 invånare totalt i kommunernas hälso- och sjukvård, 2018 och 2020.

Antal faktiska årsarbetare per 100 000 invånare



Not: Uppgifterna avser utförare i offentlig regi, inte privata utförare, som arbetar på uppdrag av kommuner. Årsarbetare anger hur många anställda man skulle ha haft om den faktiska sysselsättningsgraden för månadsavlönade och arbetade timmar för timavlönade summerades till heltidsanställningar.

Källa: SKR:s statistik över kommunal personal. Avser anställda under november.

4.4.2 Det råder brist på de flesta yrkeskategorierna i primärvården

Det är brist på många yrkesgrupper i primärvården, enligt regionernas egna bedömningar av efterfrågan på och tillgången till personal. Det framgår av Socialstyrelsens Nationella planeringsstöd för hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen 2021a). I alla regioner är efterfrågan större än tillgången på specialistsjuksköterskor, bland annat distriktssköterskor. En stor majoritet av regionerna rapporterar även brist på barnmorskor, grundutbildade sjuksköterskor, psykologer, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Det råder vidare läkarbrist inom många specialiteter, särskilt allmänmedicin. Tolv regioner uppger att de har brist på allmänläkare. Men många regioner rapporterar brist även på andra yrkesgrupper, till exempel dietister och psykoterapeuter.

Samtidigt har antalet sysselsatta i förhållande till befolkningens mängd varit relativt konstant över tid för de flesta legitimationsyrkena. Antalet varierar dock stort mellan regionerna. Till exempel hade Uppsala län 530 läkare per

100 000 invånare jämfört med 270 i Norrbottens län 2018. Samtidigt uppger nästan alla regioner att de har brist på läkare, vilket tyder på att ett större utbud inte behöver vara tillräckligt för att möta behoven (Socialstyrelsen 2021a).

Även i kommunernas hälso- och sjukvård råder brist på centrala yrkesgrupper

En majoritet av kommunerna rapporterade 2020 att efterfrågan på flera yrkesgrupper är större än tillgången (Socialstyrelsen 2020b). Mer än hälften bedömde att det är brist på sjuksköterskor och fysioterapeuter och tre av fyra kommuner hade brist på specialistsjuksköterskor. Knappt hälften av kommunerna hade för få arbetsterapeuter.

4.4.3 Vår tidigare uppföljning av kompetensförsörjningen visar på läkarbrist och ojämlig tillgång till läarkompetens i primärvården

Vi har tidigare följt upp tillgången till läarkompetens i primärvården, och fann då en stor brist på läkare (Vårdanalys 2018b). Vakansgraden (det totala antalet vakanser dividerat med det totala antalet verksamma läkare i primärvården omräknat till heltider) var 21 procent på nationell nivå. Vår uppföljning visade också att det varierar mycket hur många personer som är listade per läkare. Om läkarna hade varit jämnt fördelade efter befolkningen skulle bemanningen 2017 ha motsvarat ungefär en heltidsarbetande legitimerad läkare per 1 950 listade personer. Men tillgången till fast bemanning är ojämnt geografiskt fördelad; vårdcentraler i glesbygden har lägre fast bemanning och klarar sin läkarförsörjning med hjälp av hyrläkare och vikarier. Genomgående är bemanningssituationen bättre i de regioner som har egna lärosäten eller ligger nära sådana regioner, de har också färre listade per läkare.

Svårt att bedöma tillgången till kompetens

Det finns kunskapsluckor när det gäller kompetensförsörjningen. År 2020 kartlade Svenska Distriktsläkarföreningen regionernas kompetensförsörjningsplaner, men endast tio av regionerna svarade på en enkätundersökning. Kartläggningen visade att flera av de regioner som inte svarat inte heller beräknar antalet specialister i allmänmedicin utifrån befolkningsunderlag. Sju regioner kunde uppge antalet specialister i allmänmedicin omräknat till heltider, inkluderat både privat och offentligt anställda (Svenska Distriktsläkarföreningen 2020).



4.5 VÅRDKONSUMTION

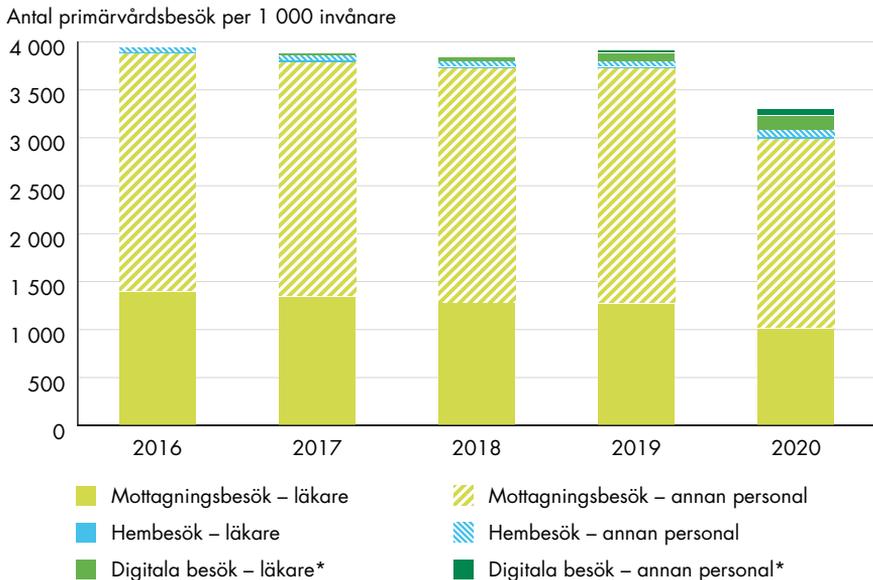
Minskande slutenvårdskonsumtion och ökande konsumtion av öppen specialiserad vård tyder på att allt mer vård förflyttas till öppenvården över tid, vilket följer en internationell trend och är i linje med målen för omställningen. Samtidigt ser vi att konsumtionen av fysiska primärvårdsbesök per invånare har minskat över tid men att den digitala konsumtionen ökat kraftigt under de senaste åren.

Den växande digitala konsumtionen väcker samtidigt frågor om jämlikhet, eftersom studier visat att resursstarka grupper är överrepresenterade bland de som använder digital vård och att en betydande del av den digitala vården gäller nya vårdbehov.

4.5.1 Den fysiska primärvårdskonsumtionen minskar

Antalet fysiska primärvårdsbesök per invånare minskade med 3,6 procent 2016-2019, se figur 24. Minskningen gäller framförallt läkarbesök på mottagning, och besöken till annan personal ligger kvar på ungefär samma nivå. Under pandemiåret 2020 minskade antalet fysiska besök per invånare med 18,9 procent jämfört med året innan. Under denna period minskade läkarbesök och besök till annan personal ungefär lika mycket.

Figur 24. Antal primärvårdsbesök per 1 000 invånare i riket.



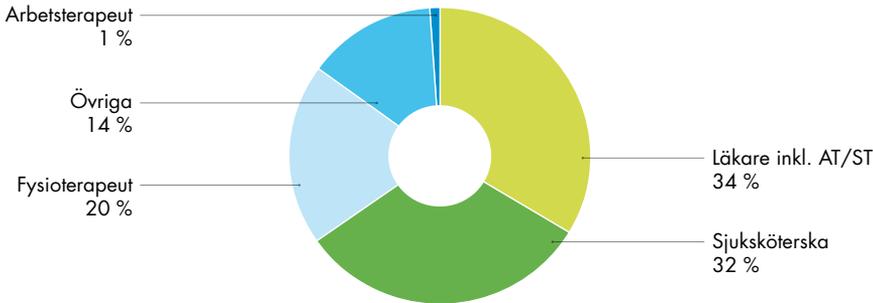
* Statistiken över de digitala besöken ger inte en komplett bild, se not.

Not: Både offentliga och privata vårdgivare ingår i statistiken. Hemsjukvården räknas inte in eftersom det varierar när kommuner tagit över hemsjukvården. De digitala besöken utgörs av tillgänglig statistik över privata vårdgivare i Sörmland och Jönköping och ger alltså inte en komplett bild av den digitala vården. Statistik saknas för regionernas egen digitala vård och privata vårdgivare i andra län. Se avsnitt 4.5.3 för mer information om statistik över digital vård.

Källa: De fysiska primärvårdsbesöken kommer från SKR:s verksamhetsstatistik och de digitala från SKR:s statistik över distanskontakter i Jönköping och Sörmland.

Läkare och sjuksköterskor är de två yrkesgrupper som står för störst andel av de fysiska primärvårdsbesöken, och tillsammans utför de ungefär 65 procent av besöken, se figur 25. Därefter kommer fysioterapeuter med 20 procent. Övriga yrkesgrupper, inklusive arbetsterapeuter, står för ungefär 15 procent av besöken.

Figur 25. Andel av primärvårdsbesöken per yrkesgrupp 2020.



Not: I kategorin övriga ingår till exempel undersköterskor, barnmorskor, psykologer, kuratorer och logopedier.

Källa: SKR:s verksamhetsstatistik.

Få nyetablerade vårdcentraler

När det gäller utbudet av vårdcentraler visar SKR:s verksamhetsstatistik att antalet vårdcentraler legat relativt konstant under en tioårsperiod, med vissa fluktuationer men utan en tydlig trend. Andelen vårdcentraler i privat regi har ökat med fyra procentenheter och var 44 procent 2020.

4.5.2 Rörelse av vård från slutenvård till öppenvård

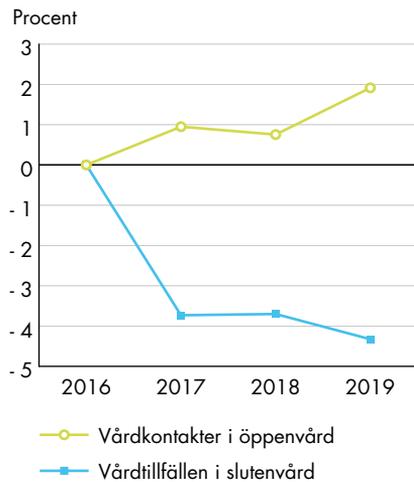
Antalet slutenvårdstillfällen minskar medan antalet öppenvårdsbesök i specialiserad vård ökar. Detta är i linje med en internationell trend av övergång från slutenvård till öppenvård som lett till effektiviseringar och bättre medicinskt utfall (Socialstyrelsen 2020a).

Antalet vårdtillfällen minskade med 4 procent i specialiserad somatisk vård och med 28 procent i specialiserad psykiatrisk vård under 2016–2019. Samtidigt ökade antalet öppenvårdsbesök i somatisk vård med 2 procent, medan öppenvårdsbesöken i psykiatrisk vård minskade med 2 procent.

Antalet disponibla vårdplatser i slutenvården minskade med 12 procent under 2016–2020, se figur 27.



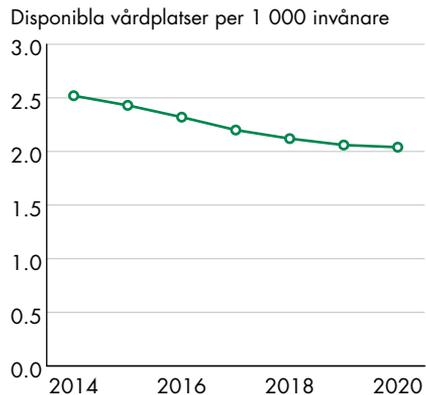
Figur 26. Procentuell förändring av vårdkontakter i specialiserad somatisk öppenvård och vårdtillfällena i somatisk slutenvård 2017–2019 i förhållande till 2016.



Not: Vårdkontakter i öppenvården avser specialiserad öppenvård (ej primärvård).

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Figur 27. Antal disponibla vårdplatser per 1 000 invånare i riket, 2014–2020.



Not: Inkluderar psykiatrisk heldygnsvård, sluten primärvård och somatisk slutenvård.

Källa: SKR:s verksamhetsstatistik.

4.5.3 Användningen av digitala vårdtjänster ökar kraftigt

Antalet digitala vårdbesök har ökat kraftigt över tid. Utifrån tillgänglig statistik över privata vårdgivare bedömer vi att ökningen varit 100 procent eller mer per år sedan 2017.

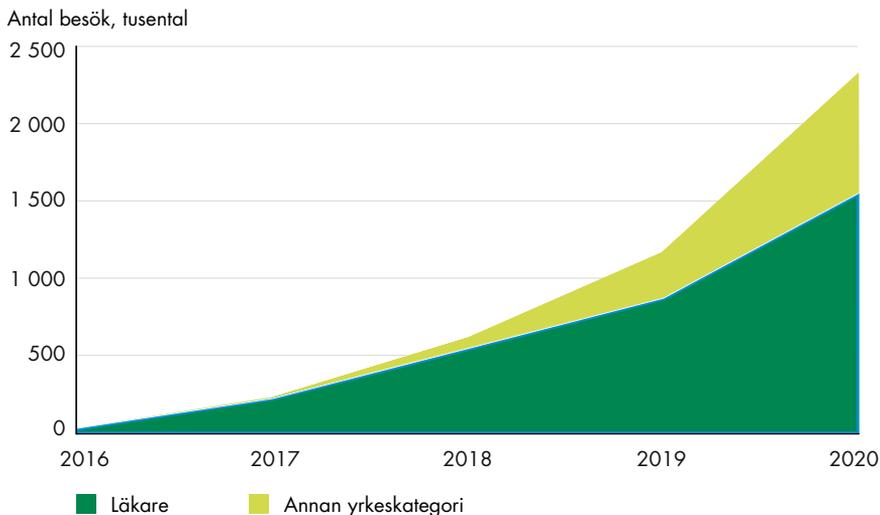
Idag finns ingen komplett samlad statistik över både offentlig och privat digital vård. Vi utgår från tillgänglig statistik över utomlänsvård som är utförd av privata vårdgivare från Region Jönköping och Region Sörmland, där en majoritet av de privata vårdgivarna registrerar sina digitala besök (SKR 2021a). De har sin bas i dessa två regioner men erbjuder vård till alla invånare i Sverige, och därför har vi valt att benämna det utomlänsvård. Men omkring 5 procent av dessa besök görs av invånare i Sörmland och Jönköping. Vår bedömning är att denna statistik täcker in en betydande del av den digitala vården eftersom den innefattar de flesta digitala besöken hos privata vårdgivare. Samtidigt ändras vårdlandskapet snabbt och andelen digital vård som regionerna själva utför ökar också. Därför vet vi inte exakt hur stor andel av de digitala vårdbesöken som fångas av den befintliga statistiken. En nyligen publicerad rapport lyfter till exempel att den publicerade datan från SKR som vi utgår från inte inkluderar den största aktören på området för digitala

psykologtjänster då den är registrerad i Region Stockholm. Den rapporten visar även på en kraftig ökning av digitala psykologbesök i primärvården (Blixt och Dahlstrand 2021).

År 2020 gjordes ungefär 2,3 miljoner digitala utomlänsbesök hos de privata vårdgivare som omfattas av statistiken, medan det i regionernas primärvård totalt sett genomfördes 32 miljoner fysiska besök hos både privata och offentliga utförare med offentlig finansiering.

Vi ser också att andelen läkarbesök är högre för de digitala besöken jämfört med de fysiska besöken (jämför figur 25 och 28).

Figur 28. Antal digitala utomlänsbesök av privata vårdgivare baserade i Region Jönköping och Region Sörmland.



Not: Avser utomlänsvårdens utveckling för privata vårdgivare. Vårdkontakterna avser kvalificerad sjukvård, vilket bland annat innebär att de innehållsmässigt ska motsvara öppenvårdsbesök. För 2016–2017 ingår enbart Region Jönköping, och för 2018–2020 ingår både Region Jönköping och Region Sörmland. Fram till 2018 gjordes en majoritet av de digitala vårdbesöken i Region Jönköping eftersom att de flesta privata digitala vårdgivarna hade sin bas där. År 2019 flyttade flera av dessa vårdgivare sin bas till Region Sörmland (SOU 2019:42). Jämförelser över tid bör därför göras med försiktighet.

Källa: För 2016–2017, data från Region Jönköping. För 2018–2020, SKR:s statistik över distanskontakter i Jönköping och Sörmland.

Det finns stora osäkerheter i statistiken om digitala besök

Två andra källor över regionernas distanskontakter är Väntetidsdatabasen och verksamhetsstatistiken, som båda förvaltas av SKR. Dit rapporterar regionerna också distanskontakter som de har utfört i egen regi. Statistiken i dessa källor indikerar att betydligt mer digital vård utförs, än vad som framgår av den tidigare presenterade statistiken över de privata vårdgivarna i Region Sörmland och Region Jönköping.

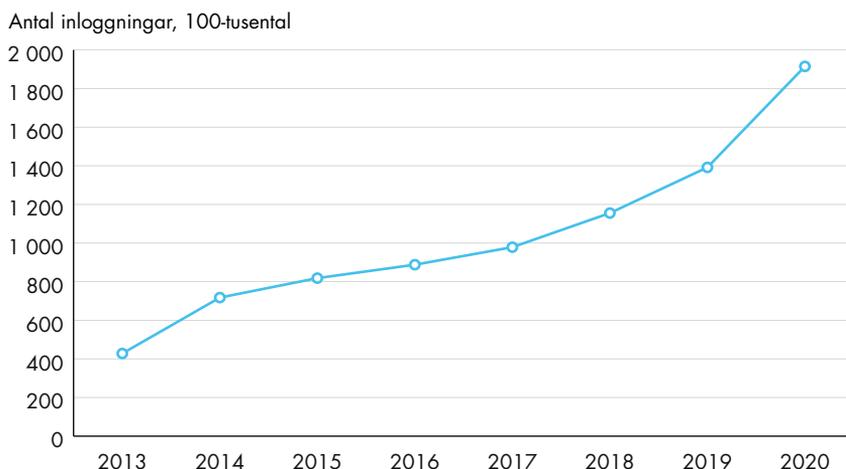


Statistiken för båda källorna är dock under utveckling och inte jämförbar varken mellan regioner eller över tid. För verksamhetsstatistiken går det inte heller att urskilja hur stor del av distanskontakterna som utgörs av telefonsamtal, brev/e-post eller digitala besök. Därför kan vi i dagsläget inte på ett tillförlitligt sätt beräkna det totala antalet distansbesök som utförs.

Inloggningar på 1177 ökar

Antalet inloggningar på 1177 Vårdguiden ökar också stort för varje år. Under 2016–2019 vad ökningen 58 procent, och under pandemiåret 2020 ökade antalet med 38 procent jämfört med året innan, se figur 29.

Figur 29. Antal inloggningar per år på 1177 Vårdguiden.



Not: En inloggning innebär ett besök på hemsidan då flera aktiviteter kan ha utförts av användaren.

Källa: Inera.

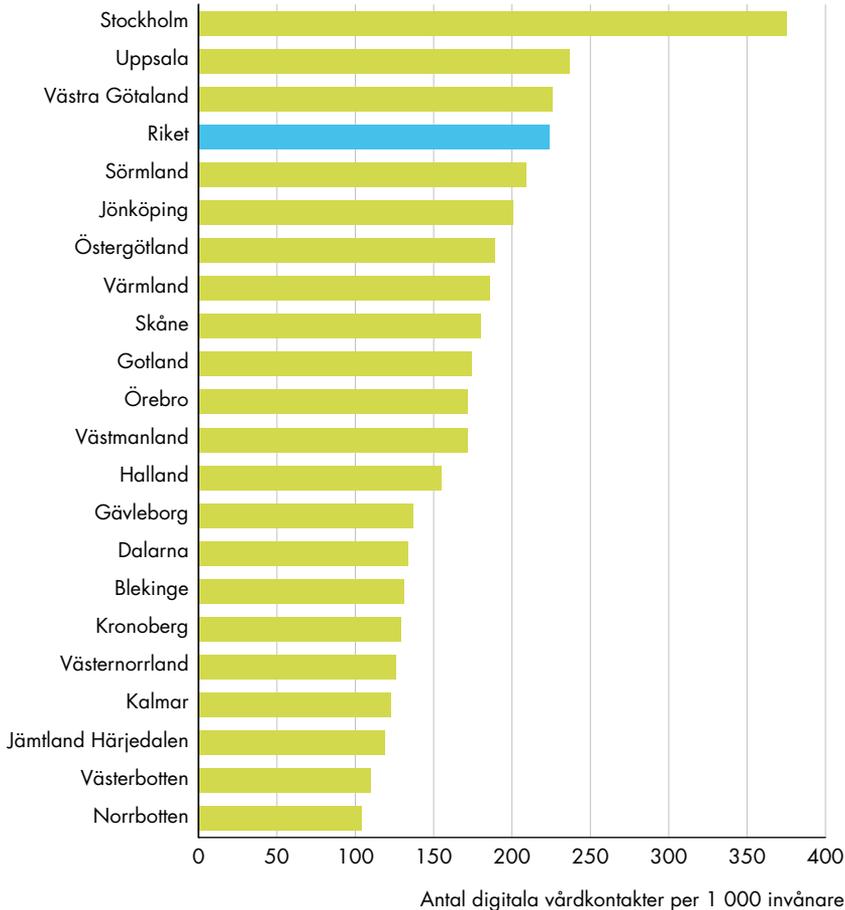
Användningen av digitala vårdtjänster är inte jämlik

Det finns stora regionala skillnader i digital vårdkonsumtion. Framför allt Region Stockholm sticker ut, där konsumtionen per invånare var mer än dubbelt så stor 2020 som snittet i resterande 20 regioner, se figur 30.

Det nya digitala vårdlandskapet väcker frågor om jämlikhet. Studier har visat att resursstarka grupper i högre grad konsumerar digital vård. De patienter som nyttjar digitala vårdtjänster är generellt unga, socioekonomiskt starka och födda i Sverige (Ellegård och Kjellsson 2019; Dahlgren m.fl. 2020). De söker också vård för lättare hälsoproblem, såsom luftvägsinfektioner, virus och hudåkommor, jämfört med patienter som söker vård på vårdcentraler

(Ellegård och Kjellsson 2019, Dahlgren m.fl. 2021, SKR 2021, Gabrielsson-Järhult 2021).

Figur 30. Antal digitala vårdbesök per 1000 invånare i regionerna 2020.



Not: Avser "utomlänsvård" utförd av privata vårdgivare. Besök avser kvalificerad sjukvård. Källa: SKR:s statistik över distanskontakter i Region Jönköping och Region Sörmland 2020.

Det finns ännu få studier som empiriskt undersökt i vilken grad digital vård ersätter fysisk vård eller om den utgörs av nya vårdbehov, men de studier som publicerats indikerar att graden av substitution är begränsad.

Ellegård och Kjellsson (2019) finner mycket få tecken på substitution i en studie av invånare i Region Skåne. Studiedesignen innebär dock att substitutionsgraden kan ha underskattats. Ellegård, LM, Mattisson, L och G Kjellsson (2021) använder en starkare metodik, men som begränsar analysen

till 19–20-åringar (i Västra Götaland och Stockholm). Studien tyder på att uppemot hälften av de digitala vårdbesöken i dessa åldersgrupper ersätter fysiska läkarbesök. Skattningen är dock osäker, även om forskarna med rimlig säkerhet kan utesluta både fullständig substitution och total brist på substitution.

Bilden av vilka som nyttjar digitala vårdtjänster och vilka problem de söker hjälp för kan troligen förändras över tid i och med att utbudet av dessa tjänster ökar, även i regional regi. Det är också troligt att en tjänst behöver finnas under en tid innan användningen blir mer spridd. Unga personer i städer tenderar också att vara "early adopters" och vara först ut med att använda nya tjänster (SOU 2019:42).

4.6 HÄLSOUTFALLET AV VÅRDEN

Befolkningens hälsa beror på en mängd olika faktorer, varav hälso- och sjukvårdens kvalitet är en. Hälsans bestämningsfaktorer kan vara både individuella och beroende av till exempel kön, ålder och arv, men också samhälleliga och strukturella, såsom socioekonomi och kultur (Folkhälsomyndigheten 2021). Regioner och kommuner kan bidra till att utjämna skillnader i hälsa genom hälso- och sjukvårdens viktiga kompensatoriska roll. Däremot är det i uppföljningen svårt att isolera hur vårdens insatser och kvalitet påverkar utvecklingen av människors hälsa.

De tre övergripande hälsoindikatorer vi valt att följa ligger alla mer eller mindre konstant över tid. Hälsogapet, alltså skillnaden i upplevd hälsa mellan personer med respektive utan långvarig sjukdom har också det legat konstant de senaste fem åren. Detta mått tyder alltså inte på att vården skulle ha blivit bättre på att förbättra hälsan hos personer med långvariga sjukdomar.

4.6.1 Övergripande kvalitets- och hälsoutfallsmått visar ingen större förändring

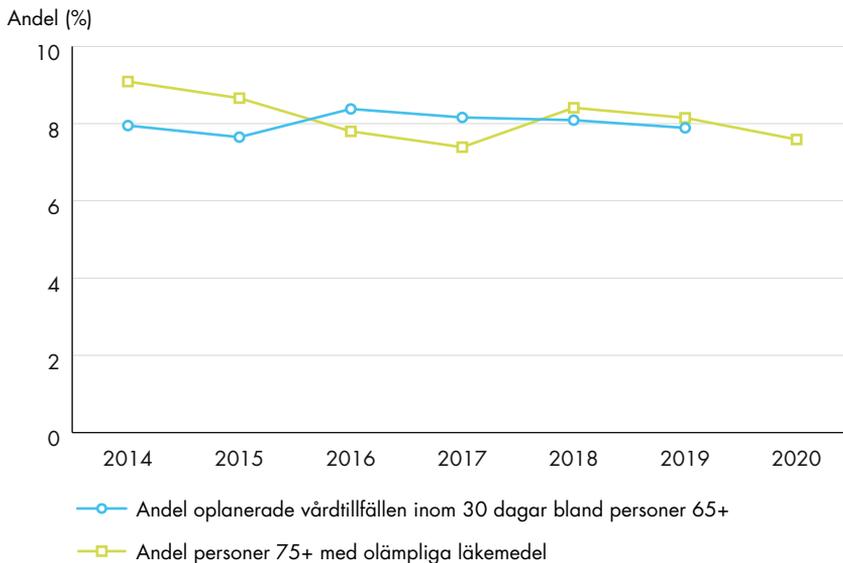
Vi har valt tre indikatorer som beskriver hälsoutfallet hos befolkningen och som fångar kvaliteten på vården för breda patientgrupper:

Andelen oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar har legat relativt konstant runt 8 procent under de senaste åren, se figur 31. Indikatorn följer personer äldre än 65 år och rör återinskrivningarna i förhållande till alla vårdtillfällen. Andelen återinskrivningar hos multisjuka äldre och mest sjuka äldre är ungefär dubbelt så hög som i hela gruppen äldre än 65 år (Socialstyrelsen 2021c).

Andelen äldre med läkemedel som bör undvikas har också varit runt 8 procent under de senaste åren, se figur 31. Indikatorn definieras som andelen personer äldre än 75 år som under ett år haft minst ett läkemedel som bör undvikas på grund av hög risk för biverkningar enligt Socialstyrelsen (2019).

Den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten har länge minskat och det gäller också 2017–2019, se figur 32. Indikatorn rör antalet dödsfall före en viss ålder som orsakats av sjukdomar som bedöms kunna påverkas genom medicinska insatser, tidig upptäckt och behandling. Bland diagnoserna som ingår finns tuberkulos, livmoderhalscancer, diabetes, astma, kikhosta och stroke. Indikatorn redovisas som ett fyraårsgenomsnitt för att öka den statistiska säkerheten. Det redovisade året är det sista av dessa.

Figur 31. Andel oplanerade vårdtillfällen inom 30 dagar samt andel personer 75+ med olämpliga läkemedel.

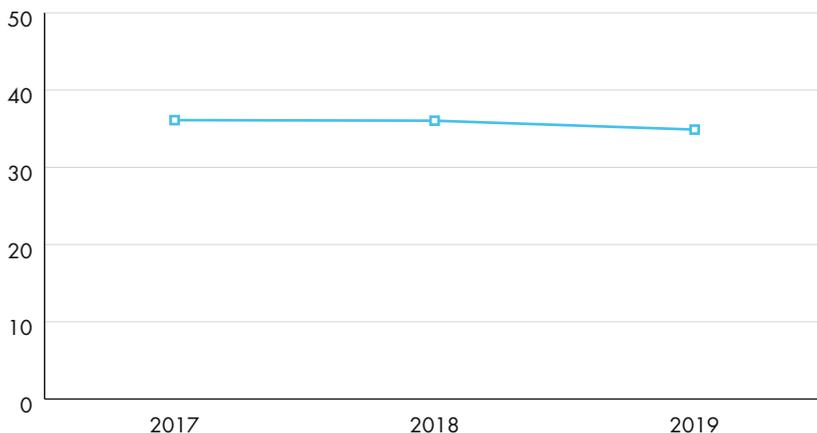


Källa: Andel oplanerade vårdtillfällen från Patientregistret och andel personer 75+ med läkemedel som bör undvikas från Vården i siffror (SKR).



Figur 32. Antal sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall per 100 000 invånare under 80 år.

Antal sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall per 100 000 invånare



Not: Indikatoren visar ett åldersstandardiserat fyraårsgenomsnitt, där det sista året är det som visas.

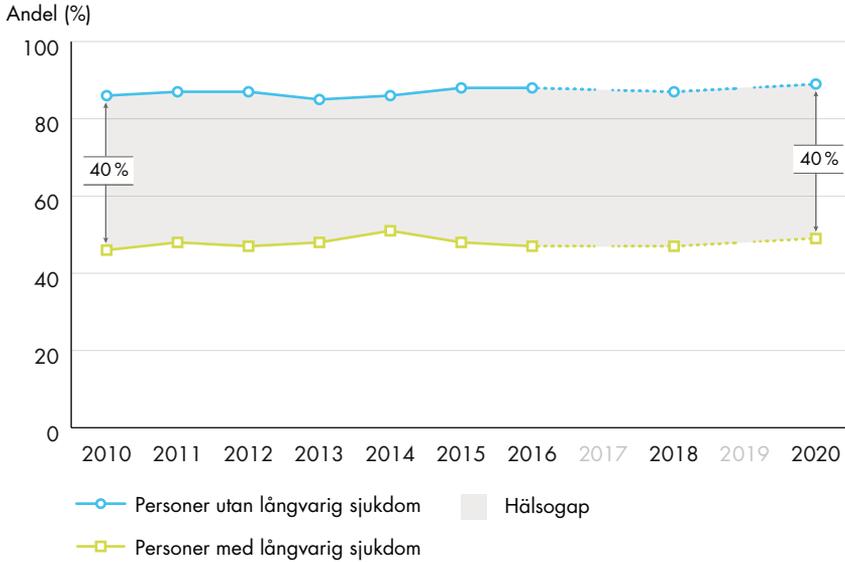
Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

4.6.2 Bättre hälsa och minskat hälsogap i ett längre tidsperspektiv

Sett till en längre tidsperiod blir den självupplevda hälsan allt bättre. Vi ser också att skillnaden i upplevd hälsa mellan personer med respektive utan långvarig sjukdom har minskat över en femtonårsperiod, men legat relativt konstant sedan 2015. Den självskattade hälsan har ökat för båda grupperna, se figur 33.

Hälsogapet är skillnaden i självskattad hälsa (andelen personer som anger att de har ett bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd) mellan personer som har en långvarig sjukdom och de som inte har det. Över tid visar hälsogapet hur livskvaliteten för patienter med olika sjukdomstillstånd ändras i förhållande till den övriga befolkningen, vilket kan påverkas av hälso- och sjukvården. Indikatoren anger skillnaden i procentenheter mellan andelen personer utan respektive med långvarig sjukdom som anger att de har ett bra eller mycket bra allmänt hälsotillstånd.

Figur 33. Andel som bedömer sin hälsa som bra eller mycket bra bland dem som har kontra inte har någon långvarig sjukdom.



Not: Inkluderar personer 16–84 år. Från och med 2016 genomförs Folkhälsoenkäten vartannat år.

Källa: Folkhälsoenkäten, Folkhälsomyndigheten.

4.7 BEFOLKNINGENS FÖRTROENDE FÖR OLIKA DELAR AV VÅRDEN

För att hälso- och sjukvårdssystemet ska fungera väl behöver befolkningen ha förtroende för vården (Vård- och omsorgsanalys 2018a). Resultat från den årliga undersökningen Hälso- och sjukvårdsbarometern visar att befolkningens förtroende för olika delar av vården var relativt konstant 2016–2019, för att sedan öka under pandemiåret 2020. Vi ser också att befolkningen har ett högre förtroende för sjukhus än för vårdcentraler och att det gällde även 2020. Se figur 34.

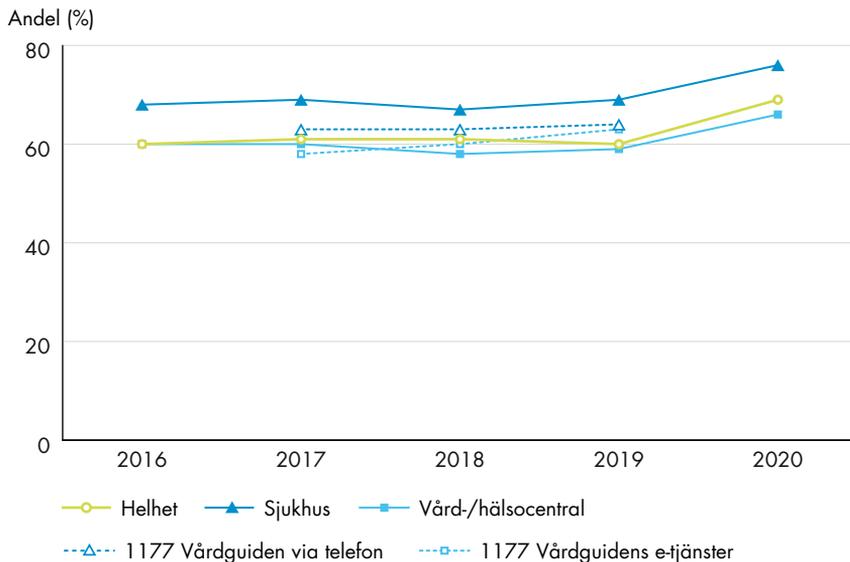
Förtroendet skiljer sig också åt geografiskt och mellan olika grupper i befolkningen. År 2020 utgjorde till exempel andelen invånare med förtroende för vården i sin helhet 56 procent i regionen med lägst förtroende, jämfört med 80 procent i regionen med högst förtroende.



Förtroendet kan påverka systemeffektiviteten, till exempel genom i vilken mån människor väljer att i första hand vända sig till primärvården när de har hälsoproblem. Ett lägre förtroende för primärvården kan leda till att patienter i stället vänder sig direkt till sjukhus eller akutmottagningar (Vård- och omsorgsanalys 2018a).

Flera faktorer påverkar personers förtroende. Bland annat samvarierar god tillgänglighet och låg andel hyrläkare med ett stort förtroende för primärvården (Vård- och omsorgsanalys 2018a). Möjligheten att få träffa samma läkare har också lyfts som det som flest anser skulle öka förtroendet för primärvården (SKR 2019).

Figur 34. Befolkningens förtroende för olika delar av vården. Andel med mycket eller ganska stort förtroende.



Not: Svartalternativen var: Mycket stort, Ganska stort, Varken eller, Ganska litet och Mycket litet. De som svarade vet ej är exkluderade från beräkningen.

Källa: Hälsö- och sjukvårdsbarometern, hämtat från Vården i siffror, SKR.

4.8 PRIORITERING AV MÅLSÄTTNINGARNA I REGIONERNAS STYRNING

En central del i regionernas styrning av primärvården är uppdragen till utförarna, de så kallade förfrågningsunderlagen (SOU 2018:55). En jämförelse av regionernas förfrågningsunderlag för primärvården år 2015 respektive år 2021 visar vissa tendenser till att regionerna i ökad utsträckning kopplar ersättning till områden som relaterar till omställningen. Några exempel är:

- Tre regioner ersatte utökade öppettider redan 2015 och sedan dess har ytterligare tre regioner infört ersättning för utökade öppettider.
- Fyra av regionerna ersätter år 2021 kontinuitet, generellt genom att följa upp Primärvårdskvalitets kontinuitetsindex. Ytterligare fem regioner följer upp kontinuitet utan att ersätta. 2015 ersatte tre regioner kontinuitet.
- Tre regioner har också infört ersättning specifikt för fast läkarkontakt sedan 2015.
- Tre regioner ersatte särskilt genomförande av samordnad individuell plan (SIP) 2015 och ytterligare fyra regioner har infört särskild ersättning för det sedan 2015.
- Sex regioner hade särskild ersättning för hälsosamtal 2015 och 2021 hade ytterligare sju regioner infört det.

Kapiteringen utgör en allt större del av regionernas ersättning. Fem regioner har slutat med besöksersättning och ytterligare tre regioner har minskat ersättningen per besök. Men varken kapiteringens beståndsdelar eller huruvida regionerna har målrelaterad ersättning har förändrats särskilt drastiskt över tid. Elva regioner använder sig av täckningsgrad (andelen primärvårdsbesök av det totala antalet öppenvårdsbesök) som ett sätt att mäta och ge målbaserad ersättning för att primärvården ska ta ett helhetsansvar för patienten.

Vi har i en övergripande analys av förändringarna i förfrågningsunderlagen inte kunnat se några tydliga samband med förekomsten av beslutade regionala strategier för omställningen.





Omställningen ur yrkesverksammas perspektiv

I det här kapitlet beskriver vi reformen ur yrkesverksammas perspektiv. Detta är våra viktigaste resultat:

- Tidigare studier visar att svenska primärvårdsläkare, i en internationell jämförelse, i högst grad upplever sitt arbete som stressigt. Samtidigt har de lägst antal besök per invånare och träffar i genomsnitt lägst antal patienter per arbetad timme. Men läkarna i Sverige har de längsta patientmötena. De anser i låg grad att primärvården är väl förberedd när det gäller kompetens och erfarenhet för att möta personer med kronisk sjukdom.
- De tidigare bristerna i primärvården verkar kvarstå, ur yrkesverksammas perspektiv. Det gäller till exempel arbetssituationen, arbetssätten och tillgången till kompetens.

5.1 SÅHÄR BELYSER VI OMSTÄLLNINGEN UR YRKESVERKSAMMAS PERSPEKTIV

Vi har för att belysa yrkesverksammas perspektiv använt vår internationella undersökning 2019 av hur primärvårdsläkare i Sverige anser att primärvården fungerar (Vård- och omsorgsanalys 2020c).

Därutöver har vi intervjuat företrädare för flera professionsorganisationer (se metodbilaga avsnitt 9.4). Frågorna rör deras syn på primärvården i dag och omställningen till en god och nära vård.

I metodbilagan (avsnitt 9.4) finns mer information om våra metoder och analyser.



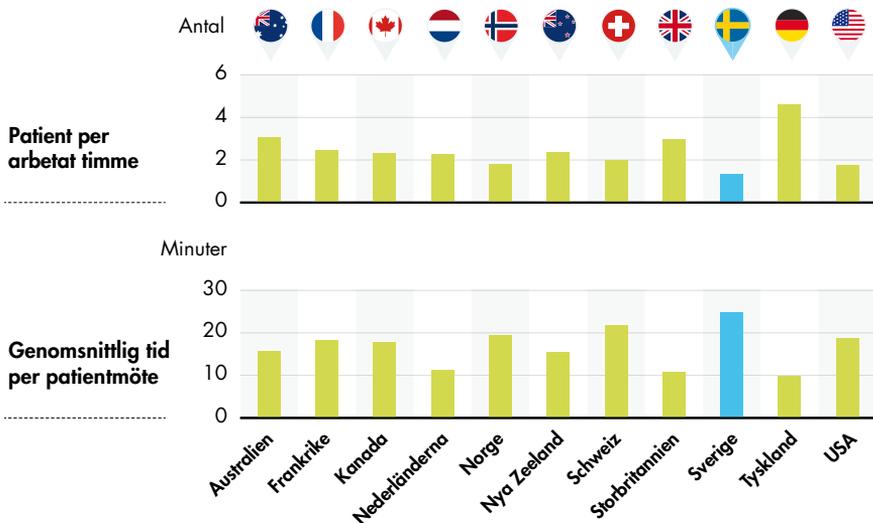
5.2 TIDIGARE STUDIER VISAR PÅ BRISTER I PRIMÄRVÅRDEN UR YRKESVERKSAMMAS PERSPEKTIV

År 2019 undersökte vi hur primärvårdsläkare i Sverige tycker att primärvården fungerar och jämförde resultatet med svaren från primärvårdsläkare i tio andra OECD-länder. Informationen bygger på den internationella enkätundersökningen IHP, som genomförs varje år. I 2019 års undersökning gav primärvårdsläkarna sin bild av vården och arbetet på vårdcentralerna (Vård- och omsorgsanalys 2020c).

5.2.1 Svenska primärvårdsläkare upplever hög stress

Vår internationella jämförelse 2019 visar att primärvårdsläkare i Sverige ser flera brister. De upplever sitt arbete som mycket eller oerhört stressigt. Sverige har samtidigt lägst antal läkarbesök per invånare och läkarna träffar i genomsnitt lägst antal patienter per arbetad timme. Men Sverige har de längsta patientmötena av länderna i undersökningen, se figur 35. Samma resultat framkom i en annan studie av 67 olika länder där Sverige alltså hade de längsta besöken i primärvården (Irving m.fl. 2017).

Figur 35. Genomsnittligt antal patienter träffade per arbetad timma och genomsnittlig tid för varje patientmöte.



Källa: Vård- och omsorgsanalys 2020c.

Det är oklart varför kontakt- och besöksmönstret i Sverige avviker från andra länders. I vår undersökning 2019 konstaterade vi att få läkarbesök per person skulle kunna indikera att läkare i Sverige träffar sina patienter mer sällan än läkare i andra länder, vilket också innebär en lägre grad av personlig kontinuitet. Detta styrks av våra resultat i denna rapport när det gäller kontinuitet, se avsnitt 3.3. Följden kan bli att det behövs ett längre läkarbesök för att patienterna behöver berätta om sin sjukdomshistoria.

På vårdcentralerna i Sverige är det vanligt att flera yrkesgrupper arbetar på mottagningen jämfört med andra länder. De antalsmässigt färre läkarbesöken i Sverige kan alltså också förklaras av att patienter i högre grad träffar andra professioner på vårdcentralen (Vård- och omsorgsanalys 2020c).

5.2.2 Svenska primärvårdsläkare är mindre väl förberedda att möta personer med kronisk sjukdom

Läkare i Sverige anser i mindre utsträckning än i andra länder att deras vårdcentraler är väl förberedda med kompetens och erfarenhet för att möta personer med kronisk sjukdom. Det är också få svenska läkare som tar fram en vårdplan för egenvård tillsammans sina patienter med kronisk sjukdom, vilket är betydligt vanligare i andra länder.

I samtliga länder som ingår i jämförelsen anser de flesta läkarna att samverkan mellan sjukhus, psykiatri och sociala insatser behöver prioriteras. De flesta tycker också att det behövs mer resurser till förebyggande arbete och sociala insatser (Vård- och omsorgsanalys 2020c).

5.3 PROFESSIONSFÖRETRÄDARE SER ATT OMSTÄLLNINGEN DELVIS LÖSER DAGENS PROBLEM

Under december 2020–februari 2021 intervjuade vi företrädare för ett tiotal professionsförbund. Intervjuerna bekräftar till stor del bilden från IHP-undersökningen när det gäller problemen i den svenska primärvården.

5.3.1 Professionsföreträdare ser positivt på omställningens mål

Många av intervjupersonerna ser generellt positivt på omställningen och målen för den, bland annat att regeringen lyft fram samordning, rehabilitering, förebyggande vård, den professionsneutrala vårdgarantin och den kommunala hälso- och sjukvården.



Många ställer sig också bakom målet att öka kontinuiteten och menar att det ger ökad trygghet och effektivitet samt skapar möjlighet till teamarbete och minskar beroendet av stafettpersonal. Många uppskattar att både fast läkarkontakt och fast vårdkontakt lyfts.

Delaktighet verkar vara det svåraste eller otydligaste målet ur de yrkesverksammas perspektiv och de har svårt att förstå vad som menas konkret.

Tillgänglighetsbegreppet upplevs som alltför snävt. Några intervju-personer menar att den nuvarande synen på tillgänglighet främst handlar om att "friska" personer ska kunna få en tid snabbt. De anser att tillgängligheten behöver anpassas efter olika målgrupper, till exempel personer med språkproblem eller kognitiv nedsättning och att man behöver nå de resurssvaga.

Samtidigt betonar flera att det behövs många olika åtgärder för att få en förändring inom ramen för omställningen. Det handlar till exempel om mer teamarbete, informerad och engagerad ledning, ändrade förutsättningar för utförare (till exempel listningstak), säkrad kompetensförsörjning och resurser, mer förebyggande vård och rehabilitering samt att få kontinuitet för patienten och att specialiserad vård också ingår i omställningen.

Att förändra kulturen i hälso- och sjukvården anses vara en styrningsfråga. Det finns flera delar i styrningen som behöver förändras, allt ifrån den ekonomiska styrningen till utbildningen.

5.3.2 Professionsföreträdare ser ett antal problem med dagens primärvård

Många företrädare för professionsförbund lyfter fram det positiva med det multiprofessionella teamarbetet i dagens primärvård. De framhåller att det är viktigt med tillgång till alla kompetenser för att ta ett helhetsgrepp om patienten. Många framhåller också möjligheterna med digitaliseringen. Några exempel som nämns är att man kan använda tiden mer effektivt, till exempel vid återbesök, och därmed skapa utrymme för att träffa fler patienter, att det ger möjligheter till egenmonitorering, till exempel genom att patienten mäter sina egna vitalparametrar, och att yngre personer kan ha lättare för att ta kontakt genom digital vård.

Men i intervjuerna framkommer även flera problem med dagens primärvård. Här nedan beskriver vi några av dem.

Primärvårdens uppdrag upplevs öka utan mer resurser

Primärvårdens uppdrag varierar i viss mån på regional nivå men generellt sett är det omfattande. Flera intervju-personer anser att primärvården fått

bredare ansvar och uppdrag – att primärvården är mer ”spindeln i nätet” än tidigare – men utan att få ökade ekonomiska resurser, kompetensutveckling eller fler anställda. De anser att arbetsbelastningen är hög i primärvården. Dessutom lyfts att ”alla andra” i vården utom primärvården själv definierar primärvårdens uppdrag. Vidare menar de att uppdraget förändras både strukturerat och ostrukturerat, men i högre grad automatiskt genom medicinska framsteg än strukturerat. De upplever också att uppgifter förflyttas från slutenvården utan att primärvården har rätt kompetens och att man behöver reflektera över vilken kompetens som kan flyttas till primärvården.

Det finns få synpunkter på det kommande reglerade grunduppdraget. ”Bara omkastning av ord” anser någon medan flera betonar att det är bra att det nu framgår att forskning ingår i uppdraget. Samtidigt betonas att forskning kräver resurser.

Kompetensförsörjningen upplevs ha brister

I intervjuerna framkommer också flera brister i kompetensförsörjningen. Det saknas tillräcklig bemanning i primärvården och sammantaget anser intervjupersonerna att det råder brist på personal inom alla yrkeskategorier. Man behöver minska stafettberoendet och bättre matcha kompetens med behov. Som exempel nämns att fler patientgrupper och patienter med stora behov kommer tidigare till primärvården, till exempel barn, unga, personer med beroendeproblem och personer som psykiatrin inte tar hand om. Upplevelsen är att primärvården har fått ett större ansvar för till exempel psykisk ohälsa och förebyggande vård.

Detaljstyrning och satsningar i form av projekt upplevs som problem

Några intervjupersoner menar att styrningen av primärvården har brister. Som exempel nämns att det är för mycket av detaljstyrning och att finansieringen är orimligt låg. Regionerna tar inte tillräcklig hänsyn till att vissa uppdrag är mycket krävande vad gäller läkarinsatser, till exempel när vårdcentralen har ansvar för många personer i särskilt boende. Intervjupersonerna betonar att primärvården måste utvecklas lokalt i vårdvardagen. Samtidigt framkommer att satsningar på primärvården ofta sjösätts som projekt som är utvecklade utanför verksamheten, vilket leder till att projekten bara blir tillfälliga och rinner ut i sanden när finansieringen försvinner.

Svårigheter med kompetensförsörjning och samverkan

Den kommunala hälso- och sjukvården anses i regel fungera ganska bra.



Bland bristerna lyfts att vården är underfinansierad och att kommunerna inte fullt ut förstår hälso- och sjukvårdsuppdraget, till exempel vad som krävs för att ha legitimerade yrkesgrupper och upprätthålla kompetensen. Intervjupersonerna tar upp låg bemanning och kompetensbrist i hemtjänsten, både klinisk kompetens och språkkompetens.

Några intervjupersoner anser att samverkan mellan region och kommun är alltför personberoende och att det behövs tydligare strukturer. Samverkan mellan primärvård och specialiserad vård anses vara svårt, till exempel i övergångar mellan vårdformer och vårdnivåer. Det finns ofta revirtänkande där sjukhuset och varje specialitet har sitt område och primärvården sitt. Att olika aktörer har sitt eget kostnadsansvar anses också hämma samverkan.



Slutsatser

Våra resultat och vår analys i tidigare kapitel visar att omställningen ännu inte har lett till några tydliga förändringar. I detta kapitel redogör vi för våra slutsatser hittills. Detta är de viktigaste slutsatserna:

- Det finns få indikationer på att omställningen hittills har lett till måluppfyllelse.
- En mängd aktiviteter pågår men omställningen tycks inte hittills lösa grundproblemen.
- Både patienter och yrkesverksamma stödjer omställningens mål och vill se förbättringar.

6.1 HITTILLS FINNS FÅ INDIKATIONER PÅ ATT OMSTÄLLNINGEN HAR LETT TILL MÅLUPPFYLLELSE

Det finns få tecken på att omställningen till en god och nära vård hittills har inneburit ökad måluppfyllelse, oavsett om vi betraktar reformen ur patienternas perspektiv, de yrkesverksammas perspektiv eller ett mer övergripande systemperspektiv. Den slutsatsen kan vi dra utifrån de samlade resultaten i kapitel 3–5.

6.1.1 Ur patientperspektivet finns få tecken på förbättringar

Inriktningsmålen om ökad tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet har inte nåtts ännu. Sammantaget ser vi ingen förändring när det gäller patienternas erfarenheter inom dessa tre områden och endast i undantagsfall kan vi se en



positiv eller negativ utveckling för målen. Pandemin har sannolikt haft en viss negativ påverkan på resultaten och patienternas erfarenheter av vården, men vi ser samtidigt få tecken på förbättringar i liknande enkätundersökningar som genomfördes kort innan pandemin bröt ut.

I regeringens inriktningsmål ryms också att vården ska bli mer personcentrerad. Det breda målet inrymmer de övriga målen om ökad tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet men också i vilken mån vården utgår från individens behov, preferenser och resurser.

När det gäller vårdens förmåga att utgå från behov och preferenser ser vi att personer med dålig självskattad hälsa har sämre erfarenheter av vården än personer med bra självskattad hälsa. Vi ser också att personer med långvarig sjukdom har sämre erfarenheter av vården än personer utan långvarig sjukdom. Det gäller för alla målen och tyder också på att det fortfarande finns brister när det gäller jämlikheten i vården. Detta överensstämmer också med den bild som patientorganisationerna gett i intervjuer: Primärvården fungerar bra för vanliga vårdbehov men sämre för de med mer omfattande och komplexa behov. Organisationerna har också lyft fram att det behövs bättre vägar in i vården – för att passa personer med olika behov och förutsättningar. Samtidigt tyder enkätundersökningar på en något bättre utveckling för personer med större vårdbehov jämfört med befolkningen i övrigt. Till exempel anser en högre andel personer med kroniska sjukdomar att vårdpersonalen har diskuterat huvudsakliga mål med behandlingen med dem.

Vården tar också vara på patientens egna resurser i för låg grad, till exempel genom att stärka hälsan eller ge stöd till egenvård. Det visar både enkätsvar och våra intervjuer med patientförbund. Många intervjupersoner efterfrågar ökad tydlighet om till exempel vårdens innehåll genom individuella planer eller patientkontrakt. En positiv utveckling är att fler patienter får en individuell plan, vilket samvarierar med upplevelsen av att samordningen är ändamålsenlig.

Personer med en fast kontakt i vården har också bättre erfarenheter när det gäller tillgänglighet, delaktighet och samordning, jämfört med personer utan en fast kontakt. Att kontinuiteten brister och att många saknar en fast kontakt kan därför vara en delförklaring till att vi inte ser förbättringar i tillgänglighet, delaktighet och personcentrering eller samordning för populationen i stort. Det finns också andra förklaringar än de som vi analyserat i denna rapport, som vi tidigare beskrivit i vår utvärdering av patientlagens genomslag (Vård- och omsorgsanalys 2017a). Den 29 oktober 2021 publicerar vi en ny uppföljning av patientlagens genomslag.

6.1.2 Ur systemperspektivet har omställningen bara lett till mindre förändringar – kostnadsökningen tycks drivas av kommunernas hälso- och sjukvård

Omställningen har ännu inte haft någon tydlig påverkan på primärvårdens ekonomiska resurser i regionerna. Systemet är fortfarande sjukhustungt och både Socialstyrelsens kartläggning och vår genomgång av regionernas egna budget- och strategidokument visar att få regioner har en uttalad strategi att öka primärvårdens andel av den totala hälso- och sjukvårdsbudgeten (Socialstyrelsen 2020b). Det finns vissa tendenser till att regionerna i ökad utsträckning kopplar ersättning till områden som relaterar till omställningen genom förfrågningsunderlagen men vi har inte kunnat se några tydliga samband med förekomsten av beslutade regionala strategier för omställningen.

Regionernas kostnader för primärvården har ökat långsamt under omställningens år 2017–2020. Samtidigt indikerar våra intervjuer med professionsförbund att primärvården får för lite ekonomiska resurser samtidigt som uppdraget blir allt större.

Kommunerna tycks stå för kostnadsökningen men är inte prioriterade i reformen

Kostnadsökningen tycks främst ske i kommunernas hälso- och sjukvård, med nästan 10 procent under perioden 2017–2019. Kommunernas hälso- och sjukvård står endast för ungefär en tiondel hälso- och sjukvårdens totala kostnader, men för drygt en tredjedel av den samlade primärvårdens totala kostnader. Kostnaderna har ökat mer än antalet inskrivna vilket tyder på att kommunerna tar hand om patienter med tyngre och mer komplexa vårdbehov än tidigare.

Detta överensstämmer med regeringens bedömning i propositionen: ”mycket talar för att den kommunala hälso- och sjukvården kommer att få ta sig an allt fler äldre med komplexa vårdbehov” och att den ”har en nyckelroll i utvecklingen till en mer nära vård” (prop. 2019/20:164). Men det ska ställas mot att satsningarna på omställningen hittills till stor del har riktats till regionerna. Av de utbetalade medlen har endast knappt en tiondel gått till kommunerna, vilket alltså inte motsvarar kommunernas andel av primärvården.

Konsumtionen av vård ökar i kommunerna och i digitala vårdtjänster

Vårdkonsumtionen ökar alltså i kommunerna. När det gäller konsumtionen av specialiserad vård inom regionerna har vi länge sett en förflyttning från slutenvård till öppenvård, vilket är i linje med målen för omställningen. Men omställningen har inte bidragit till en ökad konsumtion av primärvård.



Besöken till läkare på vårdcentral minskar, medan konsumtionen av digitala vårdtjänster i primärvården ökar stort. Men det är oklart om denna digitala vård faktiskt ersätter den fysiska vården på vårdcentral, för studier tyder på att graden av utbytbarhet (så kallad substitution) är begränsad. Vidare visar studier att resursstarka grupper är överrepresenterade bland de som använder digitala vårdtjänster och att vården till stor del gäller relativt lätta hälsobesvär. Vi ser också stora geografiska skillnader i vilka invånare som använder sig av digitala vårdtjänster. Den ökande konsumtionen av digitala vårdtjänster väcker alltså frågor om jämlikhet och effektivitet.

Kompetensförsörjningen är fortsatt en utmaning

Primärvården har fortfarande svårt att hitta personal och det råder kompetensbrists i både regioner och kommuner. För regionerna totalt sett ökar personalresurserna och flera yrkeskategorier mer i primärvården än i hälso- och sjukvården i övrigt, om än från en låg nivå. Men andelen specialister i allmänmedicin av specialistläkare totalt sett har minskat de senaste åren. I kommunernas hälso- och sjukvård är det bara mindre förändringar i yrkesgrupperna.

Andra systemmått har ännu påverkats lite av omställningen och förtroendet för primärvården är fortfarande lågt

De systemmått vi använder för att övergripande studera tänkbara effekter av omställningen ligger mer eller mindre konstant över tid, utom den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten som har minskat något. Systemövergripande mått påverkas dock av många skilda faktorer och det är svårt att isolera effekten av omställningen. Måtten tenderar att förändras långsamt och vi har bara följt utvecklingen under en kort tidsperiod.

En tydlig förändring är att förtroendet för alla delar av vården har stärkts under det senaste året. Men förtroendet för primärvården är fortfarande lägre än för övrig vård, vilket riskerar att påverka omställningens mål – att primärvården är den naturliga första linjens vård. Ett lägre förtroende kan leda till att patienter i stället vänder sig direkt till sjukhus eller akutmottagningar. Flera av de faktorer som vi belyst i denna rapport riskerar att ytterligare försämra förtroendet, till exempel den låga tillgängligheten, kompetensförsörjningsproblemen och den bristande personliga kontinuiteten.

6.1.3 Ur yrkesverksammas perspektiv kvarstår de brister i primärvården som framkommit tidigare

De brister i primärvården som tidigare framkommit ur yrkesverksammas perspektiv verkar finnas kvar. Det gäller till exempel arbetsituationen, arbetssätten och tillgången till kompetens.

Samtidigt har vi hittills inte kunnat belysa de yrkesverksammas perspektiv på omställningen i den grad vi vill, på grund av pandemin.

6.2 EN MÄNGD AKTIVITETER PÅGÅR MEN OMSTÄLLNINGEN TYCKS INTE HITTILLS LÖSA GRUNDPROBLEMEN

Omställningen till en god och nära vård pågår i högsta grad med många olika insatser. Den slutsatsen kan vi dra efter att ha tagit del av regionernas planer för omställningen och Socialstyrelsens sammanställning av regionernas återrapportering från överenskommelserna mellan regeringen och SKR, samt utifrån intervjuer med företrädare för professions- och patientförbund.

6.2.1 Utvecklingsarbetet inom omställningen utgår från överenskommelserna mellan regeringen och SKR

Regional och kommuner har kommit olika långt med att omsätta regeringens målbild för omställningen. Det handlar om att ta fram egna målbilder utifrån den regionala och lokala kontexten, att utifrån det formulera strategier för vad som ska göras för att nå målen och att planera hur det arbetet ska genomföras. Några regioner har redan en sådan målbild och strategi och i många fall pågår arbete i både region och kommun. Chefer och ledare i hälso- och sjukvården har en nyckelroll i förändringsarbetet med omställningen och bland annat SKR erbjuder dem stöd i sitt arbete genom ledarskapsprogram (SKR 2021d). Det är ett exempel på en insats som på längre sikt kan stärka förutsättningarna för att lyckas med omställningen.

Som vi konstaterat drivs mycket av omställningsarbetet fortfarande av statliga bidrag utifrån överenskommelserna mellan regeringen och SKR. Utvecklingsarbetet i regioner och kommuner handlar ofta om projekt inom en rad områden som på olika sätt berör omställningen. Många verkar vara lokala initiativ, där det kan förväntas att det tar tid innan utvecklingsarbetet implementeras, skalas upp och breddinförs och därmed leder till mer övergripande förbättringar sett till omställningens målsättningar.



Därmed drar vi slutsatsen att det är för tidigt att förvänta sig några synliga resultat i reformen. Våra resultat som redovisas i rapporten drivs av övergripande datakällor, som primärt visar utvecklingen på nationell nivå eller i vissa fall på regional nivå.

6.2.2 Primärvårdens förutsättningar är i stort sett oförändrade

Samtidigt som mycket lovvärt utvecklingsarbete pågår är det oroande att regionerna ännu inte verkar ha gett primärvården tillräckliga förutsättningar för att nå omställningens mål. Det handlar till exempel om en finansiering som motsvarar uppdraget och en rimlig arbetsbelastning samt tillgång till kompetens och möjlighet att få handledning och fortbildning.

I underlaget finns få tecken på att de ekonomiska resurserna i primärvården ökar tillräckligt mycket för att möta målsättningarna med omställningen. Vi har under 2020 sett indikationer på en högre ökningstakt av primärvårdens kostnader och som andel av hälso- och sjukvårdens kostnader. Men uppgifterna är osäkra och svåra att tolka, bland annat på grund av pandemins påverkan på hälso- och sjukvården. De flesta regioner verkar dessutom sakna tydliga planer på att öka finansieringen under kommande år.

Samtidigt ökar personalresurserna totalt sett mer i primärvården än i vården i stort. Och vissa yrkeskategorier, till exempel psykologer har ökat kraftigt, om än från låga nivåer. Det kan stärka teamarbetet och göra det lättare för primärvården att hantera bredden av sjukdomar. Vi kan ännu inte se någon förbättring när det gäller andelen specialitläkare i allmänmedicin. Det är problematiskt bland annat utifrån reformens mål om att primärvården i högre grad ska vara navet i hälso- och sjukvården och att kärnan i kontinuiteten ska vara en fast läkarkontakt i primärvården. Men vi har ingen tydlig bild av läkare under utbildning och vet därmed inte hur andelen specialister i allmänmedicin kommer att utvecklas. Svårigheterna att få en tydlig bild av återväxten framgår också av Socialstyrelsens uppföljning (Socialstyrelsen 2021d).

I kommunernas hälso- och sjukvård vi kan se mer tydliga kostnadsökningar, utifrån de underlag vi haft tillgång till. De verkar inte bero på en uttalad strategi mellan regioner och kommuner. Snarare kan de vara ett resultat av att allt sjukare patienter behandlas i hemmet. Vi vet ännu inte vilka förutsättningar kommunerna har för att möta den utvecklingen eller vilka prioriteringar den kommunala hälso- och sjukvårdens ökade kostnader innebär.

Historiskt har det varit svårt att omfördela resurser inom hälso- och sjukvårdssystemet till primärvården, trots att det länge har varit en ambition. En förhållandevis stor primärvård bidrar dock till ett kostnadseffektivt hälso- och sjukvårdssystem, vilket vi konstaterade i en tidigare belysning av primärvården. Vi rekommenderade även att regeringen bör säkerställa en långsiktig kompetensförsörjning i primärvården och att regionerna bör säkerställa att primärvården har resurser som motsvarar dess uppdrag (Vård- och omsorgsanalys 2017b).

Flera offentliga utredningar har också understrukit att primärvården behöver mer resurser (SOU 2016:2, SOU 2018:39, SOU 2019:42), till exempel genom att överföra av resurser från sjukhusen och genom att villkora ekonomiska bidrag (i överenskommelserna) med att regionerna förstärker primärvårdens resurser med motsvarande belopp som bidragen. I betänkandet *God och nära vård – En primärvårdsreform* (SOU 2018:39) konstaterades följande:

” Den största möjligheten för överföring av resurser från den traditionella sjukhusorganisationen till primärvården ligger därmed i en omfördelning av landsting/regioners egen budget för hälso- och sjukvården. Vår uppfattning är att en sådan överföring blir en naturlig effekt av den omställning mot en stark primärvård och en nära vård som flertal regioner/landsting är på väg mot, och vi uppfattar det därför ändamålsenligt och viktigt att följa just andelen av den ekonomiska resursen som tillfaller primärvården. [...] En ytterligare aspekt är den utbredda uppfattningen, som utredningen möter i många av sina dialoger, att primärvården i stora delar av landet redan i dag befinner sig i ett underfinansierat läge.”

Företrädare för både patient- och professionsorganisationer ger också bilden av att primärvården är underfinansierad.

Vår belysning av vårdkonsumtion under pandemin visar vidare att det finns ett stort kvarvarande vårdbehov, som inte har omsatts i efterfrågan på vård bland befolkningen. Det kan handla om både förebyggande och diagnostiserande eller behandlande insatser. Vi rekommenderade därför regionerna att bland annat öka tillgängligheten i första linjens vård (Vård- och omsorgsanalys 2021c).



6.3 DET FINNS ETT BRETT STÖD FÖR OMSTÄLLNINGENS MÅL OCH STOR EFTERFRÅGAN PÅ FÖRBÄTTRINGAR

Omställningen är efterfrågad och målsättningarna möter delvis de problem i primärvården som beskrivits av yrkesverksamma. En tydlig uppfattning är att primärvården behöver ökade ekonomiska och personalresurser men inom det området finns det finnas en stor skillnad mellan å ena sidan reformens mål och genomförandet hittills och å andra sidan de behov som lyfts av både professions- och patientföreträdare. Det finns få tecken på att omställningen hittills möter resursbehovet.

Generellt sett verkar det finnas en uppslutning kring reformens mål, i synnerhet ökad kontinuitet och tillgång till fast kontakt i primärvården. Våra resultat och analyser stöder också att man prioriterar det arbetet.



Vi fortsätter att utvärdera omställningen

I denna delrapport har vi främst fokuserat på ett övergripande patient- och systemperspektiv. Ett skäl är att vi inte velat belasta vårdens verksamheter med enkäter under covid-19-pandemin.

I arbetet med slutrapporten fortsätter vi att följa utvecklingen på motsvarande sätt som hittills men vi ser också ett behov att både bredda och fördjupa vår utvärdering.

7.1 UTVECKLINGEN FÖR UTSATTA GRUPPER OCH I GLESBYGD

I denna rapport har vi delvis använt webbenkäter för att belysa patienternas erfarenheter, vilket är en svaghet eftersom vissa grupper kan vara svåra att nå med den typen av enkäter. Till slutrapporten avser vi att göra en fördjupad studie av grupper med komplexa och omfattande vårdbehov. Det kan till exempel handla om personer i särskilt boende som behöver insatser från både region och kommun. Det kan också vara personer i socioekonomiskt utsatta områden och grupper som inte talar svenska som modersmål. Vi avser också att ytterligare belysa närstående- och föräldraperspektiven.

Den här rapporten innehåller ingen närmare redogörelse för utvecklingen i glesbygd eftersom vi den 2 november rapporterar uppdraget att kartlägga tillgänglighet och kvalitet i primärvården i Sveriges landsbygder (Socialdepartementet 2020d). Till slutrapporten kommer vi att fånga upp och bygga vidare på relevanta analyser från den rapporten.



7.2 KOMPETENSFÖRSÖRJNING, SAMVERKAN OCH YRKESVERKSAMMAS PERSPEKTIV

Till slutrapporten planerar vi att göra en enkät till verksamhetschefer i primärvården, för att belysa kompetensförsörjning och samverkan mellan vårdens olika delar i region och kommun samt andra förutsättningar för omställningen, till exempel styrningen genom primärvårdens uppdrag, finansiering och stöd till verksamheterna. Det är alltså centrala områden för omställningen till en god och nära vård.

Vi kommer vidare att upprepa den internationella enkätundersökningen (IHP) till primärvårdsläkare under 2022, vilket ger ytterligare underlag för att beskriva omställningen ur yrkesverksammas perspektiv.

7.3 UTVECKLINGEN AV FAST LÄKARKONTAKT

Tillgången till fast läkarkontakt är en prioriterad fråga i regeringens styrning. I den senaste överenskommelsen med SKR angavs till exempel konkreta mål för utvecklingen fram till utgången av 2022 (Socialdepartementet och SKR 2021):

- Andelen med fast läkarkontakt i primärvård ska vara minst 55 procent och kontinuitetsindex till läkare totalt ska öka med minst 20 procent.
- På särskilt boende ska minst 80 procent ha fast läkarkontakt och kontinuitetsindex till läkare ska öka betydligt.
- Regionerna ska ta fram rutiner för att dokumentera och registrera uppgifter om fast läkar- och vårdkontakt för löpande uppföljning.

Vår fallstudie om hur olika mått på kontinuitet stämmer överens på vårdcentralsnivå, visar att det är viktigt att följa flera mått. Det bör regionerna tänka på i utvecklingsarbetet utifrån överenskommelsen. Men det är också svårt att hitta tillförlitliga uppgifter om andelen med fast kontakt nationellt och att veta vad det i praktiken bidrar till. Det är till exempel möjligt att personer som listas på en fast kontakt också får högre kontinuitet enligt kontinuitetsindex, men för att avgöra det skulle vi behöva data på individnivå för att vara säkra på att det är samma population av individer som jämförs. Till slutrapporten kommer vi att fortsätta utvärdera utvecklingen av fast läkarkontakt i primärvården, med fokus på patienter med omfattande och komplexa vårdbehov. Vi avser även att undersöka förutsättningarna att i samarbete med fler regioner belysa utvecklingen av fast läkarkontakt. Vi vill undersöka både i vilken grad verksamheterna tillhandahåller fast

kontakt och hur patienterna upplever det. På så sätt kan vi också bidra till metodutveckling på området.

7.4 UTMANANDE ATT MÄTA DET OMSTÄLLNINGEN SKA BIDRA TILL

I den här rapporten har vi utgått från inriktningsmålen om ökad tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet. Men för omställningen finns också mer övergripande mål: att primärvården ska vara navet i vården som samspelar med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten samt att omställningen ska bidra till en mer jämlik och effektiv vård. Det är svårt att mäta vissa delar av dessa mål – inte minst om vården blir mer effektiv, men vi kommer att överväga hur vi kan belysa detta till slutrapporten. Vi har tidigare konstaterat att det saknas nationell statistik för att skapa en heltäckande bild av kostnader och patientbehov samt omfattningen av och innehållet i de insatser som görs i primärvård, kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst (Vård- och omsorgsanalys 2020a). Här behövs nya sätt att mäta de värden som uppstår i hela systemet. Vi har tagit del av exempel på sådana ansatser i vårt arbete (se till exempel Norén 2020).

Uppgifterna om primärvården har brister

En svårighet är att det till stor del saknas nationellt tillgänglig data om primärvården i både regional och kommunal regi, till exempel vilka insatser som ges av vem och till vem samt vilka värden som skapas. För att få sådan information behöver vi ofta fråga patienter och verksamhetsföreträdare.

Vidare är de uppgifter som finns tillgängliga om vårdkonsumtion, kostnader och bemanning svåra att kvalitetssäkra och inte alltid heltäckande. Det är svårt att belägga vad skillnader mellan åren faktiskt består i och inrapportering sker inte alltid på ett enhetligt sätt.

Utvecklingen av gränsöverskridande digitala vårdtjänster gör uppgifter om vårdkonsumtion mer osäkra

Ytterligare en svårighet i uppföljningen är att vissa uppgifter om till exempel vårdkonsumtion blir allt mer inaktuella på grund av strukturförändringar. Det är tydligt när det gäller den ökande användningen av digitala vårdtjänster inom den traditionellt fysiska vården, till exempel vid vårdcentraler.

Den ”digitala konsumtionen” kunde tidigare mätas genom att följa användningen av digitala vårdtjänster, som oftast var knutna till ett par



regioner och som gavs i form av utomlänsvård. Nu är det en mer komplicerad situation med olika lösningar, där betydligt fler aktörer erbjuder digitala vårdtjänster både inom regionerna och över länsgränser. Det har alltså blivit mer komplicerat att följa utvecklingen. Sannolikt behövs också en bredare ansats för att beskriva digitaliseringens bidrag till omställningen, än att bara studera utvecklingen av digitala vårdtjänster, vilket ofta handlat om videosamtal. Det finns många olika digitala verktyg och tjänster som skulle kunna förändra arbetssätt och bidra till att patienten till exempel får mer stöd i sin egenvård eller att vården tar vara på den information som patienter själva kan skapa genom exempelvis egenmonitorering. Vi kommer att överväga möjligheterna att beskriva detta i slutrapporten.

Det är svårt att beskriva kommunernas kostnader för hälso- och sjukvård på nationell nivå

Det saknas offentlig statistik över kommunernas hälso- och sjukvårdskostnader. Som vi närmare beskrivit i avsnitt 4.3.1 särredovisas inte kommunernas kostnader för hälso- och sjukvård, HSL, från omsorgsinsatser enligt SoL. Det innebär bland annat att vi inte kan bedöma om det skett förändringar av konsumtionsmönster och vårdbehov inom vård och omsorg i kommunerna om det är så att förändringarna i HSL- och SoL-konsumtion tar ut varandra kostnadsmissigt. Uppgifterna som SCB idag publicerar över den kommunala hälso- och sjukvården baseras dessutom på relativt gamla schablonberäkningar. För att bättre beskriva utvecklingen har vi i denna rapport gjort en fördjupad studie av kommunernas insatser och kostnader för hälso- och sjukvård. Men det saknas i nuläget möjligheter att få en årligen återkommande sådan beskrivning på nationell nivå. Detta är problematiskt sett både till kommunernas allt större betydelse som hälso- och sjukvårdshuvudmän och för att det är svårt att få en bild av hur den sammantagna primärvården utvecklas och vilka effekter omställningen till en god och nära vård får.



Referenser

- Anell, A. (2015). *Primärvårdens funktion, organisation och ekonomi – en litteraturöversikt: Rapport till utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården* (S 2013:4), SOU 2016:2: Bilaga 3.
- Blixt, M., Dahlstrand, A. (2021) Innovationer inom digitala tjänster för psykisk hälsa - utveckling och hinder: https://www.vinnova.se/contentassets/24ca94ab27274b94a32471db28da8eco/bilaga-3_digitala-tjanster.pdf [Hämtat 2021-09-21].
- Costello, A. B., Osborne, J. W. (2005) Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical assessment, research & evaluation*, 10(7), 1-9.
- Dahlgren C., Hagman M., Sveréus S., Rehnberg C. (2020). *Vilka grupper använder digital vård i Region Stockholm? En kartläggning av konsumtionen av digitala vårdbesök 2016–2018*. Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning, Region Stockholm; 2020. Rapport 2020:3.
- Ellegård, LM., Kjellsson, G. (2019). Användare av digitala vårdtjänster kontaktade fysiska vårdcentraler oftare än andra och gjorde inte färre akutbesök. *Läkartidningen*. 2019;116:FSWP.
- Ellegård, LM., Mattisson, L., Kjellsson, G. (2021). *An App Call a Day Keeps the Patient Away? Substitution of Online and In-Person Doctor Consultations Among Young Adults*. Working Papers in Economics nr 808. Göteborgs universitet, Nationalekonomiska institutionen.
- Engström, S., Borgquist, L., Nordvall, D., Albinsson, G., Arvidsson, E. (2019). Hög personlig läkarkontinuitet i primärvård förenad med färre besök på akutmottagning. En populationsbaserad studie i Jönköpings sjukvårdsregion. *Läkartidningen*. 2019,116:FTPW.

- Folkhälsomyndigheten (2021). *Hur hänger livsvillkor och hälsa ihop?* <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/hur-hanger-livsvillkor-och-halsa-ihop/> [Hämtat 2021-04-21].
- Gabrielsson-Järhult, F., Kjellström, S., Areskoug-Josefsson, K. (2021). Telemedicine consultations with physicians in Swedish primary care: a mixed methods study of users' experiences and care patterns. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. DOI:10.1080/02813432.2021.1913904.
- Irving, G., Neves, A.L., Dambha-Miller, H. m.fl. (2017). International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open*, 2017:7.
- Kohnke, H., Zielinski, A. (2017). Association between continuity of care in Swedish primary care and emergency services utilisation: a populationbased cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, vol. 35 nr 2 s. 113- 119.
- Norén, D. (2020). *Närsjukvårdsteam vid Södra Älvsborgssjukhus. Exempel med kostnadsberäkningar. Nära vård – nya sätt att mäta ändamålsenlighet och systemeffekter*. https://skr.se/download/18.1f376ad3177c89481f74ad10/1615451189559/Narsjukvardsteam_exempel_kostnader.pdf [Hämtat 2021-08-30].
- Prop. (2017/18:83). *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Prop. (2019/20:164). *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Prop. (2020/21:60). *Forskning, frihet, framtid – kunskap och innovation för Sverige*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Pereira Gray, D.J., Sidaway-Lee, K., White, E., Thorne, A., Evans, P. H. (2018). Continuity of care with doctors – a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality, *BMJ Open*, vol. 8 nr 6 s. e021161.
- SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2021). *Kontinuitet i vården. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska och etiska aspekter*. Publikation nr: 329. <https://www.sbu.se/329> [Hämtat 2021-08-19].
- SCB – Statistiska centralbyrån (2021a). *Befolkningsstatistik*: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/utbildning-och-forskning/befolkningens-utbildning/befolkningens-utbildning/> [Hämtat 2021-08-17].

- SCB – Statistiska centralbyrån (2021b). *Befolkningsstatistik*: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/pong/tabell-och-diagram/helarsstatistik-riket/sveriges-befolkning-efter-fodelsland-region-medborgarskap-och-bakgrund-31-december-2020/> [Hämtat 2021-08-17].
- SCB – Statistiska centralbyrån (2021c). *Hälso- och sjukvårdens andel av BNP var 10,9 procent 2019*. <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/nationalrakenskaper/nationalrakenskaper/halsorakenskaper/pong/statistiknyhet/halsorakenskaper-2019/> [Hämtat 2021-06-01].
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2019). *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2018. Befolkningens attityder till, förväntningar på och erfarenheter av hälso- och sjukvården*.
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020). *Pandemin och hälso- och sjukvården – Läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården med anledning av covid-19*.
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021a). *Delredovisning av primärvårdens digitala utbud 2020*. <https://skr.se/download/18.2b9356b71784ab0c985cae40/1617946043424/Digitala-vardkontakter-i-prim%C3%A4rvården-2020.pdf> [Hämtat 2021-04-26].
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021b). *Patientkontrakt*. <https://skr.se/skr/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvard/naravard/patientkontrakt.28918.html> [Hämtat 2021-05-21].
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021c). *Väntetider i vården*: <https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik.54405.html> [Hämtat 2021-04-08].
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021d). *Ledarskap stöd Nära vård*: <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/ledarskapstodnaravard.34757.html> [Hämtat 2021-06-28].
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021e). *Ekonomirapporten, maj 2021. Om kommunernas och regionernas ekonomi*.
- SLF – Sveriges Läkarförbund (2019). *Allmänheten om fast läkare*. <https://slf.se/app/uploads/2019/10/allmanheten-om-fast-lakare-2019.pdf> [Hämtat 2021-04-08].
- Socialdepartementet (2019). *Uppdrag angående uppföljning av primärvård och uppföljning av omställningen till en mer nära vård*. Regeringsbeslut I:8 den 4 juli 2019.

- Socialdepartementet (2020a). *Uppdrag att följa upp patientlagens genomslag*. Regeringsbeslut I:2 den 2 april 2020.
- Socialdepartementet (2020b). *Uppdrag att utvärdera omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård*. Regeringsbeslut I:6 den 16 april 2020.
- Socialdepartementet (2020c). *Uppdrag att följa upp överenskommelsen om digitalisering inom äldreomsorgen*. Regeringsbeslut I:3 den 14 maj 2020.
- Socialdepartementet (2020d). *Uppdrag om tillgänglighet till primärvård i Sveriges landsbygder*. Regeringsbeslut I:8 den 30 juli 2020.
- Socialdepartementet (2020e). *Uppdrag om personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp*. Regleringsbrev för budgetåret 2021 avseende Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Regeringsbeslut I:19 den 22 december 2020.
- Socialdepartementet och SKR (2019a). *God och nära vård. En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2019*.
- Socialdepartementet och SKR (2019b). *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*.
- Socialdepartementet och SKR (2020a). *Insatser inom området psykisk hälsa. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2020*.
- Socialdepartementet och SKR (2020b). *God och nära vård 2020. En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården*.
- Socialdepartementet och SKR (2020c). *Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2021. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*.
- Socialdepartementet och SKR (2020d). *Insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2021–2022. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*.
- Socialdepartementet och SKR (2020e). *Överenskommelse om sammanhållen, jämlik och säker vård 2021. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*.
- Socialdepartementet och SKR (2021). *God och nära vård 2021. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*.
- Socialstyrelsen (2019). *Läkemedel som bör undvikas till äldre*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/aldre-olampliga-lakemedel-for-aldre-lista.pdf> [Hämtat 2021-04-08].

- Socialstyrelsen (2020a). *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård. Ett förslag på indikatorer*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-6-6760.pdf> [Hämtat 2021-04-22].
- Socialstyrelsen (2020b). *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-6-6826.pdf> [Hämtat 2020-12-01].
- Socialstyrelsen (2021a). *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet 2021*.
- Socialstyrelsen (2021b). *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2021*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-3-7249.pdf> [Hämtat 2021-06-01].
- Socialstyrelsen (2021c). *Återinskrivningar av multisjuka och sköra äldre*.
- Socialstyrelsen (2021d). *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020. Utvecklingen i regioner och kommuner samt förslag på indikatorer*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-8-7496.pdf> [Hämtat 2021-08-31].
- SOU 2016:2. *Effektiv vård. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2017:53. *God och nära vård. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2018:39. *God och nära vård. En primärvårdsreform*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2018:55. *Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv. Kartläggning av socioekonomiska skillnader i vårdutnyttjande och utgångspunkter för bättre styrning*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2019:29. *God och nära vård. Vård i samverkan*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2019:42. *Digifysiskt vårdval. Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2020:19. *God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Svenska Distriktsläkarföreningen (2020). *Regionernas kompetensförsörjning – en enkätundersökning*. <https://slf.se/dlf/om-oss/kompetensforsorjning/> [Hämtat 2021-01-03]
- Tillväxtanalys (2014). *Bättre statistik för bättre regional- och landsbygds politik*. Rapport 2014:04.

- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2012). *Patientcentreringen i svensk hälso- och sjukvård. En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring* (Rapport 2012:5). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016). *Vården ur befolkningens perspektiv 2016. En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder* (PM 2016:5). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017a). *Lag utan genomslag. Utvärdering av patientlagen 2014–2017* (Rapport 2017:2). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017b). *En primär angelägenhet. Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum* (Rapport 2017:3). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018a). *Förnuft och känsla. Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården*. Rapport 2018:4. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018b). *Allmän tillgång? Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård* (Rapport 2018:5). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018c). *Möten med mening. En analys av patienters erfarenheter av vårdmöten*. (Rapport 2018:12). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019). *Med örat mot marken. Förslag på nationell uppföljning av hälso- och sjukvården*. (Rapport 2019:2). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020a). *Laga efter läge. Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården*. (Rapport 2020:4). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020b). *Primärt i vården. En studie om befolkningens syn på kontinuitet vid vårdcentraler*. (Rapport 2020:9). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020c).
Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv 2019. En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder. (Rapport 2020:5). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021a).
Fast kontakt i primärvården. Patienters uppfattning om tillgången till fast läkarkontakt och fast vårdkontakt i primärvården (PM 2021:1). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021b).
Vården ur befolkningens perspektiv – 2020. En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder. (Rapport 2021: 4). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021c).
I skuggan av covid-19. Förändringar i befolkningens vårdkonsumtion till följd av pandemin under 2020 (Rapport 2021:6). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.



BILAGA 1 – METODBILAGA

I denna bilaga beskriver vi mer ingående hur vi har genomfört och analyserat vår patientlagsenkät och vår studie om kommunernas hälso- och sjukvård samt vilka personer vi intervjuat, träffat och anlitat som externa referenspersoner. Övrig metod och tillvägagångssätt finns beskrivet i själva rapporten i anslutning till att resultaten presenteras.

9.1 Patientlagsenkät

År 2020 fick Origo Group AB i uppdrag att genomföra en enkätundersökning till patienter och allmänhet. Enkäten kallas patientlagsenkäten eftersom huvudsyftet var att för ett annat regeringsuppdrag följa upp patientlagens genomslag (Socialdepartementet 2020a). Men ett annat syfte var att se hur patienterna upplever vården inom de frågor som rör inriktningsmålen för omställningen till en god och nära vård. För att få en bild av utvecklingen över tid har vi även jämfört svaren med motsvarande enkätundersökningar 2014 och 2016. Nedan beskrivs 2020 års patientlagsenkät.

Enkäten i sin helhet finns att hämta på Vård- och omsorgsanalys webbplats. Undersökningarna som vi genomförde 2014 och 2016 beskrivs närmare i våra tidigare publicerade rapporter (Vård- och omsorgsanalys 2015 och 2017a).

9.1.1 Metod

Population och urval

Undersökningen riktade sig till ett urval av personer i Sverige som var 16 år eller äldre från Origo Groups slumpmässigt rekryterade webbpanel. Vi vände oss till två respondentgrupper:

- Grupp A: Allmänhet, personer som *inte* hade varit i kontakt med vården under de senaste 12 månaderna före svarstillfället.
- Grupp B: Patienter, personer som hade varit i kontakt med vården under de senaste 12 månaderna före svarstillfället.

Beroende på grupp fick respondenterna olika enkäter. Patientenkäten var mer omfattande än den som gick ut till allmänheten.

Datainsamling

Data insamlades under perioden 14 december 2020–13 januari 2021 där en inbjudan om att delta i enkäten skickades ut till ett urval av personer i Origo Groups webbpanel. Den bestod då av cirka 70 000 aktiva respondenter.

Förutom de två olika respondentgrupperna stratifierades urvalet på ålder, kön och kommuntyp med syftet att få en högre representativitet, när det gäller köns- och åldersfördelning samt geografisk fördelning utifrån Tillväxtanalys indelning i sex olika kommuntyper (Tillväxtanalys 2014). I stratifieringen bröt vi även ned kommuntypen storstadskommuner till tre grupper, fördelat på Region Stockholm, Västra Götalandsregionen och Region Skåne, vilket innebär att vi hade åtta kommuntypsgrupper i vår stratifiering.

Anledningen till att vi stratifierade urvalet är att vissa respondentgrupper är mer benägna att svara på enkäter än andra. Exempelvis svarar äldre i högre grad på webbenkäter än yngre personer. Stratifieringen gjordes annorlunda än tidigare år, eftersom vi nu stratifierade på kommuntyp i stället för region.

Vi satte också upp maxkvoter för varje strata, för att säkerställa en godtagbar fördelning och minska risken att få för små strata.

Svars- och bortfallsredovisning

Totalt svarade 3 014 från respondentgrupp A: allmänhet och 9 508 patienter från respondentgrupp B på sina respektive enkäter. Det är i nivå med våra tidigare undersökningar, se tabell 6.

Bortfallet består av personer som inte kunde svara på grund av att deras maxkvot var fylld och av respondenter som påbörjade enkäten men inte skickade in sina svar. Bortfallet på grund av maxkvoter var 1 113 personer

från respondentgrupp A och 3 508 personer från respondentgrupp B. Det var relativt få som inte fullföljde enkäten: 162 personer från respondentgrupp A och 545 personer från respondentgrupp B, vilka exkluderades.

Tabell 6. Antal respondenter per år och målgrupp.

Målgrupp	Antal respondenter		
	2014	2016	2020
A: Allmänhet	3 005	3 322	3 014
B: Patienter	9 188	9 596	9 508

Respondenternas bakgrundsfaktorer har en lite annan fördelning när vi jämför 2020 års data med 2016 och 2014. I de tidigare mätningarna var yngre underrepresenterade, medan vi ser en mer jämn åldersfördelning för 2020. Vad gäller utbildning och kön ser vi inga större skillnader mellan åren. Däremot var det en högre andel som skattade sin hälsa som dålig i 2020 års enkät: 21 procent 2020 jämfört med 13 procent 2016.

På grund av den stratifiering som utfördes i datainsamlingen har vi lyckats få ett underlag som efterliknar Sveriges befolkning vad gäller kön, ålder och region. Vi har dock inte kunnat stratifiera för andra bakgrundsfaktorer som kan påverka deltagande i enkätundersökningen. I likhet med våra tidigare enkätundersökningar ser vi för 2020 års data att utlandsfödda och respondenter med utländsk bakgrund är underrepresenterade (15 procent i vår enkät och 26 procent i befolkningen i stort år 2020). Respondenterna har även en högre utbildningsnivå jämfört med befolkningen i stort. 58 procent av respondenterna i vår enkät uppger att de har eftergymnasial utbildning, andelen för befolkningen i stort låg på 44 procent år 2020 (SCB 2021a och 2021b).

Viktning

Två olika typer av vikter har används i dataanalyserna. I tidsjämförelserna använder vi samma vikt som i de tidigare undersökningarna för att öka jämförbarheten med 2016 och 2014 års resultat. Den vikten är uträknad utifrån tre variabler: kön, åldersgrupper och A-region (arbetsmarknadsregioner). I analyser som endast gäller data från 2020 används designvikten som bättre motsvarar 2020 års stratifiering och är uträknad utifrån kön, åldersgrupper och kommutyp.

För 2020 års data har vikterna en begränsad inverkan på resultaten. I jämförelse med viktade och oviktade resultat är skillnaderna runt 1 procent

när vi exempelvis tittar på frekvenser, oavsett vilken av de två olika vikterna vi använder.

9.1.2 Dataanalyser

Jämförelse över tid

Vi har jämfört respondenternas svar från 2020 med de tidigare mätningarna från 2016 och 2014, och fokuserat på de positiva svaren för frågor som går att jämföra över tid. Skillnaderna mellan åren testades även genom Chi-2-test med en signifikansnivå på 5 procent.

Vidare har analyserna brutits ned på självskattad hälsa för att undersöka hur erfarenheter skiljer sig åt och utvecklas över tid mellan patienter med dålig kontra bra självskattad hälsa. I likhet med våra tidigare enkätundersökningar ser vi ett liknande mönster, att patienter med dålig hälsa genomgående har sämre erfarenheter än patienter med bra hälsa. Däremot ser vi vissa skillnader i utvecklingen mellan grupperna, framförallt vad gäller erfarenheter kring att bli informerad. Här har utvecklingen inte har varit lika negativ för de med dålig hälsa och skillnaderna i erfarenheter mellan grupperna har således minskat.

Eftersom datainsamlingen skedde i slutet av 2020 har resultaten sannolikt påverkats av covid-19-pandemin. Samtidigt har vi använt kompletterande datakällor och enkätresultat som tar hänsyn till patienters erfarenheter av vården före pandemin – undersökningar som genomfördes innan pandemin bröt ut (se avsnitt 9.2).

Faktoranalys

I patientlagsenkäten ställde vi flera frågor som rör olika kvalitetsdimensioner, till exempel tillgänglighet, delaktighet, information och val av utförare. För att lättare kunna analysera skillnader mellan patientgruppers erfarenheter av dessa kvalitetsdimensioner har vi konstruerat index utifrån en så kallad faktoranalys (Costello och Osborne 2005). Faktoranalys går ut på att gruppera variabler (frågor) utifrån deras samvariation för att komma åt ett underliggande fenomen som inte är direkt mätbart, en så kallad latent variabel. Antagandet är att de variabler som observerats tillsammans representerar sådana latent variabler. Fördelen med denna metod är att vi kunnat reducera antalet analyser och dessutom fått mer tillförlitliga resultat eftersom vi undersöker en sammansättning av frågor som mäter liknande fenomen. Alternativet vore att undersöka dessa frågor separat och troligen gå miste om viktig variation.

I vår faktoranalys framkom fem tydliga faktorer, eller latent variabler. Frågor som rör upplevelsen av tillgänglighet fördelar sig över tre olika faktorer. Frågor om delaktighet sorteras in i två separata faktorer, medan i princip samtliga variabler som rör information hamnar i en och samma faktor. Vissa frågor fördelar sig inte till någon specifik faktor, vilket kan innebära att det finns en latent variabel som vi inte kommer åt med hjälp av de frågor som vi ställt. Därför valde vi att gå vidare med de faktorer som utgörs av tre eller fler frågor och gjorde index av dessa. Våra skattade index av kvalitetsdimensionerna användes därefter i de regressioner som vi genomfört.

Regressionsanalyser

Samtliga analyser har genomförts med hjälp av statistikprogrammet Stata. De oberoende variablerna har kodats om till binära variabler (dummy variabler), där sambandet för ett specifikt svarsalternativ jämförs med referenskategori. Vi har utfört både linjära regressionsanalyser och logistiska analyser, och valt metod utifrån vilken beroende variabel som har undersökts. Vi har utfört linjära regressioner för att undersöka kvalitetsdimensionerna utifrån de index som vi skapat med hjälp av faktoranalys. Här har vi valt att inte dikotomisera på grund av risken att förlora viktig variation.

Enskilda frågor som undersökts har vi dikotomiserat till binära beroende variabler för att sedan specificera logistiska modeller. Med andra ord kan dessa variabler endast anta två värden, 1 eller 0. För frågor som haft fler än två svarsalternativ har vi slagit ihop de två mest positiva respektive negativa svarsalternativen.

För att säkerställa att de oberoende variablerna inte har någon problematisk korrelation sinsemellan har vi utfört korrelationsanalyser.

I analysarbetet har vi stegvis inkluderat oberoende variabler för att närmare studera hur sambanden påverkas av kontroll för andra variabler. Modellerna i rapporten avser de slutliga regressionsmodellerna, vilket inkluderar samtliga oberoende variabler.

Vi understryker att de samband vi ser endast innebär att de undersökta variablerna samvarierar, för vi kan inte säkerställa några kausala samband med hjälp av dessa analyser.

Tabell 7. Regression över fast kontakt (patientlagsenkäten).

		Fast läkar- kontakt på vårdcentralen	Fast vård- kontakt på vårdcentralen
Kön Referens: kvinna	Kvinna		—
Ålder Referens: 16–29 år	30–49 år		—
	50–64 år	+	—
	65+ år	+	—
Utbildning Referens: grundskola	Gymnasium	+	+
	Eftergymnasial utbildning, mindre än tre år	+	+
	Eftergymnasial utbildning, tre år eller längre	+	+
Kommuntyp Referens: Landsbygds- kommuner avlägset belägna	Landsbygdskommuner mycket avlägset belägna		
	Landsbygdskommuner nära en större stad		
	Täta kommuner avlägset belägna		
	Täta kommuner nära en större stad	+	
	Storstadskommuner	+	
Hälsa Referens: bra hälsa	Dålig hälsa	+	+
Födelseland Referens: i Sverige	I annat nordiskt land	+	+
	Utanför Norden men i Europa		—
	Utanför Europa		+

⊕ Signifikant positivt samband, $p < 0,05$. ⊖ Signifikant negativt samband, $p < 0,05$.

9.1.3 Fritextsvar

I patientenkäten ställde vi fritextfrågan ”Om du utgår från dina erfarenheter, finns det något du tycker har fungerat särskilt bra eller något du anser borde utvecklas för att primärvården (till exempel vårdcentraler/hälsocentraler) bättre ska möta dina behov?”. Svaren belyser vi genom att lyfta ett urval av citat i rapporten under ”Röster från de som besvarat patientlagsenkäten” för varje inriktningsmål.

9.2 Andra patient- och befolkningsundersökningar vi analyserat

Vi har kompletterat med datakällor och enkätresultat som tar hänsyn till patienters erfarenheter av vården före pandemin. Nationell patientenkät (NPE) och International Health Policy survey (IHP) har bland annat använts för att belysa pandemieffekten i vår undersökning eftersom de genomfördes innan pandemin bröt ut.

Nationell patientenkät

För NPE har vi fokuserat på de nationellt gemensamma undersökningarna riktade till patienter i primärvården 2015, 2017 och 2019. Dessa mätningar inom NPE är de största sett till urval och respondenter. Omkring 130 000 personer besvarade enkäten 2015, cirka 85 000 år 2017 och cirka 100 000 år 2019. Svarsfrekvensen har varit cirka 40 procent varje år.

SKR har bistått med resultatunderlag för dessa mätningar. För att få bättre jämförbarhet och representativitet för patienter som besökt primärvården har vi viktat resultaten på kön och ålder (fyra åldersgrupper: 15–29 år, 30–49 år, 50–69 år och 70+ år). Viktningen kompenserar för olika svarsfrekvenser i olika åldersgrupper, där personer yngre än 50 år har en lägre svarsfrekvens än personer äldre än 50 år. Frågan om man får träffa samma läkare har viktats på 1-årsklasser samt kön utifrån underlag som SKR tog fram för vår räkning. Vissa regioner är något underrepresenterade men svarsfrekvenserna för varje år varierar marginellt mellan regionerna, och därför har vi valt att inte vikta resultaten på region.

I NPE används en 5-gradig skala, en så kallad Likertskala. Skalan löper från ”Nej, inte alls” till ”Ja, helt och hållet”. Utöver den 5-gradiga skalan finns svarsalternativet ”Ej aktuellt”. I våra analyser har vi fokuserat på andelen positiva svar (4+5) och exkluderat personer som svarat ”Ej aktuellt”.

De resultat från NPE som vi redovisar i rapporten avser enkäter som besvarats av personer över 15 år och rör läkarbesök. För personer under 15 år skickas enkäten till vårdnadshavare som får utvärdera sin upplevelse av barnets besök. För 2019 har vi även jämfört resultat från ”vårdnadshavarenkäten” med de enkäter som besvarats av personer över 15 år. För majoriteten av frågorna som vi analyserat är andelen positiva svar på ungefär samma nivåer. Den tydligaste skillnaden rör frågan om barnet får träffa samma läkare, med en lägre andel positiva svar.

Regressionsanalyser från Nationell patientenkät

Vi har genomfört regressionsanalyser av NPE-resultaten 2019 för att undersöka erfarenheter av delaktighet, tillgänglighet och kontinuitet för

personer som mött samma behandlare, jämfört med de som inte mött samma behandlare. Vi har använt logistisk regression i statistikprogrammet R. Både oberoende och beroende variabler har kodats om till binära variabler (dummyvariabler). För oberoende variabler från frågor med fler än två svarsalternativ har vi slagit ihop de två mest positiva respektive negativa svarsalternativen.

I modellen inkluderades bakgrundsvariablerna kön, åldersgrupper, utbildningsnivå, arbetslöshet, region och kommuntyp

IHP riktad till befolkningen

För IHP har vi utgått från resultat som redovisas i ”Vården ur befolkningens perspektiv 2020”. I den rapporten finns mer information om genomförande och metod (Vård- och omsorgsanalys 2021b).

Hälso- och sjukvårdsbarometern (SKR)

Hälso- och sjukvårdsbarometern har Sveriges befolkning 18 år och äldre som målgrupp. Undersökningen baseras på ett obundet slumpmässigt urval som har stratifierats på regioner. År 2019 samlades det in cirka 42 000 svar med två insamlingsperioder, både webbenkäter och telefonintervjuer.

Från SKR har vi fått dataunderlag från undersökningen 2019, med resultat nedbrutet på olika bakgrundsvariabler för de personer som svarade. Underlaget är viktat utifrån den region eller regionsdel som respondenterna kommer ifrån så att svaren ska representera riket.

Vi har analyserat skillnader mellan grupper i andelen som anser att de har tillgång till den vård som de behöver, genom att jämföra andelen som instämmer helt eller delvis i påståendet. I jämförelsen framkom till exempel att 91 procent av de som skattar sitt allmänna hälsotillstånd som mycket bra eller bra instämmer i påståendet, medan andelen som instämmer är betydligt lägre (69 procent) för personer som skattar sin hälsa som dålig eller mycket dålig. En annan skillnad som framkom var att 89 procent av de som är födda i Sverige instämde i påståendet, jämfört med 78 procent av de som är födda utanför Europa.

Även i Hälso- och sjukvårdsbarometern varierar svarsbenägenheten mellan olika grupper. År 2019 var åldersgruppen 18–39 år något underrepresenterad, medan respondenter 40 år och äldre var något överrepresenterade. Äldre personer svarar ofta mer positivt i undersökningar än vad unga gör, vilket gör att andelen positiva svar är något överrepresenterade. Även gruppen personer som är födda i ett annat land än Sverige är något underrepresenterade i de inkomna svaren.

SCB:s undersökningar av svenska befolkningens levnadsförhållanden

SCB undersöker varje år den svenska befolkningens levnadsförhållanden (ULF/SILC). Undersökningarna genomförs som telefonintervjuer med ett slumpmässigt urval av befolkningen, 16 år och äldre.

SCB har bistått med data från undersökningarna för 2017, 2018 och 2019 när det gäller ”icke tillgodosett vårdbehov”. Icke tillgodosett vårdbehov avser personer som svarat ja på frågan ”Har det, under de senaste 12 månaderna, hänt att du för egen del verkligen behövt en läkarundersökning eller läkarvård? Räkna inte med tandläkarvård” och svarat nej på följdfrågan ”Har du då blivit undersökt eller fått vård vid varje tillfälle som du verkligen behövde det under de senaste 12 månaderna?”. Omkring 3 500 personer svarade på den första frågan för varje år, och de ingår i den studerade populationen.

Dataunderlaget innefattar skattade andelar i procent och felmarginal (95-procentigt konfidensintervall) samt antal svarande. Vi fick sex separata tabeller där svaren fördelades på följande variabler:

1. Fyra åldersgrupper: 16–29 år, 30–49 år, 50–69 år, 70+ år
2. Fem kommuntypsgrupper (avlägset belägna landsbygdskommuner slogs ihop till en grupp för att undvika småtal) utifrån Tillväxtanalys indelning i sex olika kommuntyper (Tillväxtanalys 2014)
3. Utrikes kontra inrikes bakgrund
4. Kön
5. Har kontra har inte långvarig sjukdom/hälsoproblem
6. Utbildningsnivå i fyra grupper: förgymnasial, gymnasial, eftergymnasial kortare än 3 år och eftergymnasial utbildning 3 år eller längre. Underlaget för utbildningsnivå avser enbart personer som är 30 år och äldre.

9.3 Studie om kommunernas hälso- och sjukvård

För att belysa kommunernas kostnader och insatser inom hälso- och sjukvården har vi anlitat den externa leverantören Ensolution AB. I Ensolutions underlagsrapport finns en närmare beskrivning av metod och resultat för att skatta den kommunala hälso- och sjukvårdens kostnader. Den finns tillgänglig som en digital bilaga på Vård- och omsorgsanalys hemsida.

9.3.1 Kommunurval

I tabell 8 redovisas de tre urval av kommuner som utgjort underlag för studien av kommunernas hälso- och sjukvård.

Tabell 8. Kommunurval för respektive studie.

Delstudie	Antal kommuner	Ingående kommuner
Schablonberäkning av kommunernas totala hälso- och sjukvårdskostnader	36 kommuner	Boden, Borås, Flen, Gotland, Gällivare, Helsingborg, Hällefors, Härryda, Hässleholm, Kalmar, Karlskrona, Karlstad, Klippan, Krokom, Kungsbacka, Leksand, Ljusdal, Ludvika, Luleå, Lysekil, Nora, Nybro, Olofström, Perstorp, Ronneby, Strängnäs, Sölvesborg, Vara, Varberg, Vimmerby, Växjö, Åre, Älvkarleby, Örebro, Östersund samt Övertorneå.
Beräkningen av kommunernas kostnadsförändring över tid och undersökningen av hur kostnaderna varierar mellan kommuner baseras på följande 29 kommuner	29 kommuner	Boden, Gotland, Gällivare, Hällefors, Härryda, Hässleholm, Kalmar, Karlskrona, Karlstad, Krokom, Kungsbacka, Leksand, Ljusdal, Ludvika, Luleå, Lysekil, Nora, Nybro, Olofström, Perstorp, Ronneby, Vara, Varberg, Vimmerby, Växjö, Åre, Älvkarleby, Örebro samt Östersund
Kommunernas hälso- och sjukvårdsinsatser	17 kommuner	Gislaved, Göteborg, Herrljunga, Härryda, Hässleholm, Jönköping, Kalmar, Karlshamn, Klippan, Laholm, Lerum, Ljungby, Nybro, Sölvesborg, Oskarshamn, Partille samt Örebro (delar av kommunen).

Urvalens representativitet

Schablonberäkningen av kommunernas totala hälso- och sjukvårdskostnader på riksnivå bygger på ett urval av 36 kommuner med totalt 1,6 miljoner invånare. Beräkningarna av kommunernas kostnader över tid baseras på ett urval av 29 kommuner med totalt 1,2 miljoner invånare. Kommunerna i dessa två urval är spridda över landet och utgör en blandning av olika geografiska likhetsgrupper, till exempel landsbygdskommuner och tätorter, nära en större stad eller avlägset belägna. En nackdel är dock att urvalen inte omfattar några storstadskommuner. Storstadskommunerna avviker med en yngre befolkning och lägre äldreomsorgskostnader per invånare. Trots detta skiljer sig urvalen inte tydligt från det nationella snittet vad gäller varken kostnader eller åldersstruktur, se jämförelsen av nyckeltal i tabell 9.

För att beskriva insatserna i den kommunala sjukvården använder vi ett urval av 17 kommuner, med 1,3 miljoner invånare. De utgör en blandning av geografiska likhetsgrupper och inkluderar även storstadskommuner, men innefattar primärt kommuner i södra Sverige.

För samtliga tre urval har vi undersökt representativiteten genom att jämföra deras sammanvägda utfall för ett antal nyckeltal från SKR:s databas Kolada med det ovägda snittet för samtliga kommuner i riket. Resultaten visar att de två urval som vi använder för att undersöka kostnader ligger mindre än

1 procentenhet från rikssnittet vad gäller åldersstruktur, andel invånare över 65 år med hemtjänst och särskilt boende samt genomsnittligt antal beviljade hemtjänsttimmar per brukare. Kostnadsnivån för äldreomsorgen avviker med mindre än 2 procent från rikssnittet, men 2017–2019 ökade kostnaderna med ungefär 1 procentenhet mer än rikssnittet i båda urvalen.

Urvalet av 17 kommuner som vi använder för att titta på kommunernas insatser särskiljer sig från rikssnittet med något lägre äldreomsorgskostnader per invånare, vilket kan förklaras av att de har en yngre befolkning än rikssnittet.

Tabell 9. Jämförelse av nyckeltal mellan kommunurval.

		Alla kommuner, övägt medel	Urval 36 kommuner	Urval 29 kommuner	Urval 17 kommuner
Nettokostnad äldreomsorg, kr/inv.	2019	13 641 kr	13 492 kr	13 584 kr	12 005 kr
	Förändring 2017–2019	6,8 %	7,6 %	7,8 %	7,5 %
Kostnad äldreomsorg, kr/inv. 65+	2019	64 511 kr	64 541 kr	65 653 kr	63 494 kr
	Förändring 2017–2019	3,8 %	4,1 %	4,4 %	4,9 %
Invånare 65–79 år, andel (%)	2019	17,6 %	17,3 %	17,1 %	15,6 %
Invånare 80+, andel (%)	2019	6,2 %	6,2 %	6,2 %	5,7 %
Invånare 65+ med hemtjänst i ordinärt boende, andel (%)	2019	8,1 %	8,8 %	8,7 %	7,8 %
Invånare 65+ i särskilda boendeformer, andel (%)	2019	3,9 %	3,9 %	4,0 %	3,8 %
Genomsnittligt antal beviljade hemtjänsttimmar per brukare och månad för timregistrerade hemtjänsttagare 65+ i ordinärt boende, timmar/hemtjänsttagare	2019	33,0 tim	33,9 tim	34,8 tim	35,0 tim

Källa: Kolada, SKR.

9.3.2 Jämförelse av schablonberäkningar för att beräkna kommunernas totala hälso- och sjukvårdskostnader

För att beräkna innehållet för respektive post vård och omsorg om äldre, insatser enligt LSS/SFB samt insatser till personer med funktionsnedsättning

(exkl. LSS/SFB) använder Hälsoräkenskaperna i dag schablonberäkningar som togs fram av Ensolution 2013-2014 baserade på uppgifter från 2011. Med hjälp av schablonerna beräknas att hälso- och sjukvård utgjorde 26 % av omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning 2019 (SCB 2021c). Detta inkluderar både vård enligt HSL och allmän daglig livsföring (ADL). ADL innebär de insatser som krävs för att kunna leva ett självständigt liv, utöver de insatser som definieras som hälso- och sjukvård enligt HSL.

För Vård- och omsorgsanalys räkning har Ensolution nu uppdaterat den del av schablonberäkningarna som avser hälso- och sjukvårdskostnader (enligt HSL). Vi har valt att skilja ut hälso- och sjukvården i kommunerna eftersom det endast är den verksamheten som ingår i den samlade regionala och kommunala primärvården. Det är viktigt att kunna belysa kommunernas del av primärvården och de förändringar som sker i samband med omställningen till en god och nära vård.

Andelen HSL av kommunernas verksamhet uppgår enligt vår nya beräkning till 15,9 procent av kommunernas totala vård- och omsorgskostnader för 2019. ADL räknas alltså inte in i denna andel, eftersom det inte definieras som hälso- och sjukvård. Enligt Ensolution beräknas Hälsoräkenskapernas HSL-andel 2019 till 14,4 procent baserat på schablonberäkningarna från 2011.

Vår schablonberäkning baseras på 36 kommuner som ingår i Kostnad per brukare (KPB) 2019. Urvalet för att beräkna den nya nyckeln är ett annat än de 72 kommuner som användes för Nationalräkenskapernas nyckel, som bygger på uppgifter från 2011, eftersom det varierar mellan åren vilka kommuner som använt KPB.

De insatser som ingår i KPB utgår från kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård enligt 12 kap. 1 och 2 § HSL. Det handlar om hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs av legitimerad personal inom särskilt boende eller som vård i hemmet, inom korttidsvård eller inom övriga insatser enligt SoL, till exempel inom dagverksamhet, inom boendestöd eller genom en kontaktperson. Det handlar också om hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs av hemtjänstpersonal på delegation eller uppdrag från sjuksköterska eller rehabiliteringspersonal. Dessutom handlar det om hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs av legitimerad personal inom andra verksamheter, till exempel inom boende med särskild service enligt SoL (såsom boende för psykiskt funktionshindrade) eller i bostad med särskild service, i korttidsvistelse och i daglig verksamhet enligt LSS.

9.4 Intervjuer med patientföreträdare och professionsföreträdare

Vi kontaktade patient- och professionsorganisationer som vi bedömde har relevant kunskap om primärvården. Initialt kontaktade vi organisationens ordförande eller generaldirektör med en förfrågan, och organisationerna fick själva identifiera lämpliga representanter att tillfråga.

Totalt genomförde vi nio intervjuer med olika patientorganisationer (se tabell 10) och tio intervjuer med professionsorganisationer (se tabell 11).

Intervjuerna genomfördes december 2020–februari 2021 via videosamtal eller telefon. Intervjuerna varade i cirka 60 minuter och följde en semistrukturerad intervjuguide som innehöll frågor med fokus på respondenternas uppfattning om primärvården i dag och omställningen till en god och nära vård, bland annat inriktningsmålen tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet.

Vi tog skriftliga anteckningar från varje intervju som ligger till grund för våra beskrivningar och sammanfattande analyser.

Tabell 10. Genomförda intervjuer med patientföreträdare.

Namn	Organisation
Carina Lindegren	Demensförbundet
Thomas Löfvenius	Diabetesförbundet
Nina Alander	Riksförbundet för utvecklingsstörda barn, ungdomar och vuxna – FUB
Elisabeth Wallenius	Funktionsrätt Sverige
Calle Waller	Prostatacancerförbundet
Lotta Håkansson och Eva-Maria Dufva	Reumatikerförbundet
Barbro Hejdenberg Ronsten	Riksförbundet för social och mental hälsa – RSMH
Inger Ros	Riksförbundet HjärtLung
Maria Montefusco	Riksförbundet Sällsynta diagnoser

Tabell 11. Genomförda intervjuer med professionsföreträdare.

Namn	Organisation
Maria Öst-Backa	Distriktssköterskeföreningen
Cecilia Winberg	Fysioterapeuterna
Annika Nilsson	Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering
Jonas Holm	Sjukhusläkarna
Anna Westman	Svensk förening för allmänmedicin – SFAM
Kristina Kolterud, Lovisa Gullmar och Ulrika Karlsson	Svensk kuratorsförening
Marina Tuutma	Svenska Distriktsläkarföreningen
Ida Kåhlin	Sveriges Arbetsterapeuter
Maria Enggren Zavisic och Eva-Lena Lindström	Sveriges Psykologförbund
Ann Johansson och Annika Wåhlin	Vårdförbundet

9.5 Andra intervjuer och avstämningar

Utöver intervjuerna med företrädare för patient- och professionsorganisationer har vi haft möten och diskussioner med företrädare för Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg, SCB, Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (S 2020:12), Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga (S 2019:05), Utredningen om utbildning till sjuksköterska och barnmorska (U 2021:02), Lunds universitet, SKR och Experio Lab.

Ett antal experter har också hjälpt till med att kvalitetssäkra texter i utvalda delar av rapporten (se tabell 12).

Tabell 12. Externa experter som bidragit med att kvalitetssäkra vissa texter till rapporten.

Namn	Organisation
Andreas Johansson	Ensolution AB
Fredrik Nilsson	SCB
Anna Dahlin, Camilla Salomonsson och Martin Lindblom	Socialstyrelsen
Maj Rom, Greger Bengtsson, Lars Kolmodin och Jonathan Fransson	SKR

Nära vård i sikte?

Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har regeringens uppdrag att utvärdera omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård. Regeringen har angett tre inriktningsmål för omställningen: ökad tillgänglighet, ökad delaktighet och ökad kontinuitet i primärvården. I denna rapport beskriver vi utvecklingen hittills ur patientperspektivet, systemperspektivet och yrkesverksammas perspektiv. Vi konstaterar att det pågår mycket arbete men att det hittills finns få tecken på att hälso- och sjukvården har nått målen med omställningen. Detta är den andra delrapporten och i mars 2023 ska vi lämna en slutrapport över uppdraget till regeringen.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vi har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i våra analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

► **vård- och omsorgsanalys**

