

# Långt bort men nära

Kartläggning av primärvården  
i landsbygden



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

Rapporten finns även publicerad på [www.vardanalys.se](http://www.vardanalys.se)

Beställning av tryckta publikationer:  
[registrator@vardanalys.se](mailto:registrator@vardanalys.se)  
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2021  
Grafisk Design och produktion: Les Creatives Sthlm  
Omslagsbild: Getty Images International  
Tryck: ÄTTA.45 Tryckeri  
ISBN 978-91-88935-40-3.



# Långt bort men nära

Kartläggning av primärvården  
i landsbygden

Beslut om den här rapporten har fattats av styrelsen för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Utredaren Siri Lindqvist Ståhle har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har projektdirektören Marianne Svensson, analyschefen Caroline Olgart Höglund och chefsjuristen Catarina Eklund Ahlgren deltagit.

Stockholm den 15 september 2021  
Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Johanna Adami  
*Styrelseordförande*

Anna Dunér  
*Vice styrelseordförande*

Gustaf Arrhenius  
*Styrelseledamot*

Caroline Hoffstedt  
*Styrelseledamot*

Per Molander  
*Styrelseledamot*

Jean-Luc af Geijerstam  
*Generaldirektör*

Siri Lindqvist Ståhle  
*Föredragande*

## Förord

Hälso- och sjukvården står inför stora utmaningar, men även stora möjligheter. När en större andel blir äldre och fler lever längre med sina sjukdomar ökar behovet av vård, vilket är särskilt utmanande i landsbygden. Samtidigt sker en snabb kunskaps- och teknikutveckling som kan bidra till att lösa utmaningarna om vi skapar förutsättningar för det. Omställningen till en god och nära vård kan också vara särskilt viktig i landsbygden, där hög tillgänglighet till den närmaste vården kan ha stor betydelse.

I den här rapporten redovisar vi vårt svar på regeringsuppdraget att kartlägga kvalitet och tillgänglighet till primärvård i Sveriges många och olika landsbygder. Vi vill ge beslutsfattare ett kunskapsunderlag som kan användas i arbetet med att fortsätta utveckla primärvården i hela Sverige.

Projektledare för arbetet har varit utredaren Siri Lindqvist Ståhle. Medlemmar i projektgruppen har varit analytikerna Agnes Lindvall och Linn Wallén. Uppdraget har en tydlig koppling till vårt regeringsuppdrag att utvärdera omställningen till en god och nära vård. Arbetet har i vissa delar genomförts i nära samarbete, det gäller exempelvis datainsamling och analyser.

Vi vill varmt tacka Peter Berggren, läkare, Närsjukvården Södra Lappland, för synpunkter på rapporten. Vi vill också rikta ett tack till alla personer som intervjuats, besvarat enkäter samt de patient- och brukarföreträdare och sakkunniga som kommit med värdefulla inspel.

Stockholm i november 2021

Jean-Luc af Geijerstam  
*Generaldirektör*



Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har haft regeringens uppdrag att kartlägga kvalitet och tillgänglighet till primärvården i landsbygden. Vi har analyserat indikatorer för att identifiera skillnader mellan landsbygden och andra delar av Sverige. Vi har även undersökt förutsättningarna för en ändamålsenlig kompetensförsörjning och digitalisering av primärvården. På så sätt har vi identifierat centrala utvecklingsområden för primärvården i landsbygden och viktiga förutsättningar för en god hälsa för befolkningen.

### Våra slutsatser är:

- ▶ Vissa aspekter av tillgänglighet och kvalitet skiljer sig åt i olika delar av landet. Exempelvis är långa avstånd, brister i kontinuiteten och sämre resultat för medicinska utfallsmått ibland mer uttalade i landsbygden. Ändå framstår inte skillnader mellan kommuntyperna som den viktigaste utmaningen för en god hälsa och vård på lika villkor. Skillnader mellan personer med olika hälsa och socioekonomi framstår istället som mer centrala. Samtidigt är dessa utmaningar större i landsbygden som en konsekvens av de demografiska förhållandena.
- ▶ Generellt sett har de som bor i landsbygden inte andra förväntningar, utan de beror på andra faktorer än bostadsort. Det finns ett gap mellan befolkningens förväntningar på vården och hur vården uppfyller dem. Det finns därmed ett behov av att utveckla vården för att bättre möta befolkningens förväntningar.
- ▶ Kompetensförsörjningen framstår som en särskilt stor utmaning i landsbygden. Det finns ett behov av kontinuerliga insatser för att förbättra förutsättningarna för kompetensförsörjning. Det handlar om att attrahera, rekrytera och behålla personal. Viktiga områden för insatser är utbildning, arbetsmiljö och levnadsvillkor i landsbygden.
- ▶ Digitalisering kan öka tillgängligheten och kontinuiteten, samt ha extra stor betydelse för landsbygdens specifika utmaningar. En ökad digitalisering kräver liknande insatser i landsbygden som i andra

delar av landet, bland annat en gemensam digital infrastruktur. De digitala lösningarna måste ha en tydlig funktion och anpassas utifrån verksamhetens och individens förutsättningar och behov.

- ▶ Privata vårdgivare upplever att det är svårare att etablera sig i landsbygden. Det handlar om svårigheter i kompetensförsörjning, hur avtalen utformas och förutsättningar för planering. Flera regioner använder olika former av glesbygdersättning för att kompensera ett ökat resursbehov, men regionerna skulle även kunna använda andra metoder för att stimulera privata vårdgivare att etablera sig.
- ▶ Behovet av insatser för att utveckla vården finns på alla nivåer och i hela landet. Insatserna måste anpassas utifrån lokala förutsättningar. Det finns behov av forskning och utvärdering för att identifiera kostnadseffektiva insatser för att utveckla vården i landsbygden.
- ▶ Omställningen till en god och nära vård har förutsättningar att vara framgångsrik i landsbygden. På samma gång finns det riskfaktorer, som exempelvis ett något sämre resultat för medicinska utfallsmått, som nog ska följas i samband med omställningen.

### **Vi ger tre rekommendationer:**

Utifrån det behov av insatser som vi ser har vi identifierat tre centrala utvecklingsområden där vi lämnar rekommendationer.

- ▶ Regeringen, regionerna och kommunerna bör säkerställa kontinuerliga insatser för att förbättra förutsättningarna för kompetensförsörjningen i landsbygden.
- ▶ Regeringen, regionerna och kommunerna bör säkerställa att en bredd av digitala verktyg ska kunna användas och utvecklas.
- ▶ Regeringen, regionerna och kommunerna bör nogt följa hur omställningen till en god och nära vård påverkar kvaliteten på vården i landsbygden.



# Sammanfattning

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Samtidigt skiljer sig förutsättningarna för primärvården mellan olika delar av landet. Bland annat kan tillgängligheten till primärvården påverkas av problem med en ändamålsenlig kompetensförsörjning, där glest befolkade områden kan ha extra stora utmaningar. En stark primärvård är viktigt för en jämlik hälsa, men vården kan inte förväntas vara utformad på samma sätt i alla delar av landet. Utvecklingen av hälso- och sjukvården påverkas av den pågående omställningen till en god och nära vård.

## RAPPORTEN GER KUNSKAP OM VÅRDEN I LANDSBYGDEN

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har fått i uppdrag att kartlägga tillgänglighet och kvalitet i primärvården i Sveriges landsbygder och analysera hur den kan utvecklas (S2020/06224/FS). Vårt uppdrag syftar till att bidra med kunskap om hur en god hälsa och en vård på lika villkor kan uppnås utifrån de förutsättningar som finns för primärvården i Sveriges landsbygder. I uppdraget ingår också att undersöka förväntningar och behov av primärvård hos personer som bor i landsbygden.

I den här rapporten redovisar vi resultaten av vår analys. Vi har identifierat ett antal utvecklingsområden för primärvården i landsbygden. Utifrån dessa områden lämnar vi rekommendationer till regeringen, regionerna och kommunerna.

## Vår analys bygger på olika metoder och källor

I arbetet har vi fokuserat på regeringens mål för omställningen till en god och nära vård: en ökad tillgänglighet, en mer delaktig patient och en personcentrerad vård samt en ökad kontinuitet i primärvården. Vi analyserar om det finns skillnader för landsbygden jämfört med övriga delar av landet. Vi utgår ifrån Tillväxtanalys indelning i kommuntyper utifrån befolkningstäthet, befolkningens storlek och avståndet till större städer.

För att besvara våra frågor har vi använt information från flera källor. Exempelvis har vi använt resultat från enkätundersökningar som Vård- och omsorgsanalys eller andra aktörer har genomfört. Vi har också använt nationell statistik och gjort en litteraturstudie. Vi har även genomfört ett antal intervjuer med sakkunniga, företrädare för regioner och kommuner, professionsorganisationer och företrädare för patient- och brukarorganisationer, samt med personer som bor i landsbygden.

## VI HAR KARTLAGT TILLGÄNGLIGHET OCH KVALITET

Landsbygden har större utmaningar och sämre resultat avseende geografisk tillgänglighet, kontinuitet och vissa medicinska utfallsmått jämfört med andra delar av landet. Samordning och patienternas delaktighet verkar samtidigt fungera bättre i landsbygden. Den övergripande bilden är ändå att skillnader mellan kommuntyper inte framstår som den centrala utmaningen för en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Istället påverkar hälsans bestämningsfaktorer, socioekonomiska faktorer och utformningen av hälso- och sjukvårdssystemet i stora skillnader i hälsa och vård. Landsbygden har samtidigt en större utmaning att utjämna dessa skillnader utifrån att de demografiska förhållandena är svårare. Det är viktigt att genomgripande och på alla nivåer arbeta för en stärkt primärvård i hela Sverige.

Befolkningen i landsbygden är något äldre och har en något sämre hälsa. Det finns även en högre grad av socioekonomisk utsatthet där fler har en lägre utbildningsnivå och lägre inkomster. Primärvården i landsbygden jämfört med i andra delar av landet verkar ta ett större ansvar för vården och behandlar fler patienter med komplexa behov. Personer som bor i landsbygden gör i genomsnitt fler besök i primärvården, och en större andel av personerna har hemsjukvårdsinsatser.

## Skillnader i viss tillgänglighet och kvalitet

Vi har analyserat ett antal indikatorer för tillgänglighet och kvalitet. Indikatorerna relaterar till målen för omställningen till en god och nära vård.

När det gäller tillgänglighet är det framför allt långa avstånd som är en tillgänglighetsbarriär i landsbygden, men inte i andra delar av landet. Samtidigt tycker befolkningen inte att en längre resväg är ett hinder för att söka vård. Personer i landsbygden upplever att de har tillgång till den vård de behöver. Det finns inte heller tecken på att väntetiden i primärvården är längre i landsbygden. På samma gång upplever många att det är svårt att komma i kontakt med vården.

För de kvalitetsmått som vi har analyserat finns det i huvudsak två områden där primärvården i landsbygden (särskilt den mycket avlägsna landsbygden) visar ett sämre resultat jämfört med andra delar av landet. De medicinska utfallsmått som ingår i vår undersökning visar ett sämre resultat, bland annat har en större andel äldre läkemedel som bör undvikas. Kontinuiteten har också brister, tydligast är avsaknaden av en fast läkarkontakt.

Skillnaderna beror på många faktorer och kan inte enbart relateras till brister i primärvården. Det finns även områden där landsbygdskommuner visar ett bättre resultat jämfört med övriga delar av landet. Till exempel är upplevelserna av samordning och delaktighet bättre i landsbygdskommunerna.

Samtidigt visar den övergripande bilden att skillnaderna mellan kommuntyper inte är det viktigaste utan skillnader relaterade till hälsa och socioekonomi framstår som mer centrala. Samtidigt kan landsbygden ha större utmaningar att möta dessa ojämlikheter eftersom de demografiska förhållandena är svårare.

Personer i landsbygden verkar inte ha andra förväntningar på vården jämfört med personer i andra kommuntyper. Istället beror förväntningarna på andra faktorer. Generellt finns det ett gap mellan befolkningens förväntningar och hur väl vården uppfyller dem. Vi kan inte se att gapet skiljer sig mellan de som bor i landsbygdskommuner och de som bor i andra kommuntyper. Olika personer värderar olika delar av vården olika högt. Samtidigt tycker de flesta att medicinsk kvalitet, god kontinuitet och att få vara delaktig i vården är viktigast. Dessutom vill man att det ska vara enkelt att komma i kontakt med vården och att vården är tillgänglig när man behöver det.

## FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR PRIMÄRVÅRDEN I LANDSBYGDEN

De utmaningar för primärvården i landsbygden som vi har identifierat genom vår analys är även utmaningar för vården i andra delar av landet. Det finns ett behov av insatser på alla nivåer för att möta utmaningarna och att överlag förbättra förutsättningarna för en god hälsa. Det finns även ett behov av att utveckla vården för att bättre möta befolkningens förväntningar inom områden där vården i dag inte uppfyller de krav som finns enligt lag.

### **Ökad tillgänglighet och kvalitet måste utgå från lokala förutsättningar**

Det finns flera svårigheter med att identifiera en specifik insats för att säkerställa en god tillgänglighet och kvalitet i primärvården. Det finns ett behov av att kunna anpassa nationella och regionala beslut och strategier till landsbygdens specifika behov och förutsättningar. Administrativa processer och system får inte heller vara hinder för att utforma vården utifrån lokala förutsättningar.

Insatser för en ökad tillgänglighet bygger i flera fall på att fler använder digitala verktyg, som olika former av videomöten eller monitorering på distans. Det kan även handla om olika former av mobil vård.

Insatser för ökad kvalitet handlar ofta om ökad samverkan mellan aktörer, bland annat genom tydliga strukturer för informationsöverföring.

Till stor del handlar insatserna om verksamhetsutveckling eller ändrade arbetssätt. En framgångsfaktor för att utveckla primärvården är att det finns kompetens i förändringsledning och i att driva utvecklingsprojekt.

Det finns många exempel på hur primärvården i landsbygden kan utvecklas. Exempelen handlar i många fall om att minska effekterna av geografiska avstånd, minska konsekvenserna av brister i kompetensförsörjningen och skapa en ökad trygghet för patienterna.

Det finns ett behov av forskning om insatser för att utveckla primärvården i landsbygden och effektiviteten av dem. Det saknas ofta utvärderingar och uppföljning av de insatser som genomförs. Därför är det svårt att uttala sig om olika insatsers effektivitet.

### **Bättre förutsättningar för kompetensförsörjning kräver kontinuerliga insatser**

Det finns överlag en brist på personal i vården och bristen är ännu större i landsbygden. Det medför utmaningar med att säkerställa personalförsörjningen generellt, men även för att se till att den personal som finns tillgänglig fördelas till olika delar av landet utifrån befolkningens behov.

Utifrån bristsituationen finns ett behov av insatser för att skapa bättre förutsättningar för kompetensförsörjning. Det handlar om att attrahera, rekrytera och behålla personal. Viktiga områden för insatser är utbildning, arbetsmiljö och villkor för att bo i landsbygden.

Faktorer för att någon ska söka sig till en arbetsplats i landsbygden relaterar ofta till utbildning eller uppväxtort. Det kan handla om att man har erfarenhet från landsbygden genom sin utbildning eller att man har tillgång till vidareutbildning eller specialiseringstjänstgöring i landsbygden. Det är också större sannolikhet att någon som är uppvuxen i landsbygden också söker jobb där.

Faktorer som är relaterade till arbetsmiljön påverkar framför allt förutsättningarna att behålla personal. Det handlar om att säkerställa en god arbetsmiljö med en rimlig arbetsbelastning, kollegialt stöd och ett gott ledarskap. Andra viktiga faktorer är förutsättningarna för karriärvägar och möjligheten till forskning och professionell utveckling.

Till sist påverkas även förutsättningarna av villkoren för att leva i landsbygden. Det berör till exempel möjligheterna för en partner att hitta jobb och för barn att gå i skola, men även transportmöjligheter och förutsättningar för pendling.

Det saknas i flera fall forskning om insatsernas effektivitet. Det är därför viktigt att de insatser som genomförs följs upp och utvärderas för att säkerställa att de har önskvärd effekt.

## **Digitalisering kan öka tillgängligheten och kontinuiteten**

Effekterna av en ökad digitalisering kan vara extra betydelsefulla i landsbygden. Bland annat kan det bidra till ökad tillgänglighet och en mer effektiv användning av personal. Det kan även medföra en ökad kontinuitet. Exempel på digitala lösningar som kan användas är videomöten mellan professioner och med patienter, distansmonitorering eller hjälpmedel för stöd och behandling.

Även om digitalisering är en möjlighet för vården i landsbygden, har befolkningen lägre förväntningar och förtroende för digitala vårdgivare. Förutsättningarna att använda digitala vårdtjänster varierar också mellan personer.

Flera av förutsättningarna för en ökad digitalisering är gemensamma över landet. Det kan handla om att ha ett tydligt mål och syfte med digitaliseringen, användarvänlig teknik och en digital infrastruktur med kompatibla system. I de flesta fall kräver också digitalisering ändrade arbetssätt och verksamhetsutveckling, vilket förutsätter en förmåga att leda förändringsarbete.



Landsbygdskommuner kan ha större utmaningar med att införa digitala arbets sätt. I vissa fall saknas fiberuppkoppling och mobiltäckning. Små regioner och kommuner har också sämre förutsättningar att rekrytera personal med rätt kompetens. De har ofta mindre stödfunktioner som kan bidra till den digitala utvecklingen.

### **Privata vårdgivare upplever det svårt att etablera sig**

Färre privata vårdgivare har etablerat sig i landsbygdskommuner. En orsak till det kan vara svårigheter med kompetensförsörjningen. Utöver det är en viktig faktor uppdragens och avtalens utformning, där goda planeringsförutsättningar och en bra dialog med regionen behövs.

Många regioner använder sig av någon form av glesbygdsersättning som vårdgivarna till viss del upplever kompenserar för ett ökat resursbehov. Regionerna skulle kunna använda fler olika typer av avtalsmässiga lösningar för att möjliggöra för privata vårdgivare att etablera sig i landsbygden. Det kan exempelvis handla om ett specifikt landsbygdsuppdrag inom vårdvalet, eller om att tillämpa lagen om offentlig upphandling.

Vårdvalssystemet har medfört möjligheter för privata vårdgivare att etablera sig i regionerna. Samtidigt finns det studier som tyder på att systemet riskerar att medföra en resursflyttning från vårdcentraler i landsbygden till vårdcentraler i mer tätbefolkade områden. Det har också haft en negativ effekt på regionens förutsättningar att besluta om den geografiska placeringen av privata vårdcentraler och att styra ekonomiska resurser till landsbygden. I förlängningen riskerar det att påverka förutsättningarna för en jämlik vård på ett negativt sätt.

Personer bosatta i landsbygdskommuner har i lägre utsträckning gjort ett aktivt val av vårdcentral. Det kan till viss del förklaras av bristande valmöjligheter, men valfriheten upplevs också som mindre viktig.

## **PRIMÄRVÅRDEN BEHÖVER UTVECKLAS I ALLA DELAR AV LANDET**

En del av vårt uppdrag syftar till att lämna förslag på hur man nationellt, regionalt och lokalt kan främja tillgänglighet i landsbygden. Vår analys pekar på att skillnaderna mellan landsbygden och andra delar av landet inte är den centrala utmaningen för en god hälsa och en vård på lika villkor. Snarare påverkas skillnaderna av hälsans bestämningsfaktorer och utformningen av hälso- och sjukvårdssystemet i stort. Personer med sämre hälsa eller utländsk bakgrund har exempelvis även sämre upplevelser av vården.

Det finns utmaningar inom hela hälso- och sjukvården, bland annat finns det brister i tillgänglighet, samordning, delaktighet och kontinuitet. Utöver det finns det även skillnader mellan befolkningens förväntningar på vården och hur väl vården uppfyller förväntningarna. Det finns ett övergripande behov av att utveckla primärvården och arbeta för en jämlik vård i alla delar av landet. Insatser som genomförs för att utveckla vården bör inte enbart vara riktade mot landsbygden, utan bör syfta till att utveckla primärvården i stort och minska skillnader som beror på socioekonomi och hälsa.

Det är viktigt att primärvården har samma roll i hela landet, men verksamhetens utformning kan behöva anpassas utifrån lokala förutsättningar. Det handlar om att möta befolkningens behov av vård på olika sätt i olika delar av landet. Det kan exempelvis vara att etablera sjukstugor med vårdplatser i vissa kommuner, filialverksamheter och distriktssköterskemottagningar i andra, och att generellt kunna erbjuda olika digitala lösningar. Samtidigt finns det ett behov av att utvärdera insatserna för att identifiera samhällsekonomiskt effektiva modeller.

Vår analys ger bilden av att primärvården i landsbygden har förhållandevis goda förutsättningar att framgångsrikt ställa om till en god och nära vård. Till exempel tar primärvården ett större ansvar och kan därmed enklare vara navet i vården. Samtidigt finns det vissa riskfaktorer som nogga bör följas. Det omfattar exempelvis en högre grad av sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet som kan vara en effekt av bristande tillgänglighet till den specialiserade vården. Omställningen kräver också att det finns tillräcklig kompetens och bemanning i primärvården. Där kan de svårare rekryteringsförutsättningarna i landsbygden vara en utmaning.

Flera tidigare utredningar har berört primärvården i landsbygden. I arbetet med den här rapporten har vi identifierat ett behov av liknande insatser som föreslagits i tidigare utredningar. En utgångspunkt i det fortsatta arbetet med att utveckla primärvården i landsbygden är att beakta tidigare förslag, liksom att utvärdera de insatser som genomförs för att bedöma deras effektivitet.

## VÅRA REKOMMENDATIONER

Det finns flera faktorer som påverkar primärvården i landsbygden. Därför är det svårt att identifiera en unik insats som leder till en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Ofta behövs en kombination av insatser.

Det är viktigt att insatser för att utveckla primärvården i landsbygden genomförs på både lokal, regional, och nationell nivå. Utöver det måste



de insatser som genomförs följas upp och utvärderas. Redan i dag pågår ett arbete för att utveckla primärvården i landsbygden och skapa bättre förutsättningar för vården.

Vi har identifierat tre centrala utvecklingsområden där vi ser ett behov av insatser. Vi behöver genomföra insatser för att skapa bättre förutsättningar för kompetensförsörjning, ge förutsättningar för att många olika digitala verktyg ska kunna användas i vården, och följa vilka effekter som omställningen till en god och nära vård har på kvaliteten i primärvården i landsbygden.

Vi lämnar följande rekommendationer:

► *Regeringen, regionerna och kommunerna bör säkerställa kontinuerliga insatser för att förbättra förutsättningarna för kompetensförsörjningen i landsbygden.*

Vi rekommenderar att regeringen, regionerna och kommunerna säkerställer att det kontinuerligt genomförs olika insatser för att förbättra förutsättningarna för kompetensförsörjningen. De bör syfta till att attrahera, rekrytera och behålla personal och utföras på lokal, regional och nationell nivå. Insatserna bör gälla utbildning av vårdpersonal, en förbättrad arbetsmiljö och förutsättningar att leva i landsbygden. De insatser som genomförs måste utvärderas för att säkerställa att insatserna får önskvärd effekt. Arbetet bör genomföras kontinuerligt och som en del i det systematiska kvalitetsarbetet.

Det Nationella vårdkompetensrådet kan delta i arbetet med att belysa frågor om kompetensförsörjning i landsbygden och stötta de insatser som genomförs.

Regeringen måste se över och stärka högskoleutbildningarnas koppling till landsbygden, exempelvis genom lokala campus eller verksamhetsförlagd utbildning i landsbygden. Det kan även vara relevant med utbildningar anpassade utifrån landsbygdens specifika behov, som kurser inom glesbygdsmedicin.

Regeringen måste också säkerställa vårdutbildningarnas dimensionering utifrån befolkningens långsiktiga behov. Och det behövs ett ökat fokus på breda medicinska specialiteter inom allmänmedicin och distriktssköterskor.

Regionerna bör ha en fortsatt och stärkt samverkan på huvudmannanivå. Samverkan kan exempelvis handla om dimensionering av platser för verksamhetsförlagd utbildning, bastjänstgöring och specialisttjänstgöring.

Regioner, kommuner och verksamheterna bör verka för att behålla och utveckla den personal som anställs, bland annat genom insatser för



en god arbetsmiljö. Insatserna kan bland annat omfatta uppgiftsväxling eller utveckling av nya roller samt ökad digitalisering. Det är viktigt att även säkerställa kollegialt stöd. Andra viktiga insatser är att skapa goda förutsättningar för ledarskap och att säkerställa möjligheter för personalen att utvecklas i sin arbetsroll. Det behövs insatser för att ta tillvara kompetens och öka sysselsättningsgraden hos personer som redan bor i landsbygden.

Regeringen har även en viktig roll i att skapa bättre förutsättningar för att leva i landsbygden.

► *Regeringen, regionerna och kommunerna bör säkerställa att en bredd av digitala verktyg ska kunna användas och utvecklas.*

Vi rekommenderar att regeringen, regionerna och kommunerna genomför insatser för att många olika digitala lösningar ska kunna användas inom primärvården i landsbygden. De möjligheter som digitala verktyg erbjuder måste tas tillvara, för att skapa bättre förutsättningar för en god hälsa och en vård på lika villkor i alla delar av landet.

I tidigare rapporter har vi lämnat rekommendationer om hur digitaliseringen kan öka. Vi anser att dessa rekommendationer fortfarande är angelägna att genomföra. Där ingår insatser både för regeringen, regionerna och kommunerna.

Regeringen behöver fortsätta att arbeta med att säkerställa en jämlik tillgång till infrastruktur som bredbandsuppkoppling och mobiltäckning i landet. Dessutom behöver faktorer som kan bidra till ett digitalt utanförskap minska. Regionerna bör se till att digitala vårdtjänster kan användas utifrån individens digitala förutsättningar och medicinska behov.

Regeringen, regionerna och kommunerna bör också verka för att vårdgivare ska kunna dela patientinformation på ett säkert sätt, för att stärka förmågan att samordna insatser. Det kan exempelvis ske genom att prioritera utvecklingen av infrastruktur och informationsdelning mellan vårdgivare, eller att utveckla en nationellt sammanhållen vårdinformationsmiljö.

Regioner och kommuner bör genomföra digitaliseringsarbetet som en integrerad del av verksamhetsutvecklingen. Utgångspunkten för arbetet ska vara behov och funktion snarare än teknik. Det är viktigt att det skapas en gemensam digital infrastruktur som syftar till att lösa centrala utmaningar. En del i det arbetet är även att regeringen stöttar kunskapsutvecklingen inom välfärdsteknikens område.



Regeringen bör säkerställa att innehållet i utbildningar motsvarar kunskapsbehovet relaterat till digital kompetens. Regioner och kommuner behöver säkerställa att vårdgivarna har förutsättningar att kunna använda de digitala stöd och verktyg som finns.

► *Regeringen, regionerna och kommunerna bör noga följa hur omställningen till en god och nära vård påverkar kvaliteten på vården i landsbygden.*

Vi rekommenderar att regeringen, regionerna och kommunerna kontinuerligt följer kvaliteten på vården och vårdkonsumtionen, för att säkerställa att omställningen inte bidrar till ökade kvalitetsskillnader, skillnader i hälsa eller risker i patientsäkerheten. Målet ska även vara att skillnaderna ska minska på sikt. Uppföljningen bör fokusera på hälso- och sjukvården som helhet.

I och med omställningen till en god och nära vård ska personer i större utsträckning än i dag omhändertas i primärvården. Det förutsätter att primärvården har rätt förutsättningar för att klara uppdraget, både när det gäller kunskap, bemanning och ekonomiska resurser. Resultaten av vår analys visar på vissa skillnader i vårdens kvalitet.

En utgångspunkt för uppföljningen kan vara det ramverk för nationell uppföljning som Vård- och omsorgsanalys (2019a) tidigare har presenterat. En del i den nationella uppföljningen bör även fokusera på skillnader mellan kommuntyper. Det förutsätter att regeringen, regionerna och kommunerna verkar för en god datakvalitet och tillgång på data för att möjliggöra uppföljningen. Regeringen behöver även ställa utökade krav på Väntetidsdatabasen och arbeta mot att den nationella uppföljningen i större utsträckning belyser vård efter behov.





# Innehåll

<b>1</b>	<b>Målet är en god och nära vård oavsett var du bor .....</b>	<b>23</b>
1.1	Omställning till en god och nära vård pågår .....	23
1.2	Vi ger mer kunskap om primärvården i landsbygden.....	26
1.3	Rapportens disposition .....	32
<b>2</b>	<b>Socioekonomiska förutsättningar och hälsa .....</b>	<b>37</b>
2.1	Svårare demografiska förutsättningar.....	38
2.2	Något fler upplever en sämre hälsa .....	40
<b>3</b>	<b>Befolkningens vårdkonsumtion.....</b>	<b>47</b>
3.1	Primärvården tar ett större ansvar.....	48
3.2	Primärvården verkar utformas utifrån landsbygdens förutsättningar....	55
3.3	Fler har hemsjukvård i den mycket avlägsna landsbygden .....	58
3.4	Färre har haft en digital vårdkontakt .....	59
3.5	Färre besök men längre vårdtillfällen i den specialiserade vården .....	61
<b>4</b>	<b>Tillgängligheten i primärvården .....</b>	<b>67</b>
4.1	Tillgänglighet är mer än väntetider .....	68
4.2	Långa avstånd till vården är utmärkande.....	71
4.3	De flesta får vård i rimlig tid .....	74
<b>5</b>	<b>Kvalitetsutfall av vården .....</b>	<b>87</b>
5.1	Olika upplevelser av vad som är god kvalitet .....	87
5.2	Medicinsk kvalitet varierar något .....	90
5.3	Andelen som har en fast läkarkontakt är lägre.....	97
5.4	Samordningen av vården upplevs vara bättre.....	99
5.5	Fler upplever att de får vara delaktiga i vården .....	101



<b>6</b>	<b>Insatser för ökad tillgänglighet och kvalitet.....</b>	<b>105</b>
6.1	Patienter och befolkning ser förbättringsbehov .....	106
6.2	Anpassa insatser utifrån lokala förutsättningar.....	111
6.3	Ökat samarbete och samordning är en strategi.....	112
6.4	Förenklade kontaktvägar till vården behövs .....	115
6.5	Viktigt att kunna driva utvecklingsprojekt.....	118
<b>7</b>	<b>Förutsättningar för kompetensförsörjning .....</b>	<b>123</b>
7.1	Utbredd brist på personal.....	124
7.2	Prognoser tyder på fortsatt personalbrist.....	130
7.3	Behov av att både attrahera, rekrytera och behålla personal.....	133
7.4	Utbildningens placering och utformning påverkar .....	135
7.5	Viktigt att vara en attraktiv arbetsgivare .....	141
7.6	Insatser för att fler ska vilja bo i landsbygden .....	146
7.7	Arbete pågår för att öka kompetensförsörjningen.....	154
<b>8</b>	<b>Utgångspunkter för en ökad digitalisering av vården .....</b>	<b>159</b>
8.1	Digitalisering kan vara en lösning på flera utmaningar .....	159
8.2	Vissa har svårare att använda digitala lösningar .....	165
8.3	Samma förutsättningar i olika kommuntyper .....	167
<b>9</b>	<b>Möjligheter för en mångfald av vårdgivare.....</b>	<b>177</b>
9.1	Vårdval öppnar för privata vårdgivare.....	178
9.2	Sämlre förutsättningar för valfrihet .....	180
9.3	Specifik ersättning för att öka etableringen.....	183
9.4	Vårdgivarna upplever olika förutsättningar för etablering .....	184
9.5	Utredningar föreslår nya upphandlingsstrategier.....	190
<b>10</b>	<b>Slutsatser och rekommendationer.....</b>	<b>193</b>
10.1	Kartläggning av primärvården i landsbygden .....	197
10.2	Primärvårdens förutsättningar.....	199
10.3	Behov av utveckling i hela landet.....	206
10.4	Våra rekommendationer.....	211
<b>11</b>	<b>Referenser .....</b>	<b>219</b>
	<b>Bilagor .....</b>	<b>239</b>
	Bilaga 1 – Metod .....	239
	Bilaga 2 – Intervjuer, samråd och avstämningar .....	251
	Bilaga 3 – Genomgång av regionernas förfrågningsunderlag .....	257







# Målet är en god och nära vård oavsett var du bor

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (3 kap. 1§ hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL). Tillgången till vård ska vara lika oavsett var i Sverige man bor. Däremot kan vården vara utformad på flera sätt som en följd av olika förutsättningar i landsbygder, tätorter och storstäder. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har fått i uppdrag att kartlägga hur tillgänglighet och kvalitet i primärvården i Sveriges landsbygder ser ut i dag, samt analysera hur den kan utvecklas för att främja en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (S2020/06224/FS). I uppdraget ska vi också undersöka vilka förväntningar och behov de som bor i landsbygden har på primärvården. I den här rapporten beskriver vi resultatet av vårt arbete med att kartlägga och analysera förutsättningarna för primärvården i Sveriges landsbygder och föreslår insatser för hur primärvården kan utvecklas för att hela befolkningen ska få en god vård.

## 1.1 OMSTÄLLNING TILL EN GOD OCH NÄRA VÅRD PÅGÅR

Dagens hälso- och sjukvård påverkas av många faktorer. Befolkningens behov av vård har förändrats liksom förväntningarna på vården, vilket har lett till ett behov av att utveckla hälso- och sjukvårdssystemet. Sett över en lång tid har vården skiftat fokus från att främst hantera akuta tillstånd som olycksfall och infektioner, till att i högre grad vårda och behandla personer



med kroniska eller långvariga besvär. Komplexiteten i vården har ökat, där många har flera diagnoser och därmed ett större behov av samordning mellan vårdgivare. Utvecklingen av behandlingar, läkemedel och medicinteknik har medfört förbättrade möjligheter att bota och behandla många sjukdomar. Det ställer andra krav på vården i form av uppföljning och rehabilitering. Vi har också en längre förväntad livslängd och en större andel äldre i befolkningen. Det medför ett förändrat behov av hälso- och sjukvård, där insatserna i allt högre grad behöver samordnas mellan olika aktörer, till exempel kommuner och regioner.

De senaste åren har det genomförts flera utredningar med fokus på vårdens utvecklingsbehov. Utredningen *Effektiv vård* (SOU 2016:2) föreslår en omfattande strukturreform av sjukvårdsystemet för att göra primärvården till den verkliga basen i vården. Utredningen *En god och nära vård* (SOU 2017:53) har under de senaste åren kommit med ett antal betänkanden om vårdens utveckling.

### 1.1.1 En reform för en stärkt primärvård

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). Ytterligare en proposition om primärvårdens utveckling lämnades i maj 2019. I den beskriver regeringen hur primärvården ska utvecklas under de kommande åren (prop. 2019/20:164). Reformen syftar till att kunna möta de utmaningar som finns inom hälso- och sjukvården och att använda sjukvårdens resurser mer effektivt.

Målet med omställningen är att patienten ska få en god och nära vård som stärker hälsan. Ytterligare ett mål är att patienten ska vara delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser samt att hälso- och sjukvårdens resurser ska användas mer effektivt. Regeringen har också angett tre inriktningsmål för reformen (prop. 2019/20:164):

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

Flera av de strategier och initiativ som regeringen har fattat beslut om är relaterade till Agenda 2030. Ett av målen i Agenda 2030 är god hälsa och välbefinnande. För att Sverige ska uppnå det övergripande målet om

en hållbar utveckling och uppnå ett modernt, jämlikt, tillgängligt och effektivt hälsosystem, finns ett behov av insatser på flera nivåer i samhället. Förändrade demografiska och epidemiologiska förhållanden medför ett behov av ett intensifierat och brett förebyggande arbete, vilket i sin tur förutsätter en stark primärvård som grund (SOU 2018:39).

### **1.1.2 Primärvården är en stor och bred del av vården**

Det är en mycket stor andel av befolkningen som regelbundet får hjälp med sin hälsa i primärvården. Det är också till primärvården som man i första hand ska vända sig för att få vård och behandling, i vissa fall följt av remiss till en mer specialiserad sjukvård. Sedan den 1 juli 2021 definieras primärvård som den hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper (6§ HSL (2017:30)). Primärvården ska enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvara för medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens. Primärvårdens uppdrag är med andra ord både stort och brett.

Primärvården omfattar många olika verksamheter och finansieras både av regionerna och kommunerna. Den primärvård som finansieras av kommunerna omfattar hälso- och sjukvård som ges i särskilda boendeformer eller i patienternas egna hem. I regionerna utförs den största delen av primärvården på vårdcentraler. I Socialstyrelsens termbank definieras en vårdcentral som en vårdenhet med mottagningsverksamhet inom primärvården (Socialstyrelsen 2021a). Mottagningarna kan även kallas för hälsocentraler, husläkarmottagningar, familjeläkarmottagningar och liknande, men i den här rapporten kommer vi att använda begreppet vårdcentral.

Andra typer av verksamheter inom primärvården är barnhälsovård och barnmorskemottagningar. Primärvården i Sverige är organiserad utifrån att vårdcentralerna ska vara multiprofessionella. Utöver läkare och sjuksköterskor är psykologer, kuratorer och arbetsterapeuter exempel på kompetenser som finns på vårdcentralen.

### **1.1.3 Vården har olika förutsättningar i olika delar av landet**

Regionala skillnader i hälsa och dödlighet innebär att hälsan i Sverige blir ojämlik. Skillnaderna är ett tecken på att det finns faktorer i människors



omgivning som påverkar hälsan och att det därför går att påverka ojämlikheter i hälsa och dödlighet genom politiska åtgärder (SOU 2017:47).

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) slår fast att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Förutsättningarna för att utföra vård skiljer sig samtidigt mellan olika delar av landet (Kullberg, Blomqvist & Winblad 2018; Vård- och omsorgsanalys 2017a, 2020a).

Det finns en särskild utmaning i att åstadkomma en tillgänglig vård även i de mest glesbefolkade delarna av landet. Regeringen har konstaterat att utmaningarna bland annat består av långa avstånd till vården och svårigheter med en ändamålsenlig kompetensförsörjning (prop. 2019/20:164). En åldrande befolkning med en större andel äldre i landsbygden medför också utmaningar. Studier beskriver även att brist på ekonomiska resurser (Nordens välfärdscenter 2019) och avsaknad av kollektivtrafik (Kullberg, Blomqvist & Winblad 2018; VTI 2017) kan bidra till svårare förutsättningar för vården i landsbygden.

En slutsats från utredningen *Styrning för en mer jämlik vård* (SOU 2019:42) är att kunskapen om sjukvården i glesbygd behöver öka. Dessutom behöver man ta ett bredare grepp om sjukvårdens närvaro i glesbygd och diskutera hela välfärden.

## 1.2 VI GER MER KUNSKAP OM PRIMÄRVÅRDEN I LANDSBYGDEN

Vård- och omsorgsanalys har fått i uppdrag av regeringen att kartlägga tillgängligheten och kvaliteten i primärvården i Sveriges landsbygder (S2020/06224/FS). Syftet med uppdraget är att bidra med kunskap om hur man kan förbättra primärvården i landsbygden och förutsättningarna för tillgänglighet och kvalitet. Med utgångspunkt i landsbygdens förutsättningar ska vi föreslå samhällsekonomiskt effektiva lösningar för att främja en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Vi ska även analysera förutsättningar för att uppnå en ändamålsenlig kompetensförsörjning och digitalisering. Vi har fokuserat på tre övergripande frågor med tillhörande delfrågor utifrån vårt uppdrag från regeringen (figur 1).

Figur 1. Våra frågeställningar.

<b>Hur ser tillgänglighet och kvalitet ut i primärvården i Sveriges landsbygder?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Vilken tillgänglighet och kvalitet har primärvården i Sveriges landsbygder jämfört med primärvården i övriga Sverige?</li><li>▶ Vilka förväntningar och behov har befolkningen i landsbygden på tillgänglighet och kvalitet?</li></ul>
<b>Hur ser förutsättningarna för primärvården i landsbygden ut?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Hur kan den nationella, regionala och lokala nivån främja tillgänglighet till primärvård i landsbygden på ett samhälls-ekonomiskt effektivt sätt?</li><li>▶ Vilka goda exempel finns i Sverige och andra länder?</li><li>▶ Hur kan förutsättningarna för en ändamålsenlig kompetensförsörjning och digitalisering utvecklas? Vilka kostnadseffektiva åtgärder finns?</li><li>▶ Vilka förutsättningar behövs för att utförare i olika storlek ska kunna verka inom primärvården i landsbygden?</li></ul>
<b>Hur kan primärvården i landsbygden utvecklas för att främja en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ I vilken utsträckning beror eventuella skillnader i tillgänglighet och kvalitet inom primärvården på landsbygdens specifika förutsättningar?</li><li>▶ Finns det ett behov av insatser för att säkerställa en god och tillgänglig vård oavsett bostadsort? Vilka insatser kan i sådant fall vara aktuella utifrån befintligt kunskapsläge?</li></ul>

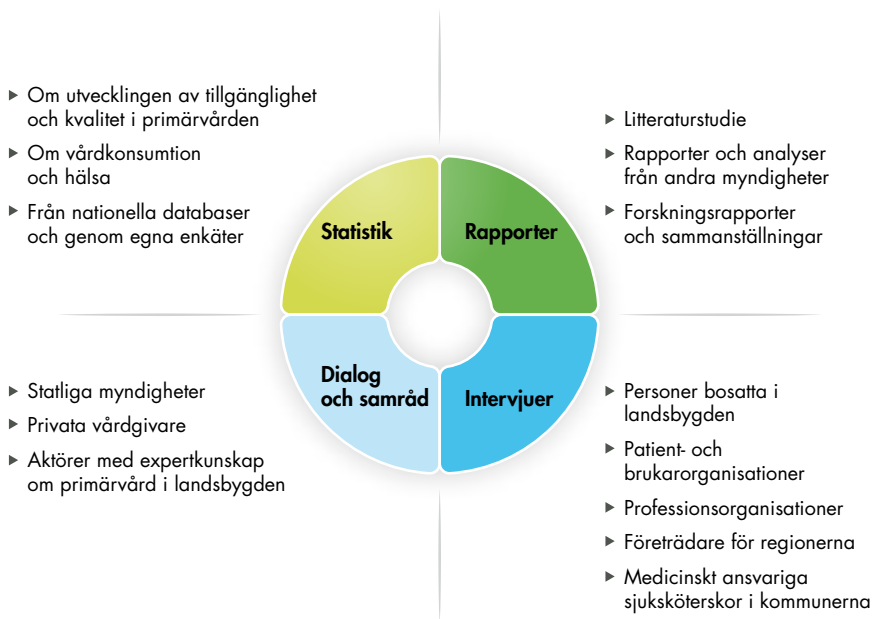
### 1.2.1 Vi använder flera olika metoder och informationskällor

Vi har använt flera datakällor och metoder för att besvara våra frågeställningar. Bland annat har vi genomfört intervjuer och enkätundersökningar, sammanställt statistik från andra myndigheter och gjort en litteraturstudie. Figur 2 ger en överblick över det underlag vi har utgått ifrån i arbetet med den här rapporten. I bilaga 1 beskriver vi våra metoder och källor mer ingående.



Målet är en god och nära vård oavsett var du bor

**Figur 2.** Översikt av underlaget till slutsatserna i rapporten.



Vi har samlat in och analyserat statistik om tillgänglighet, kvalitet och patienters och befolkningens upplevelser av primärvård från nationella datakällor. Vi har kompletterat informationen med egna enkäter. Från nationella databaser har vi också hämtat information om vårdkonsumtion och hälsa. Vi har även använt Vård- och omsorgsanalys befolkningspanel för att undersöka förväntningarna på primärvården.

En del i uppdraget syftar till att ge exempel på modeller och lösningar som används i landsbygdsregioner i dag. Vi har fokuserat på modeller som beskrivits som goda exempel i litteraturen och i de intervjuer vi genomfört. Exempelen kommer i första hand från Sverige och de andra nordiska länderna. I rapporten presenterar vi ett urval av de exempel vi har inkluderat i vår analys. Vår genomgång av modeller och lösningar är inte fullständig, utan det kan finnas andra exempel som inte ingår i vår analys.

För att undersöka hur och i vilken omfattning insatser för att öka tillgängligheten till primärvård påverkar vårdens kvalitet och behandlingsresultat har vi genomfört en litteraturstudie. Sökningen fokuserade på systematiska översikter med ett tydligt landsbygdsperspektiv. Upplysningstjänsten vid Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) genomförde sökningen och en genomgång på titel- och abstraktnivå av de artiklar som hittades.

En del av datainsamlingen baseras på intervjuer med både patienter och befolkning, företrädare för regionerna, professionen och vårdens aktörer, samt andra myndigheter och relevanta aktörer som har expertkunskap om primärvård i landsbygd. I bilaga 2 finns en förteckning över de personer vi har intervjuat.

### *Fallstudier i sju regioner*

För att få en kompletterande bild av primärvården i landsbygden har vi genomfört fallstudier i sju regioner. Syftet med fallstudierna var att få en djupare förståelse för olika perspektiv på tillgänglighet till primärvård i landsbygden, men även förståelse för förutsättningarna för en ändamålsenlig kompetensförsörjning och digitalisering. Regionerna valdes för att de har en stor andel landsbygdskommuner, representerar olika typer av landsbygd samt har en god geografisk spridning i landet. De utvalda regionerna är Dalarna, Gävleborg, Jämtland Härjedalen, Kalmar, Västerbotten, Västra Götaland och Örebro.

Vi har genomfört semistrukturerade intervjuer med företrädare för primärvården i de utvalda regionerna (primärvårdschefer eller hälso- och sjukvårdsdirektörer), men en region hade inte möjlighet att delta. I fyra av de utvalda regionerna har vi även inhämtat fördjupad statistik om exempelvis väntetider och digitala vårdbesök. Det gäller regionerna Jämtland Härjedalen, Kalmar, Västerbotten och Örebro.

I fallstudierna har vi också intervjuat medicinskt ansvariga sjuksköterskor i ett urval landsbygdskommuner. Kommunerna valde vi för att de skulle representera landsbygdskommuner av olika karaktär med en god geografisk spridning. De kommuner som deltog är Bollnäs, Dals-Ed, Dorotea, Hällefors, Malung-Sälen och Mönsterås. En tillfrågad kommun avböjde medverkan.

Vi har även hämtat information om ärenden till patientnämnderna i våra fokusregioner, för att undersöka om det finns skillnader i vad ärendena handlar om mellan landsbygden och andra kommuntyper. Till sist har vi också genomfört intervjuer med regionala företrädare för patient- och brukarorganisationer i ett antal av de utvalda regionerna.

## **1.2.2 Vi har använt oss av register och enkäter till befolkningen**

I rapporten har vi använt oss av flera datakällor. En sammanställning över källorna för de indikatorer vi har använt finns i tabell 1. För alla källor förutom International Health Policy Survey (IHP) har vi analyserat informationen utifrån Tillväxtanalys indelning i kommuntyper, se avsnitt 1.2.3. För mer information om analyserna, se bilaga 1.



Målet är en god och nära vård oavsett var du bor

**Tabell 1.** Datakällor som vi använder oss av i rapporten.

Källa	Beskrivning
Enkät till Vård- och omsorgsanalys befolkningspanel	För att undersöka erfarenheter och förväntningar på primärvården i landsbygden och i övriga landet har vi skickat ut en enkät till Vård- och omsorgsanalys befolkningspanel. Vid genomförandet av den här enkäten bestod panelen av cirka 300 deltagare och 228 svarade på enkäten. Eftersom panelen är under uppbyggnad bör den betraktas som en större fokusgrupp, snarare än en traditionell befolkningspanel.
Vård- och omsorgsanalys patientlagsenkät 2020	Vård- och omsorgsanalys (2021 a) genomförde 2020 en enkätundersökning till patienter och allmänheten om hur de upplever att vården arbetar inom de områden som beskrivs i patientlagen. Enkäten riktades till personer 16 år och äldre i Origo Groups slumpmässigt rekryterade webbpanel. Urvalet var stratifierat för att kompensera för grupper med lägre svarsfrekvens. Totalt fick vi 12 522 svar. Resultaten är analyserade med deskriptiv statistik och logistiska regressionsmodeller.
Enkät om preferenser i primärvården	I rapporten <i>Primärt i vården</i> genomförde Vård- och omsorgsanalys (2020b) en enkätstudie riktad till ett slumpmässigt urval om 6 000 personer i den vuxna befolkningen. Svarsfrekvensen var cirka 32 procent och var relativt representativ för den vuxna befolkningen. I enkäten ställde vi frågor om erfarenheter av och preferenser för kontinuitet i primärvården.
International Health Policy Survey (IHP)	IHP är en internationell, årlig undersökning som fokuserar på erfarenheter i sjukvården för tre roterande målgrupper: befolkningen 18 år och äldre, befolkningen 65 år och äldre samt primärvårdsläkarna. I den här rapporten har vi använt resultaten för glesbygden i analyserna i IHP 2019 och 2020 (Vård- och omsorgsanalys 2020a, 2021b). Resultaten har inte analyserats utifrån Tillväxtanalys indelning i kommuntyper, utan vi har använt Eurostats klassificering Degrees of Urbanisation.
Väntetidsdatabasen	För att analysera skillnader i besöksmönster och väntetider har vi använt oss av SKR:s väntetidsdatabas över primärvården. Eftersom väntetidsbasen har regionala skillnader i täckningsgrad har vi valt ut ett antal regioner för att beskriva vårdkonsumtionen i olika kommuntyper. Se Box 2 för mer information om urvalet och analysen av väntetider.
Nationell patientenkät primärvårdsenkät	SKR genomför vartannat år en enkät om patienternas erfarenheter i primärvården – Nationell patientenkät (NPE). Vi har huvudsakligen använt oss av 2019 års enkät, vilket var den senast tillgängliga. Cirka 100 000 primärvårdspatienter svarade vilket ger en svarsfrekvens på runt 40 procent. Utöver deskriptiv analys av frågorna har vi även använt oss av logistiska regressionsmodeller för att beräkna sannolikheten att respondenterna hade positiva upplevelser av primärvården.
Hälso- och sjukvårdsbarometern	Hälso- och sjukvårdsbarometern genomförs varje år och har Sveriges befolkning över 18 år som målgrupp. Undersökningen baseras på ett obundet slumpmässigt urval som har stratifierats på regioner. Vi har använt oss av SKR:s hälso- och sjukvårdsbarometer från 2019. I den här rapporten redovisar vi resultaten med deskriptiv statistik uppdelat på kommuntyper.

(forts.)



Tabell 1. (forts.)

Källa	Beskrivning
Undersökningarna av levnadsförhållanden	SCB:s undersökning av levnadsförhållanden (ULF) vänder sig till befolkningen 16 år och äldre. Vi har använt oss av ULF-undersökningen för att se om det finns skillnader i upplevelse av att ha fått vård vid behov mellan landsbygden och övriga kommuntyper.
Nationella folkhälsoenkäten	Den nationella folkhälsoenkäten undersöker hälsan i befolkningen och genomförs vartannat år av Folkhälsomyndigheten. Undersökningen genomförs med hjälp av ett obundet slumpmässigt urval och viktas för att vara representativt för befolkningen. Svarsfrekvensen 2010 och framåt har varit mellan 40 och 50 procent.

### 1.2.3 Landsbygdskommuner finns i hela Sverige

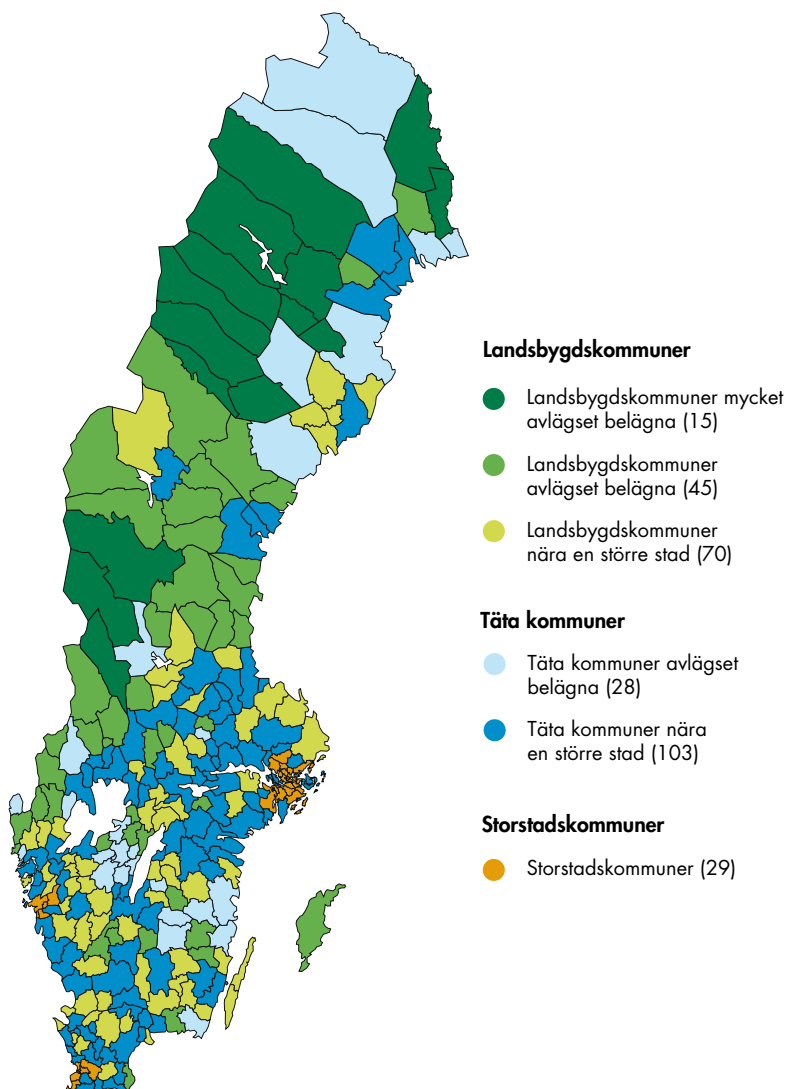
Hur landsbygd definieras varierar mellan källor och klassificeringar. Beroende på vilken definition som används ingår olika stora delar av Sverige. Flera tidigare studier har fokuserat på vård i glesbygdssområden som framför allt finns i norra Sverige. I den här rapporten har vi tagit ett bredare grepp och utgår ifrån landsbygd i stället för glesbygd. Landsbygdssområden finns i hela Sverige, men karaktärsdragen skiljer sig åt mellan olika delar av landet. Generellt är invånarantalet och avståndet till en större stad faktorer som skiljer kommunerna åt.

I den här rapporten använder vi Tillväxtanalys klassificering i sex kommuntyper: tre typer av landsbygdskommuner och tre typer av stadskommuner (Tillväxtanalys 2014). Utgångspunkten i indelningen är befolkningstäthet, befolkningens storlek och avståndet till större städer. De kommuntyperna som vi använder oss av och deras geografiska utbredning framgår av figur 3. Eftersom den här rapporten fokuserar på landsbygden, kommer vi att koncentrera oss på landsbygdskommunerna. Ibland behöver vi dela upp information på tre kommuntyper i stället för sex kommuntyper, exempelvis om antalet personer som besvarat en enkät är begränsat. Kommuntyperna beskrivs ytterligare i bilaga 1.



Målet är en god och nära vård oavsett var du bor

**Figur 3.** Kommuntyper som används i rapporten.



### 1.3 RAPPORTENS DISPOSITION

I kapitel 2 och 3 ger vi en överblick över vårdbehovet och vårdkonsumtionen i landsbygden. Det ger en bakgrund som läsaren kan bära med sig i tolkningen av resultaten i våra kommande kapitel av rapporten.

I kapitel 4–9 presenterar vi resultaten av våra analyser utifrån de frågeställningar vi har i uppdraget, se figur 4.

Baserat på resultaten presenterar vi i kapitel 10 våra sammanfattande slutsatser om tillgänglighet och kvalitet i primärvården i landsbygden, vilka utvecklingsbehov vi har identifierat, och vilka åtgärder som kan behövas för att möta dessa behov.

Bilagorna till rapporten beskriver de olika underlagen samt våra arbets- och analysmetoder närmare.

Figur 4. Översiktlig bild av rapportens disposition.

Kapitel	Innehåll
2	<b>Socioekonomiska förutsättningar och hälsa</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▶ Statistik över socioekonomiska faktorer.</li><li>▶ Översikt av befolkningens upplevda hälsa.</li></ul>
3	<b>Befolkningens vårdkonsumtion</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▶ Vårdkonsumtion i primärvården och den specialiserade vården.</li></ul>
4	<b>Tillgängligheten i primärvården</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▶ Resultat av analyser av olika utfallsmått av tillgänglighet och patienters och befolkningens upplevelse av tillgänglighet.</li></ul>
5	<b>Kvalitetsutfall av vården</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▶ Resultat av analyser av olika kvalitetsmått i vården.</li></ul>
6	<b>Insatser för ökad tillgänglighet och kvalitet</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▶ Patienternas och befolkningens förväntningar på primärvården.</li><li>▶ Insatser och goda exempel för ökad tillgänglighet och kvalitet.</li></ul>
7	<b>Förutsättningar för kompetensförsörjning</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▶ Översiktsbild av kompetensförsörjningen i dag.</li><li>▶ Insatser som kan öka förutsättningarna för kompetensförsörjningen.</li></ul>
8	<b>Utgångspunkter för en ökad digitalisering av vården</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▶ Betydelsen av en ökad digitalisering av vården.</li><li>▶ Befolkningens och patienternas perspektiv på digitalisering.</li><li>▶ Förutsättningar för en ökad digitalisering av primärvården.</li></ul>
9	<b>Möjligheter för en mångfald av vårdgivare</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▶ Förutsättningar för valfrihet i primärvården och en mångfald av vårdgivare.</li></ul>
10	<b>Slutsatser och rekommendationer</b>









# 2

## Socioekonomiska förutsättningar och hälsa

Det här kapitlet ger en bild av den socioekonomiska situationen och hälsoläget i landsbygdskommuner jämfört med andra delar av landet. Vi beskriver översiktligt olika faktorer relaterade till socioekonomi som utbildning och inkomst. Vi analyserar även skillnader i upplevd hälsa.

Våra viktigaste resultat:

- Befolkningen i landsbygden är i genomsnitt något äldre än i resten av landet och har i genomsnitt lägre utbildning och inkomst.
- Skillnaderna i upplevd hälsa är generellt små, men en något lägre andel av personerna i den avlägsna och mycket avlägsna landsbygden upplever en bra eller mycket bra hälsa. Fler anger också att de har en långvarig sjukdom.
- Skillnader i upplevd hälsa mellan den friska befolkningen och personer med sjukdom är större i avlägset och mycket avlägset belägna landsbygdskommuner. Skillnaderna mellan kommuntyper har ökat något, men det är svårt att kartlägga orsakerna till det.



## 2.1 SVÅRARE DEMOGRAFISKA FÖRUTSÄTTNINGAR

Vissa av de utmaningar och förändringar som hälso- och sjukvården möter i dag är relaterade till större förändringar som även påverkar andra sektorer. Några exempel är det ekonomiska läget i kommuner och regioner och förändringar i befolkningsstrukturen som bland annat påverkar skattebasen och kompetensförsörjningen. Andra förändringar är mer avgränsade till vården, där utvecklingen av hälsan i befolkningen är ett exempel. I det här avsnittet beskriver vi de demografiska förutsättningarna och hälsoläget för dem som bor i landsbygdskommuner.

### 2.1.1 Mindre befolkning och högre medelålder

De demografiska förutsättningarna, med befolkningsstruktur och befolknings-tillväxt, är något som påverkar både vårdbehovet, förutsättningarna för kompetensförsörjning och den ekonomiska situationen (SKR 2020a). I dag har Sverige en befolkning på cirka 10 miljoner, varav omkring 1,7 miljoner bor i landsbygdskommuner.

Befolkningen ökar i Sverige, framför allt i storstadskommunerna. Befolkningstillväxten i landsbygden går långsammare, vissa kommuner växer inte alls. Situationen ser olika ut för olika typer av landsbygdskommuner, men generellt är befolkningen äldre och kommunerna är mer glest befolkade. Tabell 2 visar socioekonomiska förutsättningar för olika kommuntyper.

Samtidigt som det sker en utflytt från landsbygdskommuner sker det även tillbakaflyttningar, förflyttningar mellan landsbygdsområden och inflyttningar av personer som tidigare inte bott i landsbygden (Tillväxtverket 2019). Ett utmärkande drag för landsbygdskommuner är att de är mycket mer glestbefolkade, men även här ser vi skillnader mellan landsbygdskommuner.

Medelåldern i landsbygdskommuner är något högre, framför allt i de kommuner som är avlägset och mycket avlägset belägna. Det är också en större andel av befolkningen i dessa kommuner som är över 65 år. Den generella utvecklingen av befolkningens sammansättning i Sverige är att antalet äldre ökar och att deras andel av befolkningen blir större (SCB 2019). Åldersfördelningen i befolkningen påverkar den demografiska försörjningskvoten. När antalet äldre och yngre i befolkningen ökar snabbare än antalet personer i yrkesverksam ålder, vilket sker i Sverige i dag, medför det att färre ska försörja allt fler. Det bidrar både till utmaningar i finansiering och bemanning i välfärden.



**Tabell 2.** Beskrivning av socioekonomiska förutsättningar för olika kommuntyper.

	Landsbygdskommuner			Täta kommuner		Storstads- kommuner
	Mycket avlagset belägna	Avlagset belägna	Nära en större stad	Avlagset belägna	Nära en större stad	
Antal kommuner	15	45	70	28	103	29
Total population	78 256	582 494	1 026 391	695 921	4 512 034	3 484 199
Invånare per km <sup>2</sup>	1	7	18	9	54	737
Medelålder (2019)	47	46	44	44	42	39
Medellivslängd kvinnor (2015–2019)	82,6	83,5	84,0	83,9	84,1	84,8
Medellivslängd män (2015–2019)	79,1	79,6	80,4	80,3	80,6	81,6
Andel personer över 65 år	29%	27%	25%	24%	21%	16%
Antal inflyttade till kommunen	3 517	29 016	64 026	29 900	244 781	277 701
Antal utflyttade från kommunen	3 704	28 454	57 237	29 570	224 535	271 860
Andel utrikesfödda	12%	14%	14%	14%	17%	27%
Andel med grundskole- utbildning eller lägre, 16–74 år (2019)	18%	21%	21%	18%	17%	14%
Andel med gymnasie- utbildning, 16–74 år (2019)	57%	52%	50%	50%	45%	34%
Andel med högre utbildning, 16–74 år (2019)	22%	25%	26%	30%	36%	48%
Andel inskrivna arbetslösa, 16–64 år (januari 2020)	5,2%	7,0%	5,5%	6,1%	6,3%	5,7%
Medelinkomst, tusentals kronor (2019)	267	265	280	287	296	353
Genomsnittlig andel hushåll med låg ekonomisk standard (2019)	19%	20%	16%	16%	15%	12%

Not: Informationen avser 2020 om inte annat framgår.

Källa: Arbetsförmedlingen 2021, Folkhälsomyndigheten 2020, SCB 2020a, 2021a–g.



Vi kan också se att den genomsnittliga beräknade medellivslängden är något kortare i landsbygdskommuner. Resultaten avser återstående medellivslängd vid födseln beräknat som ett genomsnitt för femårsperioden. Dessa siffror ska tolkas med viss försiktighet, eftersom en liten befolkning och få döda kan medföra att ett fåtal dödsfall i unga åldrar kan ge stora skillnader mellan perioder.

Den genomsnittliga utbildningsnivån i landsbygdskommunerna är något lägre, och en större andel har gymnasium som högsta avslutade utbildning. Under den senare delen av 1900-talet har andelen som har en gymnasieutbildning tydligt ökat (Folkhälsomyndigheten 2021a). Det innebär att det är en större andel äldre i gruppen med högst förgymnasial utbildning jämfört med övriga utbildningsgrupper.

### **2.1.2 Ålder och utbildning är viktiga påverkansfaktorer för hälsa**

Hälsan i befolkningen påverkas av många faktorer och beskrivs ofta som ett resultat av ett samspel mellan individ och samhälle. Förenklat går det att gruppera hälsans bestämningsfaktorer till livsvillkor, levnadsförhållanden och levnadsvanor (Folkhälsomyndigheten 2021a). Bestämningsfaktorerna kan vara både individuella som kön, ålder och arv, men också samhälleliga, strukturella, socioekonomiska och kulturella. Förutsättningar för en god och jämlik hälsa är jämlika livsvillkor.

Ålder påverkar flera av hälsans bestämningsfaktorer och ökar risken för ett stort antal sjukdomar. Utbildningsnivån påverkar flera negativa levnadsvanor och livsvillkor, och därmed risken för ohälsa i olika grupper i befolkningen (Folkhälsomyndigheten 2021a).

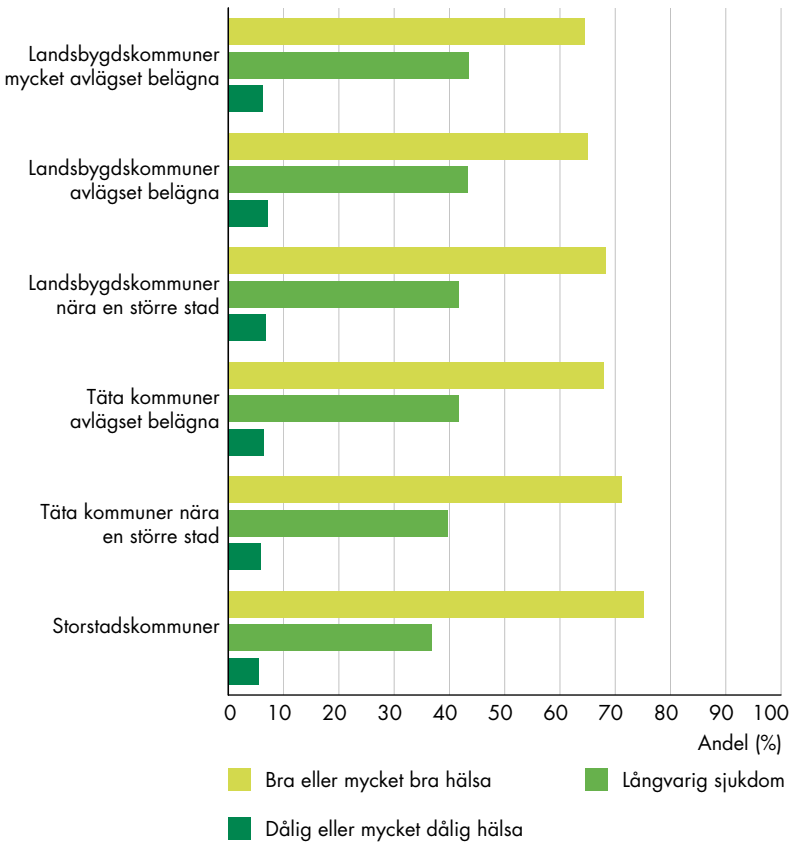
## **2.2 NÅGOT FLER UPPLEVER EN SÄMRE HÄLSA**

Vi har undersökt hur personer bosatta i olika kommuner upplever sin hälsa. Det handlar dels om hur många som har en kronisk sjukdom, dels om skillnader i hur många som upplever att de har en god hälsa. Det finns tecken på att den upplevda hälsan bland personer i landsbygden är sämre även om skillnaderna är små.

### **2.2.1 Fler har en långvarig sjukdom men färre har psykisk ohälsa**

Folkhälsomyndigheten undersöker regelbundet hälsan i befolkningen genom en nationell folkhälsoenkät. Resultaten från enkäten visar att det är små skillnader i hur befolkningen upplever sin hälsa mellan olika kommuntyper (figur 5).

**Figur 5.** Andel med självupplevd bra eller mycket bra hälsa, långvarig sjukdom samt dålig eller mycket dålig hälsa per kommuntyp, flerårsmedelvärden för 2017–2020.



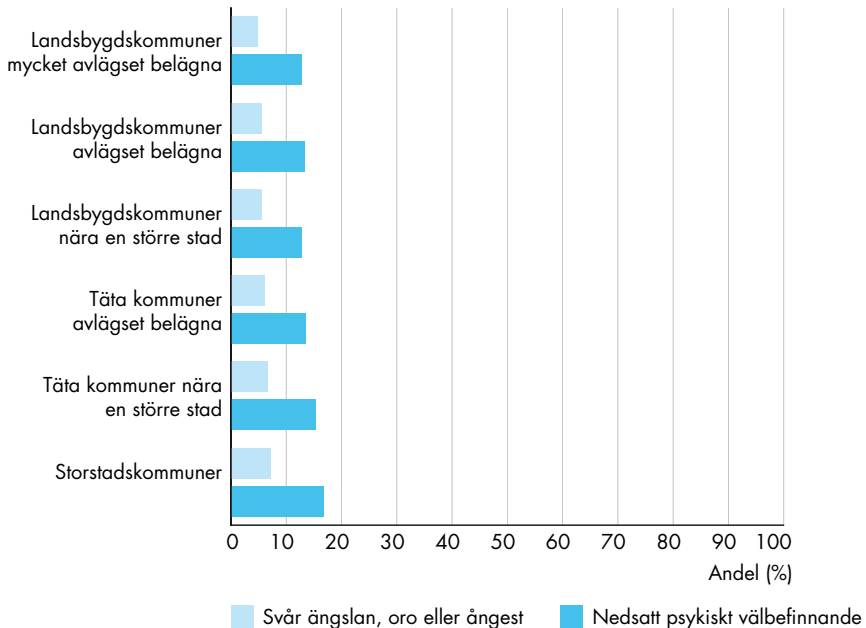
Källa: Nationell folkhälsoenkät, Folkhälsomyndigheten 2021b. Vård- och omsorgsanalys bearbetning.

Det är en något lägre andel av befolkningen i mycket avlägsen och avlägsen landsbygd som upplever en bra eller mycket bra hälsa. Det skulle delvis kunna förklaras av att en något större andel av befolkningen i de kommuntyperna också anger att de har en långvarig sjukdom. Det är små skillnader mellan kommuntyperna i hur stor andel av befolkningen som upplever en dålig eller mycket dålig hälsa.

Den nationella folkhälsoenkäten kartlägger även den psykiska hälsan hos befolkningen. Resultaten visar att personer i landsbygdskommuner i något lägre utsträckning rapporterar ett självupplevt nedsatt psykiskt välbefinnande (figur 6).



**Figur 6.** Andel med självupplevt nedsatt psykiskt välbefinnande, flerårsmedelvärden 2015–2018, samt svår ångslan, oro eller ångest, flerårsmedelvärden för 2017–2020.



Källa: Nationell folkhälsoenkät, Folkhälsomyndigheten 2021b. Vård- och omsorgsanalys bearbetning.

## 2.2.2 Skillnaderna i hälsa ökar mellan personer med långvarig sjukdom och friska i avlägset belägen landsbygd

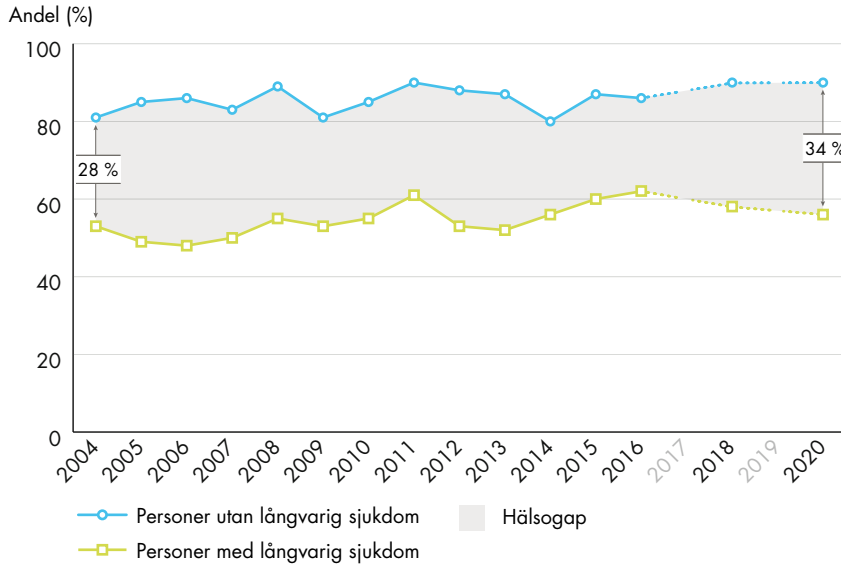
Hälso- och sjukvården kan påverka hur hälsan utvecklas för personer med långvarig sjukdom (Vård- och omsorgsanalys 2019a). Genom att jämföra skillnaden, hälsogapet, för andelen personer som anger att de har en bra eller mycket bra hälsa mellan friska personer och personer med långvarig sjukdom kan vi analysera hälsoutfallet av vården. Indikatorn kommer från den nationella folkhälsoenkäten.

Om gapet minskar över tid är det ett tecken på att hälso- och sjukvården har blivit bättre på att ta hand om patienterna på ett sätt som gör att de upplever en bättre hälsorelaterad livskvalitet. Måttet kan därför avspegla hur väl sjukvården lyckas utjämna skillnader i hälsa mellan personer med långvarig sjukdom och den friska befolkningen. Ett minskat hälsogap kan också förklaras av att vården är bättre på att upptäcka och diagnosticera sjukdomar i ett tidigt skede. Det får till följd att gruppen sjuka blir större, men att de befinner sig i ett tidigare skede av sin sjukdom. Om gapet i stället ökar skulle det kunna bero på att personer lever längre i svåra stadier av sin sjukdom som en följd av förbättrade behandlingsmöjligheter.

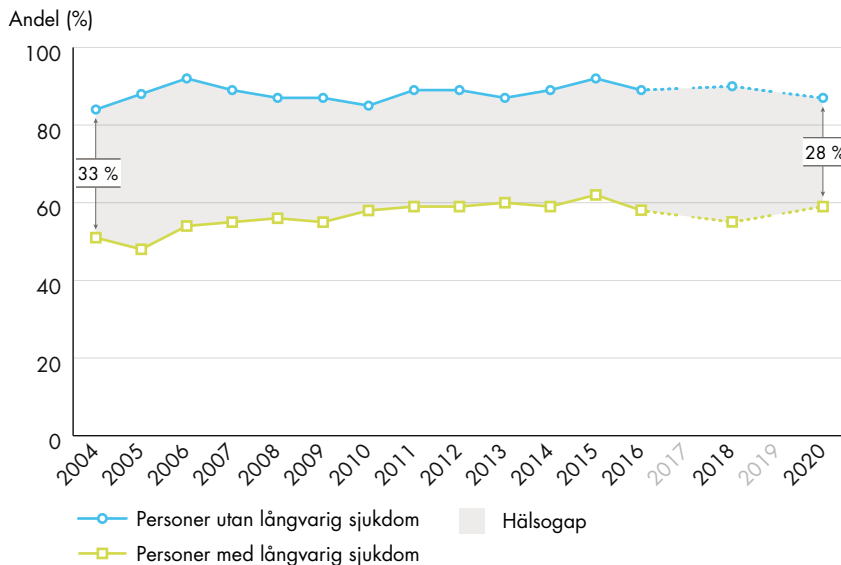
Figur 7 visar hälsogapet för personer som bor i landsbygdskommuner. Vi har kombinerat information för personer i mycket avlägsna och avlägsna landsbygdskommuner.

**Figur 7.** Hälsogap mellan personer utan långvarig sjukdom och personer med långvarig sjukdom, för personer 16–84 år.

► **Landsbygdskommuner mycket avlägset och avlägset belägna**



► **Landsbygdskommuner nära en större stad**



Not: Från och med 2016 genomförs folkhälsoenkäten vartannat år. Därför saknas resultat för 2017 och 2019.

Källa: Nationell folkhälsoenkät, Folkhälsomyndigheten.

För personer i avlägsen och mycket avlägsen landsbygd har hälsogapet ökat något mellan 2004 och 2020, även om skillnaden varierar mellan åren. I landsbygdskommuner nära en större stad har hälsogapet minskat under samma period. Vi kan se att andelen som upplever en god hälsa har ökat sedan 2004 både bland personer med och utan långvarig sjukdom. Personer med långvarig sjukdom som är bosatta i mycket avlägsen och avlägsen landsbygd upplever i något lägre utsträckning att de har en god hälsa. I de kommunerna ser vi inte heller en lika stor ökning mellan 2004 och 2020 i andelen som upplever en god hälsa. Utifrån den information som finns tillgänglig kan vi inte avgöra vad utvecklingen beror på.

Hälsogapet har minskat i täta kommuner och storstadskommuner. Hälsogapet är generellt mindre i storstadskommuner, vilket beror på att personer med långvarig sjukdom i större utsträckning anger att de har en god hälsa.







# 3

## Befolkningens vårdkonsumtion

I det här kapitlet ger vi en bild av vårdkonsumtionen. Vi har både kartlagt besök i primärvården i regionernas regi och kommunernas insatser i hemsjukvården. Vi presenterar även statistik för öppenvårdsbesök och slutenvårdstillfällen och om det finns skillnader i vårdtyngd mellan personer bosatta i landsbygdskommuner jämfört med andra kommuntyper. Vi redogör även för om det finns skillnader i antalet digitala besök.

Våra viktigaste resultat:

- Personer bosatta i landsbygdskommuner gör fler besök inom primärvården. Vanligast är besök hos läkare.
- Primärvården verkar fungera som navet i hälso- och sjukvården i landsbygden, och omhändertar fler personer med komplexa behov.
- En lägre andel av de som bor i landsbygdskommuner har använt digitala vårdtjänster, men det finns skillnader mellan landsbygdskommuner. De som bor nära en större stad använder digitala vårdtjänster i större utsträckning.
- Besök i den öppna specialistvården och vårdtillfällen i den slutna specialistvården är något färre bland dem som bor i landsbygden. Vi ser inga tecken på att vårdtyngden skiljer mellan personer från olika kommuntyper vid besök i den öppna specialistvården. Däremot har personer från landsbygdskommuner en högre vårdtyngd vid besök i den slutna specialistvården.

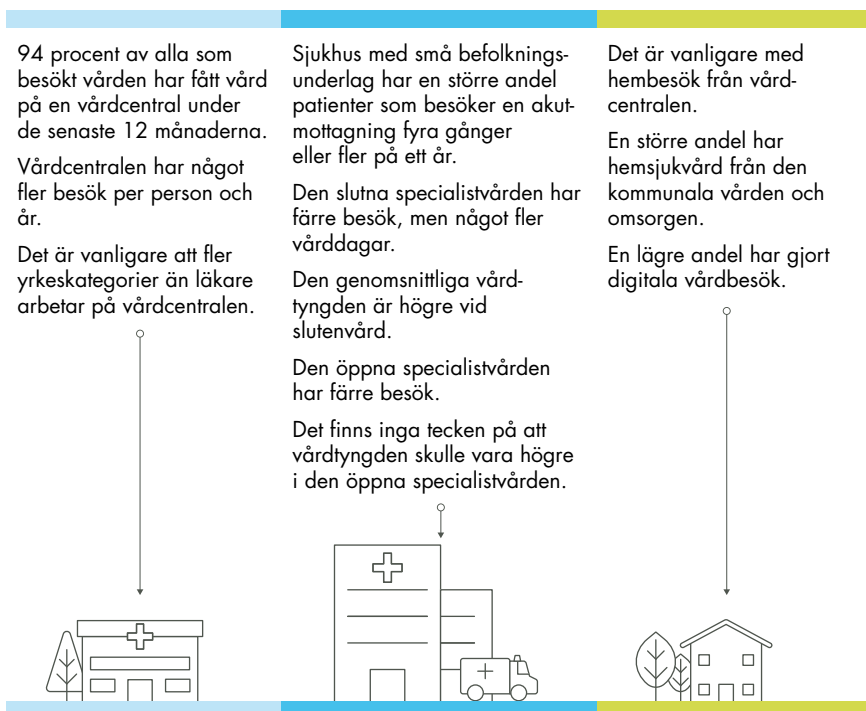


### 3.1 PRIMÄRVÅRDEN TAR ETT STÖRRE ANSVAR

Den sammantagna bilden är att primärvården har en viktig roll i landsbygden. Personer i landsbygden besöker primärvården i större utsträckning och en större andel har insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Det är också något vanligare att besöka en akutmottagning. Däremot har färre i landsbygden använt digitala vårdtjänster. Besöken i öppen specialistvård och vårdtillfällen i den sluta specialistvården är något färre jämfört med i tätorter och storstäder.

Figur 8 ger en översiktsbild över vårdkonsumtionen i olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet för de som bor i landsbygdskommuner.

**Figur 8.** Översiktsbild över vårdkonsumtionen i olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet för dem som bor i landsbygd.



Vårdkonsumtionen påverkas av många faktorer. Därför är det svårt att med säkerhet uttala sig om skillnaderna. En faktor som har betydelse är att befolkningen i landsbygden i genomsnitt är äldre, vilket medför ett ökat vårdbehov. En faktor som kan förklara en högre andel besök i primärvården är att det är enklare att komma i kontakt med vården, exempelvis genom fler mottagningar i närområdet. Motsvarande resonemang skulle kunna förklara en högre andel besök i specialiserad öppenvård i städer och tätorter, där det kan vara närmare till en specialistmottagning. Det kan medföra att personer i dessa kommuntyper söker den specialiserade vården tidigare. Det kan också vara så att personer i landsbygden söker den specialiserade vården för allvarligare tillstånd.

### 3.1.1 De flesta besöker primärvården under ett år

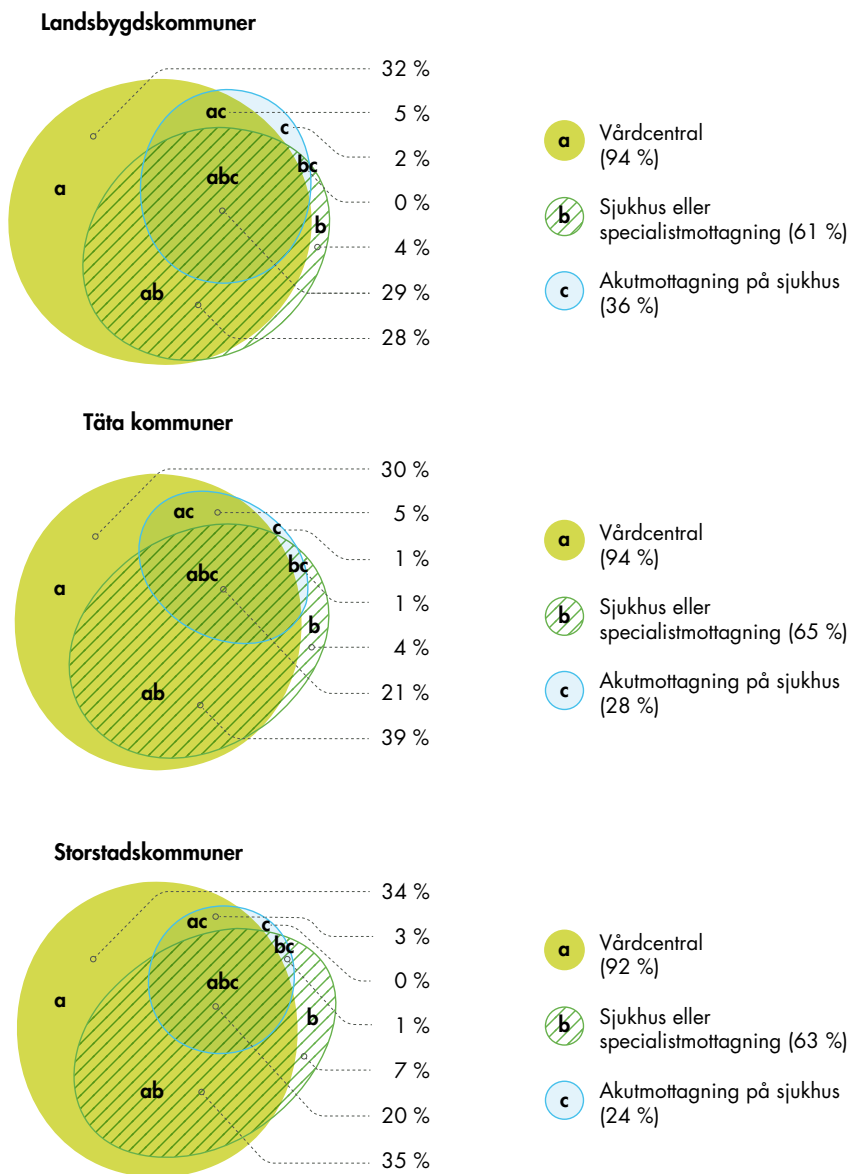
Vissa får hela sitt vårdbehov tillgodosett i primärvården, medan andra tar del av primärvården som en del i en vårdkedja med flera inblandade aktörer. Totalt är det cirka 61 procent av alla öppenvårdsbesök i hälso- och sjukvården som utförs i primärvården (SKR 2020b, 2021a). Samtidigt finns det regionala skillnader i primärvårdens storlek sett till andelen besök. Vi har analyserat om det finns skillnader i hur stor andel primärvården utgör i olika kommuntyper utifrån Vätetidsdatabasens statistik och analyser baserade på data som Vård- och omsorgsanalys har samlat in.

Den övergripande bilden är att det är små skillnader mellan kommuntyper i hur stor andel av alla vårdbesökare som besökt primärvården. Totalt är det omkring 80 procent av befolkningen som besöker vården under ett år. Av alla som har besökt vården de senaste 12 månaderna har 92–94 procent i de olika kommuntyperna besökt en vårdcentral (Vård- och omsorgsanalys 2020b).

Figur 9 visar fördelningen av besöken för dem som har besökt vården någon gång de senaste 12 månaderna. Enkätundersökningen genomfördes under hösten 2019. Undersökningen visar som helhet inga större skillnader i vårdkonsumtion mellan olika kommuntyper, men det är fler i landsbygdskommuner som uppger att de har besökt akutsjukvården det senaste året. Eftersom skillnaderna i andelen som besökt akutsjukvården inte är statistiskt signifikanta, går det inte att utesluta att skillnaderna kan vara slumpmässiga.



**Figur 9.** Andel personer som uppgett att de har besökt respektive vårdnivå de senaste 12 månaderna, per kommuntyp. Endast personer som har besökt minst en av vårdnivåerna ingår.



Not: Antal svar: 1 544, "Vill inte svara" är exkluderat. Bara personer som fyllt i ett svar för samtliga vårdnivåer ingår i figuren. Viktat för befolkningen. Enkäten genomfördes under hösten 2019.

Källa: Analys av data från Vård- och omsorgsanalys 2020b.

I vår enkät till Vård- och omsorgsanalys befolkningspanel svarade de som bor i landsbygden i högst utsträckning att det är sannolikt att de skulle få den vård de behöver på akutmottagningen. Sjukhus med små befolkningsunderlag har en något större andel patienter som besöker en akutmottagning fyra gånger eller fler per år jämfört med större sjukhus, men har också i genomsnitt längre restider (Vård- och omsorgsanalys 2018a).

**Box 1.** Effekter av covid-19-pandemin på vårdkonsumtionen

SKR (2020c) konstaterar att fysiska kontakter minskade under covid-19-pandemin, medan hembesök och distanskontakter ökade. Under de första fem månaderna 2020 minskade de fysiska besöken i primärvården med 36 procent, och totalt för hela året var minskningen av det totala antalet vårdkontakter 20 procent. Även antalet läkarbesök inom specialiserad vård, antalet slutenvårdstillfällen och antalet besök på akutmottagningar minskade som en konsekvens av pandemin. Vi saknar underlag för att avgöra om pandemin har påverkat landsbygdskommunerna mer än andra kommuntyper.

Vi har använt oss av statistik från 2020 när vi undersökt antalet besök och väntetider i primärvården. Anledningen till det är att 2020 är det år med bäst inrapportering i Väntetidsdatabasen. Samtidigt är 2020 också ett år när hela sjukvårdssystemet påverkades av covid-19-pandemin. Resultaten ska därför inte tolkas som representativa för åren innan 2020.

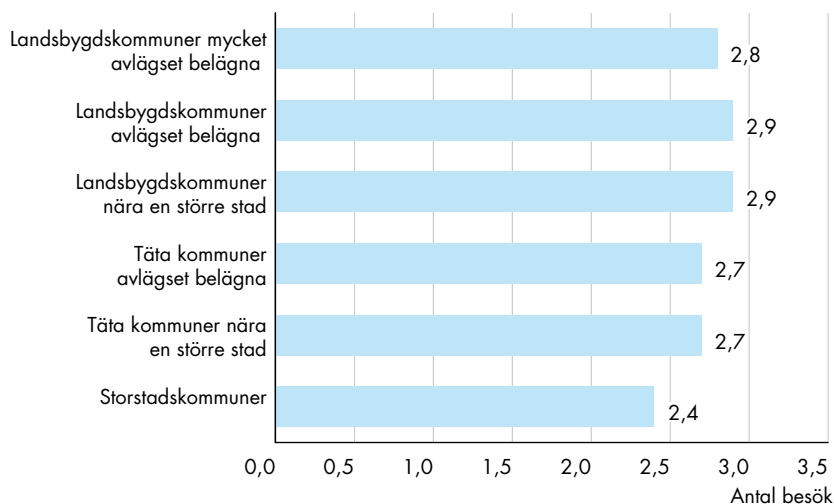
### 3.1.2 Fler besök i primärvården

Fysiska besök på vårdcentralen är den vanligaste besöksformen i primärvården. Det är också möjligt att vara i kontakt med primärvården genom hembesök, telefon- eller brevkontakt, eller på distans genom digitala verktyg.

Vi ser små skillnader i det genomsnittliga antalet besök för de som bor i landsbygdskommuner jämfört med andra kommuntyper när vi analyserar data från Väntetidsdatabasen. Sett till befolkningen genomförde de som bor i landsbygdskommuner i genomsnitt något fler besök i primärvården jämfört med boende i andra delar av landet (figur 10).



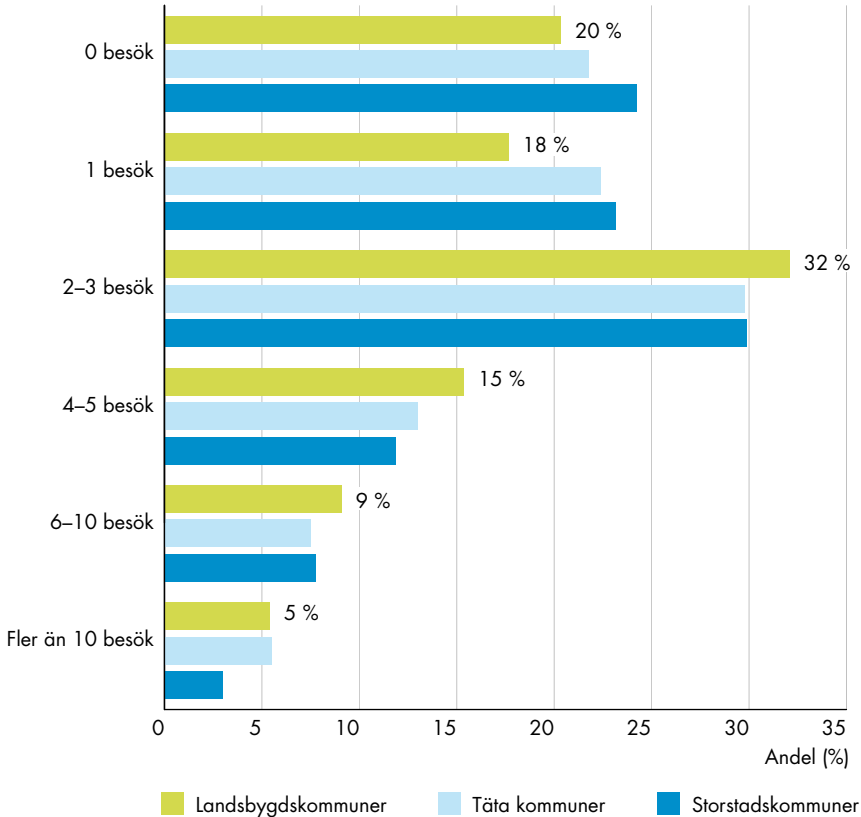
**Figur 10.** Genomsnittligt antal besök per person i primärvården 2020 baserat på ett urval av regioner.



Källa: Vänstertidsdatabasen, SKR. Statistiken är baserat på ett urval av 15 regioner, se box 2.

Utöver att personer i landsbygden gör något fler besök i primärvården finns det även tecken på skillnader i fördelningen av antalet besök per person. Figur 11 visar fördelningen av antalet besök per person på vårdcentralen de senaste 12 månaderna. Landsbygdskommunerna har lägst andel personer som inte har besökt primärvården under året, och högst andel som gjort 2–3 eller 4–5 eller 6-10 besök.

**Figur 11.** Fördelning av antalet besök per person på vårdcentral de senaste 12 månaderna, procent.



Not. Antal svar: 1 889. "Vill inte svara" är exkluderat. Enkäten genomfördes under hösten 2019.

Källa: Analys av data från Vård- och omsorgsanalys 2020b.

Skillnaderna i undersökningen är inte signifikanta, vilket gör att vi inte kan utesluta att det handlar om slumpmässiga skillnader. Men resultaten stödjer analysen av antalet besök baserat på information från Väntetidsdatabasen.

Utifrån de tillgängliga datakällorna går det inte att kontrollera för socioekonomiska faktorer när vi undersöker vårdkonsumtionen i olika kommuntyper. Men socioekonomiska faktorer har troligen en effekt på vårdkonsumtionen. En faktor som påverkar vårdkonsumtionen i en kommuntyp är ålderssammansättningen, eftersom äldre personer i högre utsträckning har kontakt med vården. Landsbygdskommuner har också en något högre andel av befolkningen som är över 65 år. Utifrån analyser av statistik från Väntetidsdatabasen ser vi att personer över 55 år står för en något större andel

av det totala antalet vårdbesök i landsbygdskommuner jämfört med i tätorter och storstäder. Patienter som besöker sjukstugor är också generellt äldre än personer som besöker den allmänna sjukhusvården (Hedman m.fl. 2021).

**Box 2.** Urval av regioner från Väntetidsdatabasen

Statistik över besök i primärvården finns både i Väntetidsdatabasen och i *Ekonomi och verksamhetsstatistik för hälso- och sjukvården*, som båda sammanställs av SKR. I Väntetidsdatabasen finns det problem med bortfall i den inrapporterade statistiken, vilket leder till att statistiken inte är representativ för flera regioner och yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. För att göra en uppskattning av andelen som får vård inom vårdgarantins gräns, samt hur många besök som görs i olika delar av landet har vi därför valt ut 15 regioner med en täckningsgrad över 70 procent. Totalt ingår 177 av landets 290 kommuner. Fördelningen i olika kommuntyper är enligt följande:

- 10 mycket avlägset belägna landsbygdskommuner
- 27 avlägset belägna landsbygdskommuner
- 47 landsbygdskommuner nära en större stad
- 27 avlägset belägna täta kommuner
- 60 täta kommuner nära en större stad
- 6 storstadskommuner

De regioner vi har inkluderat är:

Region Jönköping	Region Västmanland
Region Västernorrland	Region Gotland
Region Halland	Region Kronoberg
Region Värmland	Region Jämtland Härjedalen
Region Örebro	Region Östergötland
Region Dalarna	Region Uppsala
Region Kalmar	Region Västerbotten
Region Skåne	

Eftersom alla besök inte registrerats i Väntetidsdatabasen, ska alla resultat tolkas som en uppskattning. Vi jämför resultaten i Väntetidsdatabasen med regionernas egna resultat i vår fallstudie. Det framgår att det inte är helt enkelt att få en fullständig bild av vårdbesöken, eftersom regionerna i flera fall inte har en komplett registrering av alla besöks- och yrkeskategorier.

Enligt SKR:s *Ekonomi och verksamhetsstatistik för hälso- och sjukvården* genomfördes det i snitt 3,4 besök per invånare i primärvården under 2020 (SKR 2021a). Utifrån den analys vi har gjort av besöksdata från 15 regioner baserat på underlag från Väntetidsdatabasen är det genomsnittliga antalet besök i primärvården 2,7 och 2,1 när vi inkluderar region Skåne. Det tyder på att de regioner som ingår i analysen antingen har något färre besök i primärvården än riket som helhet, eller att bortfallet i Väntetidsdatabasen gör att antalet

(forts.)



**Box 2.** (forts.)

primärvårdsbesök är något underskattade i analysen. Baserat på de 15 regioner som ingår i den här analysen är vår täckningsgrad för läkarbesök 88 procent och 69 procent för sjuksköterskebesök, jämfört med information i *Ekonomi och verksamhetsstatistik för hälso- och sjukvården*. Det tyder på att våra resultat är en underrapportering.

I Tillgänglighetsdelegationens delbetänkande är ett av förslagen att regeringen ska tillsätta en utvidgad och fördjupad granskning av Väntetidsdatabasens kvalitet (SOU 2021:59). Vård- och omsorgsanalys har även i tidigare rapporter påtalat brister i Väntetidsdatabasen och lämnat rekommendationer om att regeringen bör verka för god datakvalitet i Väntetidsdatabasen.

## 3.2 PRIMÄRVÅRDEN VERKAR UTFORMAS UTFRÅN LANDSBYGDENS FÖRUTSÄTTNINGAR

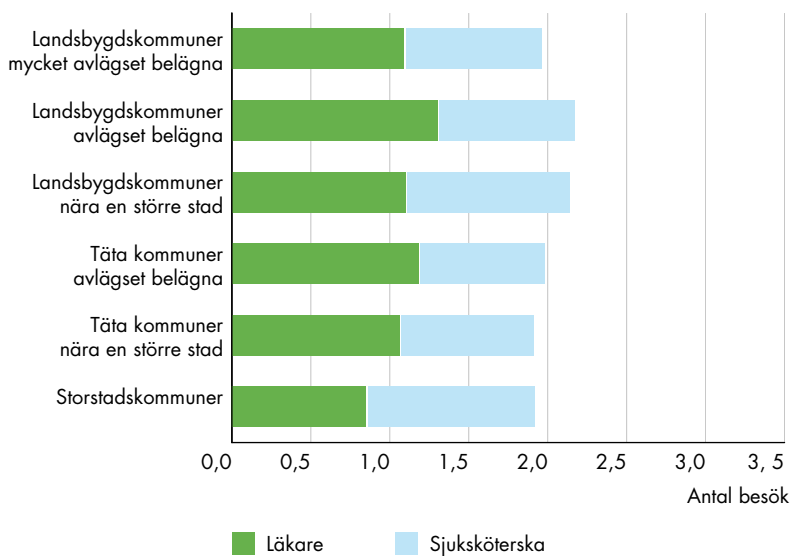
Utöver det totala antalet besök inom primärvården har vi även undersökt vilken typ av besök som genomförs. Det är vanligast med läkarbesök, och det är vanligare att vårdcentraler i landsbygden har fler olika yrkesgrupper som arbetar där. Våra resultat tyder också på att primärvården i landsbygden tar ett stort ansvar och ger vård till fler personer med komplexa behov.

### 3.2.1 Läkarbesök är vanligaste besöksformen på vårdcentralen

De vanligaste yrkesgrupperna som en person i landsbygden träffar under ett besök i primärvården är läkare eller sjuksköterskor, enligt vår analys av data från Väntetidsdatabasen (figur 12). I de flesta fall görs fler besök hos läkare än sjuksköterskor. 44 procent av alla besök i den avlägsna landsbygden är till läkare, medan motsvarande siffra i den mycket avlägsna landsbygden är 39 procent. För täta kommuner utgör läkarbesöken 39–44 procent av alla besök. I storstadskommuner i region Skåne är motsvarande siffra 35 procent, men på grund av den låga täckningsgraden går det inte att säga i vilken utsträckning man kan generalisera siffrorna.



**Figur 12.** Genomsnittligt antal besök per person i primärvården per yrkesgrupp och kommuntyp 2020, baserat på 15 regioner.



Källa: Väntetidsdatabasen, SKR 2020. Urval av 15 regioner. Vård- och omsorgsanalys bearbetning.

Analyser av statistiken från Väntetidsdatabasen visar att det är vanligare med hembesök i den mycket avlägsna landsbygden än i övriga delar av landet. En förklaring till att vissa besöksformer är vanligare i landsbygden kan vara att det finns andra arbetsformer i landsbygden. Vi ser också att många av de lösningar för primärvården som vi har identifierat i litteraturen och genom intervjuer i vår analys av goda exempel handlar om att hitta andra arbetssätt för att minska effekterna av långa avstånd till vården.

### 3.2.2 Fler yrkesgrupper arbetar på vårdcentralen

Det finns tecken på att det är vanligare att göra besök hos andra yrkesgrupper än läkare och sjuksköterskor i den mycket avlägsna landsbygden. Samtidigt är regionernas rapportering till Väntetidsdatabasen låg för dessa besök. Något som styrker resultatet är vår enkät till primärvårdsläkarna i undersökningen IHP (Vård- och omsorgsanalys 2020a). Resultaten från den enkäten visar att vårdcentraler i landsbygden har fler yrkesgrupper anställda än vårdcentraler i tätorter.

Från Väntetidsdatabasen framgår att besöken till sjuksköterskor och andra yrkesgrupper inte är kompensation för att personer i den avlägsna landsbygden träffar läkare i lägre utsträckning. I den avlägsna landsbygden

har befolkningen fler läkarbesök i genomsnitt per person än i övriga kommuntyper. Eftersom personer i landsbygden i snitt har något sämre självskattad hälsa och fler långvariga sjukdomar, kan skillnaderna i antalet läkarbesök och antalet yrkesgrupper som patienterna träffar delvis förklaras av hälsotillståndet. Långvariga sjukdomar kan exempelvis kräva kontinuerliga insatser av andra yrkesgrupper än läkare. Vi har även sett att en strategi som kan användas för att öka kontinuiteten på ett sätt som upplevs likvärdigt för patienterna är att fördela de listade patienterna på flera mindre team (Vård- och omsorgsanalys 2020b).

### 3.2.3 Primärvården tar hand om fler personer med komplexa behov

Primärvårdens uppdrag enligt hälso- och sjukvårdslagen skiljer sig inte åt mellan landsbygd och tätbefolkade områden, men i praktiken kan primärvården få en större roll i landsbygden där det är långt till närmsta sjukhus. Vårdcentraler i landsbygden behandlar ofta även mer komplicerade tillstånd jämfört med andra kommuntyper, där personer med dessa tillstånd i stället behandlas på sjukhusen (Konkurrensverket 2014). Flera av företrädarna för regioner, kommuner och vårdgivare som vi intervjuat beskriver också att primärvården tar ett större ansvar i landsbygden. Patientunderlaget är bredare och upplevelsen är att man tar hand om patienter som i en stad hade sökt vård inom öppen eller slutet specialiserad vård. Det gäller även för hemsjukvården. Det stöds också av våra analyser av besök inom primärvården och annan specialiserad vård.

Vi har i tidigare rapporter beskrivit hur fler personer med komplexa och omfattande behov omhändertas i primärvården efter att ha skrivits ut från slutenvården (Vård- och omsorgsanalys 2020c). Det har medfört en ökad arbetsbelastning i både kommuner och regioner. Det har också bidragit till ett ökat behov av personal och ökade kostnader för primärvården.

I vår uppföljning av omställningen till en god och nära vård konstaterar vi att flera tidigare utredningar har pekat på behovet av en omfördelning av ekonomiska resurser till primärvården. I dag kan vi inte se att omställningen har haft någon tydlig påverkan på primärvårdens ekonomiska resurser. De regionala kostnaderna ökar bara marginellt i primärvården och enbart ett fåtal regioner tycks ha en uttalad strategi för att öka primärvårdens andel av den totala hälso- och sjukvårdsbudgeten. Det finns ännu inga tecken på att de ekonomiska eller personella resurserna i primärvården ökar tillräckligt mycket för att möta målen med omställningen (Vård- och omsorgsanalys 2021c). I flera intervjuer beskriver både företrädarna för regionerna,



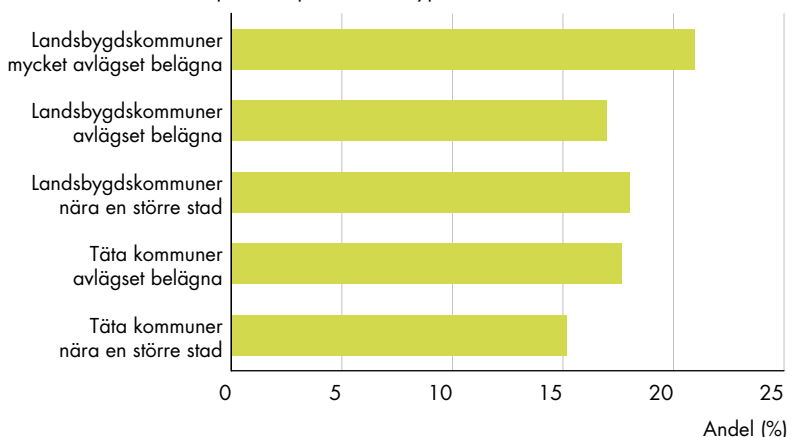
professionsföreningarna och de privata vårdgivarna att en resursförflyttning från sjukhusen och den specialiserade vården måste ske för att de ska kunna utveckla primärvården och ge en nära vård.

### 3.3 FLER HAR HEMSJUKVÅRD I DEN MYCKET AVLÄGSNA LANDSBYGDEN

På nationell nivå visar uppskattningar baserat på ett urval kommuner att den kommunala hälso- och sjukvården utgör omkring en tredjedel (37 procent) av primärvårdens kostnader, och cirka en tiondel (11 procent) av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna (Vård- och omsorgsanalys 2021c). Den kommunala hälso- och sjukvården omfattar hälso- och sjukvård i särskilda vård- och omsorgsboenden, dagverksamheter och hemsjukvård i ordinärt boende, förutom i Region Stockholm där hemsjukvården utförs i regionens regi. Hemsjukvård och hälso- och sjukvård i dagverksamhet och särskilda boenden utförs i samverkan mellan kommunen och regionen. Regionen ansvarar för läkarbemanningen, medan andra yrkesgrupper vanligtvis har sin anställning i kommunen.

Figur 13 visar andelen av befolkningen över 65 år som under 2019 fått insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården. Personer som bor i mycket avlägset belägna landsbygdskommuner har i större utsträckning fått insatser från kommunen.

**Figur 13.** Andel av befolkningen över 65 år som någon gång under 2019 var mottagare av kommunal hälso- och sjukvård, per kommuntyp.



Not: Kommunerna i Stockholms län, förutom Norrtälje, har inte tagit över ansvaret för hemsjukvården i ordinärt boende från regionen. Därför utesluts storstadskommuner ur analysen.

Källa: Socialstyrelsen 2021b. Vård- och omsorgsanalys bearbetning.

Det har sedan länge skett en utveckling mot att allt mer vård och omsorg genomförs utanför sjukhusen och i stället involverar den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen. Vård som tidigare var en del av den specialiserade vården på sjukhusen utförs nu i hemmet (Vård- och omsorgsanalys 2020c). De medicinskt ansvariga sjuksköterskorna som vi intervjuat beskriver också att hemsjukvården kan ha ett större ansvar i landsbygden och att de upplever att de tar en större andel patienter än stadsnära kommuner.

” Patienterna är mer multisjuka och mer komplexa. Dessa patienter var tidigare inom regionen på sjukhus. Det är påtagligt att patienterna är äldre och sjukare.”

### 3.4 FÄRRE HAR HAFT EN DIGITAL VÅRDKONTAKT

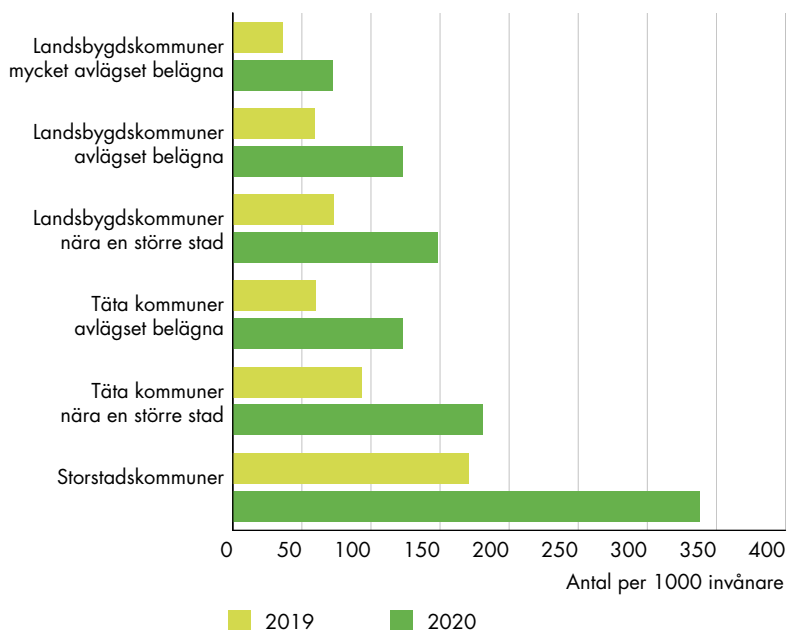
Under de senaste åren har digitala vårdtjänster blivit mycket vanligare i Sverige som helhet, och covid-19-pandemin har ytterligare påskyndat digitaliseringen av vården (SKR 2020c, 2021b). I vår fallstudie nämner regionerna att antalet digitala besök har ökat under pandemin, och att det också finns ett ökat intresse för digital egenvård bland patienterna. Regionerna ser samtidigt att de digitala besöken fortfarande är färre i landsbygden.

De flesta digitala vårdkontakter sker via chatt eller video, och den största delen av besöken sker hos läkare (SKR 2021b). Samtidigt ökar besöken hos andra yrkesgrupper som sjuksköterska, fysioterapeut och psykolog, vilket har medfört att andelen läkarbesök har minskat (SKR 2021b). Även om andelen läkarbesök minskar är fördelningen av läkarbesök i relation till besök hos andra professioner högre jämfört med för fysiska besök (Vård- och omsorgsanalys 2021c). Utifrån en effektivitetssynpunkt väcker det frågor om hur primärvårdens olika kompetenser bidrar på bästa sätt.

Tidigare studier har visat att olika grupper använder digitala vårdkontakter i olika utsträckning och att färre i landsbygden använder digitala vårdkontakter (SOU 2019:42). Bilden av användningen av digitala vårdkontakter i landsbygden nyanseras när vi analyserar uppgifter om antalet digitala vårdkontakter utifrån olika typer av landsbygd (figur 14). Personer i landsbygdskommuner nära en större stad använder oftare digitala vårdkontakter än de som bor i mycket avlägsen landsbygd.



**Figur 14.** Antalet digitala vårdkontakter per 1 000 invånare och kommuntyp 2019–2020.



Not: Statistiken bygger på uppgifter från region Sörmland och region Jönköping och beskriver antalet digitala vårdkontakter hos leverantörer som är verksamma med offentlig finansiering, antingen med kontrakt direkt med regionen eller som underleverantör.

Källa: SKR 2019, 2021c, Vård- och omsorgsanalys bearbetning.

I dag saknas komplett samlad statistik över både offentlig och privat digital vård. Därför bygger sammanställningen på statistik för digitala utomlänskontakter hos digitala vårdgivare som är eller har varit etablerade i Region Jönköping och Region Sörmland – de två regioner där de flesta digitala vårdgivarna är etablerade (SKR 2021b).

Två ytterligare källor över regionernas distanskontakter är Väntetidsdatabasen och *Ekonomi och verksamhetsstatistik för hälso- och sjukvården*, som båda förvaltas av SKR. De inkluderar också distanskontakter utförda i regionens egen regi. Statistiken är under utveckling och vi kan inte särskilja olika kommuntyper. Från statistiken kan vi inte heller avgöra om distanskontakten skett via telefon, brev eller digitalt. Statistiken tyder ändå på att en betydande andel digital vård utförs utöver den tidigare presenterade statistiken över de privata vårdgivarna i Region Sörmland och Region Jönköping. Det finns ingen möjlighet att kartlägga användningen av andra digitala lösningar och vårdtjänster, som distansmonitorering eller möten mellan professioner, genom nationell statistik.

### 3.4.1 Flera orsaker till skillnader i användning av digital vård

Utifrån den information som finns tillgänglig är det svårt att göra en fullständig bedömning av vad skillnaderna i användning av digitala vårdkontakter beror på.

En förklaring kan vara att en tjänst behöver finnas under en tid innan den får förtroende och användningen blir mer spridd. Det är framför allt yngre personer som har använt digitala vårdtjänster (Dahlgren m.fl. 2020; Ekman m.fl. 2019; Ellegård & Kjellson 2019; SKR 2021b). En lägre användning av digitala vårdtjänster skulle därför kunna förklaras av en högre andel äldre i landsbygden. Utöver det kan yngre som bor i städer oftare vara först ut med att använda nya tjänster, så kallade *early adopters*, vilket kan vara en orsak till den högre användningen i storstäder (SKR 2021b; SOU 2019:42). För att minska skillnaderna i användning mellan grupper kan det vara nödvändigt att hjälpa personer med stora behov att kunna använda den här typen av tjänster.

Det finns få studier som undersökt i vilken omfattning digital vård ersätter fysisk vård och hur stor del av konsumtionen som är nya vårdbehov. Resultaten av de studier som publicerats tyder på att graden av utbyttbarhet är begränsad. I en studie av digitala besök i Region Skåne finns exempelvis mycket få tecken på utbyttbarhet (Ellegård & Kjellsson 2019). Studiedesignen kan medföra att graden av utbyttbarhet har underskattats. En studie av Ellegård, Mattisson och Kjellsson (2021) använder en annan metod för att minska dessa problem, men i stället begränsas analysen till personer i åldern 19–20 år. Studien fokuserar på unga i Västra Götaland och Stockholm, och tyder på att uppemot hälften av de digitala vårdbesöken i åldersgruppen ersätter fysiska läkarbesök. Osäkerheten i resultatet är samtidigt stor, även om forskarna med rimlig säkerhet kan utesluta både fullständig utbyttbarhet, det vill säga att alla digitala besök ersätter fysiska besök, och total brist på utbyttbarhet, att inget digitalt besök ersätter ett fysiskt besök. Det är viktigt att komma ihåg att studierna i huvudsak syftar på digitala besök mellan patient och läkare.

## 3.5 FÄRRE BESÖK MEN LÄNGRE VÅRDILLFÄLLEN I DEN SPECIALISERADE VÅRDEN

Trots att personer i landsbygdskommuner borde ha ett högre vårdbehov som en följd av högre ålder, kan vi inte tydligt se att det återspeglas i statistiken över besök inom den specialiserade vården. Utifrån Socialstyrelsens patientregister kan vi se att det görs fler besök i den öppna specialiserade



vården i storstäder och tätta kommuner än i landsbygden. Även i den slutna specialiserade vården ser vi att landsbygden har färre vårdtillfällen än övriga kommuntyper. Besöken i den specialiserade vården är justerade för befolkningsstorleken i olika kommuntyper, men inte för ålders- eller hälsosammansättningen.

### **3.5.1 Större vårdtyngd i den slutna specialiserade vården**

För att undersöka patientsammansättningen i olika kommuntyper har vi även analyserat den uppskattade vårdtyngden mätt genom den genomsnittliga DRG-poängen, där DRG står för Diagnosrelaterade grupper. DRG används för att dela in patienter i medicinskt och resursmässigt likartade grupper. Genom det kan man översiktligt beskriva patientsammansättningen och uppskatta vårdtyngden (Socialstyrelsen 2019).

I den öppna specialistvården är det bara små skillnader i den genomsnittliga DRG-poängen mellan landsbygden och tätta kommuner, men landsbygden har marginellt högre genomsnittlig DRG-poäng. Storstäderna avviker från övriga kommuntyper genom att ha lägre genomsnittligt DRG-poäng än övriga kommuntyper. Samma mönster återkommer när DRG-poängen också är nedbruten på åldersgrupper. Det finns därmed inga tecken på att personer som bor i landsbygden har större vårdtyngd när de besöker den öppna specialiserade vården än den övriga befolkningen.

I den slutna specialiserade vården är skillnaderna större. Den genomsnittliga DRG-poängen, och därmed den uppskattade vårdtyngden, är högre för den avlägsna landsbygden än vad den är för tätorter och storstäder. Personer i landsbygden gör i snitt färre besök i den slutna specialistvården, men har ett något högre antal vård dagar. I intervjuer med representanter för regionerna och kommunerna nämns fall där patienter som bor i landsbygden har fått stanna på sjukhuset någon extra dag innan de skrivits ut, eftersom avståndet till närmsta sjukhus försvårar en återinskrivning om patienten oväntat skulle bli sämre.



**Box 3.** Sjukstugor är en specifik del av vårdutbudet i landsbygden

Ett sätt att säkerställa tillgängligheten till vård i landsbygden är att etablera sjukstugor som är en form av minisjukhus med vissa möjligheter till slutenvård. Sjukstugor finns i flera regioner, men utformningen kan skilja sig åt. Generellt utförs vården av allmänläkare, sjuksköterskor, ambulanspersonal och andra yrkesgrupper. Ofta finns även möjlighet att konsultera läkare inom andra specialiteter via telemedicinsk utrustning. Utöver det finns även laboratorie- och röntgenutrustning. Sjukstugan har i många fall en bred samverkan med den kommunala hemsjukvården (Västerbottens läns landsting 2016).

I några regioner finns olika former av slutenvårdsplatser eller observationsplatser för patienter som inte behöver vård på sjukhus, men där långa avstånd till sjukhuset kan vara problematiskt vid ett försämrat hälsotillstånd. Den typen av platser finns bland annat på hälsocentralen i Övertorneå. Det är i huvudsak sjuksköterskor som bemannar platserna, men de har möjlighet att konsultera läkare vid sjukhuset i Kalix vid behov. Arbetet har medfört en förbättrad arbetsmiljö och att fler upplever arbetsplatsen som attraktiv, men också att patienterna har fått ett mer effektivt omhändertagande (SKR 2021d).









## Tillgängligheten i primärvården

Vi har studerat tillgänglighet för att se om det finns skillnader mellan landsbygden och andra delar av landet. Vi har undersökt befolkningens förväntningar och patienternas upplevelse av tillgänglighet och kombinerat det med information om väntetider och information om geografisk tillgänglighet.

Våra viktigaste resultat:

- Det finns vissa skillnader när det gäller geografisk tillgänglighet, där avstånden till vården kan vara längre i landsbygden även om varje kommun har minst en vårdcentral. Befolkningen upplever i allmänhet inte att lång resväg till vårdcentralen är ett skäl att avstå från vård.
- Det finns fler vårdcentraler i landsbygden i förhållande till befolkningsunderlaget, men det är motiverat utifrån geografisk tillgänglighet och befolkningens behov av vård.
- Oavsett var i landet man bor upplever de flesta att de har tillgång till den vård de behöver.
- Det finns inte tydliga skillnader i väntetider, men personer i landsbygden upplever i något högre utsträckning att de får vård inom rimlig tid. Samtidigt upplever många patienter att kontaktvägarna till vården kan förbättras.



## 4.1 TILLGÄNGLIGHET ÄR MER ÄN VÄNTETIDER

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska vården vara lätt tillgänglig (5 kap. 1 § HSL). Vad som är god tillgänglighet kan upplevas olika och tillgänglighet har flera aspekter. Något som hindrar att en person får vård och behandling i den utsträckning som behövs är väntetider och tillgänglighetsbarriärer, som avstånd, kostnader, information och språk (Vård- och omsorgsanalys 2019a).

Väntetider handlar om tillgång till vård inom systemet. Väntetiderna för att få ett besök eller en behandling kan vara långa eller korta. Tillgänglighetsbarriärer är hinder för att komma in i hälso- och sjukvårdssystemet. Höga barriärer medför att det är svårt för personer i behov av vård att söka vård på rätt sätt, vid rätt tillfälle eller på rätt ställe. Vi ger exempel på barriärer i figur 15.

**Figur 15.** Exempel på tillgänglighetsbarriärer.

Fysiska barriärer	Kostnadsmissiga barriärer	Informationsmässiga barriärer	Språkliga barriärer	Kulturella barriärer
Långa avstånd till vården eller lokaler som inte är anpassade.	Att inte ha råd att besöka sjukvården eller hämta ut läkemedel.	Avsaknad av information om var man ska söka vård.	Svårigheter att förstå den information som ges.	Erfarenhet av hälso- och sjukvårdssystem som fungerar på ett annat sätt.

Källa: Vård- och omsorgsanalys 2019a.

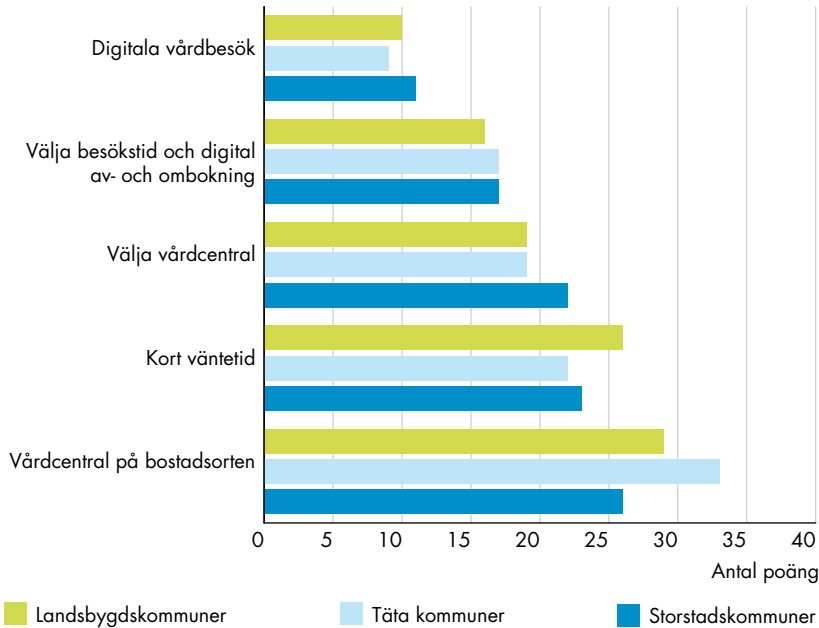
Faktorer som begränsar tillgänglighet kan med andra ord vara både långa geografiska avstånd och transportmöjligheter till vården, men även öppettider och kontaktvägar till vården. Andra faktorer som påverkar en persons förutsättningar att söka vård handlar om utbildning, ekonomiska resurser, förståelse för sjukvårdssystemet och personens tidigare erfarenheter av vården.

Ett av målen i omställningen till en god och nära vård är att tillgängligheten till vården ska öka. Personer i landsbygden riskerar att drabbas hårdare av bristande tillgänglighet eftersom de ofta är äldre och har sämre hälsa än den genomsnittliga befolkningen (OECD 2016). Det medför att de har ett större vårdbehov och därmed större behov av tillgång till vård. En systematisk litteraturgenomgång visar att äldre personer i landsbygden möter flera tillgänglighetsbarriärer till vården (Ford m.fl. 2016). Studien baseras på 162 vetenskapliga artiklar, där merparten kommer från USA och Storbritannien.

En fråga i enkäten till Vård- och omsorgsanalys befolkningspanel handlade om hur personerna prioriterade olika aspekter av tillgänglighet.

Resultaten framgår av figur 16. Det är viktigast att ha en vårdcentral på sin bostadsort. Lägst prioriterat är att kunna göra digitala vårdbesök. Det är ingen skillnad i hur tillgänglighetsaspekterna rangordnas mellan kommuntyperna.

**Figur 16.** Resultat på fråga om relevans av olika tillgänglighetsaspekter till Vård- och omsorgsanalys befolkningspanel. Genomsnittlig fördelning av 100 poäng.



Not: Frågan som ställdes i enkäten var: Nedan finns fem olika tillgänglighetsaspekter som kan vara olika viktiga för olika personer. Hur skulle du värdera de olika aspekterna av tillgänglighet jämfört med varandra om du skulle vara i behov av vård på en vårdcentral? Du får fördela 100 poäng mellan de fem alternativen nedan. Om du anser att alla är lika viktiga ska du ge dem 20 poäng var. Annars får du fördela poängen precis som du vill, så länge totalsumman blir 100. Antal svar: 57–96.

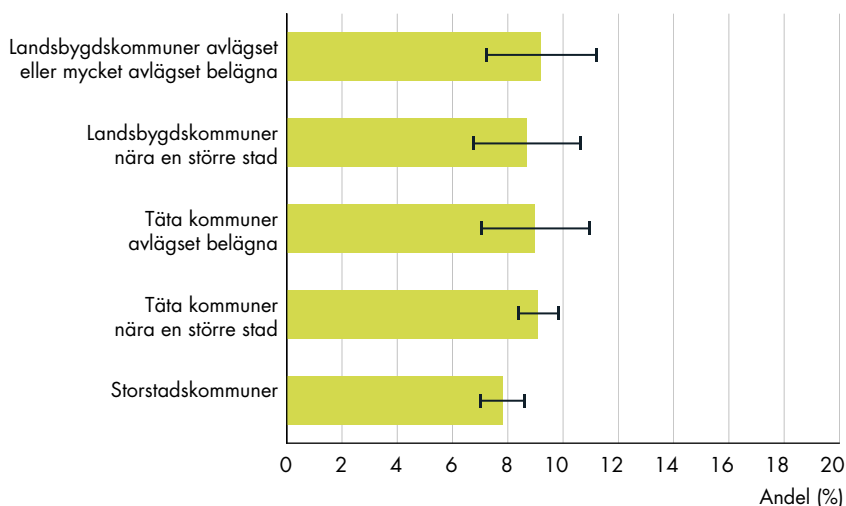
#### 4.1.1 De flesta upplever att de har tillgång till den vård de behöver

Enligt hälso- och sjukvårdsbarometern har merparten (88 procent) av hela befolkningen tillgång till den vård som de behöver (SKR 2021e). I landsbygdskommunerna svarar 89 procent att de har tillgång till den vård de behöver. Ett undantag är de som bor i den mycket avlägsna landsbygden där något färre, cirka 82 procent, har svarat att de har tillgång till den vård de behöver. Det är det lägsta resultatet för samtliga kommuntyper.

Liknande resultat framkommer i SCB:s undersökning av levnadsförhållandena (ULF-undersökningen). Enligt ULF-undersökningen upplever cirka 9 procent av befolkningen i den avlägsna landsbygden att de inte har fått den vård som de behöver (figur 17). I den undersökningen är

skillnaderna mellan kommuntyper mindre jämfört med resultaten i Hälso- och sjukvårdsbarometern. Det finns inga signifikanta skillnader i tillgodosett vårdbehov mellan personer bosatta i olika kommuntyper, men för personer med olika hälsotillstånd och mellan födelseländer. Andelen i den avlägsna landsbygden som upplever att de inte fått vård har ökat något sedan 2017, men eftersom underlaget är förhållandevis litet gör felmarginaler det svårt att med säkerhet säga hur utvecklingen sett ut.

**Figur 17.** Andel personer som har behövt men inte fått vård 2019, per kommuntyp.



Källa: ULF-undersökningen, SCB.

Den vanligaste anledningen till att inte ha fått vård är långa väntetider. Det är en något lägre andel i landsbygden som angett att långa väntetider var orsaken till att vården uteblivit, men skillnaderna jämfört med andra kommuntyper är inte statistiskt säkerställda. Det är en betydligt lägre andel som anger att orsaken till att avstå vård är för lång resa eller att man inte har tillgång till transport, även i landsbygdskommuner. Andra orsaker till att avstå vård kan vara kostnader, rädsla för läkare eller sjukhus, att personen valde att avvakta, eller inte kände till någon bra läkare. Utifrån resultatet i ULF-undersökningen går det inte att dra slutsatser om att det finns någon tillgänglighetsbarriär som särskiljer landsbygden.



## 4.2 LÅNGA AVSTÅND TILL VÅRDEN ÄR UTMÄRKANDE

Fysiska barriärer som långa avstånd till vården och avsaknad av transportmöjligheter är viktiga aspekter av tillgänglighet. Vi har undersökt hur den geografiska tillgängligheten till primärvården ser ut. Trots att varje kommun har en vårdcentral, kan avstånden till vården ändå vara långa.

### 4.2.1 Fler vårdcentraler i landsbygden i förhållande till folkmängd

Det finns fler vårdcentraler per 100 000 invånare i landsbygdskommuner än i övriga kommuntyper. Analysen tar inte hänsyn till vårdcentralernas storlek eller bemanning (tabell 3). De långa avstånden i landsbygdskommunerna avspeglar sig när vi analyserar hur många vårdcentraler det finns per 10 000 kvadratkilometer. När vi beräknar antalet vårdcentraler per kommun är det också skillnader mellan kommuntyper, där landsbygdskommunerna i genomsnitt har en eller två vårdcentraler per kommun. Uppgifter från 2017 visar också att det är färre listade personer per vårdcentral i landsbygdskommuner.

**Tabell 3.** Antal vårdcentraler i olika kommuntyper 2019.

	Landsbygdskommuner			Täta kommuner		Storstads-kommuner
	Mycket avlägset belägna	Avlägset belägna	Nära en större stad	Avlägset belägna	Nära en större stad	
Antal vårdcentraler	20	102	139	90	510	341
Antal vårdcentraler per 100 000 invånare	25	17	14	13	11	10
Antal invånare per vårdcentral	3 947	5 730	7 345	7 740	8 796	10 149
Antal vårdcentraler per 10 000 km <sup>2</sup>	2	12	24	12	61	721
Antal vårdcentraler per kommun, genomsnitt	1	2	2	3	5	12

Not: Bearbetning av underlag till enkätundersökning riktad till verksamhetschefer vid landets vårdcentraler (oktober 2019).

Källa: SCB 2021a, b & Vård- och omsorgsanalys 2020c. Vård- och omsorgsanalys bearbetning.



Det är ofta motiverat att mer glesbefolkade områden har fler vårdcentraler i förhållande till folkmängden. För det första tar vårdcentraler i dessa områden ofta emot en större andel patienter med mer komplicerade vårdbehov än vårdcentraler som ligger närmare ett sjukhus. För det andra behöver de kunna upprätthålla en tillräcklig service (Konkurrensverket 2014).

En vårdcentral på bostadsorten är prioriterat både av personer som deltog i befolkningspanelen samt av de patientföreträdare och personer som bor i landsbygden som deltog i våra intervjuer. För äldre och på andra vis skörare personer kan den fysiska närheten ha särskilt stor betydelse. Yngre och friskare personer kan vilja besöka en vårdcentral på en ort nära skolan eller arbetet.

En fråga till befolkningspanelen och i de intervjuer vi genomfört med personer som bor i landsbygden handlade om alternativ för vård om det inte finns en vårdcentral på bostadsorten. Flera av svaren beskriver att en sjuksköterskemottagning på bostadsorten kan vara ett bra alternativ. En annan möjlighet är digitala lösningar som videomöten, och flera beskriver också att en första kontakt med vården borde kunna ske digitalt.

” Träffa en sköterska (till exempel distriktsköterska) hyfsat nära mitt boende för en första bedömning om jag är i behov av läkarvård eller specialistvård.”

” Videosamtal som första möte. Överenskommelse om eventuellt fysiskt besök eller diagnos och ordination.”

#### 4.2.2 Längre avstånd upplevs generellt inte vara ett problem

De allra flesta i Sverige (92 procent) hade under 2018 en restid på under 10 minuter till sin närmaste vårdcentral (Socialstyrelsen 2018a). Det gäller under förutsättning att resan skedde med bil, under dagtid och på vardagar. Samtidigt finns det regionala skillnader i hur lång resvägen är. Lägst andel med resväg under 10 minuter finns i Jämtland Härjedalen (77 procent), och störst andel i Stockholm (98 procent). Det är en mycket liten andel som måste åka bil i mer än 40 minuter för att komma till sin vårdcentral, totalt 0,1 procent av befolkningen.

De flesta som besvarade enkäten till vår befolkningspanel upplever att de har ett rimligt avstånd till vårdcentralen. I enkäten svarade de flesta att de har en resväg som är under 20 minuter till vårdcentralen, även i landsbygden. Avståndet till vården nämns inte som en anledning till att inte söka vård vid

behov, och många anser dessutom att ett något längre avstånd fortfarande skulle vara rimligt.

” Jag anser att i glesbygd måste vi förstå att avstånd kan bli upp till 1 timmes körväg. Det skulle underlätta mycket om vi fick tillgång till digitala besök när det är lämpligt så att körandet blev endast vid de besök som kräver fysisk kontakt.”

Bil är det vanligaste transportmedlet till vårdcentralen både i landsbygden och i tätorter eller storstäder, visar enkäten till vår befolkningspanel. Det är även en större andel av befolkningen i landsbygdskommuner som har tillgång till bil (Länsstyrelserna 2021). I städer är det många som tar sig till vårdcentralen med cykel eller genom att gå. Resultaten kan påverkas av att enkäten genomfördes i januari 2020 när Folkhälsomyndigheten rekommenderade att undvika resor i kollektivtrafiken som en del i att begränsa spridningen av covid-19.

I intervjuer med befolkningen framstår inte heller resväg till vårdcentralen som ett stort hinder. Det blir däremot svårare att söka vård för dem som saknar bil, är äldre eller av annan anledning inte kan köra själv. Patientorganisationerna delar bilden att avstånden kan vara hinder för vissa patientgrupper. Bussturer som inte passar och behovet av anhörigas hjälp för att ta sig till vården kan vara anledningar till att inte söka vård.

” Man får inte vara för sjuk förstås. Jag måste åka 18 km. Det går bara buss morgon och kväll och det är 1 km till hållplatsen.”

” Ringde 1177 som lovade att skicka färdtjänst. Vi var 2 km från närmaste vårdcentral, men jag kunde inte bära honom nerför trapporna, utan hiss. Tog många timmar att komma fram till vårdcentralen.”

Det saknas ett heltäckande underlag om den geografiska tillgängligheten till annan specialiserad vård i landet. Avstånden varierar både mellan och inom regioner. I region Västerbotten har hälften av befolkningen en resväg på under 40 minuter med bil till den specialiserade vården i Umeå, medan exempelvis boende i Storuman har en bilresa på två timmar (Nordregio 2020).

” Här har vi ganska lätt att få komma till läkare – ringer upp och så får man komma på eftermiddagen. Men det kan vara 15 mil till sjukhuset – det är långa avstånd.”



### 4.2.3 Resvägen blir längre på kvällar och helger

Vårdcentraler har i allmänhet inte öppet på kvällar och helger, vilket gör att det kan vara svårare att uppsöka vård då. Det medför att fler får en längre resväg. Det är enbart 64 procent av befolkningen som har en bilresa på mindre än 10 minuter till närmaste vårdcentral på kvällstid. Cirka 9 procent har en bilresa på 20–30 minuter. Antalet kvällsöppna mottagningar minskar dessutom stort senare på kvällen (Socialstyrelsen 2018a).

Den sämre tillgängligheten under kvällar och nätter innebär antingen att personer i behov av vård behöver skjuta på sitt besök till dagtid, eller får en längre resväg om de i stället behöver söka vård vid en akutmottagning eller liknande.

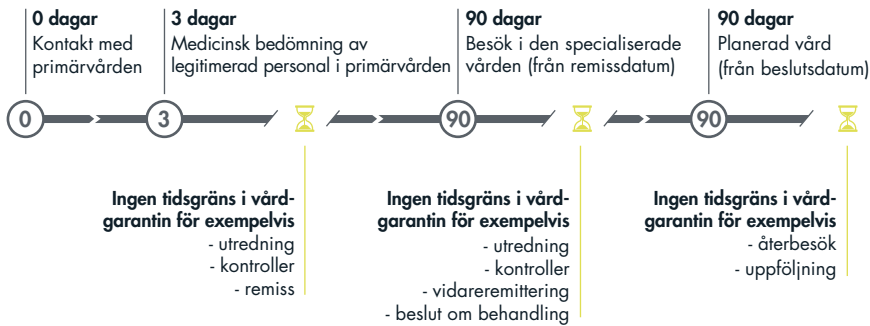
Resultaten av IHP visar att det är något vanligare att vårdcentralerna i landsbygden har öppet på kvällar och helger, även om det fortfarande är ovanligt (Vård- och omsorgsanalys 2020a). Trots det upplever inte personer i landsbygden att det är enkelt att få vård på kvällar och helger i högre utsträckning. Detta resultat kvarstår även när vi kontrollerar för socioekonomiska faktorer (Vård- och omsorgsanalys 2021b). Det beskrivs även i de intervjuer vi har genomfört med personer som bor i landsbygden.

## 4.3 DE FLESTA FÅR VÅRD I RIMLIG TID

Vår analys visar att de flesta får vård inom den nationella vårdgarantins gränser och att skillnaderna i väntetider mellan kommuntyper är små. Personer som bor i storstadskommuner upplever i större utsträckning att tillgängligheten är sämre.

### 4.3.1 Små skillnader i faktiska väntetider

I Sverige finns en lagstadgad vårdgaranti som anger hur lång tid en person som längst ska behöva vänta för att få kontakt med vården. Vårdgarantin gäller både inom primärvården och inom den specialiserade vården men är utformad på olika sätt för de olika vårdformerna, se figur 18.

**Figur 18.** Den nationella vårdgarantins fyra tidsgränser.

Not: Regioner kan ha kortare tidsgränser än vad som gäller enligt den nationella vårdgarantin.

Vår analys av antalet besök inom ramen för vårdgarantin för ett urval av regioner visar att uppfyllelsegraden av vårdgarantin är relativt enhetligt mellan samtliga kommuntyper. Cirka 80 procent av patienterna får ett besök i primärvården inom vårdgarantins gräns oavsett vilken kommuntyp de är bosatta i. Flest får vård inom vårdgarantins gräns i mycket avlägsna landsbygdskommuner, men resultatet skiljer sig endast med ett par procentenheter från det lägsta resultatet som finns i avlägset belägna tätorter och storstadskommuner.

Resultatet av analysen ska tolkas med viss försiktighet på grund av bristande inrapportering till Väntetidsdatabasen. För att minska fel som en konsekvens av låg täckningsgrad i vissa regioner har vi valt ut ett antal regioner som vi inkluderar i vår analys, för mer information se box 2.

#### **Box 4.** Vårdgarantins utformning har förändrats

Vårdgarantin ger regionerna ansvar att genomföra medicinska bedömningar och besök inom givna tidsramar. Mellan 2010 och 2018 gällde vårdgarantin inom primärvården besök hos läkare, där den som sökte vård skulle få kontakt med vården samma dag och ett läkarbesök inom sju dagar. Att vårdgarantin fokuserade på läkarbesök kan ha bidragit till att öka regionernas efterfrågan på läkare (Vård- och omsorgsanlys 2018b).

Sedan 2019 är vårdgarantin professionsneutral, bland annat utifrån förslag i utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* (SOU 2017:53). Den tidigare vårdgarantin kritiserades för att styra mot besök hos läkare även om ett besök hos exempelvis en sjuksköterska eller fysioterapeut kunde vara mer motiverat (SOU 2016:2). Den professionsneutrala vårdgarantin ger också en ökad frihet för regionerna att organisera sin verksamhet och omfördela olika yrkesgrupper mellan vårdnivåer (prop. 2017/18:83).

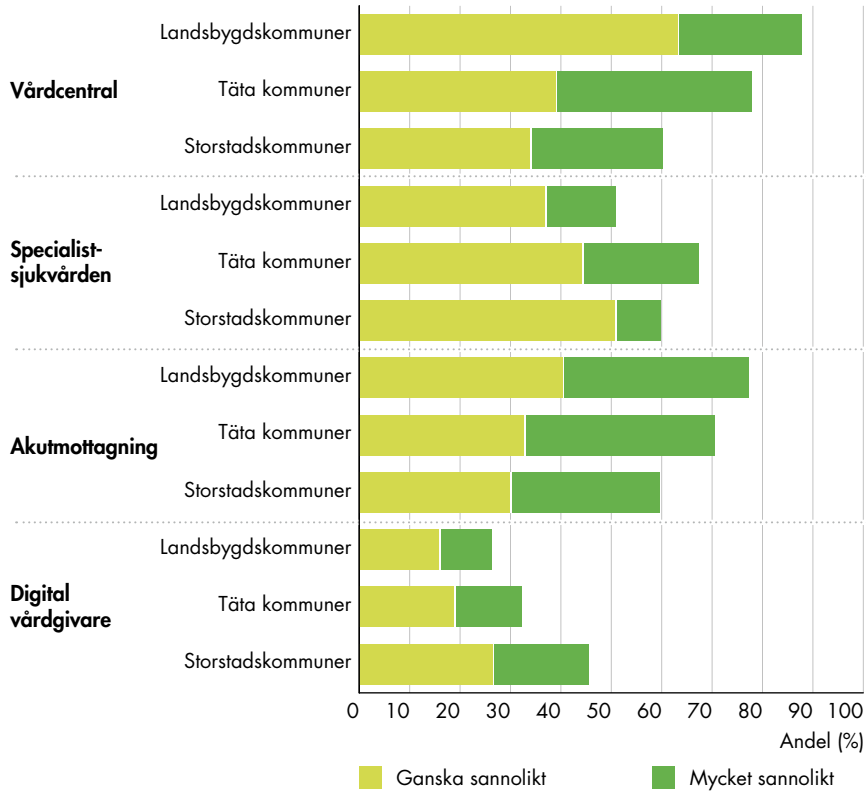
### 4.3.2 Väntetiderna upplevs oftare som rimliga

Personer som bor i landsbygden har överlag en mer positiv upplevelse av väntetiderna i primärvården, visar både resultaten av enkäter och intervjuer.

Personer i landsbygden upplever att de får vård snabbare än personer i tätorter och större städer visar resultaten av IHP (Vård- och omsorgsanalys 2021b). Resultaten från enkäten om patientlagen visar att personer i storstadskommuner i lägre utsträckning anger att de fått besöka vårdcentralen inom vårdgarantins gräns (Vård- och omsorgsanalys 2021a). Resultaten av Nationell patientenkät 2019 visar att det är vanligare att personer i den mycket avlägsna landsbygden svarar att de har fått vård inom en rimlig tid. Enligt Hälso- och sjukvårdsbarometern upplever personer i landsbygden och i täta kommuner i ungefär lika stor utsträckning att väntetiderna till vården är rimliga. Andelen ökade mellan 2019–2020. För både IHP och Nationell patientenkät har det gått att kontrollera för socioekonomiska faktorer, och skillnaderna kvarstår.

Figur 19 visar resultatet på frågan om hur sannolikt det är att få vård i rimlig tid som vi ställde till vår befolkningspanel. Från figuren framgår att det finns skillnader i upplevd tillgänglighet mellan vårdformer. De som bor i landsbygden upplever i lägre utsträckning att det är sannolikt att de får vård inom rimlig tid inom den specialiserade vården. Digitala vårdgivare upplevs genomgående ha lägst sannolikhet att erbjuda vård inom rimlig tid.

**Figur 19.** Resultat på frågan om hur Vård- och omsorgsanalys befolkningspanel upplever sannolikheten att få vård inom rimlig tid.



Not: Frågan som ställdes i enkäten var: "Utifrån ditt hälsotillstånd om du behöver vård för ett nytt eller försämrat hälsoproblem som inte är akut och kräver ett omedelbart omhändertagande, hur sannolikt tror du det är att följande mottagningar ger dig vård inom rimlig tid?". Antal svar: 57–96.

På nationell nivå upplever en större andel av befolkningen att det är rimliga väntetider till vårdcentralen jämfört med till sjukhus, visar både Hälsa- och sjukvårdsbarometern och enkäten till Vård- och omsorgsanalys befolkningspanel. Det bekräftas i analyser av faktiska väntetider från Väntetidsdatabasen. Måluppfyllelsen av vårdgarantin till besök och behandling inom den specialiserade vården är sämre än resultatet för primärvården (Vård- och omsorgsanalys 2021a), även om brister i Väntetidsdatabasen medför att informationen ska tolkas med försiktighet.

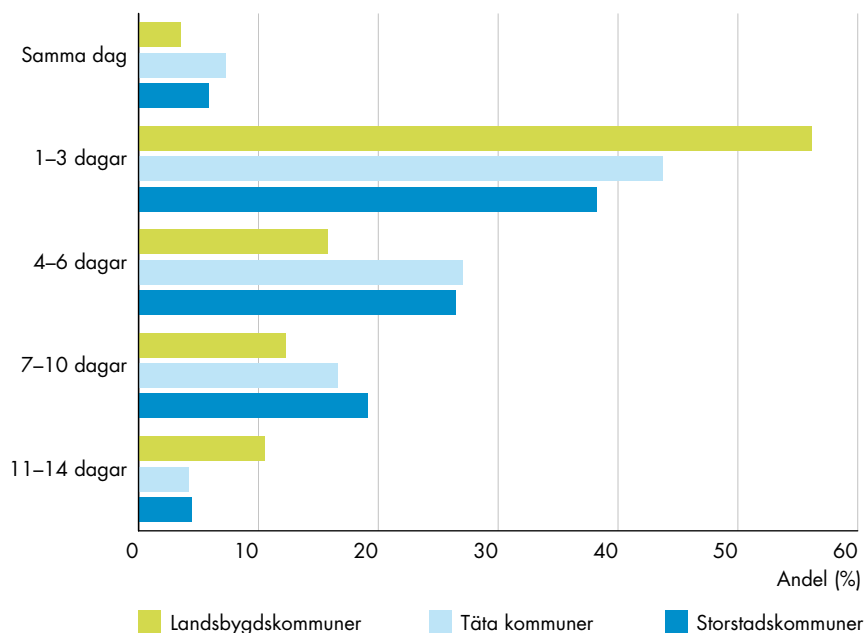
I storstadskommuner upplever personer i lägre utsträckning väntetiderna som rimliga, visar resultaten av både Nationell patientenkät, Hälsa- och sjukvårdsbarometern samt enkäten till befolkningen om patientlagen (Vård- och omsorgsanalys 2021a). Vår analys av ärenden till patientnämnderna

tyder också på att det är vanligare med klagomål på bristande tillgänglighet i storstadskommuner. Resultaten ska tolkas med försiktighet eftersom Västra Götalandsregionen är den enda region med storstadskommuner som vi har inkluderat i våra fallstudier.

### 4.3.3 Olika upplevelse av vad som är rimlig väntetid

I enkäten till Vård- och omsorgsanalys befolkningspanel frågade vi vad som anses vara rimlig tid att vänta till ett vårdbesök. Här ser vi skillnader mellan de som bor i landsbygden och övriga kommuntyper. Personer i landsbygdskommuner tycker i högre utsträckning att det är rimligt att vänta i 1–3 dagar, medan personer i tätorter och storstäder i högre utsträckning är beredda att vänta längre (figur 20). Generellt är de som besvarade enkäten också beredda att vänta en kortare tid på ett digitalt besök (figur 21). Det är viktigt att komma ihåg att urvalet i befolkningspanelen inte fullt ut är representativt för befolkningen i stort.

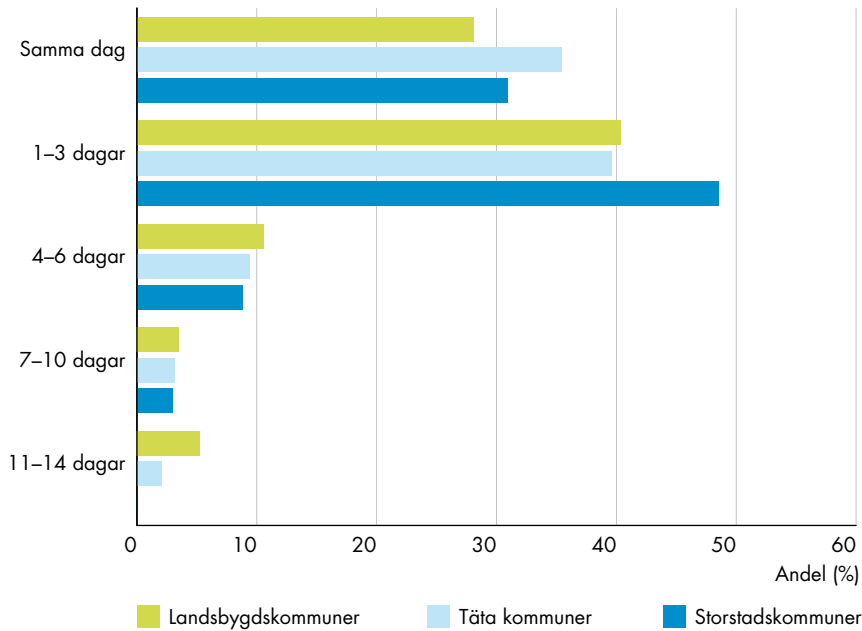
**Figur 20.** Resultat från fråga till Vård- och omsorgsanalys befolkningspanel om hur lång väntetid som är rimlig för ett fysiskt besök på vårdcentralen.



Not: Frågan som ställdes i enkäten var: "Om du skulle få ett icke-akut problem med hälsan och du kontaktar din vårdcentral, hur lång tid anser du generellt att det är rimligt att du väntar för ett inbokad fysiskt besök på vårdcentralen?"  
Antal svar: 57-96.



**Figur 21.** Resultat från fråga till Vård- och omsorgsanalys befolkningspanel om hur lång väntetid som är rimlig för en distanskontakt med vårdcentralen.



Not: Frågan som ställdes i enkäten var: "Om du i stället för ett fysiskt besök erbjuds en distanskontakt med vårdcentralen, t.ex. ett videomöte, hur lång tid anser du generellt att det är rimligt att du väntar för en inbokad distanskontakt?" Antal svar: 57-96.

I intervjuer menar personer som bor i landsbygden att det medicinska tillståndet och andra faktorer som smärta, oro och ålder påverkar vad som är rimlig tid att vänta. Liknande resultat har också kommit fram i vår rapport *Tre perspektiv på digitala besök* (Rapport 2020:1) (Vård- och omsorgsanalys 2020d). Kommunikationen med vårdpersonalen kan också ha betydelse för hur länge man är beredd att vänta. Flera personer beskriver att det är rimligt att få ett besök inom några dagar eller en vecka. En viktig aspekt är att själv få vara med och avgöra hur länge man är beredd att vänta.

” Jag önskar att man själv kunde få avgöra om det är akut eller om man kan vänta en vecka eller tre veckor. Man borde få ta det ansvaret själv i stället för en bromskloss i telefonen.”

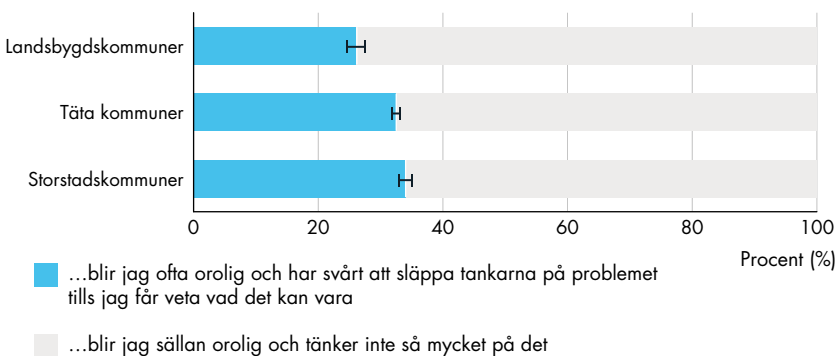
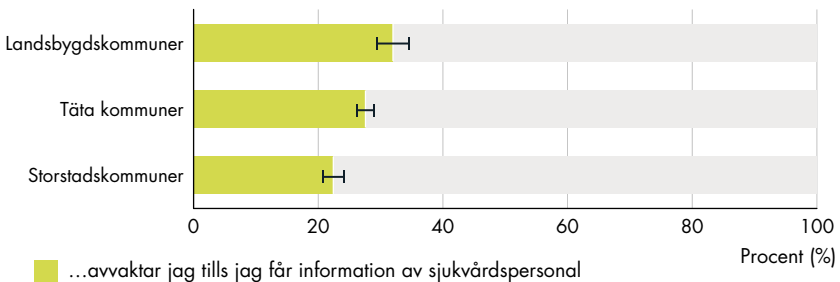
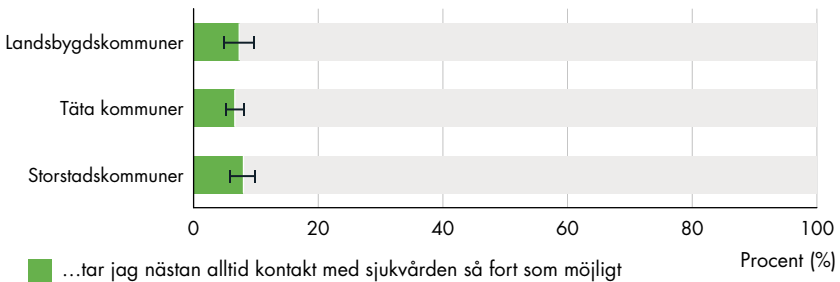
#### 4.3.4 De flesta väntar med att söka vård om problemet inte är akut

Vi har tidigare genomfört en enkät för att undersöka befolkningens erfarenheter och preferenser relaterade till kontinuitet vid vårdcentraler

(Vård- och omsorgsanalys 2020b). En fråga i enkäten handlade om hur man agerar om man har ett hälsoproblem. I det här arbetet har vi analyserat svaren med utgångspunkt i om det finns skillnader mellan personer som bor i olika kommuntyper. Från resultaten ser vi att personer agerar olika. Omkring en tredjedel blir ofta oroliga, men majoriteten väntar med att söka vård. Vi har analyserat om personer i olika kommuntyper agerar olika om de får ett problem med hälsan. Resultaten presenteras i figur 22.

**Figur 22.** Tre påståenden om agerande vid problem med hälsan, per kommuntyp.

**Om jag får ett problem med hälsan som inte är akut så...**



De flesta väntar något innan de söker vård om de får problem med hälsan. Vår analys visar inte att personer i landsbygden överlag agerar på något annat sätt än personer i andra kommuntyper. När det gäller informationsinhämtning finns det trots det en signifikant skillnad. Personer i storstadskommuner söker information själva i något högre utsträckning i stället för att avvakta information från sjukvårdspersonal. I landsbygdskommuner är andelen som avvaktar tills de fått information av sjukvårdspersonal signifikant högre. Andelen personer som blir oroliga och har svårt att tänka på annat är signifikant lägre i landsbygdskommuner jämfört med personer i både storstadskommuner och tätorter.

Utifrån det underlag vi har går det inte att avgöra vad skillnaderna beror på. Även om det finns vissa skillnader i agerande mellan personer i olika åldrar, är skillnaderna inte signifikanta. Sannolikt finns det påverkansfaktorer som vi inte fångar, ett exempel på en sådan faktor skulle kunna vara utbildningsnivå.

I de intervjuer vi genomfört med professionsorganisationer och sakkunniga finns samtidigt en upplevelse av att personer i landsbygden väntar något längre med att söka vård än personer i tätorter och städer. I några av intervjuerna med befolkningen framkommer en upplevelse av att man själv måste ta ett stort ansvar för sin situation i kontakten med vården.

” Man måste kunna ställa preliminära diagnoser själv, annars hade det varit svårt att bo här. Man måste vara jättenaiv och outbildad så man är lugn – eller väldigt utbildad och kunnig. Man kan inte sitta och vänta.”

#### 4.3.5 Kontaktvägarna till vården kan bli bättre

Enligt vårdgarantin ska patienter få kontakt med primärvården samma dag som de tar kontakt (6 kap. 1 § HSF). Det finns flera möjliga kontaktvägar till vården, inte minst digitalt. Olika personer föredrar olika kontaktvägar och preferenserna kan variera utifrån situationen. De flesta upplever att det är lätt att komma i kontakt med vården. Samtidigt framgår det från enkäter och intervjuer att kontaktvägarna till vården kan förbättras.

Majoriteten av de personer som svarat på Vård- och omsorgsanalys enkät som genomfördes i samband vår uppföljning av patientlagen anser att det är lätt att komma i kontakt med vården (Vård- och omsorgsanalys 2021a). Omkring 85 procent av de personer som svarat på enkäten i avlägset belägna landsbygdskommuner eller landsbygdskommuner nära en större stad anser

att det är lätt att komma i kontakt med vården. De kommuntyper som har lägst andel positiva svar är mycket avlägset belägna landsbygdskommuner med 79 procent positiva svar. När vi kontrollerar resultaten för skillnader som beror på ålder, kön, eller socioekonomi ser vi likande resultat, men skillnaderna mellan kommuntyperna är inte statistiskt signifikanta.

En relaterad fråga ställs även i Nationell patientenkät. Personerna får svara på om de är nöjda med de kontaktvägar till vården som finns. Vår analys av resultaten visar att det är något mer sannolikt att personer i den mycket avlägsna landsbygden är nöjda med kontaktvägarna än personer i tätorter nära större städer. I analysen kontrollerar vi för skillnader som beror på ålder, kön, och andra socioekonomiska faktorer.

### *Kontaktvägar till vården är en viktig aspekt av tillgänglighet*

Förutsättningarna att komma i kontakt med vården beskrivs som mycket viktiga för den upplevda tillgängligheten i de intervjuer vi gjort med patientföreträdare och befolkningen. Det är viktigt att enkelt kunna komma i kontakt med vårdpersonal som lyssnar och kan göra en första bedömning. Helst vill man få kontakt samma dag. Det är även något som framkommer som ett viktigt förbättringsområde i enkäten till Vård- och omsorgsanalys befolkningspanel.

De som vi intervjuat har olika uppfattning om hur lätt det är att få kontakt med vården. Flera menar att det fungerar väldigt bra att vårdcentralen ringer upp på en angiven tid, medan andra upplever det som en krånglig och ineffektiv metod. Knappval per telefon kan innebära svårigheter för personer med nedsatt kognitiv förmåga och för äldre, vilket beskrivs både av patientorganisationer och personer som bor i landsbygden som vi intervjuat. En uppfattning är också att det är svårt att få kontakt med specialistvården, eftersom primärvårdskontakten krävs för att komma vidare.

” Inte rimligt att få höra att telefontiderna är slut för dagen, när man ringer.”

” På vissa ställen går det inte ens att komma fram på telefon – på andra ställen fungerar det väldigt bra. Man kan också bli bortglömd och att läkarna inte ringer upp som de ska.”

” I dag är det i stort sett omöjligt att ens ringa till vårdcentralen. Man kommer inte fram och blir man eventuellt uppringd blir man misstrodd och man känner sig skyldig för att man ber om hjälp.”

” Man lägger det stora ansvaret på personen själv. Om man har ångest/oro och inte vågar ringa så blir det problem. Blir än svårare att komma i kontakt. På vårdcentralen säger de bara: 'Du kom inte och du ringde inte'.”

Svårigheter med att komma i kontakt med vården, är den vanligaste aspekten av bristande tillgänglighet som framkommer i vår analys av ärenden till patientnämnderna.











## Kvalitetsutfall av vården

I det här kapitlet belyser vi kvalitet i primärvården i landsbygden genom att analysera ett antal kvalitetsindikatorer. Vi har utgått ifrån målen för omställningen till en god och nära vård med fokus på en ökad delaktighet och kontinuitet. Vi inkluderar även indikatorer som relaterar till hälsoutfallet av vården.

Våra viktigaste resultat:

- Det finns vissa tecken på brister i den medicinska kvaliteten i vården för personer som bor i landsbygden, men det är svårt att särskilja vad som beror på brister i hälso- och sjukvården eller primärvården och vad som orsakas av andra faktorer.
- Kontinuiteten är lägre i landsbygden än i övriga landet. En lägre andel får träffa samma behandlare vid varje besök, eller har en fast läkarkontakt. Bristen på fast läkarkontakt verkar ibland kompenseras med en annan fast vårdkontakt på vårdcentralen.
- Personer som bor i landsbygden har i genomsnitt en något bättre upplevelse av delaktighet och samordning.

### 5.1 OLIKA UPPELVELSER AV VAD SOM ÄR GOD KVALITET

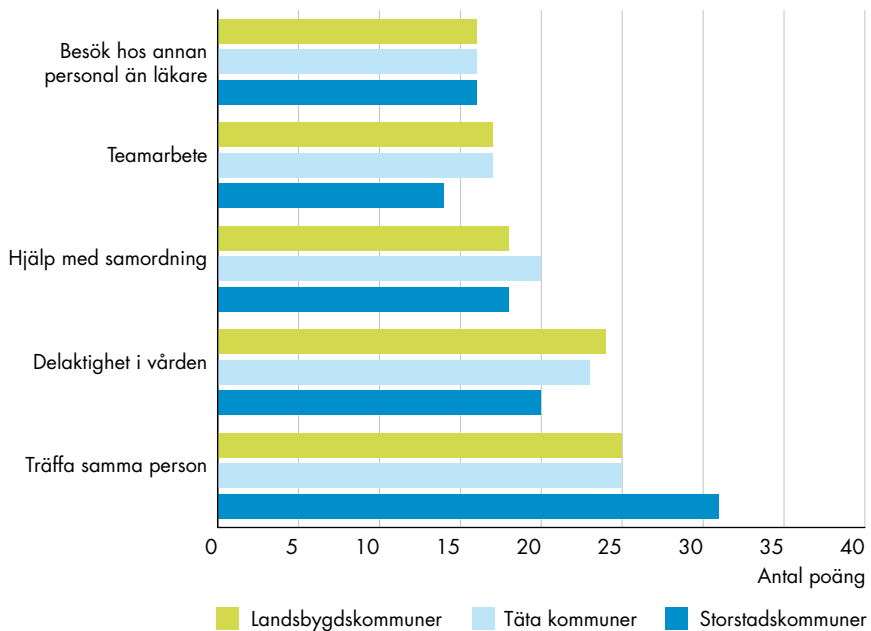
I lagstiftningen syftar en vård av god kvalitet på att den ska ha så god medicinsk-teknisk kvalitet som behövs för patientens behov (5 kap. 1 § HSL), och att den ska vara anpassad till den enskilda patientens särskilda förhållanden (prop. 1981/82:97). Kvalitet i sjukvården omfattar alltså



både medicinska utfallsmått och icke-kliniska aspekter av vården som personcentrering, där patientens perspektiv ska vara en del av vårdprocessen. Patienten ska vara delaktig i besluten om sin egen vård och få stöd till egenvård. Vården ska också ta till vara patientens egen kunskap om sitt hälsotillstånd.

Personerna som deltog i enkäten till Vård- och omsorgsanalys befolkningspanel rankade kontinuitet och delaktighet som de viktigaste aspekterna av god kvalitet (figur 23). Resultaten visar att personer som bor i storstadskommuner värderar kontinuitet något högre än personer bosatta i landsbygden och i täta kommuner. Utöver det är det inga stora skillnader i hur personer i olika kommuntyper värderar kvalitetsaspekterna.

**Figur 23.** Resultat på fråga om relevans av olika kvalitetsaspekter till Vård- och omsorgsanalys befolkningspanel. Genomsnittlig fördelning av 100 poäng.



Not: Frågan som ställdes i enkäten var: Nedan finns fem olika kvalitetsaspekter som kan vara olika viktiga för olika personer. Hur skulle du värdera de olika aspekterna av kvalitet i relation till varandra om du skulle vara i behov av vård på en vårdcentral? Du får fördela 100 poäng mellan de fem alternativen nedan. Om du anser att alla är lika viktiga ska du ge dem 20 poäng var. Annars får du fördela poängen precis som du vill, så länge totalsumman blir 100. Antal svar: 57–96.

De personer som bor i landsbygden som vi intervjuat beskriver god kvalitet som att få träffa kompetent personal som också ger ett bra bemötande. Liknande resultat framkommer även i intervjuer med patient-

organisationerna, som även betonar vikten av kontinuitet. Vården ska vara personcentrerad, ges ur ett helhetsperspektiv och i rätt tid. Företrädare för de lokala patientorganisationerna uttrycker att man inte kan ha samma förväntningar på kontinuiteten i landsbygden, eftersom det ofta finns färre läkare.

### 5.1.1 Vården har generellt ett högt förtroende

Ett övergripande mått på sjukvårdens kvalitet är om befolkningen känner förtroende för primärvården eller inte. Den sammantagna bilden är att hälso- och sjukvården överlag har ett högt förtroende i Sverige och att det finns små regionala skillnader. Samtidigt varierar förtroendet för olika delar av sjukvården, visar resultaten av Hälso- och sjukvårdsbarometern (SKR 2021e). Förtroendet för primärvården är något lägre. Analysen utifrån olika kommuntyper visar att det är små skillnader i förtroende för vårdcentralen.

Covid-19-pandemin har medfört en kraftig förtroendeökning för sjukvården. Mellan 2019 och 2020 ökade förtroendet för vårdcentralerna från 59 procent till 66 procent och för sjukhusen från 69 procent till 76 procent. Förtroendet för specialistvården och för digitala vårdbesök är högre i storstäder än i landsbygdskommuner. Det är vanligare med digitala vårdbesök i storstäder och minst vanligt i landsbygden, vilket kan påverka resultatet.

SOM-undersökningen är en befolkningsundersökning som genomförs regelbundet av Göteborgs universitet. Resultaten från 2019 ger ett liknande resultat som Hälso- och sjukvårdsbarometern. Runt 60 procent av befolkningen har förtroende för primärvården och det finns ingen markant skillnad mellan de som bor i landsbygden och i tätorter (SOM-institutet 2020). Däremot är förtroendet för annan specialiserad vård något högre i större städer än i landsbygden.

Vanliga skäl till ett lågt förtroende är upplevelser av brister i tillgänglighet, kontinuitet och aspekter av bemötandet (Vård- och omsorgsanalys 2018c). Det finns även ett samband mellan att nyligen ha varit i kontakt med vården och att ha högre förtroende för den. I Vård- och omsorgsanalys rapport *Förnuft och känsla* (Rapport 2018:4) framkom att personer som har varit i kontakt med vården som patienter under de senaste sex månaderna var mer sannolika att ha högt förtroende för hälso- och sjukvården (Vård- och omsorgsanalys 2018c). Det högre förtroendet för den specialiserade vården bland personer i städer skulle kunna bero på att fler har besökt den specialiserade vården jämfört med personer i landsbygden.



En viktig aspekt av förtroendet för hälso- och sjukvården är att vården ges på lika villkor. Resultaten från Hälso- och sjukvårdsbarometern visar att fler som bor i landsbygdskommuner anser att vården ges på lika villkor jämfört med personer bosatta i storstadskommuner.

## 5.2 MEDICINSK KVALITET VARIERAR NÅGOT

Effekter och resultat av den utförda vården är viktiga aspekter av kvalitet. Om behandlingar och resultat skiljer sig åt mellan landsbygd och städer, och det inte går att förklara med olika underliggande hälsfaktorer, är det ett tecken på att kvaliteten varierar.

De indikatorer som vi har analyserat pekar på något sämre kvalitet i den mycket avlägsna landsbygden och till viss del i den avlägsna landsbygden. Den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten är högre. Vi ser också att graden av oplanerade återinskrivningar är högre och att det är en något större andel äldre som har läkemedel som bör undvikas jämfört med i andra delar av landet.

För den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten kvarstår skillnaderna efter att vi justerat för att befolkningen i landsbygden i genomsnitt är äldre och har en lägre utbildningsnivå. För övriga indikatorer är det inte möjligt att justera för befolkningssammansättningen.

Det är många faktorer som påverkar resultatet för dessa indikatorer – fler än de vi har kunnat justera för. Det är därför svårt att urskilja vad som orsakas av skillnader i primärvårdens arbete, hälso- och sjukvården i stort, eller andra underliggande faktorer. Vår analys ger inte en komplett bild av skillnader i kvaliteten i vård och behandling för personer som bor i landsbygden jämfört med personer som bor i tätorter och större städer. Fler indikatorer och påverkansfaktorer behöver inkluderas för att med säkerhet kunna uttala sig om skillnader i medicinsk kvalitet mellan kommuntyper.

### Box 5. Svårt att bedöma primärvårdens medicinska kvalitet

Generellt är det svårt att uttala sig om den medicinska kvaliteten i primärvården, eftersom svenska kvalitetsregister bara fångar en liten del av primärvården (Vård- och omsorgsanalys 2017a). Det pågår ett arbete med att utveckla ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården, *PrimärvårdsKvalitet* (PvK) (SKR 2021f). Tanken är att övergripande uppgifter från PvK ska publiceras på Vården i siffror, SKR:s samlingsplats för indikatorer för hälso- och sjukvården. Vid arbetet med den här rapporten fanns inte de

(forts.)

**Box 5.** (forts.)

indikatorer från PvK som vi ville analysera tillgängliga nationellt. I arbetet har vi beaktat de kvalitetsindikatorer som identifierats som viktiga i PvK och hämtat dataunderlag från Socialstyrelsen.

De medicinska utfallsmått vi har valt att analysera är Socialstyrelsens indikatorer:

- sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet
- oplanerade återinskrivningar på sjukhus för patienter 65 år och äldre
- andelen äldre med läkemedel som bör undvikas.

Vi har valt dessa breda indikatorer med utgångspunkt i det övergripande ramverk som vi presenterar som grund för indikatorbaserad uppföljning i vår rapport *Med örat mot marken* (Rapport 2019:2) (Vård- och omsorgsanalys 2019a).

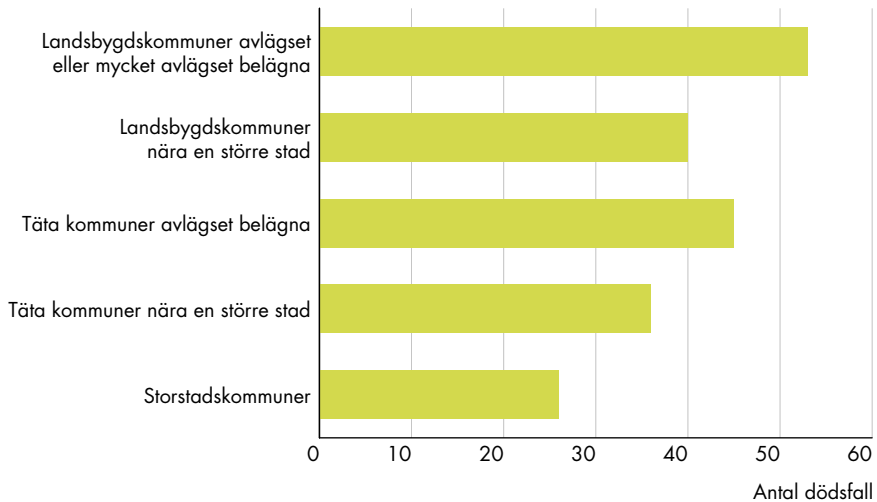
### 5.2.1 Något högre sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet i avlägsna kommuner

*Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet* är en indikator bestående av antalet dödsfall före 80 års ålder som orsakats av sjukdomar som bedöms påverkbara genom medicinska insatser, tidig upptäckt och behandling. Exempel på sjukdomar som ingår är astma, diabetes typ 1 och 2, hypertonsjukdomar och stroke. Även om flera av sjukdomarna behandlas inom den specialiserade vården har primärvården en viktig roll i tidig upptäckt och även i den kontinuerliga behandlingen.

Utifrån analyser av sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet ser vi att det finns skillnader mellan olika kommuntyper (figur 24). Dödligheten är högre i avlägset belägna landsbygdskommuner och i avlägset belägna täta kommuner. Skillnaderna kvarstår efter justering utifrån ålderssammansättningen och utbildningsnivån i kommuntyperna. Den genomsnittliga åtgärdbara dödligheten i hela riket 2019 var 36 dödsfall per 100 000 invånare under 80 år. Vi kan inte säga hur skillnaderna mellan kommuntyperna förhåller sig till skillnader i sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet mellan olika socioekonomiska grupper.



**Figur 24.** Antal sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödsfall per 100 000 invånare under 80 år, genomsnitt 2015–2018.



Not: Indikatorn är åldersstandardiserad och visar ett fyraårsgenomsnitt.

Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen 2021. Vård- och omsorgsanalys bearbetning.

Skillnaderna i den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten tyder på att förekomsten av de sjukdomar som indikatorn baseras på är högre i landsbygden, och att den specialiserade vården har ett tyngre uppdrag i dessa områden. Vad som orsakar den högre vårdtyngden är svårt att specificera, men kan vara olika socioekonomiska faktorer eller underliggande skillnader i hälsa mellan områden. Även avståndet till en akutmottagning eller ett sjukhus kan påverka den åtgärdbara dödligheten. Vi ser att det i genomsnitt är längre restider till akutsjukhus som också har ett mindre befolkningsunderlag jämfört med sjukhus som ligger i tätbefolkade områden (Vård- och omsorgsanalys 2018a). Vi har även i kapitel 2 konstaterat att hälsoläget är sämre i landsbygdskommuner, vilket också kan påverka resultatet.

Primärvårdens förmåga att tidigt diagnosticera sjukdomar kan variera mellan regioner, vilket kan avspeglas i skillnaden i den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten. Vi har bland annat tidigare konstaterat att det finns regionala skillnader i hur tidigt en cancersjukdom upptäcks (Vård- och omsorgsanalys 2019b).

Studier från Storbritannien visar att personer som bor i landsbygden, äldre personer, och socioekonomiskt utsatta personer har sämre tillgång till sjukvård. När de tre faktorerna samexisterar förstärker de varandra, vilket kan medföra försenade diagnoser, sämre kvalitet på vården, högre dödlighet och en ökad ojämlikhet. Studien visar också att sannolikheten ökar att en äldre person i landsbygden söker vård om personen känner tillhörighet till en mottagning och att det är enkelt att ta sig till mottagningen (Ford m.fl. 2016).

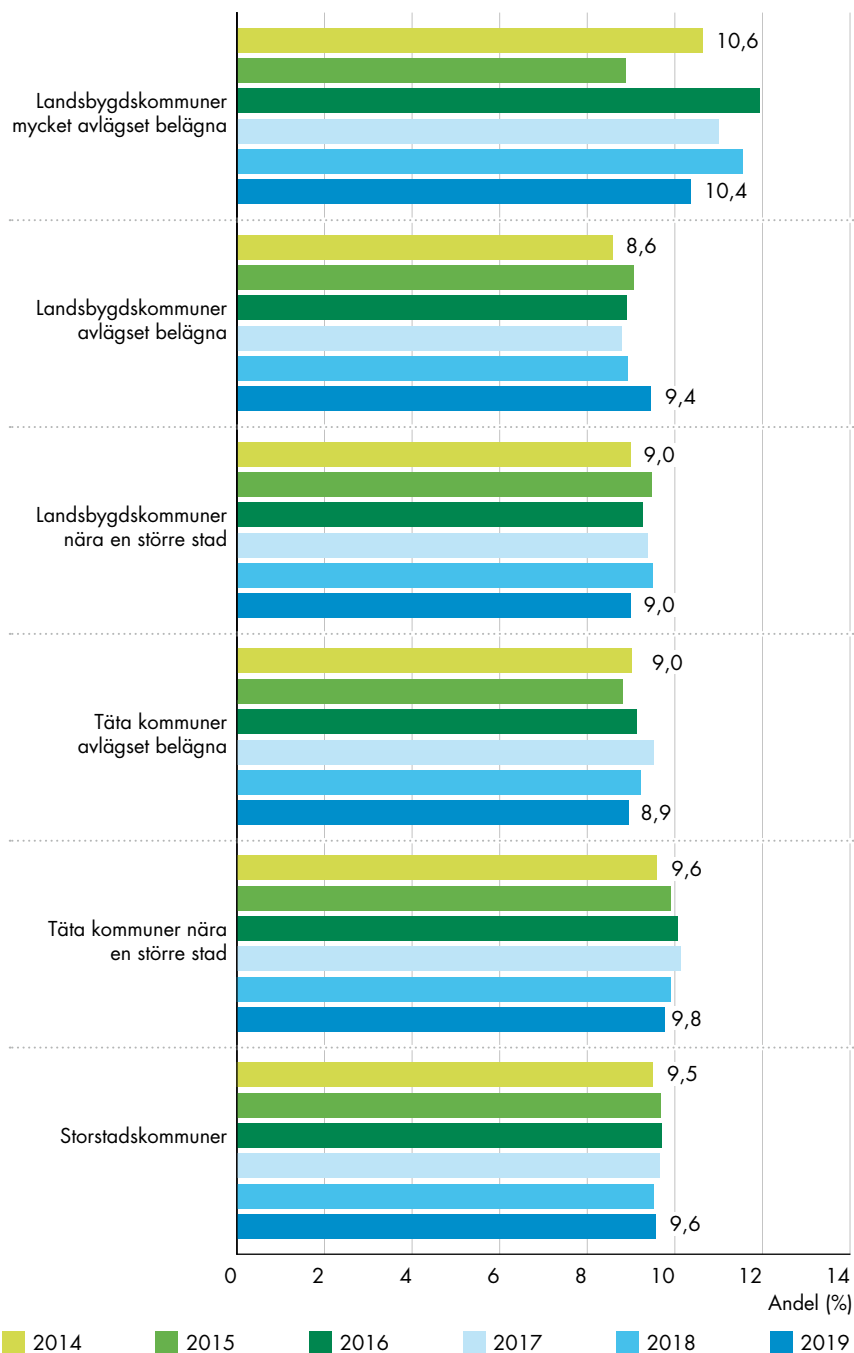
### **5.2.2 Oplanerad återinskrivning vanligare i den mycket avlägsna landsbygden**

*Oplanerad återinskrivning på sjukhus för patienter 65 år och äldre* är ett annat mått på medicinsk kvalitet. Indikatorn beskriver kvaliteten i det sammanhållna vård- och omsorgssystemet. En oplanerad återinskrivning är ett tecken på att uppföljning och fortsatt vård inte är tillräckligt samordnade. Bakgrunden är att en patient som skrivits ut från slutenvården inte ska behöva ny oplanerad slutenvård inom 30 dagar. Om oplanerad återinskrivning förekommer ofta kan det vara ett tecken på att patienterna skrivs ut för tidigt från sjukhuset, eller att primärvården brister i omhändertagandet efter en utskrivning (SKL 2017a).

Figur 25 visar andelen avslutade vårdtillfällen för patienter över 65 år som lett till en oplanerad återinskrivning. Det är tydligt att landsbygdskommuner som är mycket avlägset belägna avviker från resten av kommuntyperna. En större andel av de avslutade vårdtillfällena leder till en oplanerad återinskrivning, och utvecklingen under tidsperioden varierar mer. Resterande landsbygdskommuner har en liknande nivå och utveckling som tätorts- och storstadskommunerna.



**Figur 25.** Andelen oplanerade återinskrivningar i olika kommuntyper 2014–2019.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen. Vård- och omsorgsanalys bearbetning.



I vår rapport *Laga efter läge* (Rapport 2020:4) kunde vi se en marginell ökning av oplanerade återinläggningar för gruppen 65 år eller äldre på nationell nivå mellan 2017 och 2019 (Vård- och omsorgsanalys 2020c). Analysen visade också att återinläggningarna varierade över tid och mellan regioner. Vi konstaterade att det finns ett behov av fördjupade analyser för att få bättre förståelse för omfattningen av och orsakerna till återinläggningar. En sådan analys skulle kunna utgå ifrån olika ålders- eller diagnosgrupper.

Socialstyrelsen har haft i uppdrag att undersöka omfattningen av återinskrivning för multisjuka och sköra äldre samt om det finns regionala skillnader (Regeringskansliet 2019a). Kartläggningen visar att andelen vårdtillfällen där oplanerad återinskrivning skett inom 30 dagar är dubbelt så hög för gruppen. Andelen återinskrivningar har inte heller minskat mellan 2010–2019 (Socialstyrelsen 2021c).

Det pågår flera former av insatser för att minska återinskrivningarna där utökad samverkan och tydliggörande av rutiner är några exempel. Socialstyrelsen (2021c) konstaterar att det finns behov av att säkerställa rutiner för hemsjukvården för att kunna behandla sjukdomar i hemmet innan de förvärras och kräver sjukhusvård. Det förutsätter en god samverkan mellan kommunens hemsjukvård och regionens vårdinsatser i hemmet. Utöver det finns det ett behov av rutiner för att möjliggöra läkarbedömning i hemmet alla dagar i veckan oavsett tid på dygnet. I landsbygden kan det vara svårare att uppnå till följd av stora avstånd och brister i tillgången till läkarkompetens, vilket kan påverka förekomsten av oplanerade återinläggningar.

### 5.2.3 Skillnaderna minskar mellan kommuntyper för andelen äldre med läkemedel som bör undvikas

En annan indikator för kvaliteten på vården är *andelen personer över 75 år som har fått läkemedel som bör undvikas*. Indikatorn syftar på läkemedel som bör undvikas, eftersom de medför en betydande risk för biverkningar hos äldre. Sett över tid har andelen äldre med läkemedel som bör undvikas minskat, men även för den här indikatorn ser vi vissa skillnader mellan kommuntyper.

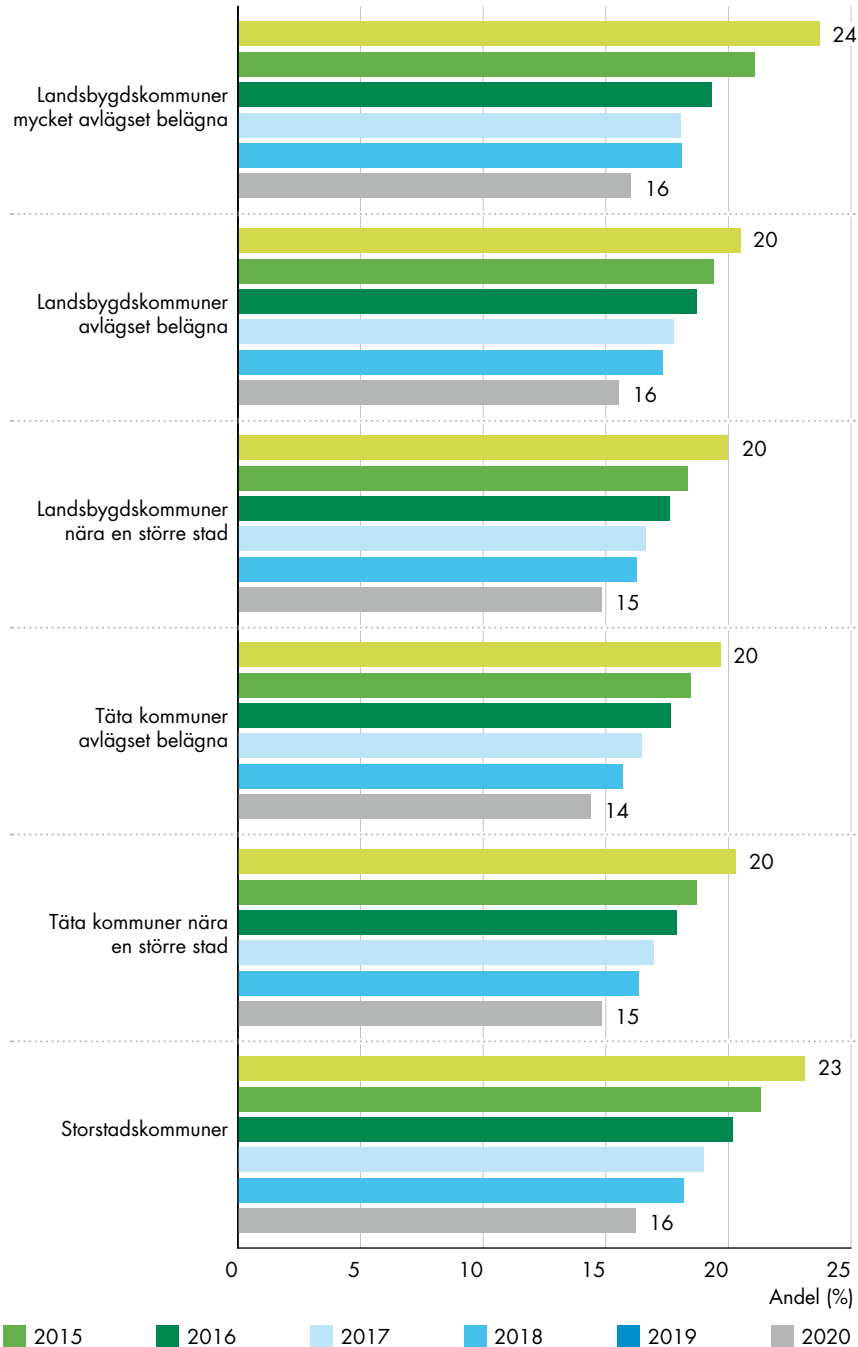
Antalet läkemedel hos äldre har ökat över tid, vilket ger en ökad risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner. Omkring en av tio akuta inläggningar av äldre på sjukhus beräknas bero på läkemedelsbiverkningar. Mot den bakgrunden är det viktigt att följa läkemedelsanvändningen bland äldre (Socialstyrelsen 2017a).

Det är vanligast att äldre som bor i mycket avlägsna landsbygdskommuner men även i storstadskommuner har fått läkemedel som bör undvikas utskrivna (figur 26). Skillnaderna mellan kommuntyper har minskat sedan 2015,



vilket beror på en större minskning av andelen äldre med läkemedel som bör undvikas i storstadskommuner och mycket avlägsna landsbygdskommuner.

**Figur 26.** Andelen personer över 75 år som har fått läkemedel som bör undvikas, per kommuntyp, 2015–2020.



## 5.2.4 Många ärenden till patientnämnderna handlar om kvalitetsbrister

En stor del av de ärenden som kommer in till patientnämnderna oavsett kommuntyp handlar om utförandet av vården och behandlingen. I arbetet med den här rapporten har vi analyserat ett urval av ärenden. Omkring hälften av totalt cirka 500 ärenden från landsbygdskommuner handlade om brister i vård och behandling. Ärendena handlar oftast om att vården haft brister, varit felaktig, eller blivit fördröjd. Innehållet är likartat, oberoende av kommuntyp, men varierar i allvarlighetsgrad. Det kan handla om att personen inte fått recept på en specifik medicin, eller remiss till en undersökning. Det finns även en grupp ärenden till patientnämnderna som rör bristande vård, där patienten nekats eller på annat vis drabbats av utebliven vård eller uppföljning. Cirka fem procent av de genomgångna ärendemeningarna om bristande vård handlar om vårdskador.

” Ensamboende 85-årig kvinna med känd hjärtsjukdom, haft långvarig hosta och kontaktat sin HC flera gånger för att få träffa sin husläkare, men det har 'inte funnits tider'. Läkaren ringer upp henne och hon får diagnosen lunginflammation och recept på penicillin. Hostan fortsätter trots penicillin. Ingen planerad uppföljning [...] Närstående beskriver att patienten senare söker akut för liknande symtom i [stad], hon blir undersökt och (får) diagnos KOL eller astma och behandling sätts in.”

De personer som bor i landsbygden och som vi intervjuat beskriver att de har högre förväntningar på den medicinska kvaliteten på sjukhusen än på primärvården. Vår enkät till befolkningspanelen gav ett liknande resultat.

## 5.3 ANDELEN SOM HAR EN FAST LÄKARKONTAKT ÄR LÄGRE

En grundförutsättning för att uppfylla kravet på en god vård är kontinuitet (5 kap. 1 § HSL). Flera tidigare utredningar har särskilt betonat vikten av kontinuitet inom primärvården (SOU 2016:2; SOU 2018:39). I utredningen *Effektiv vård* framgår att kontinuitet är viktigt för både vårdens kvalitet, patientens upplevelse, medarbetarnas arbetsmiljö och effektiviteten i hälso- och sjukvården (SOU 2016:2). Det är också en förutsättning för en personcentrerad vård (Vård- och omsorgsanalys 2018d).

### 5.3.1 Brist på läkarkontakt kompenseras av andra professioner

Det finns skillnader i fördelningen av fasta läkarkontakter. Analyser av Nationell patientenkät 2019 visar att det är mindre vanligt att personer i



den mycket avlägsna landsbygden och i landsbygdskommuner nära större städer träffar samma behandlare vid besök i primärvården än personer i tät kommuner. Liknande resultat framkommer även i vår enkät till befolkningen som genomfördes i samband med uppföljningen av patientlagen.

Vi har tidigare genomfört en enkät för att undersöka hur stor del av befolkningen som har en fast vårdkontakt (tabell 4). Även här visar resultaten att personer i landsbygdskommuner i lägre utsträckning har en fast läkarkontakt. Samtidigt ser vi att det är en något större andel personer i landsbygdskommuner och i tät kommuner som har en fast vårdkontakt vid en vårdcentral än i storstadskommuner. En förklaring skulle kunna vara att avsaknaden av en fast läkarkontakt till viss del kompenseras av en fast kontakt med andra yrkesgrupper på vårdcentralen.

**Tabell 4.** Andel personer med fasta vårdkontakter i vården, per kommuntyp.

	Landsbygds- kommuner (n=315)	Tät kommuner (n=1 051)	Storstads- kommuner (n=1 109)
Fast läkarkontakt på vårdcentral	22	24	30
Fast läkarkontakt på sjukhus eller specialistmottagning	17	19	20
Fast vårdkontakt på vårdcentral	15	17	12
Fast vårdkontakt på sjukhus eller specialistmottagning	11	15	15

Not: Viktat för befolkningen. Fast vårdkontakt avser sjuksköterska, psykolog/kurator, fysioterapeut/sjukgymnast eller annan personal (inte läkare).

Källa: Vård- och omsorgsanalys 2020b.

Liknande resultat har vi även tidigare sett i analyser av IHP 2020 (Vård- och omsorgsanalys 2021b), där personer i glesbygden har lägre sannolikhet att ha en fast vårdkontakt i form av en läkare eller sjuksköterska. I glesbygd är det samtidigt vanligare att ha en fast mottagning. En möjlig förklaring till det är att valfriheten är sämre.

### *Brister i kompetensförsörjningen påverkar kontinuiteten*

Vård- och omsorgsanalys (2018b) har tidigare konstaterat att det är vanligare att patienter som besöker en vårdcentral i landsbygden möter en läkare som inte är tillsvidareanställd på vårdcentralen. I och med att vårdcentraler i landsbygden använder vikarier och hyrläkare för att upprätthålla

bemanningen, har personer i landsbygden oftast lika stor möjlighet att träffa en läkare som en person i en storstadskommun.

De analyser vi har gjort utifrån information om antalet besök i primärvården från Väntetidsdatabasen stödjer resultatet. Vi kan inte se att det finns skillnader i hur ofta man får träffa en läkare i landsbygden jämfört med andra kommuntyper, men sannolikheten att träffa samma person vid varje besök är lägre.

### 5.3.2 Patienterna och befolkningen värderar kontinuitet högt

En av kvalitetsaspekterna som värderas högst av deltagarna i vår befolkningspanel är att få träffa samma person vid varje vårdbesök, något som även uttrycks i de intervjuer vi gjort med patientorganisationerna och personer som bor i landsbygden. Samtidigt varierar uppfattningen om hur viktigt det är att få träffa samma person vid olika vårdbesök. En fast kontakt någon annanstans inom vården minskar behovet av kontinuitet inom primärvården. Andra beskriver att det kan räcka att man får träffa vårdpersonal som man känner till eller som tillhör samma personalgrupp.

” Det är bra att kunna träffa samma person men också att journalen sköts ordentligt och läses av vårdgivaren. Det är lättare och mindre tidskrävande om läkaren kommer ihåg en och ens historia än att jag ska behöva dra den varje gång.”

” På vårdcentralen har jag alltid träffat olika läkare men det spelar ingen roll! Men på sjukhuset har jag samma läkare och det har varit jätteskönt för där är det mer allvarligt.”

Uppfattningen om hur god kontinuiteten är varierar mellan de boende i landsbygden som vi intervjuat. Vissa upplever en god och förbättrad kontinuitet med färre hyrläkare jämfört med tidigare. Andra ser en försämring med många olika hyrläkare, och menar att även om man är listad hos en läkare så får man ändå träffa olika vid varje besök.

## 5.4 SAMORDNINGEN AV VÅRDEN UPPLEVS VARA BÄTTRE

En dimension av kontinuitet handlar om att vården ska vara koordinerande och sömlös (Vård- och omsorgsanalys 2020b). Det innebär att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt (6 kap. 1 § patientlagen



(2014:821)). Ansvaret för samordningen ligger på en fast vårdkontakt och en fast läkarkontakt i primärvården (6 kap. 2 och 3 §§ patientlagen; prop. 1994/95:195). Men andra personer på vårdcentralen kan också underlätta samordningen för patienterna och fylla samma funktion som en fast vårdkontakt (Socialstyrelsen 2017b).

Resultaten av vår enkät till befolkningen i samband med vår uppföljning av patientlagen visar att personer i den mycket avlägsna landsbygden i högre utsträckning får hjälp att samordna sin vård. Från resultaten av Nationell patientenkät 2019 kan vi också se att personer i den mycket avlägsna landsbygden i större utsträckning svarar att behandlaren är insatt i deras tidigare kontakter i vården. I analyserna av Nationell patientenkät kontrollerar vi för skillnader i befolkningssammansättning i kommuntyperna, samt vilken region som patienterna är bosatta i.

Samordning mellan vårdgivare beskrivs som viktig och trygghetsskapande i de intervjuer vi gjort med personer som bor i landsbygden och med patientorganisationer, men även med medicinskt ansvariga sjuksköterskor i kommunerna. Det handlar främst om att alla aktörer ska ha tillgång till samma information om patienten. De som bor i landsbygdskommuner har samtidigt varierande erfarenhet av samordningen. Det kan vara svårt att veta vem man ska vända sig till, och avsaknaden av ett gemensamt journalsystem försvårar.

” Skulle önska att någon 'hade samordningen'. I samband med en större operation av höft-/knäled skulle jag önskat det när jag kom hem och var helt slut och behövde någon att fråga om mediciner.”

” Fungerar inte alls! Man bollar folk mellan sig. Både mellan specialist och primärvård – och i relation till kommunen. Folk upplever att de inte är välkomna. Det är under upphällning.”

Ärenden till patientnämnderna om bristande samordning förekommer i ungefär lika stor utsträckning i alla kommuntyper och berör både samordningen inom vårdcentralen och mellan aktörer. I ärendena framgår att patienten upplever att ingen tar ett helhetsansvar. När vårdgivare hänvisar till varandra, blir det oklart för patienten vem som har vårdansvaret, och patienten kan även sakna information om vårdförloppet. En del av ärendena handlar om att bristande samordning ger brister i läkemedelsförskrivningen. Ett fåtal ärenden handlar om att personen saknar en fast vårdkontakt.

## 5.5 FLER UPPLEVER ATT DE FÅR VARA DELAKTIGA I VÅRDEN

Delaktighet, medskapande, bemötande samt kommunikation och information är viktiga aspekter för en personcentrerad vård (Vård- och omsorgsanalys 2018e). Överlag har alla kommuntyper goda resultat för de kvalitetsaspekterna. Den mycket avlägsna landsbygden utmärker sig genomgående genom att ha något mer positiva resultat.

För att analysera eventuella skillnader i delaktighet, bemötande och kommunikation mellan kommuntyper har vi främst använt oss av resultaten från Nationell patientenkät 2019 och kompletterat med information från ärenden till patientnämnden och intervjuer. Även i det här fallet kontrollerar vi för skillnader i befolkningssammansättning i kommuntyperna, samt vilken region som patienten är bosatt i.

Resultaten av analyserna av Nationell patientenkät visar att personer i den mycket avlägsna landsbygden i något högre utsträckning svarar att de fått vara delaktiga i besluten om sin vård jämfört med personer i tät kommun nära en större stad. Det är också vanligare att de svarar att vårdpersonalen har tagit hänsyn till deras erfarenheter av vården och att de blivit bemötta med medkänsla. Slutligen är det också vanligare att de uppger att de har fått tillräckligt med information om sin vård och behandling samt fått svar som de förstått från vårdpersonalen om de haft frågor.

### 5.5.1 Delaktighet och bemötande går hand i hand

En persons förväntningar på att vara delaktig i sin vård beror både på personliga förutsättningar och preferenser samt på situationen. I intervjuer med personer som bor i landsbygden beskriver de vårdpersonalens bemötande och förmåga att kommunicera som en viktig del. Några som vi intervjuat upplever att förutsättningarna för att vara delaktig i vården har blivit bättre över tid, men kanske inte alltid på det sätt eller i den utsträckning som de skulle önska.

” Skulle vara hjälp att få skriftlig information och att läkaren sa ‘Vi kommer ringa upp dig och återkoppla imorgon’. Många gör det i dag, det är värdefullt! Det skiljer beroende på var i landet man bor.”

” Viktigt med gott bemötande och att slippa känna sig ifrågasatt och motad redan vid telefonkontakt.”



Frågan om patienternas delaktighet är prioriterad av patientorganisationerna. De beskriver även att anhörigas delaktighet ibland försvåras som en konsekvens av regler för sekretess och samtycke.

Ärenden till patientnämnderna som rör bristande delaktighet handlar antingen om att vårdpersonalen brustit i bemötandet av patienten eller att de inte varit lyhörda för patientens önskemål genom att lyssna och informera. Det förekommer i ungefär lika stor omfattning i de olika kommuntyperna. Ofta handlar ärendena om ett nonchalant bemötande eller att läkaren fokuserat på faktorer som patienten upplevt som irrelevanta.

### 5.5.2 Bättre förutsättningar för delaktighet i landsbygden

En bild som framkommer i intervjuer med patientorganisationer och med befolkningen är att patienten får större möjlighet att vara delaktig i vården i landsbygden, eftersom personalen på vårdcentralen har en större kännedom om patienten. Andra menar att delaktigheten generellt fungerar dåligt och att det snarare är individuella faktorer som avgör.

En fördel med att arbeta i landsbygden handlar om närheten till patienterna, vilket ofta framgår av de intervjuer vi genomfört med både regioner, kommuner och vårdgivare. Många av de som besöker vården är inte okända av personalen – i ett mindre samhälle där många bor kvar känner man igen varandra.

” Det är lättare att nå fram i en mindre kommun och att få en nära vård just på grund av att man känner varandra och man gör allt i sin makt för att vården ska ges tills patienten. I en större stad kan det bli mer anonymt.”

En ökad kunskap om personen gör att vården kan bli mer personcentrerad och anpassad utifrån individen. Flera beskriver också att närheten till patienterna i stor utsträckning bidrar till att alla aktörer, oavsett om det är regionen eller kommunen, gör sitt yttersta för att personen ska få den bästa vården nära sitt hem och inte behöva söka sig någon annanstans.

” Om man inte kan snöröja eller att man inte kan ta sig till affären, så kan man inte bo hemma utan måste in på hem. Men då hjälps man åt i stället, till exempel att en i byn åker och handlar till alla eller skjutsar.”







## Insatser för ökad tillgänglighet och kvalitet

Regeringens inriktningsmål med omställningen till en god och nära vård handlar om en ökad tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet (prop. 2019/20:164). I det här avsnittet utgår vi ifrån de resultat som framkommit i litteratur, intervjuer samt exempel på modeller och lösningar för utvecklingen av primärvården som vi har analyserat. Vi presenterar tänkbara insatser för utvecklingen av primärvården i landsbygden utifrån patienternas och befolkningens förväntningar på vården.

Våra viktigaste resultat:

- Det finns skillnader i hur väl vårdcentralen lever upp till ett antal centrala kvalitetsaspekter och hur viktiga befolkningen upplever att dessa kvalitetsaspekter är. Förbättringsbehov finns inom alla de områden som vi har undersökt.
- De insatser som genomförs för att utveckla tillgänglighet och kvalitet i primärvården måste anpassas till lokala förutsättningar. Det kan vara svårt att överföra modeller för utveckling av vården från ett sammanhang till ett annat.
- En strategi för att förbättra kontinuitet och kvalitet i vården är att genomföra insatser för ökat samarbete och samordning. Det kan till exempel vara strukturer för informationsöverföring mellan aktörer.
- Det är även viktigt att genomföra insatser för att öka tillgängligheten som kompensation för brister i geografisk tillgänglighet och att förbättra förutsättningarna för att söka vård i rätt tid.

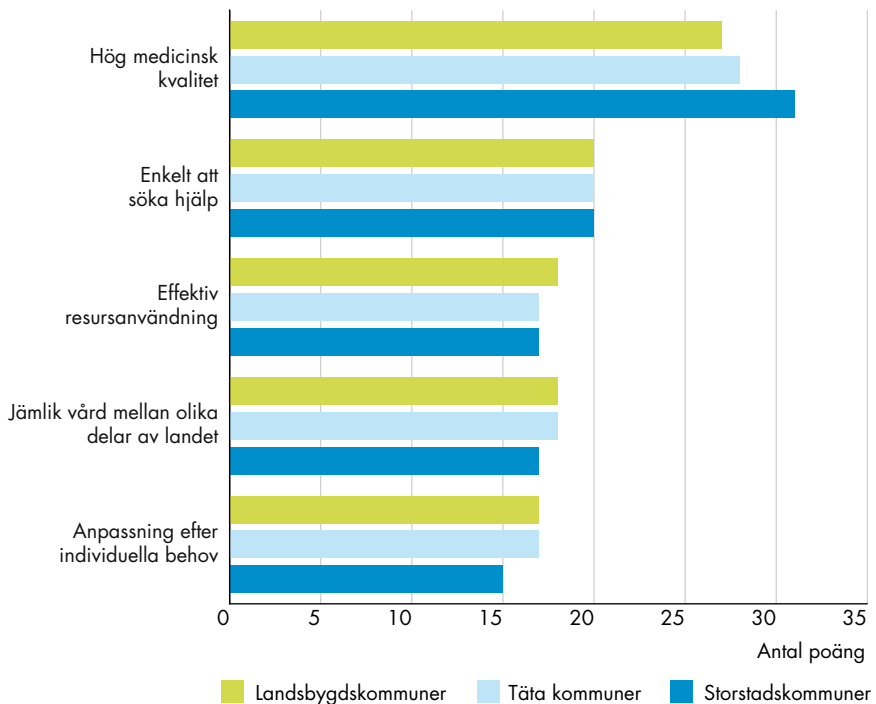


- En förutsättning för att utveckla vården är att det finns förmåga att driva utvecklingsprojekt. Det handlar både om organisatoriska faktorer som stödsystem och strukturer, och om ett gott ledarskap med förmåga till förändringsledning.

## 6.1 PATIENTER OCH BEFOLKNING SER FÖRBÄTTRINGSBEHOV

Tidigare rapporter beskriver hur befolkningen värderar olika kvalitetsaspekter för vårdcentralen olika mycket (Vård- och omsorgsanalys 2020b). I vår enkät till Vård- och omsorgsanalys befolkningspanel ställde vi en fråga om hur personerna värderade kvalitet och tillgänglighet (figur 27). Det viktigaste är att vården håller en hög medicinsk kvalitet, därefter är det inga stora skillnader för de övriga aspekterna av vården. Det är heller inga tydliga skillnader i hur personer som bor i olika kommuntyper prioriterar aspekterna.

**Figur 27.** Resultat på fråga om relevans av olika generella kvalitetsaspekter till Vård- och omsorgsanalys befolkningspanel. Genomsnittlig fördelning av 100 poäng.



Not: Frågan som ställdes i enkäten var: Nedan finns fem olika kvalitetsaspekter som kan vara olika viktiga för olika personer. Hur viktiga skulle du tycka att dessa olika kvalitetsaspekter var på en vårdcentral och i relation till varandra? Du får fördela 100 poäng mellan de fem alternativen nedan. Om du anser att alla är lika viktiga ska du ge dem 20 poäng var. Annars får du fördela poängen precis som du vill, så länge totalsumman blir 100. Antal svar: 57–96.

### 6.1.1 Vårdcentralen lever inte upp till kvalitetskraven

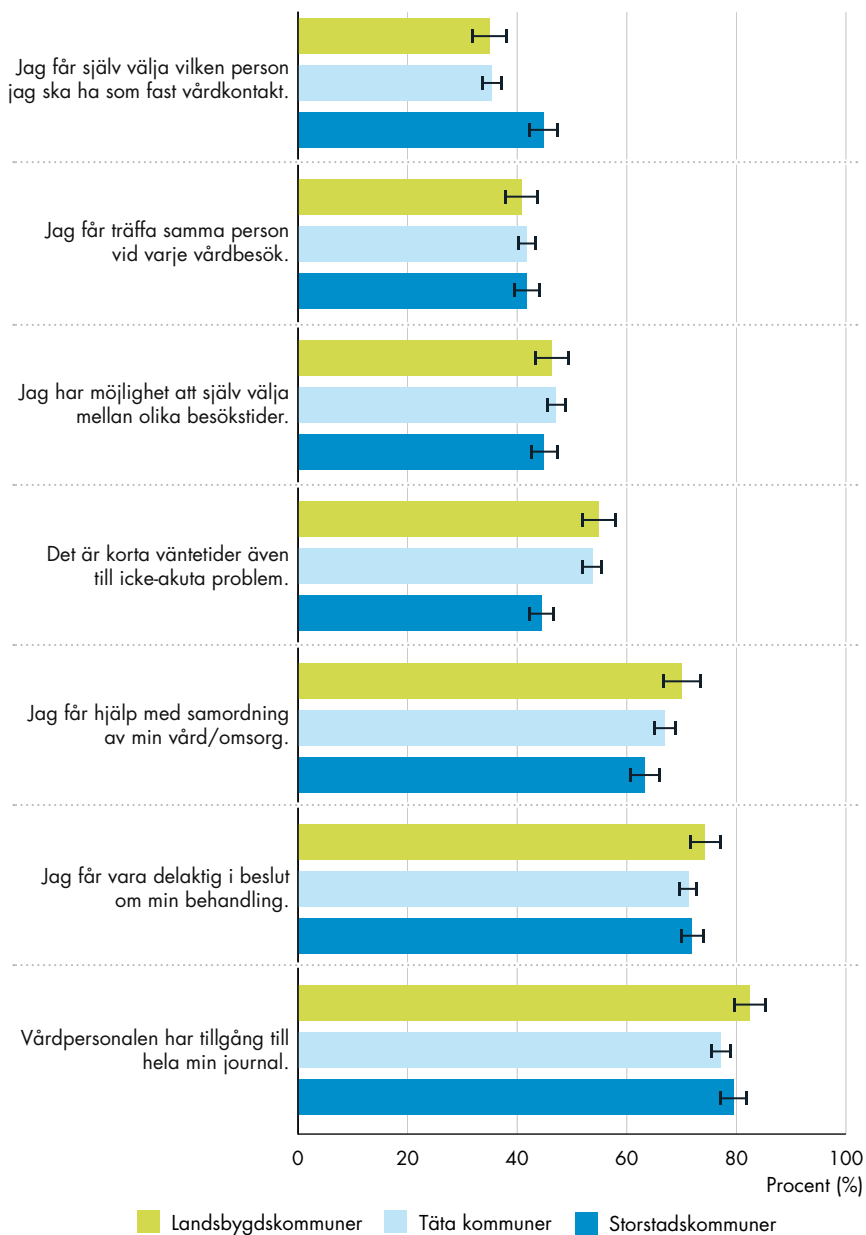
Det finns vissa skillnader mellan hur befolkningen värdesätter olika kvalitetsaspekter och hur vården tillgodoser dem. Generellt är skillnaderna i hur väl vårdcentralen uppfyller kvalitetsaspekterna mellan kommuntyperna små och inte signifikanta. Samtidigt visar analysen på ett behov av att utveckla vården för att bättre motsvara befolkningens förväntningar.

Vi har analyserat om det finns ett gap mellan hur väl vårdcentraler i praktiken lever upp till olika kvalitetsaspekter och hur viktig varje aspekt är, samt om det finns skillnader mellan hur väl befolkningen upplever att vårdcentralen lever upp till förväntningarna. Underlaget för analysen kommer från en enkät till befolkningen som Vård- och omsorgsanalys genomfört i samband med rapporten *Primärt i vården* (Rapport 2020:9) (Vård- och omsorgsanalys 2020b).

Figur 28 visar personernas upplevelse av hur den egna vårdcentralen tillgodoser olika kvalitetsaspekter. Personerna som besvarat enkäten upplever i störst utsträckning att vårdpersonalen har tillgång till journalen som helhet, följt av att de får vara delaktiga i beslut om behandling. Lägst resultat får aspekterna kring personkontinuitet, det vill säga att man får träffa samma person vid varje besök och välja vilken person man ska ha som fast vårdkontakt.



**Figur 28.** Andel som upplever att deras nuvarande vårdcentral stämmer överens med ett antal kvalitetsaspekter, per kommuntyp.



Not: Antal svar: 976–1 637.

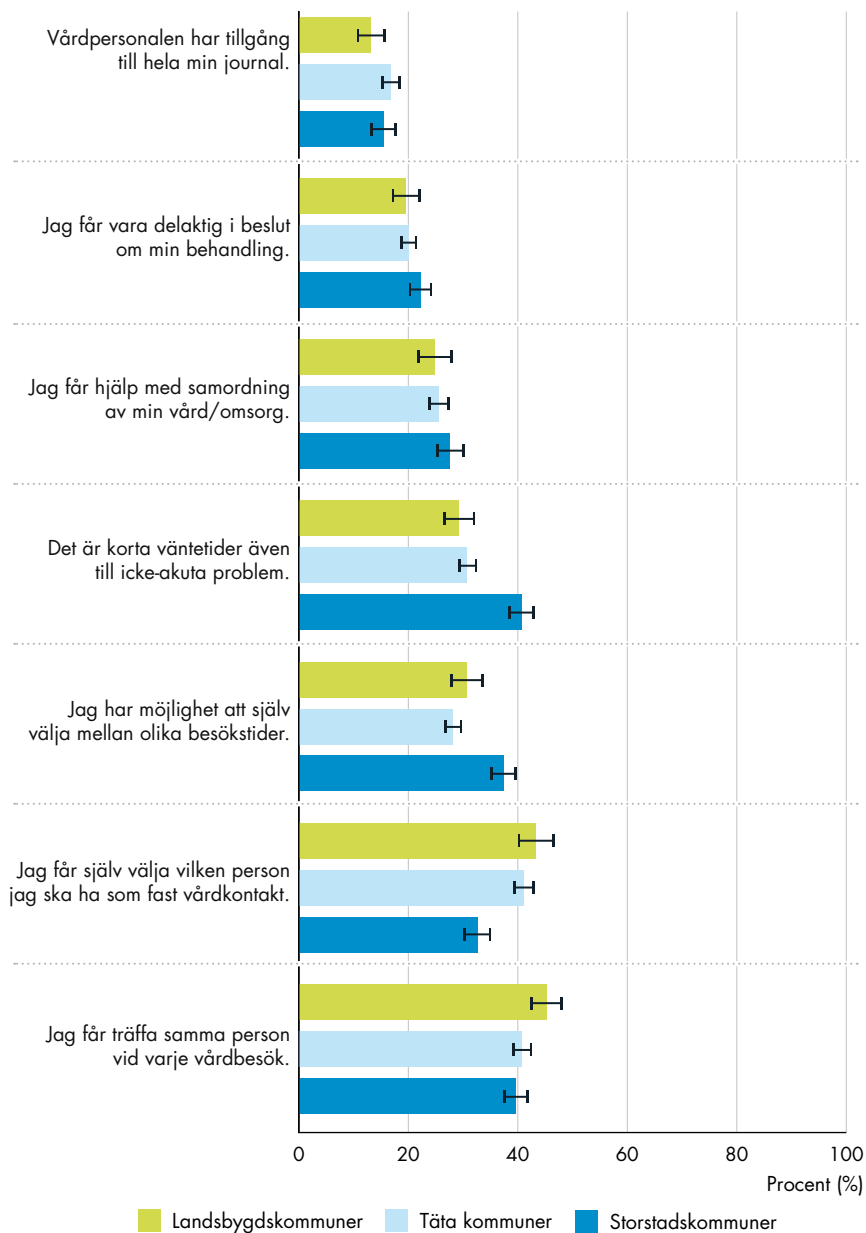
När det gäller att själv får välja vem man ska ha som fast vårdkontakt finns det signifikanta skillnader mellan personer i storstadskommuner och tätorter. Personer i tätorter anser i lägre utsträckning att den egna vårdcentralen tillgodoser det. Däremot upplever fler i tätorter att deras vårdcentral har korta väntetider till icke-akuta besök än i storstadskommuner.

För att få en bättre bild av hur väl vårdcentralen uppfyller förväntningarna har vi också analyserat skillnaderna mellan hur viktig en kvalitetsaspekt anses vara och hur väl den tillgodoses på den egna vårdcentralen. Genom analysen kan vi se om det finns en skillnad i hur stor andel som anger att ett område är viktigt jämfört med om de upplever att vårdcentralen tillgodoser det i deras vård. Tidigare analyser har visat att det på nationell nivå finns ett gap för samtliga områden. Störst är gapet för att få träffa samma person vid varje besök och lägst för att vården har tillgång till journalen.

Figur 29 visar skillnaden mellan hur viktiga kvalitetsaspekterna är för personer i de olika kommuntyperna och hur väl vårdcentralen tillgodoser dem. På samma sätt som på nationell nivå finns det även här ett gap för samtliga områden och gapet är störst för personkontinuitet, det vill säga att man får träffa samma person vid varje besök, och lägst för informationskontinuitet, att vårdpersonalen har tillgång till hela journalen.



**Figur 29.** Skillnad, i procent, mellan hur väl kvalitetsaspekterna stämmer med din ordinarie vårdcentral och hur viktiga kvalitetsaspekterna är för dig när du besöker en vårdcentral, per kommuntyp.



Not. Antal svar: 976–1 637.



Det finns skillnader i gapet mellan kommuntyper. Två av skillnaderna är signifikanta: hur viktigt korta väntetider är och vikten av att kunna välja besökstider. Gapet mellan hur viktiga korta väntetider vid icke-akuta problem är jämfört med hur väl det tillgodoses är större i storstadskommuner än i landsbygdskommuner och täta kommuner. När det gäller att kunna välja vilka besökstider man vill är gapet också signifikant större i storstadskommuner än i täta kommuner.

## 6.2 ANPASSA INSATSER UTFRÅN LOKALA FÖRUTSÄTTNINGAR

Strategier som ofta beskrivs i litteraturen för att öka tillgängligheten och kvaliteten i vården i landsbygden handlar om att utveckla vårdkedjorna utifrån de lokala förutsättningarna, ett utökat samarbete mellan aktörer, användning av digitala lösningar samt en flexibel användning av personalen i vården. Något som betonas i litteraturen är att landsbygdsperspektivet måste beaktas i nationella beslut och förslag. Det beskrivs även i intervjuer vi genomfört med sakkunniga. Till exempel kan det handla om att landsbygdsperspektivet bör belysas i nationella utredningar. Det kan även finnas ett behov av att kunna anpassa beslut utifrån kapaciteten och behovet i landsbygden. Utöver det skiljer sig förutsättningarna för olika landsbygdsområden. Det medför ett behov av att kunna anpassa insatser utifrån de lokala förutsättningarna. Generellt kräver de olika insatserna offentlig investering och styrning (Abelsen m.fl. 2020; Kullberg, Blomqvist & Winblad 2018).

En systematisk litteraturgenomgång visar att de insatser som hade störst positiv effekt på förbättrad kvalitet i vården i landsbygden var de som riktades mot hälso- och sjukvårdssystemet (Ricci-Cabello m.fl. 2013). Insatserna som inkluderades i litteraturgenomgången var riktade mot patienterna, vårdpersonalen, hälso- och sjukvårdssystemet eller en kombination av dessa. Det var vanligast med insatser med patienter som målgrupp, vilket också visade sig var de minst effektiva åtgärderna. Exempel på insatser inom strukturen för vården som omnämns i litteraturgenomgången är strukturerade vårdkedjor där ansvaret för diagnos, behandling och uppföljning är tydligt, och där patienten får vård av multidisciplinära team.



**Box 6.** Glesbygdsmedicinskt centrum fokuserar på kunskap om vård i glesbygd

Glesbygdsmedicinskt centrum har funnits sedan 2010 och är en FoU-enhet inom region Västerbottens primärvård (Region Västerbotten 2021). Målet med centret är att öka kunskapen om hur en god hälsa och livskvalitet kan säkerställas i glesbygden.

Vid centret bedrivs forskning om god och nära vård i glesbygd. Verksamheten ska bidra till att beskriva och utvärdera vård och omsorg i glesbygd. Utöver det ska centret även stimulera till forskning och utveckling om glesbygdens specifika utmaningar. Inom ramen för verksamheten genomförs olika projekt och utvärderingar av modeller för vård i glesbygd, exempelvis virtuella hälsorum. Man utvecklar servicekedjor inom vården från specialistsjukvård till hemsjukvård, och genomför insatser för digitalisering av vården.

En del av verksamheten består även av att genomföra utbildningar, arbeta med rekrytering för att öka kompetensen inom glesbygdssjukvården och bygga nätverk inom området glesbygdsmedicin. Bland annat genomförs kurser i akutsjukvård i glesbygd med fokus på omhändertagande i situationer där det är långa avstånd till närmaste sjukhus.

## 6.3 ÖKAT SAMARBETE OCH SAMORDNING ÄR EN STRATEGI

Våra resultat visar att personkontinuiteten är sämre i landsbygden. En orsak till det kan vara utmaningar med kompetensförsörjningen. Det är därför viktigt att arbeta med insatser för att förbättra kompetensförsörjningen i landsbygden. I kapitel 7 ger vi exempel på sådana insatser.

Kontinuitet innebär även att vårdåtgärderna ska vara sammanhängande från patientens första kontakt med vården genom alla stadier av behandling och uppföljning (KI 2021). Vår analys visar att samordningen av vården är viktig, och att upplevelsen av samordning i flera fall är bättre i landsbygden.

### 6.3.1 Samordning kan vara effektivt och ge minskade kostnader

Samordning och samarbete mellan vårdgivare är viktiga strategier för att erbjuda en god vård i landsbygden (Socialstyrelsen 2021d). Ett helhetsperspektiv på vården och en samverkan mellan aktörer är generellt viktigt i vården, men kan få större betydelse i landsbygden eftersom kostnadseffektivisering kan vara ännu viktigare där (Kullberg, Blomqvist & Winblad 2018). Ett utökat samarbete över geografiska och organisatoriska gränser kan också vara en del i att utveckla välfärden (SKR 2020d). En utökad samordning ingår i flera fall i goda exempel på modeller och lösningar för primärvård i landsbygden. Samtidigt har geografiska avstånd på samma gång betydelse för att kunna genomföra en kostnadseffektiv samverkan. Om avstånden är långa är det svårt att åstadkomma ekonomiska skalfördelar. Det

påverkar förutsättningarna för samverkan bland annat inom äldreomsorgen (SOU 2020:8).

I de intervjuer vi genomfört beskriver regioner, kommuner och privata vårdgivare att de upplever att man i landsbygden i större utsträckning stöttar och hjälper varandra, både inom den egna verksamheten och mellan enheter. Medicinskt ansvariga sjuksköterskor beskriver att arbetet i landsbygden karaktäriseras av ett större helhetsperspektiv med förståelse för varandras verksamheter, en god personkännedom och kortare beslutsvägar. Samtidigt kan eventuella samverkansproblem i vissa fall bli mer uttalade i mindre kommuner, både som en konsekvens av en hög arbetsbelastning och att samverkan i dessa fall i hög grad blir personbunden.

” Gränserna mellan region och kommun är otydligare i landsbygden. Allt är närmare och man löser det för patienten.”

” Lokal- och personkännedom möjliggör annorlunda lösningar på uppgifter. På både gott och ont så känner alla alla, och om det händer något så hjälper vi varandra.”

Vård- och omsorgsanalys (2020c) uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården visar att en effekt av lagens införande är en förbättrad samverkan, särskilt mellan primärvården och kommunen. Det har också förbättrat informationsöverföringen. Trots det finns ett behov av att fortsätta utveckla samverkan mellan huvudmännen.

Vi har även tidigare konstaterat att vårdens aktörer behöver få bättre förutsättningar för att samverka runt patienten. Det krävs ett regionalt ledarskap som i högre utsträckning än i dag har ett gränsöverskridande perspektiv och fokus på det samlade värdet som skapas för patienter och medborgare. Det innebär bland annat ett behov av att regionerna utvecklar en samsyn på samarbetsformer inklusive en rollfördelning mellan politik och tjänstepersoner. De behöver också etablera en grundläggande styrmodell som är varaktig över tid (Vård- och omsorgsanalys 2017b).

### 6.3.2 Uttalat ansvar för samordningen kan öka kvaliteten

Informationsöverföring mellan aktörer har stor betydelse för en sammanhängande vårdkedja och därmed god kvalitet på vården. En insats för att förbättra informationsöverföringen mellan vårdgivare kan vara att en person har en uttalad roll som vårdkoordinator. I dag finns det vårdkoordinatorer



både inom primärvården, den kommunala vården och på sjukhusen. Vi saknar dock en komplett bild av omfattningen.

Socialstyrelsen (2017b) har vid två tillfällen genomfört kunskapsöversikter av effekten av individuella samordnare för de mest sjuka äldre. Genomgångarna visar på varierat vetenskapligt stöd, men studierna pekar på flera positiva effekter som minskad inskrivning på sjukhus och minskat antal besök på akutmottagningar. En systematisk litteraturgenomgång pekar på att en vårdkoordinator bidrar till en högre grad av uppföljning, förbättrade vårdmöten och personcentrering (Street m.fl. 2017).

**Box 7.** Samverkande sjukvård i Fyrbodalen och Borgholmsmodellen

Ett exempel på utökad samverkan mellan aktörer inom hälso- och sjukvården är *Samverkande sjukvård i Fyrbodalen*. Modellen bygger på ett organiserat samarbete mellan flera aktörer som exempelvis sjukvårdsrådgivning, hemsjukvård, ambulanssjukvård och medicinsk äldreomsorgsavdelning (Västra Götalandsregionen 2021). Den utökade modellen för samverkan har medfört att vården upplevs vara mer effektiv och sammanhängande. Den har också bidragit till förbättrade möjligheter till personcentrering och ökat kollegialt stöd. Ett utvecklingsområde i arbetet har varit ett enhetligt dokumentationssystem och ett gemensamt system för informationsöverföring (Dahlborg Lyckhage m.fl. 2014).

Ett annat exempel på samverkan är hälsocentralen i Borgholm, den så kallade *Borgholmsmodellen*. Där samverkar vårdcentralen med hemsjukvården och ambulanssjukvården, för att erbjuda vård som är närmare patienterna samt öka kontinuiteten och tryggheten. Modellen bygger också på att läkare finns tillgängliga för dagliga hembesök som kan bokas av den kommunala hemsjukvården och av ambulanssjuksköterskor. Arbetet med en ökad samverkan med hemsjukvården har lett till färre sjukhusinläggningar (SKR 2020d).

I våra intervjuer beskriver professionsorganisationer, lokala och nationella patientorganisationer och personer i landsbygden att samordningen i övergångarna mellan vårdcentralen, sjukhusvården och den kommunala vården är särskilt utmanande. De efterfrågar tillgång till en vårdssamordnare och gemensamma planer för att underlätta övergångarna.

SKR (2020e) menar att covid-19-pandemin medförde att samarbeten över organisatoriska gränser fördjupades. Fler medicinska vårdplaner har även upprättats, och man har åstadkommit en stärkt informationsöverföring mellan region och kommun. Även i de intervjuer vi genomfört med medicinskt ansvariga sjuksköterskor har flera uttryckt att samarbetet förstärktes eller förbättrats i samband med pandemin.

## 6.4 FÖRENKLADE KONTAKTVÄGAR TILL VÅRDEN BEHÖVS

En viktig aspekt av tillgängligheten ur patienternas och befolkningens perspektiv är att det ska vara enkelt att få kontakt med vården. Baserat på de enkäter och intervjuer vi tagit del av ser vi inga tecken på att det generellt skulle vara svårare att komma i kontakt med vården i landsbygden, men patienterna upplever att kontaktvägarna kan förbättras.

Något som kan ha betydelse för resultaten av de kvalitetsindikatorer vi har analyserat är förutsättningarna att söka vård och hur enkelt det är att komma i kontakt med vården. I och med att vi kan konstatera en sämre hälsa och en högre sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet i landsbygden är det viktigt att genomföra insatser för att förenkla kontaktvägarna till vården.

### 6.4.1 Viktigt med information, enkla kontaktvägar och hälsolitteracitet

Litteraturen beskriver att det är viktigt att genomföra insatser för att personer ska få ökad förståelse för sin hälsa och kunskaper om när de behöver söka vård, men även för att förenkla kontaktvägar till vården (Ford m.fl. 2016; Ricci-Cabello m.fl. 2013). Andra insatser handlar om att resvägarna till vården ska vara enkla och att personalen ska ha tillräcklig med tid i vårdmötet (Ford m.fl. 2016).

Sannolikheten att få en bokad tid på vårdcentralen minskar om personen saknar kunskaper om hälso- och sjukvårdssystemet. Det är också viktigt att mottagningen visar förståelse för patientens behov. Tidigare erfarenhet av hälso- och sjukvården, utbildningsnivå, och kontinuitet i vården påverkar förutsättningarna för att patienten ska kunna uttrycka sina behov av vård. Vårdgivaren måste vara lyhörd inför patienten och det måste finnas tillräckligt med tid i vårdmötet för att personen ska hinna beskriva sitt behov av vård (Ford m.fl. 2016).

En annan del av en ökad tillgänglighet handlar om tillgång till information. Socialstyrelsen (2020a) beskriver att information behöver finnas tillgänglig på ett sätt som patienten förstår och kan ta till sig, både via internet och lokalt på vårdcentralen. Det måste finnas flera kontaktvägar för att kunna uppnå en jämlik vård som inte utesluter äldre personer och personer med vissa funktionsnedsättningar som kan ha svårt med digitala kontaktvägar.



**Box 8.** En specifik kontaktväg till vården ger trygghet

En insats som beskrivs i litteraturen för att öka tillgängligheten till vården och bidra till att fler söker vård när de behöver handlar om att erbjuda patienter och anhöriga ett telefonnummer, där en person svarar (Ford m.fl. 2016). I de intervjuer vi genomfört med medicinskt ansvariga sjuksköterskor har flera beskrivit att ett system med ett specifikt telefonnummer till en sjuksköterska inom hemsjukvården är en framgångsfaktor för en god vård i landsbygden. Det medför en ökad trygghet för patienterna att veta vem de ska kontakta och att det är en person som svarar på telefonsamtalet. Enligt sjuksköterskorna minskar det behovet av andra insatser och vård på akutmottagningarna. Vi saknar information om hur vanligt ett sådant system är.

### 6.4.2 Befolkningen vill ha insatser som ökar tillgängligheten

När boende i landsbygden som vi intervjuat beskriver sina önskemål för att öka tillgängligheten till vården så nämns olika fysiska mötesformer som drop in-mottagningar, lättakutmottagningar och hembesök. Personerna efterfrågar även nya vägar för att få kontakt med vården och i synnerhet strategier för distanskontakt med läkare. Det kan handla om telefonjour, digitala bedömningar och videomöten, eller kontakt genom sms eller chatt.

” Om det var möjligt med en digital första bedömning: 'ok du får en remiss direkt vidare', om det är något självklart, så slipper jag vänta flera dagar.”

” Jag saknar att ibland kunna få tag i en verklig person att prata med direkt när jag ringer till vårdcentralen. Att inte ens ha det alternativet gör ju att man måste försöka få tag i 1177 (som ofta har långa köer) eller åka till akuten (vilket inte heller kanske behövdes egentligen). När allt annat är så pass tillgängligt i dag, så måste även vården vara det.”

De boende i landsbygden som vi har intervjuat har även förslag på förändringar av hälso- och sjukvårdssystemets utformning, för att nå en ökad tillgänglighet. Patienter skulle kunna få möjlighet att vara listade på flera vårdcentraler, eller en separat vård för äldre personer för att underlätta för dem som ofta är i stort behov av vård. I geografiskt stora kommuner, där vårdcentralen kanske finns i kommunens centralort, skulle en lösning kunna vara att ha en vårdcentral för ett par landsbygdsorter tillsammans och därmed minska avstånden.

**Box 9.** Filialer med uppgiftsväxling kan ge vård på bostadsorten

I våra intervjuer med företrädare för regionerna framkommer att en strategi för att minska avstånden till vården är att ha filialverksamheter som ofta kombineras med uppgiftsväxling. Ett exempel i region Jämtland Härjedalen är distriktssköterskemottagningen i Storsjö som är en filial till Myrvikens hälsocentral cirka 10 mil bort. Mottagningen bemannas på deltid av en distriktssköterska som även kan göra hemsjukvårdsuppdrag åt kommunen. Det finns möjlighet att koppla upp sig genom videosamtal med läkare. Utöver det kommer en distriktsläkare regelbundet till mottagningen för de patienter som har behov av ett fysiskt besök.

Ett liknande exempel finns även i Härjedalens kommun. När hälsocentralen i Ytterhogdal lades ned behöll regionen mindre lokaler, där man nu bedriver en filial till hälsocentralen i Sveg. Mottagningen bemannas av undersköterskor som kan ta prover, diabetessköterska och distriktssköterska. Bristen på sjuksköterskor har till viss del påverkat i vilken grad mottagningen har kunnat hålla öppet.

**6.4.3 Mobil vård minskar geografiska avstånd**

En del i att öka tillgängligheten handlar om att minska geografiska avstånd och underlätta transporter till den fysiska vården. Det kan både vara insatser för att göra det enklare för patienten att ta sig till vårdcentralen, men även för att förflytta vården hem till patienten.

Litteraturen beskriver samordning av transporter till vårdcentraler och mottagningar som en del i att förbättra tillgängligheten. Det har särskilt stor betydelse för personer som saknar tillgång till egen bil eller som har svårigheter att resa med kollektiva färdmedel (Ford m.fl. 2016).

En annan lösning som beskrivs i litteraturen och goda exempel handlar om att använda mobil vård för att öka tillgängligheten. Den mobila vården kan vara utformad på flera sätt. I vissa fall handlar det om ett mobilt team som gör hembesök. Det kan också vara ett team som besöker en ort med regelbundna intervaller och tar emot patienter på en tillfällig mottagning. En systematisk litteraturoversyn (Carey m.fl. 2018) visar att det saknas forskning om hur den mobila vården ska vara utformad för att ge den bästa och mest effektiva vården.

Hembesök är även något som efterfrågas av några boende i landsbygden som vi intervjuat och av deltagarna i vår befolkningspanel.

” Det fanns en period på 2–3 år när man kunde få hem en barnläkare eller läkare. Det var guld värt – fantastiskt!”



Utifrån statistiken över besök i primärvården från Väsentidsdatabasen verkar hembesök redan i dag vara vanligare i landsbygdskommuner än i resten av landet. Socialstyrelsens (2020b) uppföljning av regionernas insatser inom omställningen till en god och nära vård visar också att flera regioner arbetar med att införa mobila team.

#### **Box 10.** Mobilvård i Jämtland Härjedalen och Öland

Ett exempel på mobil verksamhet som beskrivs i de intervjuer vi genomfört med företrädare för regionerna kommer från Krokoms hälsocentral. Distriktsläkare och distriktsköterskor åker till mindre orter med långa avstånd till sjukvården. Vården utförs även i samverkan med rennöringen och samplaneras utifrån aktiviteter inom renskötseln där behov av sjukvårdsinsatser kan uppstå. En del i Borgholmsmodellen som beskrivs i box 7 är också fler hembesök av vårdcentralens läkare (SKR 2020d).

## **6.5 VIKTIGT ATT KUNNA DRIVA UTVECKLINGSPROJEKT**

Flera av de insatser som identifierats för att öka tillgängligheten och kvaliteten i primärvården, men även insatser för en förbättrad kompetensförsörjning avser ändrade arbetssätt, förändringsledning och förmågan att genomföra utvecklingsprojekt. För att långsiktigt kunna erbjuda service och välfärd till sina invånare, är regioners och kommuners förmåga till strategisk utveckling betydelsefull. I sitt slutbetänkande konstaterade Kommunutredningen att flera kommuner saknar betydande strategisk utvecklingskapacitet (SOU 2020:8). Det skulle kunna medföra att de inte har förmåga att fatta och genomföra de beslut som krävs för att kunna möta samhällsutvecklingen.

### **6.5.1 Verksamheten måste ha en roll i utvecklingsarbetet**

En framgångsfaktor för utvecklingsprojekt är att de skapas nära verksamheten och att medarbetarna får möjlighet att bidra till utveckling över tid (Vård- och omsorgsanalys 2018f). Det framkommer även i våra intervjuer med professionsorganisationerna. Det är också viktigt att det finns tidsmässigt utrymme att planera för projektet och genomföra ett ordentligt förarbete med fokus på behov, genomförbarhet och långsiktighet (Vård- och omsorgsanalys 2018f).

En rapport från Västerbottens läns landsting (2016) identifierar att negativa attityder och värderingar hos personalen i vården kan hindra utveckling och användning av nya arbetssätt. Införandet av nya lösningar och arbetssätt bygger också många gånger på initiativ och arbete från engagerade eldsjälur. Liknande resultat ser vi också i Vård- och omsorgsanalys (2018f).



En förutsättning för att genomföra utvecklingsprojekt är en utbredd förbättringskunskap i organisationen och strukturer som främjar medarbetares initiativ till och acceptans av utveckling. Några regioner och kommuner har byggt upp särskilda utvecklingsorganisationer som tillför förbättringskunskap i övriga verksamheter, vilket bidrar till att organisationskulturen i högre utsträckning blir utvecklingsfokuserad (Vård- och omsorgsanalys 2018f).

Det är svårare att integrera projekt som innebär större förändringar gentemot den ordinarie verksamheten. I många fall omfattar själva projektet inte heller arbetet med att breddinförande i ordinarie verksamhet, vilket medför att resultaten av projekten inte tas tillvara. Regioner och kommuner bör säkerställa att det finns en strategi för att införa projektets resultat i den ordinarie verksamheten om resultaten visar sig vara goda (Vård- och omsorgsanalys 2018f).

### 6.5.2 Ledningen måste stödja och prioritera utvecklingsarbetet

Det är viktigt att ledning och chefer tydligt prioriterar arbetet och stödjer utvecklingsarbetet samt ställer krav på verksamheten att införa nya arbetssätt (Digitaliseringsrådet 2018; SKR 2020f; SOU 2020:8; Västerbottens läns landsting 2016). Det framkommer även i de intervjuer vi genomfört med regioner, kommuner och professionsorganisationer.

Utvecklingsarbetet inom vård och omsorg behöver vara gränsöverskridande, och ledarskapet spelar en viktig roll för att det ska fungera (Vård- och omsorgsanalys 2021d). Vi har tidigare rekommenderat att regionerna bör erbjuda kompetensutveckling och stöd till chefer för att arbeta med förändring och förbättring och att regeringen bör överväga att stärka systemförståelsen och kompetensen i förbättringskunskap genom förändringar i grundutbildningarna (Vård- och omsorgsanalys 2017b, 2019c).

#### Box 11. Kunskapscentrum för kommunal hälso- och sjukvård

Vid Högskolan Dalarna har det etablerats ett kunskapscentrum för kommunal hälso- och sjukvård. Syftet är att stötta utvecklings- och förändringsarbete inom den kommunala hälso- och sjukvården. Styrgruppen för verksamheten består av medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) och medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAR), och leds av företrädare för Högskolan Dalarna. Tanken är att centrumet ska binda samman forskning, utbildning och den kliniska verksamheten (Högskolan Dalarna 2021).

Utifrån de behov som finns i länets kommuner utformas verksamheten vid centrumet. Det kan handla om att stötta kommunerna när de inför nya nationella riktlinjer, att organisera nätverksträffar för kunskapsutbyte mellan hälso- och sjukvårdspersonal, och att ordna utbildningar till MAS och MAR i förbättringskunskap (Högskolan Dalarna 2020).









## Förutsättningar för kompetensförsörjning

Tidigare utredningar har genomfört fördjupade analyser av kompetensförsörjningen i landsbygden. Vi har utgått ifrån dessa resultat och kartlagt insatser som kan genomföras för att skapa bättre förutsättningar för kompetensförsörjningen inom primärvården i landsbygden.

Våra viktigaste resultat:

- Det är stor brist på personal inom flera yrkeskategorier i primärvården i landsbygden. Behovet av personal förutspås att öka framöver.
- Förutsättningarna för kompetensförsörjningen påverkas av flera faktorer. Därför behöver insatser genomföras för att attrahera, rekrytera och behålla personal och därmed öka kompetensförsörjningen.
- Faktorer som har betydelse för förmågan att attrahera och rekrytera personal handlar om utbildningens placering och utformning. Det handlar om att underlätta för personer som vuxit upp i landsbygden att söka utbildningar inom vården, men även att studenterna ska komma i kontakt med landsbygdens förutsättningar under utbildningen.
- Arbetsmiljön påverkar förmågan att behålla personal, där arbetsbelastningen inte får vara för hög, det ska finnas kollegialt stöd samt möjlighet till karriärvägar och forskning. Det är viktigt att vara en attraktiv arbetsgivare.
- Flera av de identifierade insatserna genomförs redan i dag, men i olika stor utsträckning.



## 7.1 UTBREDD BRIST PÅ PERSONAL

Kompetensförsörjningen är en betydande utmaning för hälso- och sjukvården i stort, och problemet är extra stort i landsbygden (Socialstyrelsen 2020c; SOU 2019:42; UKÄ 2019a; Vård- och omsorgsanalys 2018b). I det här avsnittet beskriver vi bemanningssituationen inom primärvården i landsbygden och resonerar om möjliga orsaker till problemet.

### 7.1.1 Brist inom flera yrkesgrupper

En vårdcentral bemannas vanligen av specialistläkare inom allmänmedicin, sjuksköterskor, där en del har specialistkompetens som distriktsköterskor, undersköterskor samt fysioterapeuter och psykologer (Kullberg, Blomqvist & Winblad 2018).

Jämfört med flera andra OECD-länder särskiljer sig primärvårdsmottagningarna i Sverige genom att vara större med fler läkare på samma mottagning och där läkaren ofta arbetar tillsammans med andra yrkesgrupper. Utvecklingen i flera länder går mot att läkare går samman i grupp praktiker (OECD 2016).

Hur många läkare som arbetar på varje vårdcentral i Sverige i dag varierar mellan regionerna. Under 2020 hade 38 procent av alla vårdcentraler i landet 2–4 läkare och cirka 36 procent hade 5–10 läkare, medan knappt 5 procent hade en läkare (SKR 2021a).

Flera källor pekar på att det är stor brist på hälso- och sjukvårdspersonal (SKR 2020d; Socialstyrelsen 2020c; UKÄ 2021a). Det är i första hand erfaren personal som saknas, men det finns skillnader i behov mellan regionerna. Det är sämre tillgång på legitimerad personal i landsbygden och på orter som ligger långt från lärosäten (Socialstyrelsen 2021e). Tillväxtverkets analys av kompetensförsörjningen i landsbygden beskriver att sju av de tio yrkeskategorierna som beräknas ha störst brist på personal är yrken inom hälso- och sjukvården (tabell 5).

**Tabell 5.** Yrken inom hälso- och sjukvård där det är störst brist i landsbygdskommunerna enligt Arbetsförmedlingens yrkesprognos hösten 2019.

Prognosyrke	Medelvärde
Specialistsjuksköterskor inom akut hälso- och sjukvård	4,91
Specialistsjuksköterskor inom allmän hälso- och sjukvård	4,86
Grundutbildade sjuksköterskor	4,82
Läkare	4,77
Röntgensjuksköterskor	4,76
Psykologer	4,75
Barnmorskor	4,74
Biomedicinska analytiker	4,60

Not: Arbetsförmedlingen använder en femgradigskala för att uppskatta tillgången på arbetssökande. 5 står för mer påtaglig brist på sökande och 1 står för mer påtagligt överskott på arbetssökande.

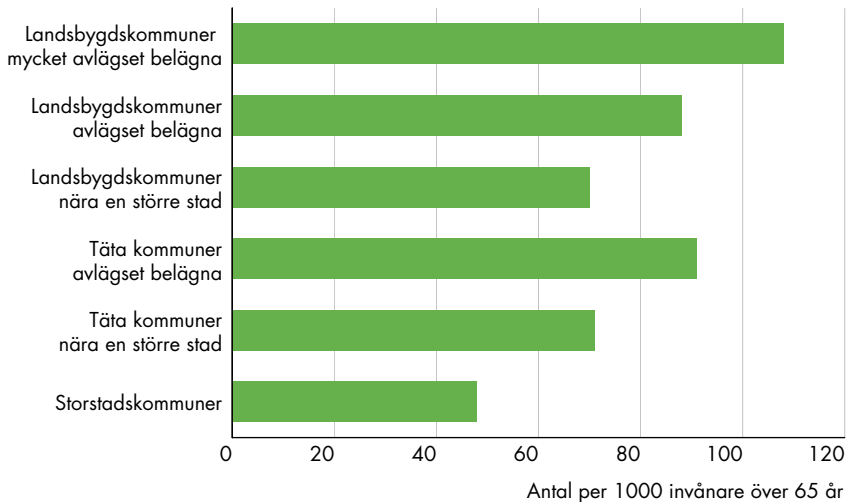
Källa: Tillväxtverkets (2019) bearbetning av Arbetsförmedlingens yrkesprognos hösten 2019.

Bristen beräknas vara störst för specialistsjuksköterskor och grundutbildade sjuksköterskor, även om det är små skillnader i upplevd brist mellan de olika yrkeskategorierna. I de intervjuer vi har genomfört med företrädare för regioner, kommuner, privata vårdgivare och professionsorganisationer framkommer samma bild. Det råder brist inom många yrkeskategorier, men regionerna upplever att bristen är absolut störst för specialistläkare inom allmänmedicin. Både i intervjuer och i litteraturen beskrivs en situation där chefer i landsbygden får ägna en stor del av arbetstiden åt att rekrytera nya medarbetare och fylla vakanser.

Även den kommunala hälso- och sjukvården i landsbygden upplevs sakna personal. I de intervjuer vi genomfört med medicinskt ansvariga sjuksköterskor i kommunerna beskriver de att kompetensförsörjning och framför allt svårigheter att rekrytera personal är den största utmaningen i deras verksamhet. De beskriver även att patienter med mer komplexa och större vårdbehov ställer högre krav på personalens kompetens. Samtidigt har landsbygdskommuner fler årsarbetare inom kommunal vård och omsorg per 1 000 invånare, framför allt jämfört med storstadskommuner (figur 30).



**Figur 30.** Antal faktiska årsarbetare (månadsavlönade och timavlönade) inom vård och omsorg i kommunal regi per 1 000 invånare över 65 år och kommuntyp 2019.



Not: Statistiken omfattar yrkesgrupperna sjuksköterskor, undersköterskor och skötare, vårdbiträden samt övrig vård och omsorg. Enbart offentliganställd personal ingår.

Källa: SKR 2021g.

Från figuren framgår att framför allt avlägset och mycket avlägset belägna kommuner har jämförelsevis fler personer anställda inom kommunal vård och omsorg, exempelvis äldreomsorg, hemsjukvård, och verksamheter enligt LSS. Även i avlägset belägna landsbygdskommuner är antalet anställda per 1 000 personer över 65 år i befolkningen högre. Personer anställda i privat verksamhet som utför uppdrag åt kommunen ingår inte i statistiken.

Det finns flera tänkbara förklaringar till att fördelningen ser ut som den gör. En orsak kan vara att avlägset och mycket avlägset belägna kommuner har en större andel äldre personer. Landsbygdskommuner som är mycket avlägset belägna har knappt dubbelt så stor andel personer i åldern 65 år och äldre som storstadskommuner. En annan förklaring kan vara att statistiken visar offentliganställd personal, vilket innebär att äldreomsorg som drivs i privat eller idéburen regi inte ingår. Om kommuner i och nära större städer har en större andel icke-offentliga vårdgivare underskattas därmed deras bemanning. Slutligen visar statistiken både sjuksköterskor och omsorgspersonal. Den täcker alltså inte enbart in kommunernas hälso- och sjukvård.

Antalet anställda beskriver inte behovet av personal och därmed inte heller om det finns en större efterfrågan på personal än antalet anställda. Utifrån statistiken om antalet anställda kan vi därför inte uttala oss om eventuella brister i kompetensförsörjningen.



### *Behov av kompetens utifrån befolkningsunderlaget*

Förutom att det kan vara svårt att rekrytera personal till verksamhet i landsbygden, kan det vara svårt med en adekvat bemanning utifrån befolkningsunderlaget. Det perspektivet framkommer i flera av de intervjuer vi genomfört med regioner, sakkunniga och professionsorganisationer. Det kan exempelvis handla om att det inte finns ett befolkningsunderlag och behov av exempelvis en psykolog, fysioterapeut eller dietist på heltid på vårdcentralen. Det kan ytterligare försvåra möjligheterna för rekrytering.

## **7.1.2 Lägre läkarbemanning i landsbygden**

Vård- och omsorgsanalys (2018b) har tagit fram ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läarkompetens i första linjens vård. I rapporten konstaterar vi att andelen vakanta läkartjänster är högst i glesbygd, där den genomsnittliga vakansgraden år 2017 var 0,57, det vill säga omkring en vakans per två arbetande läkare. I det här sammanhanget innebär en vakans att det finns heltidstjänster med både ett behov och ekonomiskt utrymme att anställa. I städer och förorter var den genomsnittliga vakansgraden 0,35 och i storstäderna 0,16.

Socialstyrelsen (2021e) visar också att det finns skillnader i antalet läkare utifrån folkmängden. Till exempel har Uppsala län omkring 530 läkare per 100 000 invånare, medan Norrbottens län har cirka 270 läkare per 100 000 invånare. Skillnader kan bero på att det finns fler specialistläkare på vissa orter som bedriver universitetssjukvård och utbildning, och behöver inte nödvändigtvis beskriva en brist. Mönstret för specialister i allmänmedicin är liknande, med cirka 65 specialistläkare per 100 000 invånare i Uppsala län och cirka 55 specialistläkare per 100 000 invånare i Norrbottens län enligt Socialstyrelsens (2021f) statistik. Socialstyrelsens data gäller för 2018.

Det finns stor skillnad i bemanning mellan vårdcentraler, där vårdcentraler i glesbygd har en lägre bemanning och framför allt en lägre andel tillsvidareanställda läkare (Vård- och omsorgsanalys 2018b). Vårdcentraler i glesbygd har också en större andel läkare med annan specialistkompetens än allmänmedicin jämfört med vårdcentraler i storstäder. En förklaring till det kan vara att vårdcentraler i landsbygden omhändertar fler patienter som i andra fall får vård inom den öppna specialistvården. Det är en konsekvens av långa avstånd och sämre tillgänglighet till den öppna specialistvården.

Det är även skillnader i antalet listade personer per fast anställd läkare. I glesbygd har en vårdcentral i genomsnitt 3 600 listade personer per fast anställd läkare. Det ska jämföras med att det är cirka 2 300 listade personer



per fast anställd läkare i storstadskommuner. Skillnaderna kvarstår även när vi tar hänsyn till vårdcentralens storlek, det förväntade vårdbehovet, driftsformen, andelen hyrläkare och vikarier samt andelen specialister (Vård- och omsorgsanalys 2018b).

### *Färre ST-läkare tjänstgör i landsbygden*

I de intervjuer vi genomfört med företrädare för regionerna, men även i tidigare studier, framkommer att regionerna upplever svårigheter med att rekrytera färdigutbildade specialister. I stället blir utbildning av ST-läkare i allmänmedicin den viktigaste strategin för att öka kompetensförsörjningen i primärvården.

Antalet ST-läkare per vårdcentral har ökat sedan 2012, men tjänsterna är ojämnt fördelade både mellan regioner och mellan städer och landsbygd. I glesbygd finns omkring 0,20 ST-läkare per 1 000 listade personer. Det kan jämföras med 0,28 ST-läkare per 1 000 listade i storstäder. Det är också en lägre andel av vårdcentralerna i glesbygd som har ST-läkare under utbildning. Skillnaderna i fördelning av utbildningsplatser medför en risk att de geografiska skillnaderna i läkarbemanning kvarstår (Vård- och omsorgsanalys 2018b).

Skillnaderna i antalet ST-läkare verkar i första hand bero på svårigheter att rekrytera ST-läkare till vårdcentraler i landsbygden (Vård- och omsorgsanalys 2018b). En annan orsak skulle kunna vara bristande kapacitet för handledning. Något som talar emot en brist på handledare är att vårdcentralerna i landsbygden har färre ST-läkare per fast anställd specialist. I det här sammanhanget är det viktigt att komma ihåg att arbetsbelastningen för läkare i landsbygden kan vara högre på grund av den lägre läkartätheten. Det innebär i sin tur att tiden för handledning är mer begränsad.

För att få kompetensförsörjningen att öka genom utbildning av nya specialister behöver de stanna kvar i regionen när utbildningen är avslutad. I Vård- och omsorgsanalys (2018b) kartläggning av kompetensförsörjningen angav företrädare för 16 procent av vårdcentralerna i landsbygden att de hade svårt att få personerna att stanna kvar efter avslutad ST-utbildning. Den vanligaste orsaken till att personerna inte stannade kvar var den geografiska placeringen av vårdcentralen.

### **7.1.3 Brister i statistiken om vårdpersonal**

I dag saknas det statistik för att fullt ut kunna kartlägga förutsättningarna för kompetensförsörjningen i vården. Dels finns svårigheter att analysera statistiken utifrån geografi för att kunna kartlägga skillnader mellan

kommuntyper. Dels är statistiken begränsad till vissa yrkeskategorier, där bland annat undersköterskor saknas. Utöver det finns det viss eftersläpning i statistiken, vilket medför svårigheter att presentera en aktuell bild. I en artikel i Läkartidningen (2021) konstaterar även ett antal forskare att det finns brister i Yrkesregistret som hanteras av SCB. I registret finns information om hur många som arbetar inom olika yrken i Sverige. Enligt forskarna kan felet påverka statistiken över antalet specialläkare i Sverige.

Vi har tidigare konstaterat att det finns brister i prognoserna över tillgången på läkare både på nationell och regional nivå (Vård- och omsorgsanalys 2018b). Prognoserna tar inte i tillräckligt stor utsträckning hänsyn till skillnader i efterfrågan, till exempel vårdbehov, digital utveckling, förändringar i vårdens organisering, eller uppgiftsväxling. Det saknas även information om hur antalet AT/BT-tjänster relaterar till antalet läkare som ska genomföra tjänstgöringen. Utöver det finns det inte heller någon samlad statistik över antalet ST-läkare inom respektive specialitet eller hur de är fördelade geografiskt. Det medför att det finns svårigheter att uttala sig om utgångsläget för kompetensförsörjningen.

I januari 2020 bildades Nationella vårdkompetensrådet. Rådets uppdrag är att långsiktigt samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjningen av personal och består av medlemmar från regioner, kommuner, lärosäten och myndigheter. För att öka samverkan om kompetensförsörjningsfrågor på sjukvårdsregionnivå har även sex regionala vårdkompetensråd bildats.

En del av det Nationella vårdkompetensrådets arbete har varit inriktat på att förbättra statistik och prognoser för utbildning och utbildningsflöden. Det kan dels ge bättre planeringsförutsättningar, dels bidra till bättre förutsättningar för kompetensförsörjning på sikt (Socialstyrelsen 2021g). Socialstyrelsen (2021e) har även identifierat ett behov av att vidareutveckla det nationella planeringsstödet (NPS). Statistiken behöver kunna presentera mer aktuella data, och tydliggöra inom vilka verksamheter som vårdpersonalen arbetar. En sådan utveckling är beroende av att regionerna bidrar med mer detaljerade bedömningar på både övergripande nivå och på verksamhetsnivå.

#### **7.1.4 Bemanningsföretag används vid brist på personal**

Svårigheter att rekrytera och behålla personal medför att regionerna får anlita bemanningsföretag. I en analys från 2018 beräknades varannan legitimerad läkare i glesbygden vara vikarie eller hyrläkare (Vård- och omsorgsanalys 2018b). I en undersökning som Socialstyrelsen genomförde



2020 angav omkring 40 procent av totalt 170 tillfrågade kommuner att de använt bemanningsbolag för att kompensera brist på personal, i första hand sjuksköterskor (Socialstyrelsen 2020c).

I Vård- och omsorgsanalys (2018b) studie var uppdragstiden för en hyrläkare i glesbygd vanligen upp till en månad, medan den i storstäder vanligen var längre. Skillnaden skulle kunna bero på att vårdcentraler i glesbygd har ett lägre behov av hyrläkare som stannar en längre tid eller striktare regler mot att anlita tillfällig personal. En annan orsak skulle kunna vara att det även är svårare att rekrytera tillfällig personal som stannar en längre tid.

Under första halvåret 2020 var kostnaderna för inhyrd personal inom hälso- och sjukvården i förhållande till kostnader för egen personal 3,2 procent (SKR 2020g). Kostnaderna för inhyrd personal är generellt högre i regioner med omfattande glesbygd. Geografisk placering i glesbygd verkar också vara den enskilt viktigaste förklaringsfaktorn till en hög andel hyrläkare och vikarier (Vård- och omsorgsanalys 2018b). Under 2020 minskade de totala kostnaderna för inhyrd personal i primärvården, vilket beror på en minskning av kostnaderna för inhyrda läkare. Även om kostnaderna minskade totalt sett ökade kostnaderna för inhyrda sjuksköterskor. Minskningen skulle kunna vara en effekt av färre besök i primärvården som en konsekvens av covid-19-pandemin.

## 7.2 PROGNOSE TYDER PÅ FORTSATT PERSONALBRIST

Befolkningsutvecklingen med ett ökat antal äldre ger både pensionsavgångar och ett ökat vårdbehov, vilket också i högsta grad påverkar förutsättningarna för bemanningen i välfärden. En viktig förutsättning för att uppnå en god kompetensförsörjning handlar enligt Abelsen m.fl. (2020) om att kontinuerligt följa och utvärdera befolkningens behov av vård. Behoven förutspås vara ännu högre i landsbygds kommunerna, där vi redan i dag ser ett större behov av bemanning inom den kommunala vården och omsorgen. Som exempel bidrar utvecklingen med fler äldre och fler personer med kronisk sjukdom eller multisjuka till ett ökat behov av en välfungerande primärvård.

### 7.2.1 Strukturförändringar och ändrat vårdbehov ger ökat behov

Vården måste ha förutsättningar att diagnosticera, behandla och samordna omhändertagandet av patienter med komplexa sjukdomstillstånd. Det innebär bland annat att en ökad andel av alla yrkesverksamma kommer att

behövas inom vård och omsorg (SKR 2020d; Socialstyrelsen 2020c; SOU 2017:1; UKÄ 2021a). Covid-19-pandemin kommer troligen också att påverka behovet av vårdpersonal även på lång sikt. Det kan handla om att utföra vård som blivit uppskjuten på grund av pandemin samt rehabilitering av personer som insjuknat i covid-19 (Socialstyrelsen 2021e).

Svårigheter med kompetensförsörjning inom primärvården i landsbygden är inte unikt för Sverige. Flera av de nordiska länderna kommer också att möta liknande problem som Sverige med en åldrande befolkning och ogynnsamma försörjningskvoter, vilket innebär ett högre förväntat vårdbehov, minskade skatteintäkter och färre som kan arbeta i hälso- och sjukvården, som en konsekvens (Abelsen m.fl. 2020; Tillväxtverket 2019). Olika befolkningsutveckling i stad och land förväntas förstärka skillnaderna mellan kommuntyper och drabba landsbygdskommuner hårdare.

Vi har även en situation med ett stort antal pensionsavgångar framför oss (Socialstyrelsen 2020c). Pensionsavgångarna beräknas generellt vara högre i avlägsna och mycket avlägsna landsbygdskommuner, vilket ytterligare kommer att försvåra förutsättningarna för kompetensförsörjning i de kommuntyperna (Tillväxtverket 2019).

SCB (2021h) gör vart tredje år en långtidsprognos över arbetsmarknadens utveckling för olika utbildningsgrupper. I sin senaste prognos, som sträcker sig fram till 2035, bedömer myndigheten att läkarutbildningens utbyggnad och nettoinvandringen av läkare innebär att tillgången på läkare väntas motsvara efterfrågan på sikt. Däremot väntas bristen på sjuksköterskor att öka, i synnerhet distriktssköterskor. Enligt SCB (2021h) skulle det krävas att antalet nybörjare på sjuksköterskeutbildningen ökar med cirka 30 procent från och med hösten 2021 för att motsvara efterfrågan, särskilt med tanke på att det även finns ett stort behov av specialistsjuksköterskor. För distriktssköterskor skulle det krävas att antalet nybörjare på specialistutbildningen ökar med cirka 80 procent, bland annat på grund av pensionsavgångar och att antalet nyutbildade specialister minskat jämfört med för fem år sedan.

De strukturella förändringar av vården som just nu pågår kommer också att påverka förutsättningarna för kompetensförsörjningen (Socialstyrelsen 2020c; UKÄ 2019a). Förändringarna innebär bland annat ändrade arbetssätt för att uppnå en mer personcentrerad vård, men även en utökad digital vård och mer förebyggande vård. Utvecklingen av vården kan medföra att olika yrkesgrupper kan användas mer effektivt och med bästa kompetensutnyttjande. Det i sin tur kan minska bristen på läkarkompetens. Nya arbetssätt och utveckling av vården kan även innebära behov av ny eller annan kompetens.



Omställningen till en god och nära vård medför ett behov av att fler personer arbetar inom primärvården i stället för inom annan specialiserad vård. Bristen på läkare kan också medföra att andra yrkesgrupper får en mer framträdande roll i primärvården, vilket också är i enlighet med omställningen till en god och nära vård. Regeringen har bland annat beskrivit att omställningen kan medföra att undersköterskor, som ofta arbetar närmast patienten, kan få en mer framträdande roll (prop. 2020/21:175).

## 7.2.2 Uppåt- eller nedåtgående spiraler används som beskrivning

Även om kompetensförsörjningen beskrivs som en stor utmaning för primärvården i landsbygden beskriver företrädarna ofta att utmaningarna inte är unika för landsbygden. Svårigheter med kompetensförsörjning finns även i städerna. I flera av intervjuerna beskrivs förutsättningarna med termerna *uppåtgående och nedåtgående spiraler*. I litteraturen beskrivs positiva spiraler ibland som *gröna öar* (Bergstrand 2014). Det är vårdcentraler där det under en längre tid funnits en god bemanning och dit personer aktivt söker sig. Anledningen kan vara ett gott ledarskap, god gemenskap bland personalen och en god arbetsmiljö. I andra fall kan en vårdcentral hamna i en negativ spiral, exempelvis genom att en läkare slutar och att arbetsbelastningen blir för hög och det blir svårt att rekrytera. Liknande beskrivningar framkommer även i Vård- och omsorgsanalys (2018b) och Campbell, McAllister och Eley (2012). Även Socialstyrelsen (2021e) beskriver att det är svårare att rekrytera personal till verksamheter där det redan är brist på personal.

### *Konkurrens om personalen mellan aktörer*

När det gäller sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter konkurrerar regioner och kommuner om samma personal. Konkurrens-situationen lyfts i flera fall fram som problematisk i de intervjuer vi gjort med både regionerna och de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna i kommunerna. I stället för att samarbeta för att bäst ta tillvara den personal som finns tillgänglig, är det en konkurrens om personalen. SKR (2020d) menar att samarbete mellan kommuner och regioner är en viktig del i att utveckla välfärden och underlätta kompetensförsörjningen. Även om problem med konkurrens om personal beskrivs som en utmaning, finns även fall där regioner och kommuner samverkar väl för att kunna erbjuda den bästa vården till invånarna.

Kommuner och regioner konkurrerar även om personalen med privata vårdgivare och bemanningsföretag. För legitimationsyrkena har antalet

sysselsatta ökat i privat sektor och minskat i offentlig sektor. Samtidigt upplever även privata vårdgivare svårigheter med att rekrytera personal i landsbygden (Socialstyrelsen 2021e). Det är en bild som även bekräftas i de intervjuer vi genomfört med privata vårdgivare. Som en följd av den generella kompetensbristen förutspås konkurrensen om personal mellan privata och offentliga arbetsgivare öka framöver (SOU 2020:8). Det medför att kommuner och regioner måste arbeta ännu mer aktivt för att vara attraktiva arbetsgivare enligt Kommunutredningen (SOU 2020:8).

### 7.2.3 Viktigt med adekvat kompetens och gott samarbete

Patientorganisationerna och personer bosatta i landsbygden beskriver hur de vill ha tillgång till en primärvård med bred kompetens och många yrkeskategorier, även om läkare och sjuksköterskor är de yrkesgrupper som flest efterfrågar. För olika patientgrupper har olika professioner avgörande betydelse, och det finns tankar om att kompetensen i större utsträckning borde kunna anpassas utifrån befolkningens behov.

Ytterligare en viktig aspekt som beskrivs i intervjuerna är ett gott samarbete mellan yrkesgrupper där personalen hänvisar till varandra vid behov. Ett nära samarbete mellan kompetenser och vårdnivåer kan vara extra viktigt i landsbygden där avstånden är långa. Det är även något som beskrivs i de intervjuer vi genomfört med professionsorganisationerna, som även betonar vikten av kollegialt stöd.

Det är också bra om det finns en blandning av erfaren och ny personal, där erfarna sjuksköterskor kan avlasta läkarna, menar de personer bosatta i landsbygden som vi intervjuat. Vilken yrkeskategori man möter kan anpassas utifrån det aktuella hälsoproblemet, och behöver inte alltid vara en läkare. Vissa kompetenser behöver inte heller finnas fysiskt på mottagningen, utan kontakten kan ske digitalt.

## 7.3 BEHOV AV ATT BÅDE ATTRAHERA, REKRYTERA OCH BEHÅLLA PERSONAL

Det finns många faktorer som påverkar var en person söker jobb. Några exempel är löneläge, arbetsvillkor och personlig erfarenhet. Det finns flera studier som undersöker faktorer som påverkar att en person väljer att söka jobb i landsbygden, samt kartlägger insatser för att öka kompetensförsörjningen i landsbygden och hur insatserna kan kategoriseras. Arbetet med kompetensförsörjning kan vara inriktat mot tre områden: attrahera, rekrytera och behålla personal.



I många fall delas insatser för en ökad kompetensförsörjning i landsbygden in i områdena utbildning, professionellt stöd och utveckling, regleringar samt ekonomiska incitament (Abelsen m.fl. 2020; Dolea, Stormont & Braichet 2010; OECD 2016; WHO 2010). Ofta bör en kombination av strategier tillämpas beroende bland annat på hälso- och sjukvårdssystemets konstruktion, den demografiska sammansättningen och befolkningen. Det finns inte heller stöd i forskningen för att en specifik insats generellt är den mest effektiva (Asghari m.fl. 2020; OECD 2016).

**Box 12.** Internationellt projekt har fokuserat på kompetensförsörjning

År 2011–2019 genomfördes det internationella projektet *Recruit & Retain* med fokus på kompetensförsörjning inom sjukvård i glesbygd. Projektet syftade till att identifiera och utvärdera möjliga lösningar för en god kompetensförsörjning och var ett samarbete mellan Grönland, Skottland, Kanada, Island, Norge, Sverige och Irland. Från Sverige deltog region Västerbotten och Storumans kommun.

Ett resultat av projektet blev ett ramverk för strategisk kompetensförsörjning (Abelsen m.fl. 2020). I ramverket presenteras viktiga strategiska moment för att säkerställa en god kompetensförsörjning. För det första handlar det om att säkerställa en god planering för kompetensförsörjningen för att möta befolkningens framtida vårdbehov. För det andra handlar det om att aktivt arbeta med att rekrytera och säkerställa att personer som flyttar till landsbygden har det stöd som de behöver för att etablera sig där. En ytterligare komponent är insatser för att behålla personal. Bland annat nämns insatser för att skapa team på arbetsplatser och erbjuda goda karriärmöjligheter.

Inom ramen för studien identifierades också ett antal framgångsfaktorer för en god kompetensförsörjning. Dessa omfattade till exempel en förståelse för varje Orts specifika förutsättningar, samarbete mellan aktörer om kompetensförsörjning och en kontinuerlig uppföljning och utvärdering av insatserna.

### 7.3.1 Val av insatser påverkas av lokala och regionala förutsättningar

Förståelsen för de förutsättningar som finns i landsbygden och för att varje kommun har sina specifika utmaningar är en viktig faktor för en god kompetensförsörjning i landsbygden (Abelsen m.fl. 2020). De insatser som kan genomföras för att öka kompetensförsörjningen är i många fall situationsberoende och påverkas av nationella och regionala faktorer. Beslut och förslag måste utformas utifrån landsbygdens förutsättningar och anpassas till den specifika regionen eller kommunen för att de ska ha den önskvärda effekten. Flera insatser kräver förändringar i strukturen för utbildning och hälso- och sjukvård och påverkar inte enbart förutsättningarna för kompetensförsörjning (Dolea, Stormont & Braichet 2010).



På samma sätt som förutsättningarna i olika landsbygdskommuner skiljer sig åt, finns det även aspekter i arbetslivet och i att söka jobb i landsbygden som har varierande betydelse för olika personer (Asghari m.fl. 2020; Campbell, McAllister & Eley 2012). En slutsats är därför att det är viktigt att arbeta med en kombination av insatser och arbeta aktivt både med att introducera och behålla personal (Asghari m.fl. 2020). Ålder, erfarenhet, och personlighet är faktorer som har stor betydelse och som gör att olika insatser kan vara mer eller mindre effektiva för olika personer. Yngre personer tenderar att värdera möjligheten till karriärsutveckling högre (Campbell, McAllister & Eley 2012). En del personer ser självständighet i arbetet som en fördel, och andra värderar närhet till naturen högst. Den enskilda personens sociala sammanhang med familj och intressen är också faktorer som påverkar effekten av insatserna (Abelsen m.fl. 2020; Kumar & Clancy 2020; Liu m.fl. 2015). Levnadsvillkor och välfärd i landsbygden, balans mellan yrkesliv och privatliv, familj, professionellt stöd, och stöd från det lokala samhället är faktorer som bidrar till att de insatser som genomförs blir mest effektiva och bidrar till en god kompetensförsörjning (Kumar & Clancy 2020).

### *Brist på utvärdering av insatser för ökad kompetensförsörjning*

Det saknas ofta utvärderingar och uppföljningar av de insatser som genomförts för att öka kompetensförsörjningen. De utvärderingar som har genomförts mäter enbart korttidseffekter, eller saknar adekvata kontrollgrupper. Det finns ett behov av att följa upp och utvärdera de insatser som görs för att få bättre kunskap om insatsernas påverkan och effekter. Det finns också ett behov av ett ökat medskapande vid utformningen av insatser för att insatserna ska bli så adekvata för målgruppen som möjligt (Abelsen m.fl. 2020; Koebisch, Rix & Holmes 2020; Liu m.fl. 2015).

## **7.4 UTBILDNINGENS PLACERING OCH UTFORMNING PÅVERKAR**

Det finns flera tänkbara insatser för att förbättra förutsättningarna för kompetensförsörjning som kan riktas mot utbildningen av vårdpersonal. Insatserna är framför allt inriktade mot utbildningens struktur och geografiska placering.

### **7.4.1 Utbildningsplatser och antal sökande är viktiga faktorer**

Tillväxtverket (2019) konstaterar de att den främsta orsaken till svårigheter med kompetensförsörjningen i landsbygden är att arbetskraftsutbudet är för



litet i förhållande till behovet. Det finns två utmaningar här. För det första behöver tillgången till personer med rätt utbildning motsvara efterfrågan på nationell nivå. För det andra behöver en tillräcklig andel av de utbildade personerna vara intresserade av att arbeta i landsbygden. Staten har i dag utbildningsansvar, där det ingår att tillhandahålla utbildad hälso- och sjukvårdspersonal. Ansvar utövas genom universitet och högskolor.

Antalet som utbildas påverkas av det faktiska antalet utbildningsplatser, men också av att studenter söker sig till utbildningarna. Utöver det påverkar tillgången på praktikplatser och handledare, liksom lärosätenas lärarresurser.

Det finns skillnader i hur stort intresset är för att söka olika utbildningar till yrken. För flera av de yrken där det i dag råder en brist är det även ett lågt söktryck till utbildningen (UKÄ 2021a). Ett exempel är utbildningen till biomedicinsk analytiker (Socialstyrelsen 2021e), men det är också brist på läkare trots ett stort antal sökande till utbildningen (UKÄ 2021a). Antalet platser på grundutbildningen för läkare har ökat i Sverige under början av 2000-talet, från omkring 560 platser 2001, till 700 platser 2009, och cirka 850 platser 2020 (UKÄ 2021b). Ändå är antalet utexaminerade läkare per 1 000 invånare lägre än genomsnittet i OECD-länderna (Vård- och omsorgsanalys 2018b).

I sin analys av kompetensförsörjningen i landsbygden menar Tillväxtverket (2019) att det är nödvändigt att ändra styrning och dimensionering av utbildningar, för att ta större hänsyn till behoven på arbetsmarknaden. Universitetskanslersämbetet (2021a) bedömer att utmaningar med kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården inte enbart kan lösas av lärosätena, utan av alla berörda aktörer. Även om lärosätena genomför insatser för en ökad rekrytering och fler utexaminerade studenter, kan det vara svårt att bygga ut utbildningar med lågt söktryck.

### *Färre i landsbygden söker sig till högre utbildningar*

Utbildningsnivån i landsbygden är i dag lägre än riksgenomsnittet, främst i mycket avlägsna och avlägsna landsbygdskommuner (Tillväxtverket 2019). I allmänhet leder högre utbildning till att man flyttar från landsbygden. Var man bor påverkar också sannolikheten för att börja studera på akademisk nivå, där långa avstånd till ett lärosäte medför att färre utbildar sig (AgriFood 2016; UKÄ 2019b, 2020a). Samtidigt påverkas en persons val av utbildningsort av många andra faktorer som har olika stor betydelse för olika personer (AgriFood 2016; Asghari m.fl. 2020; Campbell, McAllister & Eley 2012).

Statistik från Universitetskanslersämbetet visar att det är stor skillnad mellan kommuner i hur stor andel av varje årskull som börjar studera på högskola (UKÄ 2020b). Vid 21 års ålder är det 18 procent i mycket avlägsna landsbygdskommuner som har börjat studera. Motsvarande siffror för tätaste kommuner nära en större stad är 28 procent, och 41 procent för storstadskommuner. I vissa kommuner är siffrorna osäkra, eftersom de är baserade på få individer. Därför ska resultaten tolkas med viss försiktighet.

Statistik från SCB över befolkningens deltagande i studier höstterminen 2019 visar på ett liknande resultat. Det är 17–20 personer per 1 000 invånare under 65 år i de olika landsbygdskommunerna som studerar (SCB 2021i). I tätaste kommuner nära en större stad är motsvarande siffra 44 personer och i storstadskommuner 55 personer. Även de tätaste kommunerna som är avlägset belägna har ett högre studiedeltagande än landsbygdskommunerna.

**Box 13.** Ansökningar till vårdutbildningar har ökat under covid-19-pandemin

Under 2020 ökade andelen förstahandssökande till både läkar- och sjuksköterskeutbildningen med 26 respektive 28 procent jämfört med 2019 (UHR 2020a). Ökningen fortsatte för sjuksköterskeutbildningen under 2021, med 13 procent fler förstahandssökande, men något färre sökte läkarutbildningen som förstahandsval (UHR 2021a). Kristider resulterar ofta i att ansökningarna till högre utbildning ökar generellt. Det var rekordmånga sökande till högskoleutbildningar hösten 2020 – 13 procent fler än året innan (UHR 2020b). Ökningen fortsatte hösten 2021 (UHR 2021a).

## 7.4.2 Uppväxt i landsbygden påverkar studier och arbete

Flera studier har undersökt sambandet mellan vårdpersonalens uppväxtort och sannolikheten att arbeta i landsbygden. De personer som vuxit upp i landsbygden kommer i större utsträckning att söka arbete i landsbygden. En strategi för en ökad kompetensförsörjning i landsbygden skulle därför kunna vara att aktivt rekrytera personer i landsbygden till utbildningar inom vård- och omsorg (Asghari m.fl. 2020; Dolea, Stormont & Braichet 2010; Gibis m.fl. 2012; Koebisch, Rix & Holmes 2020; Kumar & Clancy 2020; OECD 2016). Sannolikheten att söka jobb i landsbygden ökar också om ens partner är uppvuxen i landsbygden (Asghari m.fl. 2020; Koebisch, Rix & Holmes 2020).

Betydelsen av lärosätets placering för kompetensförsörjningen beskrivs i intervjuer vi gjort med kommuner, regioner och professionsorganisationer, men även i rapporter. Det blir svårare att rekrytera personal om regionen ligger längre bort från ett lärosäte (Socialstyrelsen 2020c; SOU 2016:26; SOU 2017:1). Det relativa antalet sysselsatta läkare är överlag högre i de regioner



som har en läkarutbildning (Socialstyrelsen 2020c). Om lärosätena framför allt ligger i större städer riskerar det att missgynna landsbygden.

Studier vid den närmaste regionala högskolan medför en ökad sannolikhet för att stanna kvar i landsbygden efter att studierna avslutats (AgriFood 2016; UKÄ 2020a). Omkring 60 procent av alla studenterna bosätter sig i den region där de studerat efter examen (UKÄ 2019b). Av de studenter som kommer från samma region som lärosätet ligger är det ännu större andel som stannar kvar i regionen, över 70 procent (UKÄ 2020a). När det gäller läkarutbildningen kommer omkring 4 av 10 studenter från den region där lärosätet ligger, och omkring hälften (47 procent) av alla studenterna bor kvar i regionen tre år efter examen. Sjuksköterskeutbildning finns på fler platser i landet. I genomsnitt kommer två tredjedelar av studenterna från den region där lärosätet ligger och över 70 procent bor kvar i regionen tre år efter examen (UKÄ 2019b).

Studier vid den närmaste högskolan kan också påverka sannolikheten att flytta senare i livet, där kvinnor som studerat till sjuksköterska, lärare eller förskollärare nära sin uppväxtort har signifikant lägre sannolikhet att flytta. En orsak kan vara att det finns en lokal arbetsmarknad för dessa utbildningar, men också att utbildningarna finns där jobbet finns (AgriFood 2016; UKÄ 2019b). En förutsättning för att utbildningen ska bidra till den regionala kompetensförsörjningen är att det sker en regional rekrytering av studenter samt att utbildningen avspeglar den regionala arbetsmarknadens behov (UKÄ 2019b).

En av slutsatserna i Landsbygdskommitténs betänkande är att det krävs en omfördelning av studieplatser från dagens campusbaserade utbildning till mer decentraliserad undervisning. Det skulle kompensera avsaknaden av högre utbildning i närområdet och kunna underlätta kompetensförsörjningen (SOU 2017:1). Även SKL (2017b) menar att utbildningar inom välfärdsyrken måste finnas på fler platser i landet för att underlätta kompetensförsörjningen i hela landet.

### **7.4.3 Positivt att genomföra delar av utbildningen i landsbygden**

Sannolikheten att arbeta i landsbygden ökar om personen genomgått delar av sin utbildning i landsbygden och om utbildningen är riktad mot glesbygdsmedicin. Det ökar kännedomen om förutsättningarna att arbeta i landsbygden och kan skapa ett intresse för arbete i landsbygden hos studenterna (Abelsen m.fl. 2020; Asghari m.fl. 2020; Carson m.fl. 2020;

Dolea, Stormont & Braichet 2010; Gibis m.fl. 2012; Koebisch, Rix & Holmes 2020; Kumar & Clancy 2020). Det kan till viss del förklaras av att personer som har ett intresse av att arbeta i landsbygden söker sig till den typen av program, men studier visar också att personer som vuxit upp i en stadsmiljö i större utsträckning söker jobb i landsbygden efter programmet (Kumar & Clancy 2020).

Det finns även studier som visar att utbildning som genomförs i landsbygden generellt förbättrar studenternas resultat (Carson m.fl. 2020). En förklaring kan vara att studenterna dels får ta hand om fler patienter med olika typer av besvär, dels att de får en fördjupad kontakt med patienterna. En del personer med nyligen avslutad grundutbildning, både läkare och andra yrkesgrupper, söker jobb i landsbygden för att få en bredare erfarenhet (Campbell, McAllister & Eley 2012). Andra arbetsätt och ett bredare ansvar för patienten är också något som beskrivs som en anledning till att söka jobb i landsbygden i de intervjuer vi genomfört med sakkunniga.

En strategi för en ökad kompetensförsörjning kan vara att förlägga utbildningar, eller att öka antalet platser för vidareutbildning, utanför universitets- och sjukhusorterna. Det kan ha störst betydelse för utbildningar som ges vid ett fåtal universitet, som läkarutbildningen. I dag är grundutbildningen för läkare i huvudsak förlagd till större städer. I vissa fall är en del av utbildningen redan i dag förlagd till andra orter för att öka förutsättningarna för kompetensförsörjning.

Förekomsten av distansutbildningar kan också medföra att färre personer flyttar från landsbygden för att studera och ger därför förbättrade förutsättningar för kompetensförsörjningen (AgriFood 2016; SKL 2017b).

Litteraturen beskriver faktorer som är viktiga i utformningen av utbildningen i landsbygden. Bland annat är placeringens längd under verksamhetsförlagda moment viktig. Långa placeringar i landsbygden är en framgångsfaktor (Asghari m.fl. 2020; Carson m.fl. 2020). Utöver förutsättningar att skapa kontinuitet med patienter bidrar långa placeringar till att bättre komma in i arbetsplatsens rutiner och dagliga verksamhet. Utöver det medför det möjligheter att skapa en vardag utanför arbetet, vilket ger en bättre förståelse för livet i landsbygden (Campbell, McAllister & Eley 2012; Carson m.fl. 2020).



**Box 14.** Flera möjligheter till decentraliserad utbildning

Som ett sätt att öka intresset för att arbeta i glesbygd införde Umeå universitet 2011 en inriktning mot glesbygdsmedicin på läkarprogrammet. Det innebär att studenterna kan genomföra all klinisk utbildning utanför universitetssjukhuset i Umeå. Liknande initiativ finns även vid läkarutbildningen i Linköping, där studenterna kan genomföra de två sista åren av utbildningen i Kalmar eller Jönköping.

Sjuksköterskeutbildningen ges i dag på ett tjugotal universitet och högskolor, omkring 40 campus, runtom i landet. Flera av dem ger utbildningen på distans, bland annat Umeå universitet, Luleå tekniska universitet och Högskolan Dalarna (UHR 2021b).

En kurs inriktad på klinisk bedömning och akut omhändertagande i glesbygd ges inom sjuksköterskeprogrammet på Umeå universitet. Kursen fokuserar på akuta och palliativa sjukdomstillstånd i glesbygd (Umeå universitet 2016). I Västerbotten kan sjuksköterskestudenter genomföra stora delar av den verksamhetsförlagda utbildningen på sjukstugor, vårdcentraler och i kommunal hälso- och sjukvård i regionens inland (UlnNorth 2021). Den verksamhetsförlagda utbildningen för sjuksköterskeprogrammet sker i och runt Lycksele, medan undervisningen sker på distans (Umeå universitet 2021). De regioner och kommuner som samverkar i utbildningen erbjuder även studenterna sommarjobb för att ytterligare öka intresset för att arbeta i glesbygd (UlnNorth 2021). De medicinskt ansvariga sjuksköterskorna som vi intervjuat beskriver också hur de samarbetar med närliggande högskola om mottagande av sjuksköterskestudenter för verksamhetsförlagd utbildning (VFU).

VFU i landsbygden beskrivs som en viktig del för att kunna rekrytera ny personal. Enligt SKR (2020d) är att möjliggöra praktik och därmed introducera arbetsplatsen en viktig faktor för att underlätta kompetensförsörjningen. Medicinskt ansvariga sjuksköterskor som vi intervjuat beskriver att om personen redan bor i kommunen är det större sannolikhet att personen även söker jobb där efter avslutad praktik.

#### **7.4.4 Strukturen för ST-utbildning påverkar skillnader**

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar regionerna för att utbilda specialistläkare i sådan utsträckning att det motsvarar det planerade framtida behovet (10 kap. 5 § HSL). Samtidigt är det svårt att göra en prognos över det framtida behovet beroende på utvecklingen av primärvården. Regionernas ansvar över planering och dimensionering av läkarnas specialiseringstjänstgöring (ST) medför att staten har begränsad möjlighet att påverka fördelningen mellan medicinska specialiteter. Det skiljer Sverige från många andra länder, där man beslutar om dimensioneringen av specialistutbildning på nationell nivå (OECD 2016). För att öka antalet specialister inom allmänmedicin har staten bland annat infört ett obligatoriskt tjänstgöringsavsnitt i primärvården under läkarnas allmäntjänstgöring (AT) och bastjänstgöring (BT) (HSLF-FS 2021:8).

Förutsättningarna för handledning är sämre i landsbygden som en konsekvens av bristen på erfaren personal (Socialstyrelsen 2020c; Vård- och

omsorgsanalys 2018b). Avsaknad av erfaren personal riskerar att ytterligare försvåra kompetensförsörjningen, eftersom det påverkar möjligheterna att introducera nytutexaminerade personer. Dels finns en risk att det helt saknas erfaren personal på enheten eller mottagningen, dels finns en risk att hög arbetsbelastning gör det svårt att hinna med handledning och introduktioner. Svårigheterna att handleda medför i sin tur att skillnader i bemanning mellan landsbygd och städer riskerar att kvarstå. Det finns inte heller tecken på att regionerna i tillräckligt hög grad har förändrat sitt strategiska kompetensförsörjningsarbete genom att exempelvis arbeta för en mer strategisk fördelning av läkarnas specialitetsinriktningar och därmed öka tillgången på specialister i allmänmedicin och andra bristspecialiteter (Vård- och omsorgsanalys 2018b).

Planeringen av specialistutbildningen saknar ett helhetsperspektiv, vilket medför att den sjukhusbaserade hälso- och sjukvårdsstrukturen bevaras (Vård- och omsorgsanalys 2018b). I dag skiljer sig fördelningen av ST-tjänster både geografiskt och mellan specialiteter. Avsaknad av en strategisk kompetensförsörjning får också till följd att regionerna i lägre omfattning kan påverka var i landet och var i regionen ST-läkarna genomför sin tjänstgöring. Den geografiska fördelningen styrs i stället ofta av läkarens eget val. Regeringen och regionerna måste stärka glesbygdens möjligheter att rekrytera läkarkompetens, för att de geografiska skillnaderna inte ska riskera att bestå.

I de intervjuer vi genomfört lyfter flera av företrädarna för regionerna fram att en nationell planering och fördelning av ST-tjänster vore önskvärd. Det skulle underlätta planeringen och bidra till en jämnare fördelning mellan specialiteter. Det är även i linje med de rekommendationer som vi tidigare lämnat till regeringen (Vård- och omsorgsanalys 2018b).

En rekommendation utifrån vår analys av läkarförsörjningen i primärvården 2018 var att regeringen skulle prioritera och stärka Socialstyrelsens uppdrag med att ge förslag på hur dimensioneringen av ST-tjänster ska kunna ske på ett mer effektivt sätt. Sedan rapporten publicerades har Nationella vårdkompetensrådet bildats. En del i rådets arbete hittills har varit att initiera en nationell samordning av dimensioneringen av läkarnas AT och även den nya bastjänstgöringen (BT) (Socialstyrelsen 2021g).

## 7.5 VIKTIGT ATT VARA EN ATTRAKTIV ARBETSGIVARE

En viktig del i kompetensförsörjningen är förmågan att attrahera och behålla personal. Det påverkas av faktorer som arbetsvillkor, arbetsmiljö och



möjligheter till kompetensutveckling, karriärvägar och kontinuerligt lärande (Abelsen m.fl. 2020; Asghari m.fl. 2020; Campbell, McAllister & Eley 2012; UKÄ 2019a). Den ökade konkurrensen om personal mellan arbetsgivare medför att frågor om arbetsvillkor blir ännu viktigare, för att vara en attraktiv arbetsgivare och kunna rekrytera personal (SOU 2020:8).

Avsaknaden av alternativa arbetsplatser är något som beskrivs i de intervjuer vi genomfört. Den personal som etablerar sig i landsbygden är ofta lojal mot sin arbetsplats och bygden, vilket medför en hög grad av kontinuitet på arbetsplatsen. Det finns därmed goda förutsättningar att etablera *gröna öar* i landsbygden, se avsnitt 7.2.2.

### **7.5.1 Arbetsbelastningen får inte vara för hög**

En rimlig arbetsbelastning, balans mellan yrkesliv och privatliv och bra arbetstider beskrivs som viktiga faktorer för att behålla personal i landsbygden. Det påverkar också förutsättningarna att vara en attraktiv arbetsgivare och kunna rekrytera personal (Campbell, McAllister & Eley 2012; Koebisch, Rix & Holmes 2020; Kumar & Clancy 2020).

Det bekräftas i de intervjuer vi genomfört med företrädarna för regionerna, de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna och professionsföreningarna. En allt för hög arbetsbelastning och upplevelse av att inte räkna till kan medföra att personer slutar. Att påverka sitt schema och att arbeta under dagtid beskrivs öka förutsättningarna att rekrytera och behålla personal. De vi intervjuat beskriver även hur man aktivt arbetar för att uppnå och upprätthålla en god arbetsmiljö. En prioritering av arbetsmiljöarbetet är en viktig faktor för att underlätta kompetensförsörjningen enligt SKR (2020d).

Ett förslag som nämns i diskussioner om rimlig arbetsbelastning är begränsningar i hur många patienter som får vara listade på en läkare, ett så kallat listningstak. En annan åtgärd för att förbättra rekryteringsmöjligheterna inom primärvården är att erbjuda deltidsarbete (Vård- och omsorgsanalys 2018b). Inom välfärdssektorn är det vanligare att arbeta deltid jämfört med i andra branscher (SKR 2020d). Enligt SKR (2020d) är en förutsättning för en god kompetensförsörjning att andelen personer som arbetar deltid minskar.



**Box 15.** Resurspool är en del i att öka kontinuiteten

Det kommer alltid att finnas behov av personer som kan arbeta tillfälligt på arbetsplatsen vid semester, längre sjukdom, föräldraledighet och andra längre ledigheter. Abelsen och medförfattare (2020) beskriver att en lösning på problemet är att skapa en pool av personer som kan tänka sig att tillfälligt arbeta i verksamheten. När samma personer kommer tillbaka ökar kvaliteten och kontinuiteten, vilket är positivt för både patienter och verksamhet. Även patientorganisationerna beskriver att kontinuiteten kan upprätthållas även med en stor del inhyrd personal, under förutsättning att det är samma personer som hyrs in.

*Ökad uppgiftsväxling kan vara en strategi*

Det framtida kompetensbehovet inom vård och omsorg kommer inte att kunna täckas av att fler personer utbildas och anställs inom vården. I stället måste den kompetens som finns hos medarbetare i vården användas på rätt sätt. I litteraturen beskrivs uppgiftsväxling som en viktig del i kompetensförsörjningen i landsbygden. Det kan innebära att arbetsuppgifter flyttas mellan yrkesgrupper, ofta till sjuksköterskor, ett utökat teamarbete, eller att nya yrkesgrupper anställs inom verksamheten (Kullberg, Blomqvist & Winblad 2018; SKR 2020d; Vård- och omsorgsanalys 2018b). Vi har även tidigare rekommenderat att regionerna bör se över läkarnas arbetssituation och undersöka om vissa arbetsuppgifter kan utföras av andra yrkesgrupper (Vård- och omsorgsanalys 2021b).

En ökad och mer strategisk uppgiftsväxling kan medföra att bristen på vissa yrkeskategorier minskar. Det kan även påverka anpassningen till en nära vård, där fler yrkeskategorier än läkarna ska ha en framträdande roll.

**Box 16.** Avancerad klinisk specialistsjuksköterska är en ny roll inom vården

Rollen för avancerad klinisk specialistsjuksköterska beskrivs i utredningen om specialistsjuksköterskeutbildning och vissa andra hälso- och sjukvårdsutbildningar (SOU 2018:77). En tanke med förslaget är att avancerade kliniska sjuksköterskor i högre grad ska kunna driva egna mottagningar i landsbygden.

I dag finns avancerade kliniska sjuksköterskor på hälsocentralen i Övertorneå. De tar emot planerade och oplanerade besök av patienter med diffusa eller svårbedömda symptom. I arbetet ingår att göra bedömningar och behandlingar, ordinera prover och ta fram behandlingsplaner. Den nya rollen upplevs medföra ett mer effektivt resursutnyttjande, utvecklat teamarbete och ett snabbare omhändertagande av patienterna (Värdfokus 2018).



## 7.5.2 Kollegialt stöd är viktigt

Kollegialt stöd beskrivs som en viktig faktor för trygghet på arbetsplatsen (Campbell, McAllister & Eley 2012; Chow m.fl. 2018; Mbemba m.fl. 2013). Tryggheten blir extra viktigt i landsbygden där patienterna i flera fall har ett mer komplext vårdbehov och där arbetet i vissa fall är mer självständigt. Det medför en högre grad av professionell isolering utan nära kollegor som stöd. Insatser för att förbättra det kollegiala stödet omfattar exempelvis mentorskap och klinisk handledning. Även kollegialt stöd via digitala verktyg som videomöte är ett sätt att kompensera för brist på kollegor på plats. Insatserna minskar professionell isolering och avsaknad av nätverk samt ger stöd i beslut och bidrar till en bättre arbetsmiljö. Det påverkar i sin tur att en person stannar på arbetsplatsen, vilket bidrar till en ökad kompetensförsörjning.

Vikten av kollegialt stöd bekräftas i de intervjuer vi genomfört med professionsorganisationer, sakkunniga och företrädare för regioner och kommuner. SKR (2020d) och Abelsen m.fl. (2020) identifierar kollegialt stöd och lärande som en viktig del i att öka förutsättningarna för kompetensförsörjningen i vården. När det gäller nya medarbetare finns ett behov av introduktion och tillgång till mentorer eller handledare. Kollegialt lärande kan även bidra till att nya arbetsätt och arbetsuppgifter lättare kan införas på arbetsplatsen.

På samma gång som en hög grad av självständigt arbete ställer stora krav och är en utmanande del av arbetet i landsbygden beskriver även några av de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna som vi intervjuat att helhetsansvaret kan vara en attraktiv aspekt av arbetet i landsbygden. Det förutsätter dock att man har kompetens, adekvat erfarenhet och ett professionellt stöd.

Undersköterskornas roll blir viktigare när fler personer i framtiden kan få sitt vårdbehov omhändertaget i hemmet, men idag förekommer en stor variation i yrkesgruppens utbildning och kompetens. I april 2021 lämnade regeringen en proposition till riksdagen med ett förslag om en skyddad yrkestitel för undersköterskor i syfte att underlätta arbetsgivares bedömning av yrkesgruppens kompetens (prop. 2020/21:175). En skyddad yrkestitel för undersköterskor förväntas medföra en ökad kvalitet och säkerhet i vården och omsorgen.

### *Ledarskap är en viktig del i kompetensförsörjningen*

Utöver förutsättningar för kollegialt stöd är även ledarskapet viktigt för att vara en attraktiv arbetsgivare (Abelsen m.fl. 2020). Ett gott ledarskap innebär till exempel förmågan att leda utveckling, fördela arbetet och tydligt visa

prioriterade arbetsområden. SKR (2020d) beskriver att ett stärkt ledarskap är avgörande för förutsättningarna för att attrahera och behålla medarbetare inom välfärden.

Chefer inom vård och omsorg har ofta komplexa uppdrag som både omfattar administrativt arbete, verksamhetsutveckling och kontakt med medarbetare. Generellt har chefer inom den kommunala vården och omsorgen många medarbetare, samtidigt som det är svårt att både rekrytera och behålla personal med rätt kompetens (Vård- och omsorgsanalys 2017b, 2021d).

Vård- och omsorgsanalys har tidigare konstaterat att regioner och kommuner behöver genomföra åtgärder för att förbättra förutsättningarna för chefer att utöva ett gott ledarskap (Vård- och omsorgsanalys 2017b, 2019c, 2021d). Förutsättningar för ett gott ledarskap omfattar bland annat stödstrukturer för HR, bemanning, ekonomi, och utvecklingsarbete, strategisk och kunskapsbaserad ledarskapsutveckling och en sammanhängande och tydlig nationell och regional styrning. Brist på stödstrukturer begränsar chefernas möjligheter att vara närvarande i verksamheten, att skapa en god arbetsmiljö och att uppnå en stabil och långsiktig kompetensförsörjning. Insatser kan omfatta att analysera och vid behov minska antalet underställda för chefer och förbättra chefernas stödstrukturer. Det finns även ett behov av att regionerna prioriterar ledarskapsfrågan inom organisationen (Vård- och omsorgsanalys 2017b). Det behövs även insatser för att öka attraktiviteten för ledarskap inom hälso- och sjukvården och kunskaper om sambanden mellan ledning och resultat, exempelvis medicinskt utfall (Vård- och omsorgsanalys 2019c).

### 7.5.3 Möjlighet till karriärutveckling och forskning

En viktig insats för en bättre fungerande kompetensförsörjning är förbättrade möjligheter för professionell utveckling och utökade karriärvägar. Det kan också handla om möjligheter till vidareutbildning (Campbell, McAllister & Eley 2012; Kumar & Clancy 2020; SKR 2020d; Tillväxtverket 2019). I intervjuer beskriver sakkunniga, kommuner, regioner och professionsföreningar vikten av kompetensutveckling, men även möjligheten till forskning som en viktig insats för att kunna rekrytera och behålla personal.

Kompetens- och karriärutveckling bidrar både till att verksamheten utvecklas och till ett ökat engagemang hos medarbetaren (SKR 2020d). Trots det kan det finnas en del praktiska utmaningar som försvårar kompetensutveckling för personer som arbetar i landsbygden. Bland annat



kan brister i kompetensförsörjningen göra det svårare att få ledigt för att delta i en utbildning. Långa restider till utbildningen kan också vara ett hinder för kompetensutveckling (Pavloff, Farthing & Duff 2017). En meta-analys av tidigare utvärderingar av ledarskapsutbildningar visar att insatser på plats ger bättre resultat än insatser på en annan plats. Det kan förklaras av att utbildningen i dessa fall blir mer skraddarsydd efter verksamhetens behov, men också av att deltagande underlättas av de praktiska aspekter som det innebär när insatsen ges på den ordinarie arbetsplatsen (Vård- och omsorgsanalys 2021d).

Möjligheterna till forskning är också en faktor som påverkar förmågan att rekrytera personal. I dag bedrivs forskningen främst i anknytning till lärosäten och universitetssjukhus. En faktor för att öka förutsättningarna för kompetensförsörjningen i landsbygden skulle kunna vara att öka möjligheterna till forskning även för personer verksamma i primärvården i landsbygden. Det stämmer även bra med det förändrade grunduppdraget för primärvården där forskning ska ha en större roll (prop. 2019/20:164). I intervjuer med sakkunniga som vi genomfört påtalas att det är viktigt att forskning som bedrivs i landsbygden måste vara knuten till befintliga strukturer för forskning vid universitet och högskolor.

## 7.6 INSATSER FÖR ATT FLER SKA VILJA BO I LANDSBYGDEN

Förutom insatser inom utbildningsområdet och för en förbättrad arbetsmiljö finns det även andra områden som kan påverka förutsättningarna för kompetensförsörjning. Forskningen visar på behov av insatser som främjar att personer vill flytta till landsbygden. Exempel på sådana insatser är olika former av ekonomiska incitament och att förbättra möjligheterna att ta sig till landsbygden. Det kan även vara relevant att aktivt arbeta med att rekrytera personer som redan bor i landsbygden.

### 7.6.1 Förutsättningar att leva i landsbygden viktiga

I litteraturen beskrivs inställning till ett liv i landsbygden som en faktor som påverkar om en person söker jobb där. Utöver att arbetsgivare i landsbygden måste framstå som attraktiva för att kunna locka personal krävs att personer vill bo i kommunen där arbetsplatsen ligger. I det ingår att erbjuda en god samhällsservice, även förutsättningarna för arbetspendling har betydelse.

Över tid har arbetsmarknaden inom offentlig sektor i landsbygden minskat. Det har medfört en flyttström från landsbygd till stad. Prognosen tyder ändå på att landsbygdskommuner nära städer kommer att ha en fortsatt tillväxt som en följd av billigare bostäder i kombination med närhet till arbete och service i städerna (Hedlund & Lundholm 2015). Större orter och stora arbetsgivare har i många fall en fördel i rekryteringen av personal (SOU 2020:8). Unga och framtida medarbetare i vården uttrycker samtidigt önskemål om att kunna bo och arbeta i andra delar av landet än i storstäderna, men det förutsätter hållbara och förutsägbara villkor i form av tillgång till samhällstjänster och arbetsvillkor (SOU 2020:19).

### *Lättare att rekrytera personer med anknytning till kommunen*

Ett engagemang för landsbygden och att se sitt arbete i vården som en del i att bidra till samhällsservicen och landsbygden i stort är faktorer som omnämns i litteraturen. Om det finns ett ömsesidigt engagemang mellan personen som söker jobb och bygden, ökar det förutsättningarna för kompetensförsörjning. Det handlar om att hitta ett sammanhang med vänner och fritidssysselsättning, men flera studier beskriver även känslan av att göra nytta och bidra till samhället som viktig. En annan del är att det lokala samhället ska värdesätta och ha ett engagemang för vården (Abelsen m.fl. 2020; Asghari m.fl. 2020; Campbell, McAllister & Eley 2012; Koebisch, Rix & Holmes 2020; Kumar & Clancy 2020).

Flera av företrädare för regionerna och kommunerna som vi intervjuat betonar att det är lättare att rekrytera personer som har en koppling till orten, eller som har ett stort intresse för exempelvis skidåkning eller friluftsliv. Liknande resultat framkom även i Vård- och omsorgsanalys (2018b) kartläggning av kompetensförsörjningen av läkare i primärvården. Miljön, närheten till naturen, lugnet samt en positiv känsla för platsen, sociala band och kontaktnät beskrivs även som fördelar med att bo i landsbygden (VTI 2017).

I en undersökning från företaget AFRY (2019) beskriver unga personer att en hållbar livsmiljö och närhet till naturen är viktiga faktorer när de väljer var de vill bo, men det var enbart fem procent av de som besvarade studien som angav att de inte ville bo i en stad. Studien genomfördes bland 5 600 personer i åldern 18–35 år från de nordiska länderna samt Österrike och Schweiz.



**Box 17.** Svårt att mäta effekt av marknadsföring av kommunen eller regionen

Vissa kommuner och regioner arbetar med marknadsföring för att locka nya invånare. Det kan handla om att delta i mässor för studenter eller reklamkampanjer (Tillväxtverket 2019). Ett resultat av projektet Recruit & Retain är en webbplats om att leva i glesbygd, *You in the North rural living*, uinnorth.se. Webbplatsen ger information om arbete, bostäder och fritidsaktiviteter i glesbygd.

Den typen av insatser har inte beskrivits i stor omfattning i litteraturen, och om de har nämnts har insatsen inte bedömts ha en stor betydelse för att attrahera eller rekrytera personal (Verma m.fl. 2016). Det är också svårt att mäta effekten av den här typen av insatser.

*Tillgång till service, utbildning och arbete är en förutsättning*

En persons vilja att flytta till landsbygden påverkas av förutsättningarna för sysselsättning för partnern och tillgång till skola för barnen. Närheten till övrig familj har också betydelse. Familj i närområdet ökar sannolikheten att söka jobb och flytta till landsbygden, medan långa avstånd till familjen kan vara ett hinder (Asghari m.fl. 2020; Campbell, McAllister & Eley 2012; Koebisch, Rix & Holmes 2020). Studier visar också att familjen är den faktor som har störst betydelse för att en person ska stanna i landsbygden. Det är viktigt att ta hänsyn till förutsättningarna för hela familjen att bo i landsbygden när man utformar insatser med fokus på att behålla personal (Kumar & Clancy 2020).

Det finns studier som pekar på att tillgången till vård, skola och omsorg i landsbygden har minskat de senaste decennierna. Det har medfört att invånarna behöver resa allt längre för att ta del av servicen (Bjerke & Melander 2017). Som exempel har antalet dagligvarubutiker, apotek och grundskolor minskat de senaste åren. Minskningen har framför allt skett i områden långt ifrån tätorter (Tillväxtverket 2021). Förutsättningarna för service påverkas av ett mindre och minskande befolkningsunderlag i landsbygden och en lägre andel av befolkningen i förvärvsarbetande åldrar. Det ger svårigheter för kompetensförsörjningen, eftersom ett minskat kundunderlag även medför sämre ekonomiska förutsättningar (Tillväxtverket 2021).

I en intervjustudie som Statens väg- och transportforskningsinstitut genomfört beskrev deltagarna att avsaknad av handel, service och skolor medförde en högre grad av planering och var nackdelar med att bo i landsbygden (VTI 2017).

En insats för att underlätta kompetensförsörjningen i landsbygden kan vara att prioritera tillgången till service (SOU 2019:42). Minskad service medför att ett område blir mindre attraktivt att leva i. På samma gång kan

en tydlig satsning på tillgänglighet till vård i landsbygden få till bieffekt att närvaron av service ökar. I utredningen *Styrning för en mer jämlik vård* konstateras att hälso- och sjukvården inte enskilt kan lösa de problem som är kopplade till kompetensförsörjning. Utredningen föreslog att den välfärdskommission som vid tidpunkten aviserades borde få i särskilt uppdrag att överväga hur staten bäst bör agera för att främja närvaron av välfärd i glesbygden. Välfärdskommissionen tillsattes i december 2019 (Regeringskansliet 2019b). I uppdraget ingår att analysera åtgärder som kan stärka kommunsektorns förmåga att erbjuda välfärdstjänster i framtiden. Ett prioriterat område är åtgärder för kompetensförsörjning och arbetsmiljö. Kommissionen ska beakta att förutsättningarna skiljer sig mellan kommuner, och effekterna av de problem och åtgärder som kommissionen behandlar ska redovisas utifrån ett glesbygd- och landsbygdsperspektiv.

**Box 18.** Samverkan kan medföra ökad tillgång till service

I Pello i Tornedalen samverkar kommunen, regionen och privata företag för att öka servicen. För att utveckla orten och öka servicen har man etablerat ett äldreboende, en förskola, en digital hälsocentral och en restaurang i samma byggnad. Tanken är att det ska möta befolkningens behov och minska utflyttningen från orten. En viktig del i att åstadkomma centret är gränsöverskridande samverkan mellan kommun, region och civilsamhälle (SKR 2021h).

## 7.6.2 Förbättrade kommunikationer för att vidga arbetsmarknaden

Arbetsmarknaden i landsbygdskommuner har över tid blivit mindre (Hedlund & Lundholm 2015). Det medför att det kan vara svårare för en hel familj att hitta arbete om de flyttar till en landsbygdskommun. Det medför också att det kan vara svårt att byta arbetsplats. Tillväxtverket (2019) beskriver yrkesmässig rörlighet som nödvändigt för landsbygdernas mindre arbetsmarknader.

För att öka förutsättningarna för kompetensförsörjning i landsbygden behöver man förbättra pendlingsmöjligheterna. Nya pendlingsmöjligheter ger bättre förutsättningar att söka jobb utanför bostadsorten för familjemedlemmar, men även vid arbetslöshet, eller som ett steg i karriären (Tillväxtverket 2019). Förbättrade pendlingsmöjligheter gör det också lättare att resa från en annan bostadsort till arbetsplatsen i landsbygden.

Statens väg- och transportforskningsinstitut (VTI) beskriver hur förbättrade pendlingsmöjligheter kan uppnås genom en ökad kollektivtrafik där landsbygden knyts ihop med knutpunkter. De beskriver även ett behov av



att kollektivtrafiken i högre utsträckning samordnas mellan regionerna och utformas utifrån geografisk närhet till huvudorter snarare än administrativa gränser. En annan del i förbättrade kommunikationer är att erbjuda olika former av transportmedel från samåkning och bilpool till kollektivtrafik och hyrcykelsystem vid centrala knutpunkter (VTI 2017).

Som komplement till förbättrade pendlingsmöjligheter kan även ökade möjligheter till distansarbete vara en insats för att förbättra förutsättningarna för kompetensförsörjning (Tillväxtverket 2019). Det skulle kunna medföra att man kan ta ett arbete som ligger längre bort från bostaden och på så sätt förbättra matchningen på arbetsmarknaden. Även de företrädare för regioner och kommuner som vi har intervjuat beskriver pendlingsmöjligheter och distansarbete som faktorer som kan öka förutsättningarna för kompetensförsörjning.

**Box 19.** Covid-19-pandemin kan medföra en ökad inflyttning till landsbygden

En undersökning från Novus (2020) visar att många kan tänka sig att flytta längre från centralorten. Flera nyhetsartiklar har beskrivit hur många har flyttat till landsbygdskommuner under covid-19-pandemin (DN 2021, Sveriges Radio 2021, SVT Nyheter 2021). År 2020 var första gången på 15 år som Stockholms kommun inte stod för den största folkökningen, men minskad invandring kan också vara en del av förklaringen (SCB 2020b). Flytten från storstäder verkar främst gå till storstadsnära mindre städer.

Under pandemin har hemarbetet i landsbygden ökat, även om den största ökningen skett i storstäder. En klar majoritet anser att det fungerat bra och vill fortsätta arbeta helt eller delvis hemifrån även i framtiden (Internetstiftelsen 2020). En studie av Hiselius och Arnfalk (2021) visar att flera arbetsplatser haft goda förutsättningar att ställa om samarbetet till digitala former och har kunnat göra en snabb beteendeställning under pandemin. En slutsats är att digitala verktyg har stor potential att påverka om eller i vilken utsträckning man kommer att pendla och göra arbetsresor framöver.

Det finns anledning att tro att omställningen till en högre grad av distansarbete kommer att underlätta för en medföljande partner att också kunna arbeta i landsbygden. En studie från Fyrbodals kommunalförbund tillsammans med Energimyndigheten fokuserar på insatser för att underlätta distansarbete och en stärkt landsbygd. Ett förslag är små lokala kontor i närhet av bostaden eller kollektivtrafiken. Det skulle kunna erbjuda en god arbetsmiljö för boende i landsbygden, och möten mellan medarbetare från olika arbetsgivare kan stärka innovationskraften (Energimyndigheten 2020).

Även inom hälso- och sjukvården har pandemin medfört ändrade arbetsätt som möjliggör distansarbete. Antalet digitala vårdmöten har ökat mycket, både inom primärvården och inom annan specialiserad vård (SKR 2020e). Region Stockholm (2020) beskriver det som att man kommit över en tröskel för digital vana, vilket möjliggjort hemarbete. Det beskrivs även i några av de intervjuer vi genomfört med företrädare för regioner och privata vårdgivare. Ett exempel är att diabetespatienter har följts upp på distans av diabetessköterskor som arbetar hemifrån.



### 7.6.3 Varierad effekt av ekonomiska incitament

En strategi för att öka kompetensförsörjningen i landsbygden kan vara att använda olika ekonomiska incitament (Asghari m.fl. 2020; Dolea, Stormont & Braichet 2010; Koebisch, Rix & Holmes 2020; OECD 2016). Ett exempel på det kan vara att staten bekostar utbildningen under förutsättning att den utbildade läkaren efter avslutad utbildning arbetar ett antal år i landsbygden. Andra insatser är förmåner som engångssummor eller högre lön. Insatsernas utformning påverkas i stor utsträckning av hur systemen för utbildning samt hälso- och sjukvård är utformade. Studier visar också att ekonomiska incitament generellt har mindre betydelse för att en person ska stanna i landsbygden, men att effekten varierar mellan länder med olika inkomstnivå (Kumar & Clancy 2020). Det medför att det är svårt att dra slutsatser om effekten av olika insatser i ett svenskt sammanhang.

Ofta är ekonomiska incitament inte tillräckliga för att styra läkare till en tjänstgöringsort. Vi ser exempelvis att specialisläkare inom allmänmedicin i genomsnitt har högre månadslön än andra specialisläkare. Lönen är ännu högre för de specialister som arbetar i landsbygden. Trots det högre löneläget är problemen med kompetensförsörjning stora (Vård- och omsorgsanalys 2018b).

#### *Utredningar föreslår nedskrivning av studieskulder*

Sedan 1990 finns ett system med nedskrivning av studieskulder i den nordligaste delen av Norge. Insatsen är en del i ett större regionalt stödpaket. Stödet har bidragit till att unga i större utsträckning bor kvar och arbetar på orten efter att de avslutat sin utbildning. Det har även medfört att fler väljer att flytta till regionen (SOU 2020:8). Nedskrivning av studieskulder presenteras även som möjliga insatser i studier från USA och Australien. Även här är det viktigt att påminna sig om att effekten av interventionen påverkas av sitt sammanhang. Det är exempelvis stor skillnad mellan utbildningssystemen och förutsättningarna för studiemedel mellan länder (Liu m.fl. 2015).

Nedskrivning av studieskulder för personer som bor och arbetar i utvalda kommuner i landsbygden är ett förslag för att öka förutsättningarna för kompetensförsörjning som har förts fram av både Kommunutredningen (SOU 2020:8) och av Landsbygdskommittén (SOU 2017:1). Syftet med nedskrivning av studieskulder skulle vara att underlätta rekrytering i landsbygdskommuner. Hur systemet bör utformas påverkas av vilka studier som ska ingå, i vilket område systemet ska gälla och var personen som får sin studieskuld nedskriven ska vara bosatt.



En majoritet av remissinstanserna till Landsbygdskommitténs utredning var positiva till förslaget (Näringsdepartementet 2017). I propositionen som följde efter utredningen beskrev regeringen att man vill fördjupa analysen av vilka sektorer som har svårt att hitta kompetens och återkomma med lämpliga åtgärder för att öka kompetensförsörjningen i landsbygden (prop. 2017/18:179). I det förslag om nedskrivning av studieskulder som Kommunutredningen lämnade till regeringen avses studier som ingår i en utfärdad akademisk examen för personer som bor och arbetar i kommuner som har särskilt stora utmaningar för kompetensförsörjningen (SOU 2020:8).

Syftet med studiestöd är bland annat att bidra till ett högt deltagande i utbildning och utjämna skillnader mellan grupper (prop. 1999/2000:10; prop. 2015/16:1). I sitt remissyttrande över Kommunutredningen skriver Centrala studiestödsnämnden (CSN) att förslaget om nedskrivning av studieskulder inte är i linje med studiestödets mål och skulle innebära en principiellt viktig ändring av hur studiestödet ska användas (CSN 2020).

I sin analys av kompetensförsörjning i landsbygden skriver Tillväxtverket (2019) att det eventuellt kan införas ekonomiska incitament för att locka högutbildade till landsbygden men att de återkommer i frågan i sitt yttrande över Kommunutredningen. I yttrandet är de positiva till utredningens förslag, eftersom de anser att det kan vara ett sätt att göra både arbete och boende i flera delar av Sverige mer attraktivt. De menar att en del av förslaget behöver förtydligas och utredas ytterligare, till exempel vilka yrken och sektorer som avses. Det behöver också förtydligas om det ska finnas krav på en tidsperiod som personen behöver vara anställd i den berörda kommunen (Tillväxtverket 2020).

#### **7.6.4 Rekrytera personer som redan bor i landsbygden**

En strategi för att öka kompetensförsörjningen är att aktivt rekrytera personer som redan bor i landsbygden. Det påverkar sannolikheten att personen stannar på arbetsplatsen (Abelsen m.fl. 2020; Tillväxtverket 2019). I det ingår att genomföra insatser för att stärka kompetensen och sysselsättningen hos personer som bor i landsbygden och att ta tillvara den kunskap som redan finns. Det skulle kunna handla om uppsökande verksamhet mot unga som varken arbetar eller studerar (Nordregio 2019) eller att utöka samverkan mellan vård- och omsorgsprogram på gymnasiet samt kommuner och regioner för ökat arbetsbetsplatsförlagt lärande (Tillväxtverket 2019).

Det kan vara svårare att hitta personer som redan har en högskoleutbildning inom ett relevant yrke. Där kan kompetensen hos personer som

nyligen har flyttat till Sverige vara en underutnyttjad resurs som skulle kunna bidra till en ökad kompetensförsörjning i landsbygden (SKL 2017b; SOU 2017:1; Tillväxtverket 2019). Insatser som skulle kunna genomföras för att underlätta rekryteringen av nyanlända personer är till exempel språkundervisning, validering av utbildning genomförd utomlands, samt olika snabbspår för att underlätta anställning. För att uppnå det menar Landsbygdskommittén att det är viktigt med ett förbättrat samarbete mellan kommunerna och Arbetsförmedlingen.

I maj 2021 gav regeringen länsstyrelserna i uppdrag att fördela medel till projekt som anordnar utbildningar för nyanlända och asylsökande med erfarenheter av arbete inom hälso- och sjukvård eller utländsk vårdutbildning (Regeringskansliet 2021a). Målet är att stärka hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning genom att underlätta etableringen på arbetsmarknaden och ta tillvara den kompetens och potential som finns i gruppen. Satsningen pågår under 2021.

Även om nyanlända kan vara en viktig resurs för att bemanna vården och omsorgen beskriver flera av de medicinskt ansvariga sjuksköterskor som vi intervjuat att bristfälliga språkkunskaper i många fall är en utmaning i arbetet. Ett antal av de vi intervjuat påtalar önskemål om högre språkkrav och språkundervisning innan en person kan börja arbeta inom vården och omsorgen.

### 7.6.5 Regleringar av etablering vanligare utanför Europa

Ytterligare sätt att försöka uppnå en jämnare geografisk fördelning av hälso- och sjukvårdspersonal, framför allt läkare, kan vara att tillämpa begränsningar av var de får etablera sig. Exempel på strategier är så kallad etableringskontroll där sjukvårdshuvudmän eller regleringsmyndigheter bedömer behovet av nyetablering och utifrån det beviljar inträde till en geografisk marknad (SOU 2019:42). Det förekommer främst utanför Europa, och det är oklart om den typen av åtgärder medför att vårdutbudet blir mer jämlikt ur ett geografiskt perspektiv (Vård- och omsorgsanalys 2017c).

Andra strategier för att minska risken för över- eller underetablering i olika geografiska områden är selektiv kontraktering där det råder brist på läkare (SOU 2019:42). Flera länder har också rotationssystem där läkare arbetar i landsbygden under begränsade tidsperioder (Frehywot m.fl. 2010; OECD 2016). Den här typen av regleringar används framför allt i länder där läkare är anställda snarare än egenföretagare. Effekten av olika regleringar har i de flesta fall inte utvärderats. Det är därför svårt att avgöra om



regleringarna har medfört att personer stannar i landsbygden även efter den obligatoriska tjänstgöringsperioden (Frehywot m.fl. 2010).

## 7.7 ARBETE PÅGÅR FÖR ATT ÖKA KOMPETENSFÖRSÖRJNINGEN

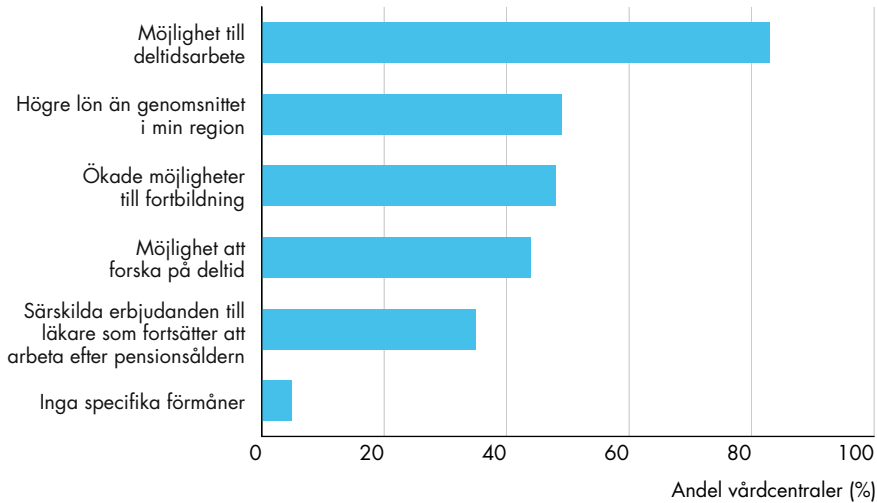
Vi har beskrivit ett antal insatser som kan genomföras inom flera områden för att förbättra kompetensförsörjningen inom primärvården i landsbygden. I tidigare kartläggningar och i de intervjuer vi genomfört framkommer det att flera av de insatser som vi identifierat i litteraturen redan har genomförts.

Under 2014–2018 genomförde regeringen en satsning på kompetensförsörjning i vården, den så kallade *professionsmiljarden*, genom överenskommelser med SKL. Professionsmiljarden omfattade tre prioriterade områden: e-hälsa, smartare användning av personalens kompetens och långsiktig planering av kompetensförsörjningen. Några regioner har använt pengar från satsningen för att stärka kompetensförsörjningen i primärvården (Socialstyrelsen 2018b). Man har till exempel infört nya arbetsätt, uppgiftsväxling och utvidgat antalet AT- och ST-tjänster.

### 7.7.1 Vanligaste lokala insatsen är att erbjuda deltidarbete

I en enkät till verksamhetschefer inom primärvården som Vård- och omsorgsanalys tidigare genomfört undersökte vi vilka strategier som används lokalt av vårdcentraler för att kunna rekrytera och behålla personal (figur 31). Den vanligaste förmånen bland vårdcentraler i landsbygden var möjlighet till deltidarbete. Omkring hälften erbjöd högre lön jämfört med genomsnittet i regionen, och det var något fler av de privata vårdcentralerna som erbjöd högre lön. Omkring hälften av vårdcentralerna erbjöd ökade möjligheter till fortbildning. Cirka fyra av tio vårdcentraler erbjöd möjlighet att forska på deltid.

**Figur 31.** Andel vårdcentraler i landsbygden som erbjuder en eller flera förmåner för att rekrytera och behålla personal (statistiken omfattar både offentliga och privata vårdgivare).



Källa: Vård- och omsorgsanalys 2018b.

Även om effekterna av lönepåslag är oklara är det flera av företrädarna för regioner som vi intervjuat som beskriver att de använder lönepåslag för att kunna rekrytera personal. Regioner som erbjuder ekonomiska incitament som högre lön har även i studier visat sig ha en bättre kompetensförsörjning (Asghari m.fl. 2020). Trots att flera vårdcentraler konkurrerar genom lön är det också en strategi som beskrivs som känslig i några av de intervjuer vi genomfört, vilket även framkommer i Vård- och omsorgsanalys (2018b) studie. Det kan handla om att man inte vill bidra till en stigande lönespiral, eller om svårigheter att avgöra inom vilka områden en specifik lönestrategi ska tillämpas.

### 7.7.2 Regioner och kommuner förbättrar arbetsmiljön

I Vård- och omsorgsanalys (2018b) arbete om kompetensförsörjning i primärvården framkom att tretton regioner genomför flera centrala insatser för att förbättra arbetsmiljön i primärvården. Insatserna handlar till exempel om ledarskap, möjlighet till kompetensutveckling och att minska arbetsbelastningen. I en undersökning genomförd av Socialstyrelsen (2020b) beskriver kommunerna hur de arbetar med mentorer för nyanställda, kompetensutveckling och marknadsmässiga löner för att bli mer attraktiva som arbetsgivare.



I arbetet med omställningen till en god och nära vård genomförs en rad insatser i kommuner och regioner. Insatserna rapporteras till Socialstyrelsen som varje år beskriver utvecklingen. Från sammanställningen av regionernas prioriterade utvecklingsområden framgår att det finns åtgärder som pågår i de flesta eller alla regioner. Det handlar om utökade prognoser för behovet av kompetens, strategier för att öka attraktiviteten som arbetsgivare, och för att förbättra arbetsmiljön genom bland annat ändrade arbetstidsmodeller. Insatserna inkluderar även ett introduktionsår för nyutexaminerade sjuksköterskor och uppgiftsväxling genom nya yrkesroller som vårdnära service (Socialstyrelsen 2020b).

Regionerna tillsammans med SKR genomför olika insatser för att bli oberoende av inhyrd personal (SKR 2021i). Ett fokusområde är insatser för att bli en attraktiv arbetsgivare. I det arbetet har SKR tagit fram inspirationsmaterial för arbetet med att attrahera nya medarbetare och behålla befintliga medarbetare. Utöver det genomförs en regiongemensam upphandling av inhyrd personal för att öka kontrollen över inköpen samt säkerställa kompetensnivån och kostnadsnivåerna.







## Utgångspunkter för en ökad digitalisering av vården

Det här kapitlet handlar om digitalisering av primärvården. Vi beskriver vilka möjligheter och utmaningar som digitaliseringen av vården i landsbygden medför. Därefter beskriver vi förutsättningarna för en ökad digitalisering av primärvården.

Våra viktigaste resultat:

- Digitala lösningar kan bidra till att öka tillgängligheten och kontinuiteten i primärvården i landsbygden. Flera av de modeller som lyfts fram som goda exempel på utformning av vård i landsbygden inkluderar digitala lösningar.
- Det är viktigt att utvecklingen av digitala lösningar sker på ett sådant sätt att ingen hamnar i ett digitalt utanförskap och att tillgängligheten till vården därmed minskar.
- I de flesta fall är faktorer för en ökad digitalisering gemensamma för alla kommuntyper. Vissa utmaningar är större för landsbygdskommunerna, bland annat saknas goda möjligheter till internetuppkoppling.

### 8.1 DIGITALISERING KAN VARA EN LÖSNING PÅ FLERA UTMANINGAR

Utvecklingen av ny teknik och nya tjänster medför att en allt större del av vården kan utföras digitalt. Digitala lösningar har potential att underlätta och effektivisera vården, för både patienter och personal. Användningen av digitala stöd och tjänster är en viktig del i utvecklingen av hälso- och



sjukvården för att bidra till en ökad tillgänglighet till vård i landsbygden (Nordens välfärdscenter 2019; Socialstyrelsen 2021d).

Propositionen *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* (prop. 2019/20:164) beskriver att innovativa service-lösningar kan behövas för att hantera de utmaningar som finns med att bedriva en god vård i landsbygden. Enligt regeringen är det viktigt att kunna underlätta omställningen till digital vård för att kunna erbjuda vård även i delar av landet där det finns svårigheter med kompetensförsörjningen. Det kan också vara en del i att erbjuda vården närmare befolkningen när det är långa avstånd till den fysiska vården.

### 8.1.1 Digitala tjänster är mer än videobesök

När det gäller införandet av digitala vårdtjänster hamnar fokus i många fall på videobesök mellan patient och vårdpersonal, i de flesta fall läkare. Digitaliseringen av vården handlar samtidigt om många fler delar. Det kan vara möten mellan professioner inom vården, samt behandling och rådgivning via digitala verktyg. Det kan även vara monitorering på distans, det vill säga att patienten själv regelbundet mäter olika medicinska värden och kommunicerar dem till sjukvården. Andra lösningar är digital tidsbokning, inhämtning av uppgifter inför ett fysiskt besök och stöd för att sortera och prioritera patienter. Utöver det finns möjlighet att utveckla nya digitala tjänster, exempelvis genom en ny nationell infrastruktur för digitala tjänster eller lösningar där patienten själv kan ta ett större ansvar för vården.

Det finns nationellt täckande tjänster som erbjuds av privata nätbolag, men även av offentliga vårdgivare där 1177 Vårdguiden är ett exempel. Det finns även flera lokalt och regionalt utvecklade digitala vårdtjänster som syftar till att möjliggöra vård så nära hemmet som möjligt. Enligt Nordens välfärdscenter (2019) finns det en stor potential i att kombinera nationella, regionala och lokala tjänster. Det skulle kunna bidra till en förbättrad kompetensförsörjning i landsbygden.

#### **Box 20.** Digital aktör sköter läkarbemanningen på särskilt boende

I region Västerbotten pågår ett projekt där kontinuiteten på särskilda boenden för äldre ska öka genom att en digital aktör tar ansvaret för läkarinsatserna på boendet. Boendet har genom det tillgång till digitala läkarinsatser dygnet runt. Projektet avslutades i juni 2021 och ska utvärderas av forskningsinstitutet RISE (Läkartidningen 2020).

Inom ramen för projektet har två kommuner, Malå och Vilhelmina, haft digitala ronder på fem boenden. Utöver det har några personer i eget boende med hemsjukvård även fått tillgång till läkare via surfplatta. Preliminära resultat av projektet är förbättrad kontinuitet, enklare läkemedelsgenomgångar och ökad samverkan (Dagens Medicin 2021).

### *Befolkningen efterfrågar i första hand videomöten på vårdcentralen*

I enkäten till Vård- och omsorgsanalys befolkningspanel ställde vi en fråga om vilka digitala vårdtjänster de ville ha. De flesta efterfrågade möjlighet till videomöte. Därefter var det flera som önskade möjlighet till övervakning eller monitorering av hälsovården på distans. Från svaren framkommer både att många efterfrågar digitala vårdtjänster och anser att det är ett bra komplement till vården, och att andra inte vill ha vården digitalt.

” Videomöten med flera specialistläkare vore bra för oss med flera kroniska diagnoser. Att förnya recept digitalt.”

” Inga helt ärligt, jag vill träffa någon person fysiskt som kan undersöka mig ordentligt. Men måste jag välja vill jag ha det bästa tillgängliga beroende på behov, träffa sjuksköterska eller läkare via videosamtal.”

Resultaten från enkäten visar även att personer helst vill att digitala besök ska vara kopplade till den egna vårdcentralen där det också går att få fysisk kontakt. Bilden bekräftas i intervjuerna med personer som bor i landsbygdskommuner och med patientorganisationerna. Personlig kännedom värderas högt, och flera uttrycker en misstro gentemot privata nättjänster. Flera upplever de nationella aktörerna som vinstdrivande och att de använder skattepengar på ett problematiskt sätt. Professionsorganisationer beskriver också en oro över undanträngningseffekter, men några beskriver hur nationella digitala tjänster skulle kunna bidra till en ökad tillgänglighet under tider på dygnet när fysiska mottagningar är stängda.

### **8.1.2 Möjligheter för ökad tillgänglighet och trygghet**

Skiftet från fysisk till digital vård kan medföra en ökad tillgänglighet. Bland annat kan det minska resande till vården, och bli mer tidseffektivt för både patienten och personalen inom hälso- och sjukvården (Gabrielsson-Järhult m.fl. 2019; Nordens välfärdscenter 2019).

Ett resultat av en tidigare undersökning av Vård- och omsorgsanalys visar att befolkningen föredrar fysiska besök framför digitala. En fördel med de digitala besöken kan vara korta väntetider, men preferenserna varierar mellan grupper och vid olika sökorsaker. Andra faktorer som är viktiga vid ett digitalt vårdmöte är vilken vårdpersonal som deltar, personlig kontinuitet och vårdpersonalens tillgång till journalen (Vård- och omsorgsanalys 2020d).

Andra positiva aspekter av en digitalisering av vården är ökad effektivitet, kontinuitet och större förutsättningar för patienten att vara delaktig (LeBlanc



m.fl. 2020; Nordens välfärdscenter 2019; RISE 2021; Socialstyrelsen 2018a; Street m.fl. 2017; Västerbottens läns landsting 2016). Dessa resultat betonas även i våra intervjuer med personer som bor i landsbygden, patientorganisationer och professionsorganisationer. Digitala lösningar kan även minska behovet av sjukhusvård och akutsjukvård (Batsis m.fl. 2019; LeBlanc m.fl. 2020; Nordens välfärdcenter 2019).

Studier har visat positiva effekter som ökad trygghet, tillgänglighet och kontinuitet av digitala interventioner för personer med exempelvis kognitiva och intellektuella funktionsnedsättningar som bor i landsbygden (Freilich m.fl. 2020; Zhou & Parmanto 2019).

**Box 21.** Hemmonitorering ger patienterna ökad kontroll

I region Jämtland Härjedalen pågår sedan 2018 ett arbete med distansövervakning av patienter. Patienter med hjärtsvikt, diabetes, hypertoni eller KOL mäter värden hemma och överför resultatet till vården genom en app. Utifrån resultaten kan hälso- och sjukvårdspersonalen utvärdera behandlingen i direktkontakt med patienten.

Resultatet av arbetet är bland annat att patienterna behöver söka sjukhusvård i lägre omfattning och får mer kunskap om och kontroll över sin egen sjukdom, vilket förväntas förbättra behandlingsresultatet över tid. Utöver det upplever personalen att arbetet blir mer tidseffektivt och att kontakten med patienterna har förenklats (SKR 2020h).

### 8.1.3 Digitalisering kan ha en positiv effekt på kompetensförsörjningen

Utöver att digitaliseringen kan öka patienternas tillgänglighet till vården, så upplever vårdgivare en ökad tillgänglighet till stödfunktioner och kompetenser (LeBlanc m.fl. 2020; Nordens Välfärdscenter 2019). Studier har visat att vårdgivare i landsbygden kan uppnå både en ökad bredd och trygghet genom att ha digital kontakt med andra specialister. Det kan vara en strategi för en förbättrad kvalitet och en kontinuerlig kompetensutveckling i landsbygden (LeBlanc m.fl. 2020; Kullberg, Blomqvist & Winblad 2018). I flera regioner finns det i dag exempel på videoteknik där patienten gör ett besök hos en sjuksköterska på den närmaste vårdcentralen. Sköterskan kan därefter koppla upp sig mot en läkare på distans för bedömning, diagnostik och behandling (Socialstyrelsen 2018a).

Effekterna av att använda välfärdsteknik är övervägande positiva för personalen, vilket innebär att omsorgsyrket kan bli mer attraktivt (Vård- och omsorgsanalys 2020e). Läkare med tidigare erfarenhet av att arbeta med eller använda digitala vårdtjänster har också en mer positiv inställning till besöksformen (Vård- och omsorgsanalys 2020d).

Möjligheterna till att både studera och arbeta på distans som en följd av en ökad digitalisering kan också bidra till att underlätta kompetensförsörjningen i landsbygden (Abelsen m.fl. 2020; SOU 2020:8). Nya arbetssätt och digitala lösningar kan bidra till ett mer effektivt arbete och omhändertagande av kompetens, vilket minskar behovet av fler anställda inom välfärden. SKR (2020d) beräknar att en effektivisering om 0,5 procent per år skulle minska behovsökningen av anställda med cirka 6 500 personer årligen. Det är svårt att beräkna den ekonomiska potentialen av digitaliseringen, och det dröjer ofta länge innan tekniken ger minskade kostnader och ökad produktivitet (SOU 2020:8).

### 8.1.4 Digitala lösningar har också nackdelar

Nackdelar med digitala lösningar kan vara tekniska problem, avsaknad av fysisk kontakt och begränsad kunskap hos vissa grupper (Vård- och omsorgsanalys 2020d). Tekniska förutsättningarna som tillgång till ett specifikt program beskrivs som barriärer för patienterna (LeBlanc m.fl. 2020).

I intervjuer med medicinskt ansvariga sjuksköterskor beskriver de hur digitala besök kan leda till en försämrad helhetsbild av patientens tillstånd. Man kan missa symtom och måste vara noggrannare med att följa upp. Patienterna kan sakna att få bjuda på kaffe, vilket annars fyller en viktig funktion vid hembesök. Även patientorganisationerna beskriver att många saknar både teknisk utrustning och kunskap, och att det även kan handla om svårigheter för personer med vissa funktionsnedsättningar eller annat modersmål än svenska.

” Yngre och medelålders är vana vid telefon och dator. De reder upp när det blir problem. Men äldre och ensamma – de är mer utsatta och har ingen att be om hjälp för att boka tider.”

” I vissa fall kan man vara mer ensam i landsbygden, och då är hemsjukvården en del i att ha en daglig tillsyn.”

Kampanjer för att öka användningen av digitala lösningar kan medföra att personer som saknar de digitala kompetenser som vården förutsätter i stället inte söker vård (Ford m.fl. 2016). Samtidigt har studier visat att ålder och tidigare erfarenhet inte är barriärer för att kunna delta i digital vård om man får teknisk träning i förväg (Zhou & Parmanto 2019). Resultatet kan påverkas av att deltagarna själva fått anmäla intresse för att delta.



Det är viktigt att den digitala vården fungerar som en ersättning för eller komplement till den fysiska vården på vårdcentralen och inte bidrar till en ökad vårdkonsumtion med ökade kostnader som följd. Det finns studier som visar att digitala besök i låg utsträckning fullt ut kan ersätta fysiska besök (Ellegård & Kjellsson 2019). Det finns även studier som tyder på att det främst är resursstarka grupper som använder digitala vårdtjänster, och att vården i stor utsträckning avser lättare vårdbehov än vad vårdcentralen annars tar hand om (Dahlgren m.fl. 2020; Ekman m.fl. 2019; Ellegård & Kjellsson 2019). Det finns därför en risk att en ökad digitalisering av vården kan bidra till ojämlikhet.

Om den digitala vården inte fungerar som en ersättning för den fysiska vården, eller medför att patienter söker vård för lindrigare åkommor som de annars inte skulle sökt läkarvård för, kan det leda till att vårdkonsumtionen ökar och totalkostnaderna för primärvården blir högre. I ett sådant scenario bidrar inte ökad digitalisering till en kostnadseffektiv vård, även om ersättningen för digitala besök i allmänhet är lägre. Vid en ökad digitalisering av vården är det viktigt att dessa aspekter beaktas och följs upp.

### **8.1.5 Modeller för utveckling har ofta digitala lösningar**

Det finns flera exempel där digitala lösningar är del i de modeller för hur man kan säkerställa tillgängligheten till vården i landsbygden. Det omfattar både digitaliserat läkarstöd till den kommunala vården, digitalt konsultationsstöd mellan specialistsjukvård eller andra professioner som inte finns på vårdcentralen samt en ökad grad av digitala besök i stället för fysiska besök på mottagningen.

I den internationella IHP-undersökningen beskrivs också hur Sverige har kommit längst av IHP-länderna med att införa it-stöd för patienter och läkare i primärvården (Vård- och omsorgsanalys 2021b). Socialstyrelsens (2020b) sammanställning av regionernas insatser inom omställningen till en god och nära vård visar även att digitalisering av vården är ett prioriterat utvecklingsområde i regionerna. Insatser som genomförs handlar både om att erbjuda vård på distans genom videomöten, chatt och monitorering på distans, liksom verksamhetsstöd.

Lösningar inom den kommunala hälso- och sjukvården handlar bland annat om armband som följer ett antal hälsoparametrar, påminner om mediciner och som signalerar behov av videomöte med läkare. Det kan också handla om övervakning i hemmet i stället för personal som kommer hem under natten. Flera lösningar syftar till att skapa förutsättningar för att kunna bo kvar i det egna hemmet så länge som möjligt, och att använda

personalresurserna på bästa sätt (Nordens välfärdscenter 2019; RISE 2021; Vård- och omsorgsanalys 2020e).

**Box 22.** Virtuella hälsorum för att minska avstånden till vårdcentralen

En form av digital lösning som etablerats i region Västerbotten är så kallade virtuella hälsorum (Nordens välfärdscenter 2019; Näverlo m.fl. 2016). Det är ett rum dit invånarna kan gå för provtagning, digitala stöd och råd samt göra bildöverföringar för bedömning av läkare på distans. Hälsorummen är i första hand obemannade och ska vara ett komplement till vården när det är långt att åka till närmaste vårdcentral.

En utvärdering av patienternas upplevelse av virtuella hälsorum visar att det krävs att personen som får vård är självständig och van att använda tekniska verktyg för att tillgodogöra sig vård genom de lösningar som rummet erbjuder (Näverlo m.fl. 2016). Personer med sämre förmåga att ansvara för sin egen hälsa upplevde lägre trygghet och fler svårigheter. Studien visar att det inte fanns någon relation mellan resväg och uppfattningen om rummet. Uppfattningen påverkades inte heller av utbildningsnivå. Äldre personer såg inte värdet av rummet i lika stor utsträckning.

En slutsats från studien är att ökad teknisk kunskap och ökad hälsolitteracitet sannolikt är vägen mot en ökad användning (Näverlo m.fl. 2016).

## 8.2 VISSA HAR SVÅRARE ATT ANVÄNDA DIGITALA LÖSNINGAR

Digitalisering medför i de flesta fall en ökad tillgänglighet som kan ha särskilt stor betydelse för vissa patientgrupper. Bland annat omnämns personer med psykisk ohälsa som tycker att det är svårt att besöka den fysiska vården. Det finns även grupper som i stället har svårare att använda sig av digitala lösningar.

### 8.2.1 Uppfattningen om digitala lösningar varierar mellan personer

Personer i landsbygden är i hög utsträckning nöjda med digitala vårdtjänster, visar studier där man framför allt har undersökt patientnöjdheten vid videomöten (Harkey m.fl. 2020; Zhou & Parmanto 2019). Resultaten från Hälso- och sjukvårdsbarometern visar att åtta av tio invånare har en positiv inställning till att använda 1177 Vårdguidens e-tjänster och att knappt hälften, 46 procent, är positivt inställda till att få vård, konsultation och behandling med hjälp av digital teknik. 59 procent har en positiv inställning till att vårdas hemma genom hembesök varvat med stöd av digital teknik (SKR 2020f).

Patientorganisationerna har delade meningar om hur en ökad digitalisering kan påverka patienterna. Erfarenheterna av digitala lösningar är också både positiva och negativa bland de personer som bor i landsbygden som vi intervjuat. Flera av personerna beskriver svårigheter för sina äldre



föräldrar. Även professionsorganisationerna beskriver att fler äldre kan möta utmaningar med en ökad digitalisering.

En artikel av Batsis och medförfattare (2019) beskriver också hur vårdpersonal har en tendens att inte förskriva och använda digitala lösningar till äldre patienter eftersom de tror att de inte kan hantera tekniken, i stället för att utgå ifrån deras faktiska förmåga. I intervjuer med sakkunniga och patientföreträdare beskriver de betydelsen av förberedande träning och en stegvis digitalisering av vården som framgångsfaktorer för att fler ska känna sig bekväma med digitala lösningar.

### 8.2.2 Digitalt utanförskap måste minska

Digitalt utanförskap omfattar omkring en miljon personer som bor i Sverige. Alla har inte tillgång till de digitala lösningar som erbjuds i samhället på grund av faktorer som ekonomi, var man bor, ålder eller funktionsförmåga (Vård- och omsorgsanalys 2020f). Personer med lägre utbildning, arbetslösa och sjukskrivna är mindre delaktiga i informationssamhället jämfört med personer med högre utbildning (Internetstiftelsen 2017).

Digitaliseringsrådet (2018) framhåller att det digitala utanförskapet måste minska för att samhället ska kunna nyttja digitaliseringens möjligheter fullt ut. Så länge det finns ett utanförskap behöver samhället upprätthålla två parallella system, vilket både är kostsamt och riskerar att försena den digitala utvecklingen.

Vi har tidigare rekommenderat att regeringen och myndigheterna bör arbeta för att minska de faktorer som bidrar till digitalt utanförskap som ojämlikhet i bredbandsuppkoppling, ekonomiska förutsättningar och digital kompetens (Vård- och omsorgsanalys 2020e, 2020f). Socialstyrelsen (2020a) menar att arbetet med information till patienter som saknar internet, information i alternativa format och kommunikation via e-tjänster behöver vidareutvecklas och förtydligas i regionernas uppdragsbeskrivningar.

#### **Box 23.** Post- och telestyrelsen gör insatser för att minska digitalt utanförskap

För att minska det digitala utanförskapet bland äldre har Post- och Telestyrelsen (PTS) genomfört insatser för att minska den sociala isoleringen och öka äldres digitala delaktighet och förmåga att använda digitala tjänster. Inom uppdraget har PTS till exempel tagit fram webbplatsen *Digitalhjälp* och vägledningar om videokommunikationstjänster, fjärrstyrningstjänster, och om hur man handlar mat och medicin på internet. Särskilt stödmaterial till vård- och omsorgspersonal har också tagits fram för att stötta dem i deras vägledande roll. Informationskampanjer har även riktats till äldre som är nära eller befinner sig i digitalt utanförskap och till deras anhöriga som har möjlighet att stötta dem (PTS 2021a).



### *Funktionsnedsättningar kan bidra till digitalt utanförskap*

Personer med funktionsnedsättning upplever i högre utsträckning att de står utanför det digitala samhället. En studie av Begripsam (2019) visar att internet *inte* upplevs vara svårt för 65 procent av personerna med funktionsnedsättning. Motsvarande siffra för personer utan funktionsnedsättning är cirka 90 procent. Internet upplevs som svårt, i synnerhet om funktionsnedsättningen är språklig eller intellektuell (Begripsam 2019).

Det är viktigt att komma ihåg att det finns variationer mellan personer och att det inte är entydigt hur det fungerar för en och samma patientgrupp. Begripsam (2019) pekar på att det digitala utanförskapet påverkas av att man har en funktionsnedsättning men samtidigt kan utanförskapet inte förklaras av funktionsnedsättningen. Det digitala utanförskapet kan däremot öka marginaliseringen av redan utsatta grupper i samhället, bland annat i hälso- och sjukvården (Umecon 2016).

**Box 24.** Försäkringskassan har flera strategier för att öka digitaliseringen

Försäkringskassan är en myndighet som aktivt arbetat med att få personer att övergå till digitala lösningar. En avgörande del i att få fler att ansöka om sjukpenning digitalt var att göra det till förstahandsalternativet för användarna.

Även om majoriteten använder de digitala tjänsterna i dag, är det en andel som inte gör det. Försäkringskassan står därmed inför utmaningar med att upprätthålla en jämlik tillgång till socialförsäkringens tillgångar (Försäkringskassan 2018). En strategi för att tillgodose att tjänsterna finns tillgängliga för alla på lika villkor är att ta fram stödfunktioner som information och personliga handläggare (Försäkringskassan 2018).

Även om digitaliseringen mot befolkningen skett snabbt, så har arbetet inom verksamheten mött större utmaningar. När ärendena till myndigheten styrdes om till digitala kanaler ökade behovet av digital kompetens ute i verksamheterna. I stället för att utbilda personalen i olika tekniska lösningar var en strategi att flytta personal från it-avdelningen till verksamhetsområdena.

## 8.3 SAMMA FÖRUTSÄTTNINGAR I OLIKA KOMMUNTYPER

Det finns flera faktorer som påverkar förutsättningarna för en ökad digitalisering av hälso- och sjukvården. I många fall möter landsbygden samma utmaningar som andra kommuntyper, i andra fall är utmaningarna specifika.

Små kommuner har ofta sämre ekonomiska resurser och möjligheter att rekrytera kompetens för att kunna tillämpa digitala lösningar (SOU 2020:8; Vård- och omsorgsanalys 2019d). Utöver det saknas ofta ett strukturerat sätt att fånga upp, bedöma och utveckla idéer som ökar möjligheterna



för digitalisering. Det medför att arbetet med digitalisering ofta går långsammare (SOU 2020:8). Kommunutredningen konstaterar också att det kan finnas en rädsla att starta digitaliseringsprojekt, eftersom de ofta är förknippade med höga kostnader och risker för felsatsningar (SOU 2020:8). Generellt finns också skillnader mellan kommuner i digital mognad, och i resurser och ambitionsnivå för arbetet med digitalisering. Dessutom kan förändringstakten skilja sig åt. Mindre kommuner ligger i allmänhet något efter i den digitala omställningen.

I tidigare rapporter har vi konstaterat att flera av de digitala stöd som patienter och vårdpersonal uttrycker ett behov av redan finns i dag, men att de inte används på rätt sätt eller fullt ut (Vård- och omsorgsanalys 2019d). Regionerna behöver säkerställa att vårdgivarna har förutsättningar att använda de digitala stöd som finns, och vårdgivarna har ett ansvar att bedriva verksamhetsutveckling för att införa de digitala verktygen.

### **8.3.1 Digitala vårdtjänster kompletterar den fysiska vården**

Personer som bor i landsbygden beskriver i våra intervjuer att de vill kunna välja mellan fysiska och digitala besök, beroende på ärende och hur länge de är beredda att vänta. Andra beskriver att ett första besök skulle kunna ske fysiskt men uppföljande möten kunde göras digitalt. De tycker att digitala besök ska vara ett komplement till fysiska besök. Digitala besök som komplement till fysiska beskrivs också som ett alternativ i intervjuer med professionsorganisationer, som menar att digitala vårdmöten fungerar bättre vid en redan etablerad relation med patienten.

Om en större andel av vården utförs digitalt kan det medföra en risk för att den lokala vårdcentralen överväger att stänga med en minskad fysisk tillgänglighet som konsekvens. Det är något som beskrivs som en farhåga både i enkäten till Vård- och omsorgsanalys befolkningspanel, men även i intervjuer med befolkningen och företrädare för regioner och kommuner. En ökad digitalisering får inte ske på bekostnad av en minskad fysisk tillgänglighet för de som har behov av det.

Regeringen har betonat att distanslösningar måste ses som ett komplement och inte som en ersättning för den fysiska vården (prop. 2019/20:164). Betänkandet SOU 2019:42 konstaterar att en ökad digitalisering kan innebära att det blir viktigare att hitta alternativ för utformningen av vårdval eller andra former för etablering i landsbygden. De beskriver även att primärvårdens uppdrag inte bör delas upp utifrån teknik eller arbetssätt och att det därmed inte bör finnas ett separat digitalt system

för primärvården. Ett förslag från utredningen är att regionerna ska ställa krav på samtliga vårdgivare att erbjuda både digital och fysisk vård.

### 8.3.2 Digitala verktyg måste vara relevanta och anpassade

Flera källor beskriver hur digitalisering och ny teknik inte får vara ett mål i sig, utan ett verktyg för att underlätta, effektivisera och stödja personalen i deras arbete (Digitaliseringsrådet 2018; SKR 2020d; Vård- och omsorgsanalys 2019d, 2020e; Västerbottens läns landsting 2016). Professionsorganisationerna beskriver i våra intervjuer att det är viktigt att de digitala lösningarna utformas för att fylla verkliga behov, men att de i dag inte alltid är anpassade efter verksamheterna.

En förutsättning för att utnyttja de fördelar som ny teknik kan medföra är en god styrning och organisation för att genomföra förändringsarbete (Digitaliseringsrådet 2018; SKR 2020d, 2020i; SOU 2020:8; Vård- och omsorgsanalys 2019d). Arbetet med att införa digitala vårdtjänster får inte vara ett separat spår, utan bör vara en del i verksamhetsutvecklingen, vilket vi tidigare beskrivit för utvecklingsprojekt generellt i vården och omsorgen (Vård- och omsorgsanalys 2018f). Projekt med avsikten att utveckla digitaliseringsarbeten skiljer sig inte från andra typer av utvecklingsprojekt inom vården.

Det är också viktigt att de digitala lösningarna tar sikte på användarperspektivet samt fungerar bra både i verksamheten och ur patienternas perspektiv (Digitaliseringsrådet 2018; SKL 2019; SKR 2020d, 2020i; Vård- och omsorgsanalys 2020e). Tidigare studier understryker betydelsen av patientens delaktighet i utformningen av digitala vårdtjänster och teknik (Digitaliseringsrådet 2018; ESV 2018; LeBlanc m.fl. 2020). Både Ekonomistyrningsverket (ESV) (2018) och Digitaliseringsrådet (2018) har konstaterat att utveckling inom offentlig sektor i större utsträckning behöver utgå ifrån användaren för att skapa processer som ger ökad användar- och samhällsnytta.

I flera av de intervjuer vi genomfört med företrädare för regionerna och kommunerna framkommer även en trötthet kring nya digitala lösningar. Det handlar om att man inte har haft tillräcklig tid att lära sig ett nytt verktyg, att de digitala lösningarna inte upplevs vara användarvänliga eller inte fungerar med övriga system. Det kan också handla om att lösningarna har införts utan att den övriga verksamheten har anpassats. I tidigare rapporter har vi konstaterat att staten och regionerna bör arbeta för att it-strukturen i högre grad än i dag ska bidra till att samordna information och inte skapa onödig administration för vårdpersonalen (Vård- och omsorgsanalys 2021b).



Några förutsättningar för en ökad digitalisering är konkreta och har en tydlig koppling till verksamhetens utformning. Det gäller till exempel rutiner för att boka lokaler, men även möjligheter för systematisk journalföring för att säkerställa en god dokumentation. Det beskrivs både i en rapport från Västerbottens läns landsting (2016) och i våra intervjuer med regioner och kommuner. Administrativa processer som inte stödjer de digitala verktygen upplevs som ett hinder för en ökad digitalisering och medför att arbetet inte blir effektivt.

### 8.3.3 Digitalisering ställer krav på andra kompetenser

Digitaliseringsprocessen ställer krav på både verksamhet, ledning och styrning. Ändrade arbetssätt genom ökad digitalisering medför krav på delaktighet, ledarskap och digital kompetens (Digitaliseringsrådet 2018; ESV 2018; Harkey m.fl. 2020; SKL 2017b; SOU 2020:8; Västerbottens läns landsting 2016). Kompetensbehovet kan delas in i två delar: en del som handlar om teknik och en del som handlar om att ge vård på distans (Digitaliseringsrådet 2018; Västerbottens läns landsting 2016).

Ökad digitalisering ställer även krav på kompetens inom it och juridik. Vi har i tidigare rapporter konstaterat att olika regioner har olika förutsättningar att tillgodose sina behov av it-kompetens och juridisk kompetens. Därför behöver regionerna öka sitt samarbete om utveckling, upphandling och införande av ny teknik (Vård- och omsorgsanalys 2019d).

I dag är grundläggande digital kompetens ett krav på arbetsmarknaden. Det innebär att digital medvetenhet måste ingå i utbildningarna till yrken inom vård och omsorg (SKL 2017b). Ändå upplever studenter i låg utsträckning att deras utbildning förbereder dem för att använda digitala verktyg på sin framtida arbetsplats (SKR 2020f). Digitaliseringsrådet (2018) konstaterar också att det finns ett behov av en snabbare anpassning av utbildningssystemet, för att relatera till en arbetsmarknad som snabbt förändras i takt med digitalisering och ny teknik. Även professionsorganisationer beskriver i våra intervjuer hur brist på teknisk kunskap inom professionen är en utmaning.

Rapporter pekar på att det går att effektivisera införandet av digitala lösningar genom att samordna och systematisera utbildningarna i nya system (SOU 2020:8; Västerbottens läns landsting 2016). Det handlar både om samordning inom verksamheten samt inom eller mellan regioner och kommuner.

Regeringen har genomfört en satsning för att öka den digitala kompetensen i kommuner och regioner (Regeringskansliet 2018). Insatsen skedde genom

en överenskommelse mellan regeringen och SKR, och pågick 2018–2020. Inom ramen för satsningen har SKR genomfört insatser för att stärka den digitala kompetensen hos politiker och tjänstepersoner. Bland annat omfattar det insatser för att stärka förmågan att genomföra innovationsprojekt och verksamhetsutveckling som tar tillvara digitaliseringens möjligheter.

### 8.3.4 Behov av gemensam digital infrastruktur och information

Icke fungerande kommunikation och samarbete mellan vårdgivare påverkar förutsättningarna för en sammanhängande vårdkedja. Avsaknad av information och inkomplett dokumentation kan medföra en fragmenterad vård och sämre resultat av vården (Street m.fl. 2017; Vård- och omsorgsanalys 2019d).

I dag saknas det en nationell digital infrastruktur, vilket påverkar förutsättningarna för digitalisering. Det medför att kommuner, regioner och olika sektorer har utvecklat egna lösningar utifrån verksamheternas behov. Inkompatibla system och avsaknad av adekvat patientinformation kan också medföra att vården fördröjs och problem med remisser. Användningen av flera olika informationssystem i vården kan också bidra till sämre kvalitet och bristande kontinuitet.

Tidigare utredningar har konstaterat att det finns ett behov av gemensamma lösningar för utbyte av digital information och att omfattande regelverk som dataskyddsförordningen och sekretesslagar kan begränsa ett effektivt utnyttjande av data (Digitaliseringsrådet 2018; SOU 2020:8; Vård- och omsorgsanalys 2019d). Tillväxtverket (2019) beskriver också att en utmaning med digitaliseringen är att lagar och förordningar inte hinner anpassas, vilket leder till att man inte tar vara på potentialen i nya lösningar. Vård- och omsorgsanalys (2021e) har tidigare konstaterat att den digitalisering som skett inom socialtjänsten under covid-19-pandemin är svår att ta tillvara eftersom att de rättsliga och tekniska förutsättningarna behöver utvecklas.

En slutsats i Kommunutredningen är att staten behöver genomföra åtgärder för att underlätta och stödja kommunernas arbete med digitalisering. Det innebär att man behöver utveckla en förvaltningsgemensam infrastruktur, men även minska juridiska hinder för digitalisering (SOU 2020:8). Vård- och omsorgsanalys (2019d) har också konstaterat att regionerna behöver samarbeta i högre utsträckning för en enhetlig utveckling av en nationell sammanhållen vårdinformationsmiljö, eftersom varje region är för liten för att själv kunna ta vara på den fulla potentialen i den digitala utvecklingen.



I januari 2020 presenterade utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg ett delbetänkande med förslag på en ny lag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation (SOU 2021:4). Förslaget innebär att vård- och omsorgsgivare får tillgängliggöra information om patienter mellan sig under förutsättning att patienterna har lämnat sitt samtycke. Vård- och omsorgsanalys (2021f) tillstyrker utredningens förslag. Det kan bidra till att vården och omsorgen blir mer säker, effektiv och transparent. Det kan även medföra ökad delaktighet för patienten.

### *Aktörer efterlyser ett gemensamt journalsystem*

I intervjuer menar regioner, kommuner och professionsföreningar men även patientorganisationer och personer som bor i landsbygden att informationsöverföringen är ett problem. Det handlar ofta om avsaknad av ett gemensamt journalsystem och ett behov av att enkelt kunna få information från andra aktörer. Ett gemensamt journalsystem skulle underlätta samverkan. Även i tidigare rapporter från Vård- och omsorgsanalys har vi konstaterat att patienter och vårdpersonal ser ett behov av sammanhållna vårdinformationsmiljöer.

Behov av ett gemensamt journalsystem har även framkommit i Socialstyrelsens (2021d) arbete med att kartlägga små vårdgivares förutsättningar. Patientinformation behöver även kunna delas mellan fysiska och digitala vårdgivare på ett säkert sätt (Vård- och omsorgsanalys 2020b). Staten behöver ta ett mer övergripande ansvar för att säkerställa att en nationellt sammanhållen digital informationsmiljö utvecklas och förvaltas (Vård- och omsorgsanalys 2019d). Det kan omfatta ett fortsatt arbete med att utveckla gemensamma standarder och regelverk för informationsöverföring mellan regioner och kommuner.

### **8.3.5 Tillgång till internetuppkoppling saknas i delar av landet**

Landsbygden saknar många gånger internet med hög hastighet, vilket begränsar de tekniska förutsättningarna för att använda digitala lösningar (RISE 2021; SOU 2020:8). Något som återkommer i beskrivningarna från patienter och företrädare för patientorganisationer är att digitala vårdtjänster inte är realistiska alternativ i landsbygdsområden som saknar fiberanslutning.

En studie från SCB visar att tillgången till internet varierar mellan åldersgrupper. Bland personer i åldern 16–85 år i Sverige har 94 procent tillgång till internet hemma. I åldersgruppen 75–85 år är nivån lägre, men det har

skett en ökning sedan 2015 (SCB 2020c). Personer med lägre utbildning och lägre inkomst saknar i högre utsträckning tillgång till internet (SCB 2018). Skillnader finns också mellan män och kvinnor, främst i åldersgruppen 75–85 år (SCB 2020c). Personer som bor i särskilda boenden har också i lägre utsträckning tillgång till internet även om andelen ökar (Socialstyrelsen 2020d).

Enligt bredbandsstrategin ska hela Sverige ha tillgång till snabbt bredband år 2025. Redan 2020 skulle 95 procent av landet haft tillgång till bredband om minst 100 Mbit/s, men den faktiska andelen var 86 procent (PTS 2021b). De områden som kvarstår att bygga ut i finns till stor del i glesbygd med främst enfamiljshus. Post- och telestyrelsen (PTS) konstaterar att den återstående utbyggnaden kan förväntas bli dyrare än den utbyggnad som hittills gjorts och att det kan vara svårt att bygga ut på marknadsmässig grund (PTS 2018). Det kommer också att krävas en blandning av 5G och fiber för att kunna säkerställa likvärdiga digitala tjänster för offentlig sektor, näringsliv och medborgare, oavsett var i landet man befinner sig. I annat fall riskerar skillnaderna i tillgång till internetuppkoppling mellan stad och land att öka (RISE 2021).

Vård- och omsorgsanalys (2020e) har tidigare lämnat en rekommendation till regeringen om att fortsätta arbetet med en jämlik tillgång till bredbandsuppkoppling och mobiltäckning i hela landet utifrån en analys av hur välfärdsteknik påverkar brukare, personal, närstående och omsorgens organisation. För att värna jämlikheten i tjänsteutbudet i omsorgen och för att nå välfärdsteknikens fulla potential med fortsatt utbredning, särskilt i landsbygden, behövs en digital infrastruktur som möjliggör en robust och säker uppkoppling. Tillgång till bredband gör arbetsplatser mer attraktiva och är därför också en viktig strategi för kompetensförsörjningen (Abelsen m.fl. 2020).

**Box 25.** Projekt försöker öka mobiltäckningen i landsbygden

Ett samarbetsprojekt under namnet *#Fulltäckning* pågår sedan 2016 i Norrbotten och Västerbotten. Projektet fokuserar på det digitala utanförskapet i landsbygder över hela landet. Målet är att projektet ska vara en del i att identifiera nya lösningar på täckningsproblemen i landsbygden. Projektet involverar universitetet och högskolor, industrin, länsstyrelser och branschorganisationer med teknisk kunskap, men även mobiloperatörer som står för nätverksutbyggnaden.

Med hjälp av lokala användare spridda över projektets regioner som lokala aktörer inom jordbruk, skogsbruk och på e-hälsostationer, har man testat olika strategier för att öka mobiltäckningen i flera områden. Projektet har också tagit fram ett index som visar ojämlikheten i mobiltäckning.

(forts.)



**Box 25.** (forts.)

Företrädare för projektet beskriver att en utmaning är att tekniska och nationella bestämmelser för att införa mobila täckningslösningar inte är anpassade till landsbygdens behov. De upplever att den nödvändiga tekniken existerar, men att de politiska målen och styrningen av mobiloperatörernas marknad behöver anpassas för att sänka inträdesbarriärerna i landsbygden (Nordregio 2021).

I september 2021 gav regeringen Post- och telestyrelsen i uppdrag att främja god mobiltäckning och tillgång till grundläggande telefoni och internet i hela landet (Regeringskansliet 2021b). I uppdraget ingår bland annat att analysera behovet av stöd för åtgärder som ger tillgång till telefoni och internet fram till 2025.







## Möjligheter för en mångfald av vårdgivare

Det här kapitlet redogör för förutsättningarna för en god valfrihet och för en mångfald av vårdgivare i landsbygden. Vi har undersökt hur regionerna har utformat ersättningsmodellerna i vårdvalsavtalen för att skapa bättre förutsättningar för att etablera sig i landsbygden. Slutligen beskriver vi hur privata vårdgivare upplever förutsättningarna att etablera sig i landsbygden.

Våra viktigaste resultat:

- Det är färre privata vårdgivare som etablerar sig i landsbygden. Vårdvalssystemet som det är utformat i dag kan också bidra till en ojämlig vård där mer resurser går till vårdcentraler i tätbefolkade områden som en följd av att fler vårdcentraler etablerar sig där.
- En konsekvens av att färre vårdgivare etablerar sig i landsbygden är en minskad valfrihet. Färre personer har också gjort ett aktivt val av vårdcentral, och valfrihet upplevs som mindre viktigt av personer som bor i landsbygdskommuner.
- Merparten av regionerna använder olika former av kompensation i ersättningsmodellerna till vårdcentraler i landsbygden, för att stimulera etablering och kompensera för ett ökat resursbehov.
- Privata vårdgivare upplever flera utmaningar med att utföra vård i landsbygden, där svårigheter med kompetensförsörjningen framstår som den största utmaningen. Utöver det påverkar uppdragets utformning och planeringsförutsättningarna. Vårdgivarna har olika uppfattning om detta.



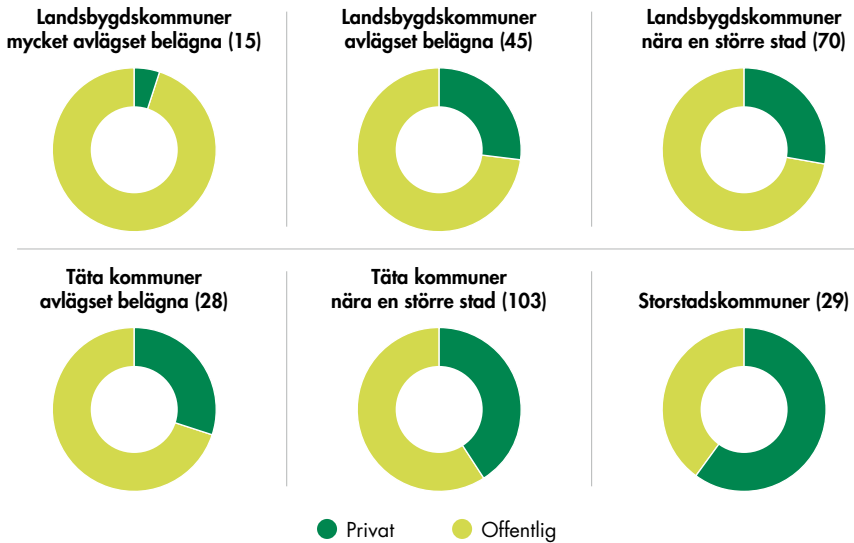
## 9.1 VÅRDVAL ÖPPNAR FÖR PRIVATA VÅRDGIVARE

Regionerna ansvarar enligt hälso- och sjukvårdslagen för att erbjuda en god hälso- och sjukvård för personer som bor inom regionen (2 kap. 2§ HSL). Vården kan ges av vårdgivare i egen regi eller av fristående vårdgivare, som privata eller idéburna aktörer. Sedan 2010 måste regionerna ha ett vårdvalssystem inom primärvården enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV). Det innebär att patienter har ett fritt val och kan välja mellan alla vårdgivare som uppfyller regionens krav. Vårdgivarna har rätt att skriva avtal och få ersättning från regionen vid utförande av vård enligt avtalet. I och med införandet av patientlagen (2014:821) år 2016 förstärktes valfriheten genom att lagen betonar valfriheten av vårdgivare även utanför den egna regionen.

Vårdvalsuppdraget för vårdcentralerna är olika utformade i regionerna, där uppdraget kan vara olika brett. Bland annat finns det skillnader i hur regionerna har valt att organisera uppdragen för barnhälsovård, medicinsk fotvård, mödrahälsovård och ungdomsmottagning. I vissa fall är verksamheten en del av grunduppdraget, i andra fall är det separata vårdval eller tilläggsuppdrag. Ibland finns specifika uppdrag enbart hos vårdgivare i egen regi (Vård- och omsorgsanalys 2017a). Det vanligaste är att vårdvalet är brett utformat och inkluderar flera delar av primärvårdens uppdrag (Socialstyrelsen 2021d).

### 9.1.1 Färre privata aktörer har etablerat sig i landsbygden

I stort sett alla privata vårdgivare som etablerat sig efter vårdvalets införande 2010 har gjort det i storstäder eller tätbefolkade områden (Kullberg, Blomqvist & Winblad 2018). När vi analyserar fördelningen mellan vårdcentraler i privat och offentlig regi ser vi att det finns skillnader mellan kommuntyper (figur 32). Andelen vårdcentraler i privat regi är framför allt liten i den mycket avlägsna landsbygden. Med privat regi avses här både privata vårdföretag och idéburna organisationer (ideella föreningar, ekonomiska föreningar, stiftelser eller aktieföretag med begränsad vinstutdelning).

**Figur 32.** Andelen vårdcentraler i privat och offentlig regi per kommuntyp 2019.

Not: Bearbetning av underlag till enkätundersökning riktad till verksamhetschefer vid landets vårdcentraler (oktober 2019).

Källa: Vård- och omsorgsanalys 2020c.

Utöver privata aktörer i vårdval finns det i dag vårdgivare som verkar med stöd av lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) eller lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF). SKR (2021j) har publicerat en sammanställning av antalet privata läkare och fysioterapeuter. Under 2020 fanns det 671 läkare som var verksamma enligt LOL, av dem var 142 specialister inom allmänmedicin. Antalet verksamma fysioterapeuter enligt LOF var 1 396 stycken. Från statistiken framgår enbart i vilken region som verksamheten ligger, men inte i vilken kommun. Av de totalt 671 läkarna var 485 verksamma i region Stockholm, region Skåne och Västragötalandsregionen. Motsvarande siffra för fysioterapeuterna var 866 av totalt 1 396. En trolig slutsats är att majoriteten av verksamheterna ligger i storstadsområden. Det stämmer även med statistik från Privatläkarföreningen som visar att omkring hälften av de yrkesverksamma medlemmarna som är specialister i allmänmedicin bor i storstadskommuner. Knappt tio procent bor i landsbygdskommuner.



## 9.2 SÄMRE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR VALFRIHET

Kärnan i vårdvalssystemet är att patienterna kan välja mellan vårdgivare, och att ersättningen ska följa patientens val. Det är etableringsfrihet för de fristående vårdgivare som uppfyller regionernas krav och alla aktörer som ingår i vårdvalssystemet ska behandlas lika.

Ett av syftena med att införa vårdvalssystemet var att stimulera till en mångfald av vårdgivare. Det skulle också bidra till förbättrad tillgänglighet, kostnadseffektivitet och nytänkande (prop. 2008/09:74). Det nya systemet medförde att regionerna själva inte längre kunde bestämma den geografiska placeringen av vårdcentralerna. Kritiker till reformen befarade att vårdvalet skulle påverka regionernas förutsättningar att säkerställa en god tillgänglighet till primärvård i glest befolkade områden, vilket skulle påverka förutsättningarna för en jämlik vård (Kullberg, Blomqvist & Winblad 2018). Ett problem med vårdvalssystemet är också att det styrs utifrån vårdgivarnas etablering och inte utifrån befolkningens behov (SOU 2017:47).

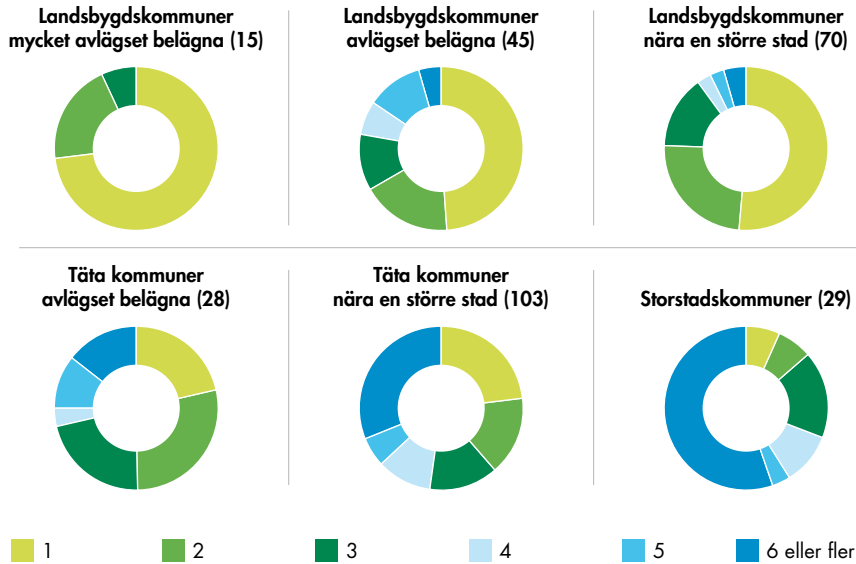
Trots att regionerna inte fullt ut kan bestämma över den geografiska placeringen av vårdcentralerna i ett vårdvalssystem ansvarar de för att säkerställa en jämlik tillgång till vård i regionen. Kullberg, Blomqvist och Winblad (2018) beskriver uppdraget att säkerställa en god tillgång på vård för alla invånare och samtidigt erbjuda konkurrensneutrala villkor för alla vårdgivare som en målkonflikt.

### 9.2.1 Många landsbygdskommuner har bara en vårdcentral

Redan innan vårdvalssystem infördes inom primärvården konstaterade Konkurrensverket (2007) att det kan vara svårt att uppnå en faktisk valfrihet i glest befolkade områden. Det beror på att det behöver finnas flera olika vårdgivare och en överkapacitet i systemet för verklig valfrihet. För att undvika köbildning måste utbudet vara större än efterfrågan, och för att fler än en producent ska vara verksam på marknaden krävs det att patientunderlaget är tillräckligt stort. Sammantaget medför det att det är svårare att uppnå verklig valfrihet i landsbygden.

När vi undersöker antalet vårdcentraler i förhållande till befolkningen ser vi att landsbygdskommunerna har ett högre antal vårdcentraler i förhållande till befolkningen. Samtidigt är det en större andel av landsbygdskommunerna som enbart har en vårdcentral. Omkring hälften av de avlägset belägna landsbygdskommunerna och landsbygdskommunerna nära en större stad och elva av de totalt femton mycket avlägsna landsbygdskommunerna har enbart en vårdcentral. Figur 33 visar antalet vårdcentraler per kommun i de olika kommuntyperna.

Figur 33. Fördelningen av antalet vårdcentraler per kommun 2019.



Not: Bearbetning av underlag till enkätundersökning riktad till verksamhetschefer vid landets vårdcentraler (oktober 2019).

Källa: Vård- och omsorgsanalys 2020c.

## 9.2.2 Patienterna uppskattar valfrihet men utnyttjar den inte alltid

Utredningen *Styrning för en mer jämlik vård* konstaterar att den faktiska valfriheten i landsbygden ofta är mycket begränsad på grund av tidsavstånden till vårdmottagningarna (SOU 2019:42). Våra resultat visar att valfriheten upplevs som mindre viktig av dem som bor i landsbygdkommuner än i andra kommuner. Avsaknaden av faktiska valmöjligheten kan troligen delvis förklara det.

Av de personer som besvarat vår enkät om patientlagen ansåg 40–56 procent av personerna i landsbygden att det är viktigt att kunna välja vårdcentral. Det är lägre än i storstäder och tätorter nära större städer, där motsvarande siffra är över 60 procent. Det är också betydligt mindre vanligt att personer i landsbygden har valt primärvård i sitt hemlän jämfört med personer i storstäder och täta kommuner nära större städer – 38 och 63 procent i den mycket avlägsna och avlägsna landsbygden jämfört med 76 procent i täta kommuner nära större städer och 81 procent i storstäder.

Både resultaten från enkäten och intervjuerna pekar på att den främsta orsaken till att inte ha valt vårdgivare av primärvård är att man inte upplevt ett behov av att göra ett val. I mycket avlägsna och avlägsna landsbygdkommuner är det näst vanligaste skälet att det inte finns några



vårdcentraler att välja mellan. Även om det finns en önskan om att få välja primärvård är det alltså i praktiken svårt. Några av de personer som vi intervjuat har önskemål om att det borde vara lättare att välja mellan kliniker och läkare.

Vård- och omsorgsanalys (2014) har även tidigare konstaterat att personer som bor i landsbygden upplever att det är mindre viktigt att kunna välja vårdcentral. Faktorer som ligger bakom att man inte gjort ett aktivt val av vårdcentral är en uppfattning om att valfrihet inte är viktigt och en trötthet på att välja, och endast delvis avsaknaden av faktiska valmöjligheter.

Patientorganisationerna som vi har intervjuat beskriver att valfriheten kan fylla olika funktioner för olika grupper. Det kan ge kontinuitet eller medföra att man får gå till en vårdcentral som man har förtroende för. För yngre som bor i landsbygden kan det vara viktigt att få välja en vårdcentral nära arbetsplatsen. Val av en särskild läkare beskrivs inte ha samma innebörd i landsbygden, eftersom man som patient ändå riskerar träffa olika läkare som en följd av brister i bemanningen.

Inga av de ärenden till patientnämnderna från personer som bor i landsbygdskommuner som vi har analyserat handlade om bristande valfrihet. Det förekommer några ärenden med det temat från övriga kommuntyper.

### **9.2.3 Konkurrens mellan vårdgivare fungerar sämre i landsbygden**

Ett vårdvalssystem innebär att alla vårdgivare ska behandlas likvärdigt och konkurrensneutralt. Det medför begränsade förutsättningar att stimulera till att vårdgivare etablerar sig i områden som framstår som mindre attraktiva.

Höga investeringskostnader och låga förväntade vinstmarginaler gör att privata investerare inte söker sig till landsbygden, vilket i sin tur bidrar till att marknaden inte fungerar enligt avsikten (Kullberg, Blomqvist & Winblad 2018). En undersökning som Vårdföretagarna (2019) har genomfört visar att 15 av 21 regioner under 2018 hade ett underskott för den regiondrivna primärvården inom vårdval.

Kullberg, Blomqvist och Winblad (2018) beskriver hur marknadens principer med konkurrens mellan vårdgivare inte fungerar i landsbygden. Ett system där både privata och offentliga vårdgivare konkurrerar om patienterna minskar huvudmännens förutsättningar att samordna vården och gynna samarbete mellan vårdgivare. Mot bakgrund av det ses vårdvalssystemet ibland som ett hot mot en jämlik och behovsbaserad vård. När en högre andel privata vårdgivare etablerar sig i tätorter kan det medföra att vårdens



resurser omfördelas från landsbygd till stad, vilket bidrar till en ojämlig vård (Riksrevisionen 2014).

### 9.3 SPECIFIK ERSÄTTNING FÖR ATT ÖKA ETABLERINGEN

Förändringar av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården som inneburit en uppdelning i utförare och beställare av vård, konkurrens, privatisering och marknadsstyrning har påverkat betydelsen av vårdens ersättningsystem (Blomqvist & Rothstein 2000). Dagens vårdvalssystem innebär bland annat att privata och offentliga vårdgivare ska ersättas på ett likvärdigt sätt. Över tid har ersättningsmodellerna blivit allt mer detaljerade (Anell 2010; Lindgren 2014). Det har även blivit vanligare med ersättningsmodeller med viktning och andra justeringar. Syftet är att försöka komma tillrätta med sådant som inte fungerar och motverka marknadsmisslyckanden. Exempelvis kan viktning av ersättning till vårdgivare utifrån patienternas förväntade vårdbehov och socioekonomiska situation kompensera för skillnader i resursbehov (SOU 2017:56).

Tidigare utredningar har gått igenom ersättningsmodellerna i primärvården och konstaterar att ersättning per person, så kallad kapiteringsersättning eller listningsersättning, är den vanligaste ersättningsformen inom primärvården (SOU 2017:56; Vård- och omsorgsanalys 2017a). Vi har inte gjort en ny fullständig genomgång av alla vårdvalsavtal, men bilden är fortfarande att listningsersättning är den vanligaste ersättningsmodellen.

Grundprincipen i vårdvalssystemet är att ersättningen baseras på patientens val av mottagning. Om en person är missnöjd med vårdcentralen är tanken att personen ska kunna byta till en annan mottagning och att kvalitetskonkurrens därmed ska uppstå. Eftersom de flesta vårdvalssystemen baseras på listningsersättning blir det svårare för regionerna att ge ekonomisk kompensation till vårdgivare i landsbygden där befolkningsunderlaget är mindre (Isaksson, Blomqvist & Winblad 2017). Ekonomiska incitament för etablering i landsbygden beskrivs som dåliga, eftersom det är svårt att dra nytta av skalfördelar och effektivisering (Kähkönen 2007; SOU 2019:42). Utöver det är konkurrens svårt att uppnå som en följd av ett litet antal vårdgivare och långa resvägar till vården för patienterna. I och med att patienternas val påverkar ersättningen till den enskilda vårdcentralen, minskar även huvudmännens möjlighet att ge ökade resurser till vårdcentraler i områden med sämre marknadsmässiga förutsättningar (Fredriksson, Blomqvist & Winblad 2013). Regioner med mycket landsbygd tenderar att ha en högre andel listningsersättning snarare än ersättning per



besök och genom det skapa specifika villkor för vårdgivare verksamma i landsbygden (Kullberg, Blomqvist & Winblad 2018).

### 9.3.1 Vårdcentraler i landsbygden får ofta högre ersättning

Vi har gått igenom förfrågningsunderlagen för vårdvalen i regionerna, för att kartlägga om de använder någon form av ökad ersättning till vårdcentraler i landsbygden. I dag är det sexton regioner som har någon form av ersättning baserad på geografi eller storlek för att kompensera för andra villkor för vårdcentralerna i landsbygden. Blekinge, Gotland, Halland och Skåne är de regioner som inte har någon specifik ersättning för landsbygden. I Region Stockholm är Norrtälje den enda landsbygdskommunen i regionen. Där finns ett särskilt förfrågningsunderlag som en följd av att Region Stockholm och Norrtälje kommun tillsammans bildat ett kommunalförbund och är gemensam huvudman för vården och omsorgen.

Ersättningen i regionernas respektive vårdvalssystem baseras på olika kriterier som kan kombineras och användas tillsammans med olika poängsystem och vikter. Exempel på kriterier som används i avtalen:

- vårdcentralen är den enda på orten
- avståndet till sjukhus
- avståndet till närmaste större ort
- befolkningstäthet
- specifikt utpekade kommuner
- specifik ersättning för filialer.

I bilaga 3 finns en beskrivning av ersättningarna i alla regioner. Ersättningen betalas vanligen per listad person, men i vissa fall får vårdcentralen en bestämd summa. Det är svårt att bedöma ersättningarnas storlek jämfört med varandra. Av de regioner som har skrivit ut en specifik summa per listad varierar den mellan cirka 100 och 800 kronor. Summan kan också variera mellan vårdcentraler i regionen beroende på hur kriterierna kombineras.

## 9.4 VÅRDGIVARNA UPPLEVER OLIKA FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR ETABLERING

Regeringen har uttalat att det behöver vara möjligt för vårdgivare av olika storlek att tillsammans kunna ingå avtal med regionerna. Utförarna kan

komplettera varandras bemanning och gemensamt uppfylla de krav som finns på primärvården i regionernas avtal. Enligt regeringen skulle en lösning där vårdgivare gemensamt kan gå ihop i ett avtal med regionen kunna bidra till ökade förutsättningarna för att erbjuda vård även i glest befolkade delar av landet (prop. 2019/20:164).

I debatten framställs det ibland som att offentlig styrning är nödvändigt för att uppnå en god tillgänglighet till vården även i landsbygden. Några studier slår fast att privata företag väljer bort landsbygden som en följd av lägre befolkningstäthet och sjukare patienter (Kullberg, Blomqvist & Winblad 2018). Privata vårdgivare beskriver också att de inte har ett intresse av att konkurrera ut befintlig verksamhet i offentlig regi i områden där befolkningsunderlaget inte är tillräckligt stort (SOU 2019:42).

Vi har genomfört intervjuer med företrädare för privata vårdgivare för att undersöka deras bild av förutsättningarna att bedriva vård i landsbygden. På samma sätt som för vården i landsbygden generellt, så framstod problem med kompetensförsörjningen som den största utmaningen. Andra problem som vårdgivarna belyste var förutsättningar för planering och ekonomi.

### 9.4.1 Kompetensförsörjningen är en stor utmaning

Företrädarna för privata vårdgivare som vi intervjuat beskriver att det överlag är svårt att rekrytera personal till verksamheten, och i synnerhet svårt att rekrytera specialistläkare i allmänmedicin. Samma bild framkommer i Socialstyrelsen kartläggning av förutsättningarna för små vårdgivare (Socialstyrelsen 2021d).

Samtidigt som de vårdgivare vi intervjuat ser stora utmaningar med kompetensförsörjningen beskriver de även att de upplever att de har en fördel att rekrytera personal jämfört med offentliga vårdgivare. Det kan bero på att verksamheten ofta är mindre, beslutsvägarna är kortare och att det finns större möjligheter att påverka sin egen arbetssituation.

” Privata vårdgivare kan ha lättare att rekrytera – kan vara attraktivt med korta beslutsvägar. Blir en helt annan delaktighet, oavsett om man själv är delägare eller bara anställd.”

Från den litteraturgenomgång vi genomfört framkommer att arbetsplatsens storlek och utformning är en faktor som även beskrivs som betydelsefull när det gäller kompetensförsörjning (Asghari m.fl. 2020; Campbell, McAllister & Eley 2012). Möjligheter att anpassa schema, arbetsbelastning och delaktighet



i beslut på arbetsplatsen beskrivs som viktiga faktorer (Campbell, McAllister & Eley 2012).

En viktig del av kompetensförsörjningen består av att utbilda personal, både ST-läkare inom allmänmedicin, men även sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor. I intervjuerna med privata vårdgivare framkommer även att olika förutsättningar för att utbilda personal är en utmaning för kompetensförsörjningen. De beskriver att privata vårdgivare i många fall inte får ta del av regionernas finansiering av utbildning, vilket påverkar deras förutsättningar att utbilda personal och i förlängningen deras förutsättningar för en ändamålsenlig kompetensförsörjning.

En liknande bild ger också Tillväxtverket (2019), som i sin utvärdering av kompetensförsörjning i landsbygden menar att små och medelstora företag i landsbygden måste få stöd för att arbeta mer strategiskt med sin kompetensförsörjning.

#### **9.4.2 Vårdgivare har blandade uppfattningar om glesbygdsersättning**

Det är vanligt att regionerna ger en specifik ersättning till vårdgivare i landsbygden dels som strategi för att öka tillgängligheten, dels för att kompensera för landsbygdens specifika förutsättningar. Det visar vår genomgång av regionernas förfrågningsunderlag. Uppfattningen om kompensation genom en specifik landsbygdsersättning skiljer sig mellan privata vårdgivare.

” Glesbygdsersättning är trubbigt men en väldigt viktig grundförutsättning.”

Ett par av de företrädare för privata vårdgivare som vi har intervjuat upplever att den här formen av kompensation ger önskad effekt och bidrar till förbättrade förutsättningar att utföra vård i landsbygden. Andra menar att ersättningen är otillräcklig och att det är svårt att få verksamheten att gå runt ekonomiskt. Resultaten från Socialstyrelsens (2021d) kartläggning av förutsättningarna för små vårdgivare ger delvis samma bild, men de konstaterar att ersättningsmodellerna kan behöva vidareutvecklas och användas i ännu större utsträckning.

Några regioner ger en specifik ersättning för filialer, vilket både Socialstyrelsen (2021d) och flera av de vårdgivare som vi har varit i kontakt med tycker är positivt. Det ger ökade möjligheter att bedriva verksamhet i landsbygden. Ett förslag från Socialstyrelsen (2021d) är att regionerna ska

stimulera utvecklingen av filialverksamhet genom att utveckla stödstrukturer för att verksamheter i tätorter ska kunna utnyttja den befintliga möjligheten att öppna verksamheter i landsbygden.

### 9.4.3 Uppdragets utformning är en viktig faktor

Regionerna har valt att utforma uppdragen inom primärvården på olika sätt. Det vanligaste är att vårdvalet är ett brett uppdrag (Socialstyrelsen 2021d). Det innebär att vårdcentralen har många kompetenser och kräver i många fall stora investeringar. I våra intervjuer med privata vårdgivare beskriver de att de breda vårdvalen med stora mottagningar till viss del är ett hinder för små vårdgivare att etablera sig i landsbygden. Det kan exempelvis vara svårt att rekrytera alla kompetenser som behövs. De breda vårdvalen beskrivs på samma gång kunna minska fragmentiseringen av vården och bidra till en mer sammanhållen vårdkedja, vilket är positivt.

” Det är svårt med det breda uppdraget. Mycket småföretagande i primärvården – det är omöjligt utan stort eget kapital. Med tilläggsuppdrag, kunde man växa organiskt efter hand. Men alla säger inte så – vissa säger att de klarar det breda uppdraget så länge de får använda underkonsulter. Speciellt om man ska starta upp från början! Det krävs ett stort patientunderlag för att kunna gå runt. Hur man utformar sina uppdrag är en nyckelfråga för vårdgivare i landsbygden.”

Enligt Socialstyrelsen (2021d) är det vanligt att privata vårdgivare tar stöd av underleverantörer för att fullgöra uppdraget. De privata vårdgivarna som vi har intervjuat beskriver det som en möjlighet att även kunna ha tillgång till kompetenser som fysioterapeuter, psykologer eller kuratorer. I Socialstyrelsens arbete med att kartlägga förutsättningarna för små vårdgivare framkommer att en begränsande faktor för att ha lösningar med underleverantörer är att kostnaderna för underleverantörer inkluderar en vårdmoms. Det är även något som framkommer i våra intervjuer med företrädare för privata vårdgivare.

Ett fåtal personer som Socialstyrelsen intervjuat i arbetet med uppdraget om små utförarens förutsättningar beskriver att det finns fördelar med att flera vårdgivare gemensamt tecknar avtal med regionen. Det kan medföra en ökad kompetensbas och ökade resurser för att hantera administrativa processer som personalfrågor, it och ekonomi (Socialstyrelsen 2021d).



### *Stora vårdgivare upplevs ha fördelar att etablera sig i landsbygd*

Vårdgivarens storlek är också något som lyfts fram i intervjuerna. Det kan vara en fördel att vara en stor vårdgivare med flera mottagningar när man etablerar sig i landsbygden. Det medför förbättrade förutsättningar att hjälpa och avlasta mottagningar vid problem med bemanning. Det kan också medföra utökade karriärvägar för personalen, vilket kan innebära att man framstår som en mer attraktiv arbetsgivare. Den kan vara positivt vid rekrytering av personal. I andra fall beskrivs det som en fördel att vara en liten vårdgivare, eftersom det ger en mindre arbetsplats som kan vara en rekryteringsfördel i vissa sammanhang.

#### **9.4.4 Viktigt med goda förutsättningar för planering**

De privata vårdgivare som vi intervjuat beskriver att brister i dialogen med regionerna om vårdvalens utformning kan vara en utmaning. Vårdgivarna beskriver situationer där regionen saknat förståelse för verksamhetens förutsättningar, och att avtalsvillkoren ibland ändras utan dialog och med kort varsel, vilket medför svårigheter att anpassa verksamheten till de nya villkoren. De beskriver också det omvända, det vill säga att avtalsvillkoren inte uppdateras tillräckligt ofta eller är tillräckligt flexibla för att ge möjlighet till utveckling och nya arbetssätt. I vissa fall finns det även svårigheter med att uppfylla specifika krav i avtalen på grund av landsbygdens specifika förutsättningar. Ett exempel kan vara bemanning av olika kompetenser.

” Behövs stabila och långsiktiga förutsättningar. Och dialog under året med privata och offentliga vårdgivare. Vad fungerar bra med vårdvalen? Vad går inte att leva upp till? Den där kontinuerliga dialogen behövs i hela primärvården – men särskilt utanför större städer.”

” Inom fysioterapin är behoven av resurserna inte hundra procentiga, det är delbehov man har. Man har inte råd att ha bemanning till hundra procent. I större städer kan flera dela på resurser på deltid, till exempel avseende fysioterapeuter och dietister men det är mycket svårt i landsbygden.”

Liknande resultat framkommer även i Socialstyrelsens (2021d) kartläggning av små utförarens förutsättningar att verka inom primärvården. En del i att underlätta för mindre aktörer i landsbygden skulle kunna vara att anpassa

villkoren i vårdvalet utifrån geografiska områden. Det kan även handla om att regionerna stärker och utvecklar sitt näringsfrämjande arbete.

Samtliga vårdgivare som vi intervjuat beskriver också att det är en svårighet att regionerna har olika villkor för vårdvalen. Det försvårar skalfördelar och gör det svårare att etablera sig i flera regioner. Vårdgivarna upplever också att det bidrar till skillnader i vården för patienterna, vilket kan leda till en ojämlig vård.

#### **9.4.5 Utredning föreslår insatser för att förenkla etablering**

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att undersöka små vårdgivares möjligheter att verka i primärvården (Regeringskansliet 2020). I uppdraget ingår att kartlägga hur möjligheten ser ut för flera vårdgivare av hälso- och sjukvård gemensamt ingå avtal med regionerna. Syftet med arbetet är att identifiera insatser för att underlätta för mindre vårdgivare att erbjuda sina tjänster inom primärvården. Uppdraget rapporterades i maj 2021.

Utredningen visar att det inte förekommer att flera privata vårdgivare gemensamt ingår avtal om att bedriva primärvård med regionerna (Socialstyrelsen 2021d). Orsakerna till det varierar och upplevs olika mellan regionerna och utförarnas perspektiv. Faktorer som påverkar är bland annat affärsmässiga och juridiska utmaningar, det lokala sammanhangets påverkan samt att regionerna upplever svårigheter att hantera två parter i ett avtal.

I arbetet har Socialstyrelsen identifierat insatser för att underlätta för vårdgivare av olika storlek att verka i primärvården. Insatserna handlar om att utveckla ersättningen för etablering och verksamhet, att stärka förutsättningarna för likformighet mellan regionerna, samt att använda de möjligheter som finns inom upphandlingslagstiftningen i dag.

#### **9.4.6 Regionerna upplever ett större ansvar för patienter i landsbygden**

Företrädarna för regionerna som vi intervjuat beskriver hur de upplever en skillnad i fördelningen av patienter där det finns privata vårdgivare. De uppfattar att vårdgivare i offentlig regi i större utsträckning omhändertar personer med komplex sjukdomsbild och med ett större vårdbehov. Det är även en bild som beskrivs i utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* (SOU 2020:19). Anledningar till att personer med komplex sjukdomsbild oftare går till vårdgivare i offentlig regi kan vara att de som en konsekvens av sin sjukdomsbild har svårare att göra informerade val. I en utvärdering från region Östergötland anger vårdgivare också att



ersättningsystemet påverkar förutsättningarna att erbjuda vård till grupper med stora behov (Region Östergötland 2018).

De företrädare för regionerna som vi intervjuat beskriver även situationer där privata vårdgivare har etablerat sig i en landsbygdskommun men upplever villkoren som allt för olönsamma och därför säger upp sitt avtal. I och med att regionen har ett sistahandsansvar för att erbjuda vård måste de i dessa fall med kort varsel öppna en verksamhet. Flera av representanterna för regionerna beskriver vårdvalssystemet som problematiskt i landsbygden.

## 9.5 UTREDNINGAR FÖRESLÅR NYA UPPHANDLINGSSTRATEGIER

Vi kan konstatera att konkurrensförutsättningarna inom ett vårdvalssystem fungerar sämre i landsbygden. Det är också färre privata aktörer, både inom vårdval och inom LOL som är verksamma i landsbygden. Utredningarna *Samordnad utveckling för en god och nära vård* och *Styrning för en mer jämlik vård* presenterar förslag på specifika strategier för upphandling av vård i landsbygden.

### 9.5.1 Utredning föreslår ny lag för inköp av vård i landsbygden

Delbetänkandet från utredningen *Samordnad utveckling för en god och nära vård* föreslår en ny lag, lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet (SOU 2020:19). Förslaget innebär att vissa regioner genom de förutsättningar som den nya lagen ger ska kunna köpa hälso- och sjukvårdstjänster som ett komplement till upphandlingsförfarandet enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU) eller vårdvals-förfarandet enligt LOV. Parallellt ska också systemet med aktörer som är verksamma enligt LOL och LOF upphöra. Den föreslagna lagen ska kunna tillämpas i regioner som har glesbygdsområden.

Tanken med förslaget är att det ska bidra till bättre förutsättningar för små aktörer att etablera sig i glesbygd. Enligt utredningen är det ändamålsenligt att ha ett specifikt system för att skapa långsiktiga förutsättningar för etablering och kompetensförsörjning. Förslaget begränsas till ett antal kommuner baserat på befolkningstäthet och avstånd till tätort. Utifrån den definition som används inkluderas i första hand kommuner i norra Sverige där avstånden är långa. Lagen skulle därför inte kunna tillämpas i landsbygden nära en större stad, även om det också finns utmaningar med kompetensförsörjning och tillgänglighet till vård i dessa kommuner.



### 9.5.2 Möjlighet till fler vårdvalssystem baserat på geografi

Ett förslag från utredningen *Styrning för en mer jämlik vård* handlar om att förtydliga möjligheterna till flera vårdvalssystem baserat på geografi inom en region (SOU 2019:42). Det skulle kunna innebära att regionen har ett specifikt vårdvalssystem med bättre ekonomiska villkor för ett område som är mer glesbefolkat. Syftet är att ge bättre förutsättningar att utföra vård i områden där det finns brister i utbudet. Ett landsbygdsanpassat vårdval skulle kunna ge förutsättningar att anpassa uppdraget utifrån specifika behov i landsbygden. Uppdraget skulle både kunna vara större och inkludera viss slutenvård, men det skulle även kunna bli mindre för att skapa förutsättningar för små vårdgivare att etablera sig. Ytterligare ett scenario är att regionerna utvecklar ett uppdrag för digital tillgänglighet i landsbygd.

Utöver det är ett förslag från utredningen att regionerna i ökad utsträckning ska använda olika former av kompensation i ersättningsmodellerna, för att göra det mer attraktivt att etablera sig på vissa orter. Till sist rekommenderas även regionerna att komplettera vårdvalssystemet med upphandling enligt LOU och genom det kunna erbjuda mer attraktiva villkor i områden där det saknas utbud.





## Slutsatser och rekommendationer

På uppdrag av regeringen har vi undersökt hur tillgänglighet och kvalitet i primärvården i Sveriges landsbygder ser ut i dag, och hur den kan utvecklas för att främja en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. En utgångspunkt i vårt arbete har varit regeringens mål för omställningen till en god och nära vård. Utifrån de målen belyser vi aspekter av tillgänglighet och kvalitet, som väntetider, personcentrering och kontinuitet. I det här kapitlet presenterar vi våra samlade slutsatser och rekommendationer utifrån våra analyser. Avslutningsvis ger vi rekommendationer till regeringen, regionerna och kommunerna.

Vi utgår ifrån våra övergripande frågeställningar:

- Hur ser tillgänglighet och kvalitet ut i primärvården i Sveriges landsbygder?
- Hur ser förutsättningarna för primärvården i landsbygden ut?
- Hur kan primärvården i landsbygden utvecklas för att främja en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen?

I vår analys framkommer att geografisk tillgänglighet, kontinuitet och vissa medicinska utfallsmått är områden där landsbygden har ett sämre resultat än andra kommuntyper. De tre områdena relaterar till varandra. Långa avstånd till vården och bristande kontinuitet kan båda påverka det medicinska utfallet. Bristande kontinuitet är också en följd av svårigheter med kompetensförsörjning som, utifrån resultaten av vår analys, är den mest uttalade utmaningen för primärvården i landsbygden. Samtidigt finns



det många faktorer som påverkar de skillnader vi ser, och det är svårt att dra slutsatser om orsakerna. Det är viktigt att följa de skillnader som finns och att genomföra insatser för att minska dem.

Det är angeläget att påpeka att det i många fall bara finns små skillnader mellan kommuntyper för de tillgänglighets- och kvalitetsaspekter som vi analyserat. Det finns flera områden, bland annat delaktighet och samordning, där landsbygdskommuner har ett bättre resultat. Primärvården i landsbygden har förhållandevis goda förutsättningar att lyckas med omställningen till en god och nära vård. Exempelvis tar primärvården i landsbygden ett större ansvar och omhändertar fler personer med komplexa behov och verkar fungera som navet i vården. Omställningen påverkas av de utmaningar vi har identifierat. Hur framgångsrikt arbetet med omställningen blir beror till viss del på arbetet med att möta de identifierade utmaningarna.

Den övergripande bilden av vår analys är att skillnader mellan kommuntyper inte framstår som den viktigaste utmaningen. Förutsättningar till en god hälsa och en jämlik vård relaterar snarare till hälsans bestämningsfaktorer som socioekonomiska faktorer och utformningen av hälso- och sjukvårdssystemet i stort.

Vi kan slutligen konstatera att det finns generella brister inom primärvården oavsett kommuntyp. Det är därför viktigt att arbeta med att stärka primärvården i alla delar av landet för att uppnå en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

I figur 34 sammanfattar vi våra övergripande slutsatser.

**Figur 34.** Sammanfattning av rapportens resultat och slutsatser.

### Hur ser tillgänglighet och kvalitet ut i primärvården i Sveriges landsbygder?

#### Skillnader i viss tillgänglighet och kvalitet.

- ▶ En tillgänglighetsbarriär som utmärker landsbygden är långa avstånd, men geografisk tillgänglighet till vårdcentralen framstår inte som ett hinder för att söka vård.
- ▶ Det är små skillnader i upplevd tillgänglighet och faktiska väntetider mellan kommuntyper; de flesta upplever att de har tillgång till den vård de behöver. Samtidigt tycker många att det är svårt att komma i kontakt med vården.
- ▶ Vissa medicinska utfallsmått har ett sämre resultat i landsbygden. Exempelvis högre sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet och en större andel äldre som har läkemedel som bör undvikas.
- ▶ Kontinuiteten är något sämre i landsbygden, och en lägre andel har en fast läkarkontakt.
- ▶ Upplevelserna av delaktighet och samordning är bättre bland personer som bor i landsbygdskommuner.

(forts.)

Figur 34. (forts.)

### Förväntningarna på vården beror på annat än bostadsort.

- ▶ Personer i landsbygden har inte andra förväntningar på vården än personer i andra kommuntyper. Förväntningarna varierar mellan personer och i olika situationer.
- ▶ Det finns en skillnad mellan personers förväntningar och hur väl de uppfylls av vårdcentralen.
- ▶ Den kvaliteten på vården som flest uppskattar, oavsett var i landet de bor, är hög medicinsk kvalitet, god kontinuitet och delaktighet. Det är också viktigt att det är enkelt att komma i kontakt med vården och att den är tillgänglig när man behöver den.

### Hur ser förutsättningarna för primärvården i landsbygden ut?

#### Ökad tillgänglighet och kvalitet måste utgå från lokala förutsättningar.

- ▶ Det är viktigt att primärvården utformas utifrån lokala förutsättningar, och landsbygds-perspektivet måste beaktas i förslag, beslut och strategier.
- ▶ Insatser för ökad tillgänglighet kan handla om att använda olika digitala lösningar som videolösningar och distansmonitorering, eller mobila team.
- ▶ Samverkan och samordning kan vara en del i att säkerställa kvalitet i vården. Det omfattar bland annat strukturerade vårdkedjor och informationsöverföring.
- ▶ Kompetens i förändringsledning och förmåga att driva utvecklingsprojekt är viktigt för att utveckla vården.
- ▶ Det finns ett behov av forskning om insatser för att utveckla vården i landsbygden och att de insatser som genomförs följs upp och utvärderas för att identifiera kostnadseffektiva insatser.

#### Goda exempel ger lösningar på centrala utmaningar.

- ▶ Insatserna syftar ofta till att minska effekterna av långa avstånd till vården och minska påverkan av bristande kompetensförsörjning.
- ▶ Vanliga insatser är utökad samverkan, digitala lösningar och uppgiftsväxling.
- ▶ Insatsernas utformning påverkas av och anpassas till lokala förutsättningar.
- ▶ Det saknas ofta en komplett och långsiktig uppföljning av insatsernas effekter, vilket medför svårigheter att uttala sig om kostnadseffektiviteten.

#### Bättre förutsättningar för kompetensförsörjning kräver kontinuerliga insatser.

- ▶ Kompetensförsörjningen framstår som den viktigaste utmaningen för primärvården i landsbygden.
- ▶ Det är angeläget att kontinuerligt genomföra insatser både för att attrahera, rekrytera och behålla personal.
- ▶ Viktiga områden för insatser är utbildning, arbetsmiljö och generella villkor för att bo i landsbygden.
- ▶ Det finns ett behov av att utvärdera de insatser som genomförs för att få bättre kunskap om insatsernas effekter.

(forts.)



**Figur 34.** (forts.)

#### **Digitalisering kan öka tillgängligheten och kontinuiteten.**

- ▶ Digitalisering är en viktig del i att möta utmaningar med tillgänglighet och kompetensförsörjning.
- ▶ Personer som bor i landsbygdskommuner har lägre förtroende för och förväntningar på digitala vårdgivare, och förutsättningarna för att använda digitala lösningar varierar.
- ▶ Viktiga förutsättningar för en ökad digitalisering är desamma över landet. De omfattar bland annat ett tydligt syfte och mål, en digital infrastruktur med möjlighet till informationsöverföring och tillgång till rätt kompetens.
- ▶ I vissa fall har landsbygdskommuner sämre förutsättningar för digitalisering. Exempelvis kan fiberuppkoppling och mobiltäckning saknas. Förutsättningarna att rekrytera rätt kompetens för digitaliseringen är också sämre.

#### **Privata vårdgivare upplever det svårt att etablera sig.**

- ▶ En orsak till att privata vårdgivare inte etablerar sig i landsbygden kan vara svårigheter att rekrytera personal. Avtalens utformning och planeringsförutsättningarna för verksamheten är andra viktiga faktorer.
- ▶ Flera regioner använder olika former av högre ersättning i landsbygden för att stimulera etablering och kompensera för högre resursbehov.
- ▶ Regionerna skulle kunna använda olika avtalsmässiga lösningar för att öka etableringen av privata vårdgivare i landsbygden i större utsträckning än i dag.
- ▶ Det saknas ofta ett tillräckligt patientunderlag för att kvalitetskonkurrens ska fungera.
- ▶ Vårdvalet riskerar att medföra en resursflyttning från landsbygden, vilket kan skapa ojämlikheter i vården.
- ▶ En konsekvens av att färre privata vårdgivare etablerar sig är minskad valfrihet, men valfriheten upplevs också som mindre viktig.

#### **Hur kan primärvården i landsbygden utvecklas för att främja en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen?**

##### **Det finns flera orsaker till skillnader i tillgänglighet och kvalitet.**

- ▶ Det är svårt att med säkerhet uttala sig om orsakssambanden och därför svårt att identifiera en unik insats för att utveckla primärvården i landsbygden.
- ▶ Skillnaderna vi ser mellan kommuntyper påverkas inte enbart av utformningen av primärvården. Faktorer inom hela hälso- och sjukvårdssystemet i kombination med socioekonomi, och samhällsliga och strukturella faktorer har betydelse.

##### **Primärvården behöver utvecklas i alla delar av landet.**

- ▶ Det finns generella utmaningar inom primärvården. Det fortsatta arbetet bör syfta till att stärka primärvården i alla delar av landet och inte specifikt i landsbygden.
- ▶ Det är viktigt att följa omställningen till en god och nära vård i landsbygden, så att den inte medför ökade kvalitetsskillnader som en konsekvens av att primärvården tar ett större ansvar utan att ha adekvat kompetens och resurser.

## 10.1 KARTLÄGGNING AV PRIMÄRVÅRDEN I LANDSBYGDEN

Vår första frågeställning handlar om hur tillgängligheten och kvaliteten i primärvården i landsbygden ser ut. Vi har kartlagt ett antal aspekter av tillgänglighet och kvalitet i primärvården i landsbygden och i andra kommuntyper. I vissa fall har landsbygdskommuner ett sämre resultat, exempelvis sämre kontinuitet. Det finns också delar som verkar fungera bättre i landsbygden. Patienterna upplever bland annat en högre grad av samordning. Vi kan inte se ett tydligt mönster att vården i landsbygden överlag skulle fungera bättre eller sämre. Vår slutsats är att skillnader mellan kommuntyper inte framstår som de viktigaste utmaningarna för primärvården. I stället är det generellt viktigt att arbeta för en stärkt primärvård i hela landet och minska skillnader relaterade till socioekonomi och hälsans bestämningsfaktorer. Samtidigt möter landsbygden större utmaningar inom dessa områden som en konsekvens av svårare demografiska förhållanden.

### 10.1.1 Skillnader i viss tillgänglighet och kvalitet

Våra resultat ger en bild av att primärvården har en större betydelse i landsbygden än i andra kommuntyper. Personer i landsbygden gör i genomsnitt fler besök i primärvården och en större andel personer har hemsjukvårdsinsatser från den kommunala hälso- och sjukvården. En orsak till det skulle kunna vara att befolkningen är äldre och har en något sämre hälsa. Fler besök i primärvården skulle också kunna förklaras av att primärvården tar ett större ansvar och i högre utsträckning omhändertar patienter som i andra kommuntyper får vård inom den specialiserade vården.

#### *God tillgänglighet trots långa avstånd*

Den tillgänglighetsbarriär som tydligast utmärker landsbygden är långa avstånd till vården, även om det finns minst en vårdcentral i varje kommun. En längre resväg upplevs samtidigt inte som en anledning till att avstå ifrån vård bland de som bor i landsbygden. Flera av de insatser som görs inom primärvården i landsbygden syftar också till att minska problem med geografisk tillgänglighet. Restiden till den specialiserade vården kan vara ännu längre, vilket kan ha negativa effekter på vårdens resultat.

De flesta upplever att de har tillgång till den vård de behöver. Vi kan inte heller se att det finns betydande skillnader i väntetider, men något fler i landsbygden upplever att de får vård i rimlig tid. Samtidigt framkommer det



att många upplever att det är svårt att komma i kontakt med vården och att kontaktvägarna kan förbättras.

### *Något sämre medicinskt utfall i den mycket avlägsna landsbygden*

När det gäller vissa delar av den medicinska kvaliteten finns det tecken på att den är något sämre i den mycket avlägsna landsbygden. Bland annat är den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten högre, och en större andel äldre har läkemedel som bör undvikas.

Det finns många faktorer som påverkar dessa resultat. En del av förklaringen kan vara att befolkningen i landsbygden i genomsnitt har en något sämre hälsa. Resultaten beror också troligen på generella brister inom hälso- och sjukvården i stort, och inte enbart på brister i primärvården. Det kan handla om långa avstånd till den specialiserade vården, brist på personal, eller avsaknad av kompetens och ekonomiska resurser.

### *Lägre kontinuitet men bättre upplevelse av samordning och delaktighet*

Personer i landsbygdskommuner har i lägre utsträckning tillgång till en fast läkare. Ibland verkar det kompenseras av att de har en annan fast vårdkontakt på vårdcentralen. Den lägre graden av kontinuitet i primärvården är troligen en konsekvens av svårigheter med rekrytering och kompetensförsörjning.

Det finns tecken på en högre grad av samordning i landsbygden. Det kan bero på att det är färre aktörer som ska samverka, men även att primärvården spelar en annan roll som en följd av långa avstånd till den specialiserade vården. God samverkan mellan kommun och region, samt mellan primärvården och annan specialiserad vård är i dessa situationer en förutsättning.

Generellt är det små skillnader i patienternas upplevelse av kvaliteten i vården, men de som bor i mycket avlägsna landsbygdskommuner är i något större utsträckning nöjda. De upplever också att de får vara delaktiga i vården i högre utsträckning. Förtroende för primärvården är i allmänhet högt, men förtroendet är högre för vården på sjukhus jämfört med i primärvården.

## **10.1.2 Förväntningar på vården beror på annat än bostadsort**

Vi kan inte se att personer i landsbygden har andra förväntningar på vården än personer i andra kommuntyper. Vi kan inte heller se att det finns tydliga skillnader mellan personer som bor i olika kommuntyper i hur väl vården uppfyller förväntningarna. Våra analyser visar däremot att olika aspekter av vården har varierande betydelse för olika personer och skiftar



utifrån situation. En del personer värderar korta väntetider, andra värderar möjlighet till en fast läkarkontakt och ytterligare några värderar delaktighet högst. Vilka preferenser och förväntningar en person har styrs av faktorer som hälsotillstånd, ålder och utbildning snarare än bostadsort. Därför är det viktigt att vården anpassas utifrån personens specifika behov och förutsättningar.

Vår analys visar också att det finns en skillnad mellan hur befolkningen värderar olika kvalitetsaspekter och hur väl de upplever att de tillgodoses på vårdcentralen. Ur det perspektivet finns det förbättringsbehov inom samtliga områden, det vill säga att vården ska tillgodose patienternas behov av kontinuitet, att patientens delaktighet ska främjas och att vården ska vara lätt tillgänglig. Utifrån analysen kan vi inte säga att förbättringsbehovet överlag är större i landsbygdskommuner.

Något som värderas högt av patienterna och befolkningen oavsett var i landet de bor är att vården håller en hög medicinsk kvalitet. Det är också viktigt att få träffa samma person vid varje besök, att få vara delaktig i vården och i beslut om behandling. Det är även viktigt att det är enkelt att komma i kontakt med vården och att den finns tillgänglig när man behöver den.

## 10.2 PRIMÄRVÅRDENS FÖRUTSÄTTNINGAR

Den andra frågeställningen handlar om vilka förutsättningar som gäller för primärvården i landsbygden. Primärvården i landsbygden möter flera utmaningar, bland annat bristande kompetensförsörjning och kontinuitet. Utmaningarna finns även i andra delar av landet, men resultatet av vår analys pekar på att de är något större i landsbygden. Det behövs insatser på alla nivåer för att möta utmaningarna.

I vissa fall verkar primärvården i landsbygden i större utsträckning arbeta utifrån den modell som är målbilden för en god och nära vård. Där kan andra kommuntyper lära av landsbygden.

Sammantaget finns det ett genomgripande behov av utveckling av vården för att bättre möta befolkningens behov och förväntningar, oavsett om man bor i landsbygd, tätort eller storstad.

### 10.2.1 Ökad tillgänglighet och kvalitet måste utgå från lokala förutsättningar

Det går inte att identifiera en unik insats som kan medföra en god och jämlik tillgång till primärvården oavsett var i landet man bor. I stället är det viktigt att primärvården utformas utifrån lokala förutsättningar.



Strategier för att öka kvalitet och tillgänglighet måste anpassas utifrån de specifika förhållandena som finns på orten. Det är viktigt att regionernas och kommunernas administrativa processer och stödsystem inte blir hinder för att anpassa utformningen av vården till landsbygdens förutsättningar.

Det är även viktigt att landsbygdsperspektivet beaktas i utredningar och i utformningen av förslag. Beslut på nationell och regional nivå måste också ha ett landsbygdsperspektiv för att möjliggöra flexibla lösningar som fungerar i landsbygden. Forskning tyder på att insatser riktade mot hälso- och sjukvårdssystemet i stort har störst påverkan på tillgänglighet och kvalitet, snarare än insatser riktade mot enskilda patienter.

### *Insatser handlar främst om tillgänglighet och samverkan*

Det finns en mångfald av insatser som kan genomföras för att förbättra tillgängligheten och kvaliteten i vården. Valet av insats bör styras av lokala förutsättningar och behov.

En del i en ökad tillgänglighet handlar om att ta vara på möjligheterna med digitala lösningar, för att minska effekten av geografiska avstånd och för att säkerställa tillgång till olika yrkeskategorier i vården. De digitala verktygen handlar framför allt om videolösningar för att konsultera läkare på distans, videomöten med patienten eller monitorering av patienten i hemmet. Det kan även handla om olika former av mobil vård där ett vårdteam besöker patienten i hemmet, eller bemannar en filial på en ort där det saknas en vårdcentral.

En del i att säkerställa kvalitet i vården kan vara ökad samverkan och samordning, både inom verksamheten och mellan aktörer. Det kan omfatta strukturerade vårdkedjor där patientansvaret tydliggjorts, men även god informationsöverföring mellan aktörer.

I de exempel på utformningen av primärvården i landsbygden som vi studerat beskrivs ofta samverkan och samordning mellan aktörer. I flera fall samverkar både primärvården, den kommunala hemsjukvården och ambulanssjukvården. Exempel på det ser vi i sjukstugemodellen (Västerbottens läns landsting 2016), Borgholmsmodellen (SKR 2020d), och modellen för Samverkande sjukvård i Fyrbodalen (Västra Götalandsregionen 2021).

Flera av insatserna handlar om ändrade arbetssätt. Det är viktigt att det finns kompetens för förändringsledning och förmåga att driva utvecklingsprojekt. Till exempel bör det finnas organisatoriska strukturer och stödsystem för utvecklingsarbete. En annan viktig faktor är att det finns en strategi för att införa goda projektresultat i den ordinarie verksamheten.

Våra resultat tyder på att vårdgivare i många fall anpassar sig till lokala förutsättningar och aktivt arbetar med att hitta lösningar för att säkerställa en god vård. Det kan vara en anpassning av vårdkedjan med en högre grad

av hembesök eller filialverksamhet till den ordinarie vårdcentralen. Det kan också handla om en flexibel användning av personal med uppgiftsväxling eller teamarbete.

### 10.2.2 Goda exempel ger lösningar på centrala utmaningar

Det finns flera exempel på utveckling och effektiva lösningar för primärvården i landsbygden i Sverige och internationellt. Vi har analyserat modeller och lösningar för att främja primärvård i landsbygden som vi har identifierat i litteraturen och i de intervjuer som vi genomfört med olika aktörer. Vi har i första hand fokuserat på exempel från Sverige och de nordiska länderna. Den genomgång vi har genomfört är inte fullständig, utan det kan finnas flera andra exempel som inte ingår i vår analys.

Vi har analyserat vilka problemområden som insatserna framför allt är riktade mot. Vi har också undersökt om de lösningar som presenteras internationellt även finns i Sverige.

Vår analys tyder på att insatserna syftar till att lösa de utmaningar som vi har identifierat som centrala för primärvården i landsbygden. Det vill säga utmaningar med bristande kompetensförsörjning och kontinuitet och långa avstånd – i synnerhet till den specialiserade vården. Modellerna använder en eller flera metoder för att uppnå målet.

Vi har identifierat samverkan, digitala lösningar och uppgiftsväxling som de huvudsakliga typerna av insatser. Det finns även ett antal insatser som genomförs för att behålla och rekrytera personal. Resultatet visar att många av insatserna syftar till att minska effekterna av långa avstånd till vården. I vissa fall är de en del i att kompensera för brister i kompetensförsörjningen. Ett ytterligare mål kan vara att minska förekomsten av akutsjukvård på sjukhus. I flera exempel beskrivs också att arbetet syftar till att ge en ökad trygghet för patienten.

#### *Svårt att beskriva effektivitet när uppföljningen brister*

Vår genomgång av de modeller och lösningar som beskrivs som goda exempel visar att det i många fall saknas uppföljning och utvärdering av insatsernas effekter, i synnerhet på lång sikt. Det beskrivs även i litteraturen. Utifrån det är det svårt att uttala sig om olika insatsers effektivitet.

Det är viktigt att kontinuerligt utvärdera de insatser som genomförs för att utveckla vården i landsbygden. Det krävs också forskning om olika insatsers effektivitet för att kunna tydliggöra om det finns en specifik åtgärd som är bättre lämpad att genomföras för att utveckla vården och främja en god hälsa.



### 10.2.3 Kompetensförsörjningen är den största utmaningen

Bristen på personal är betydande inom vården överlag, men ännu större i landsbygden. Det gäller både tillgången på läkare, sjuksköterskor och annan personal. Omställningen till en nära vård i kombination med ökade pensionsavgångar, en åldrande befolkning och fler personer med komplexa vårdbehov gör att efterfrågan på personal i primärvården kommer att vara stor även framöver. Det innebär att det finns en dubbel utmaning: dels att säkerställa personalförsörjningen i primärvården generellt, dels att se till att tillgänglig personal fördelas geografiskt utifrån befolkningens behov.

Vi kan konstatera att det finns ett behov av att genomföra insatser för att förbättra förutsättningarna för kompetensförsörjningen. Det handlar om insatser både för att attrahera, rekrytera och behålla personal. Viktiga områden för insatser är utbildning, arbetsmiljö och generella levnadsvillkor i landsbygden. I de flesta fall behövs en kombination av insatser.

Det är viktigt att de insatser som genomförs utvärderas för att säkerställa att de på ett effektivt sätt möter de problem som finns. Det saknas forskning om olika insatsers effektivitet. Därför är det svårt att uttala sig om vilka insatser som är kostnadseffektiva.

#### *Bättre förutsättningar för kompetensförsörjning kräver kontinuerliga insatser*

Litteraturen visar att de faktorer som i störst utsträckning påverkar sannolikheten att en person söker jobb i landsbygden är att personen är uppvuxen i landsbygden, får erfarenhet från landsbygden under utbildningen, eller att det finns tillgång till vidareutbildning och platser för specialisttjänstgöring i landsbygden.

En del i att förbättra förutsättningarna för kompetensförsörjning i landsbygden skulle kunna vara att se över universitetens och högskolornas förutsättningar att bedriva utbildning i landsbygden. Utbildningar inom vårdyrken på fler platser jämfört med i dag kan ge bättre förutsättningar för utbildning för personer som har en långsiktig önskan om att stanna på sin uppväxtort. Det kan också öka förutsättningarna att göra praktik i verksamheter i landsbygden.

När det gäller att stanna kvar i landsbygden är faktorer som en rimlig arbetsbelastning och förutsättningar för kollegialt stöd betydelsefulla. Andra viktiga faktorer är möjligheten till karriärvägar och professionell utveckling, men även till forskning. Ett gott ledarskap är också en viktig del i en god kompetensförsörjning. Det är viktigt att arbetsgivare i landsbygden är attraktiva för att vara framgångsrika i rekryteringsarbetet.

Till sist påverkar även förutsättningarna att leva i landsbygden. Det omfattar exempelvis möjligheter till arbete och skola för familjemedlemmar och goda transportmöjligheter. Tidigare utredningar har identifierat nedskrivning av studieskulder som en potentiell insats för att fler ska söka arbete i landsbygden. Det är oklart vilken effekt en sådan insats skulle ha på de långsiktiga rekryteringsförutsättningarna. En del i en ökad kompetensförsörjning är även att rikta rekryteringsinsatser mot personer som redan bor i landsbygden.

### 10.2.4 Digitalisering kan öka tillgängligheten och kontinuiteten

Effekterna av digitaliseringen kan vara särskilt betydelsefulla i landsbygden. Det kan handla om att förbättra tillgängligheten vid långa avstånd. Det kan också underlätta kompetensförsörjning och bidra med effektiva lösningar för att frigöra personella resurser, vilket kan vara extra viktigt vid avsaknad av personal. Digitala lösningar kan även underlätta vården för äldre personer med kroniska sjukdomar som har ett stort behov av kontakt med vården och där kontinuitet är en viktig faktor. Behovet av olika former av digitala lösningar förutspås öka framöver.

Det är viktigt att komma ihåg att digitala vårdtjänster inte enbart inkluderar videomöten mellan patienter och vårdpersonal. Det finns en rad digitala lösningar som kan användas inom vården, till exempel videomöten mellan professioner, olika former av distansmonitorering samt digitala hjälpmedel för stöd och behandling.

Personer bosatta i landsbygden har lägre förväntningar och förtroende för digitala vårdgivare. Vi ser också att personer i landsbygden i lägre utsträckning har haft digitala vårdkontakter med nationella vårdgivare, vilket kan påverka förtroendet och förväntningarna. Det finns även en oro för att den digitala vården helt ska ersätta den fysiska och bidra till en sämre geografisk tillgänglighet. Förutsättningarna att använda digitala vårdtjänster varierar mellan personer, och det är därför viktigt att vården anpassas utifrån digital förmåga.

#### *Digital infrastruktur och tydligt syfte är viktiga förutsättningar*

I stor utsträckning är förutsättningarna för en ökad digitalisering i hälso- och sjukvården gemensamma för alla kommuntyper. Bland annat måste det finnas ett tydligt syfte och mål med digitaliseringen, och tekniken måste fungera och vara användarvänlig för både personal och patienter. En förutsättning för ökad digitalisering är även att det finns en digital



infrastruktur med standardiserade och kompatibla system som möjliggör överföring av data.

Användningen av digitala lösningar innebär också ändrade arbetsätt. I dessa fall är förmåga till förändringsledning och att införa nya rutiner en viktig förutsättning för en ökad digitalisering.

Små regioner och kommuner har ofta sämre förutsättningar för digitalisering som en konsekvens av svårigheter att rekrytera personal med rätt kompetens och att stödfunktionerna inom förvaltningen är mindre. Det finns även konkreta tekniska begränsningar som avsaknad av fiber-uppkoppling som påverkar förutsättningarna.

### **10.2.5 Privata vårdgivare upplever det svårt att etablera sig**

Vi kan konstatera att det är färre privata vårdgivare som har etablerat sig i landsbygdskommuner. En orsak till det är svårigheter med kompetensförsörjning, enligt vårdgivarna själva. I vissa fall beskrivs också svåra ekonomiska förutsättningar som en utmaning, även om en del av vårdgivarna också beskriver att den glesbygdersättning som finns bidrar till förbättrade förutsättningar att etablera sig. Goda planeringsförutsättningar är också en viktig del. Det handlar om vilka krav som ställs i avtalen, men även om hur dialogen med regionerna fungerar.

Landsbygdens utmaningar är komplexa och det behövs en mångfald av insatser för att minska dem. Fler privata vårdgivare skulle kunna vara en del i det arbetet. En mångfald av vårdgivare kan exempelvis bidra till en ökad kompetensförsörjning, eftersom arbetsplatsens utformning har betydelse för förutsättningarna att attrahera och behålla personal. Mot den bakgrunden kan det vara viktigt att säkerställa att det finns goda förutsättningar för olika aktörer att vara verksamma i landsbygden. En ökad andel privata vårdgivare är samtidigt inte en insats som enskilt kan bidra till att lösa de utmaningar som finns inom primärvården i landsbygden.

Det finns många orsaker till att privata vårdgivare inte har etablerat sig i landsbygden. Därför finns det inte heller någon enkel lösning för att öka etableringen. Flera regioner använder någon form av glesbygdersättning för att stimulera till etablering i landsbygden och kompensera för ökade resursbehov. Det finns delade meningar om ifall den formen av kompensation är tillräcklig. Det finns andra avtalsmässiga lösningar som skulle kunna användas för att ytterligare stimulera till en etablering av privata vårdgivare. Regionerna skulle i större utsträckning än i dag kunna beakta och använda dessa tänkbara strategier.

Tidigare utredningar har lämnat förslag på upphandlingsstrategier för landsbygden. Det är viktigt att betona att regionerna i dag har möjlighet att skapa specifika uppdrag för landsbygden inom befintlig lagstiftning. Det handlar om möjligheter inom LOV, men även om möjligheten att använda LOU. I vår uppföljning av patientlagen rekommenderar vi att regionerna vid en allt för stor utbudskoncentration använder möjligheterna att styra utbudet mot ökad geografisk jämlikhet. Exempelvis genom att komplettera utbudet genom vårdgivare i egen regi eller genom LOU, alternativt genom att upprätta fler vårdvalssystem baserat på geografi inom samma region (Vård- och omsorgsanalys 2021a).

Regionerna har även möjlighet att i större utsträckning än i dag, och inom ramen för befintliga vårdval, öka möjligheterna att bedriva filialverksamhet. Socialstyrelsen (2021d) konstaterar också att det finns ett behov av att öka kunskapen inom regionerna om privata vårdgivares möjlighet till gemensamma ansökningar för att bedriva primärvård.

### *Vårdvalssystemen kan bidra till en ojämlik vård*

Vårdvalssystem inom primärvården syftar till att erbjuda en mångfald av vårdgivare, ge patienterna valfrihet, och öka tillgängligheten. Det bygger på att det finns konkurrens mellan vårdgivare. Vårdvalets införande har inneburit att regionerna har sämre förutsättningar att besluta om den geografiska placeringen av privata vårdcentraler och styra ekonomiska resurser till landsbygden. Förutsättningarna för kvalitetskonkurrens är också sämre. Det beror framför allt på att patientunderlaget i många fall är för litet.

Det finns studier som visar tecken på att vårdvalssystemen bidrar till en resursförflyttning från vårdcentraler i landsbygden till tätorter, vilket riskerar att medföra sämre förutsättningar för en jämlik vård. Även den fördjupade analys av konsekvenser av valfrihet som Vård- och omsorgsanalys (2021a) genomfört i vår uppföljning av patientlagen pekar på att en ökad valfrihet i förlängningen riskerar att påverka principerna om vård på lika villkor och vård efter behov negativt. Vi menar att regionerna behöver beakta risken för den målkonflikten i sin styrning av vården.

Personer i landsbygdskommuner upplever i något lägre utsträckning att valfrihet är viktigt jämfört med personer i andra kommuntyper. Det är också en lägre andel som gjort ett aktivt val av vårdcentral inom sin region, men en högre andel som uppger att de valt en vårdcentral utanför sin region. Resultatet kan påverkas av att den faktiska valfriheten är begränsad, eftersom många av landsbygdskommunerna bara har en vårdcentral. I intervjuer framstår möjligheten att välja behandlare som en viktigare faktor än att välja själva vårdcentralen.



### 10.3 BEHOV AV UTVECKLING I HELA LANDET

Den tredje och sista frågeställningen handlar om vad eventuella skillnader i resultat beror på, samt om det finns ett behov av insatser för att utveckla primärvården i landsbygden. Resultaten från våra analyser tyder på att de huvudsakliga utmaningarna inom primärvården inte är relaterade till skillnader mellan landsbygdskommuner och andra kommuntyper. Skillnaderna verkar snarare relatera till hälsans bestämningsfaktorer som socioekonomiska faktorer och utformningen av hälso- och sjukvårdssystemet i stort.

#### 10.3.1 Primärvården behöver utvecklas i alla delar av landet

I vårt uppdrag ingår att föreslå hur man nationellt, regionalt och lokalt på ett samhällsekonomiskt effektivt sätt kan främja tillgänglighet i landsbygden. Vi ska också komma med förslag på hur primärvården i landsbygden kan utvecklas för att främja en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Utgångspunkten i arbetet med den här rapporten har varit att identifiera skillnader mellan landsbygden och andra kommuntyper.

Vår analys visar att landsbygden har sämre resultat för geografisk tillgänglighet, kontinuitet och vissa medicinska utfallsmått jämfört med andra kommuntyper. Samordning och patienternas delaktighet verkar samtidigt fungera bättre i landsbygdskommuner.

De problem som finns är relaterade till hälso- och sjukvårdssystemet i stort men även faktorer utanför hälso- och sjukvårdens kontroll. Avstånd och tillgång till specialiserad vård, olika sätt att agera vid problem med hälsan, och brister i kompetensförsörjningen är faktorer som kan påverka de skillnader mellan kommuntyper som vi kan se.

Vår kartläggning tyder på att det inte är skillnader mellan landsbygden och övriga kommuntyper som är den centrala utmaningen i att erbjuda en god vård på lika villkor och en god hälsa för hela befolkningen. Istället är det skillnader som relaterar till socioekonomiska faktorer, hälsa och utformningen av hälso- och sjukvårdssystemet i stort. Vi kan konstatera att de demografiska förhållandena är svårare i landsbygden. Bland annat är befolkningen äldre och har en lägre genomsnittlig utbildningsnivå. Det medför att landsbygden har en extra stor utmaning i arbetet för en mer jämlik vård och i att utjämna skillnader mellan grupper.

Utöver skillnader relaterade till hälsa och socioekonomi finns det flera generella utmaningar i vården, exempelvis är det skillnader mellan befolkningens förväntningar på vården och hur väl vården uppfyller dem.



Både Vård- och omsorgsanalys uppföljning av omställningen till en god och nära vård samt av patientlagens efterlevnad visar att det finns problem med tillgänglighet, delaktighet, samordning och kontinuitet i vården (Vård- och omsorgsanalys 2021a, 2021c). Primärvården har också fortsatta utmaningar med att samordna vården och omsorgen för personer med kronisk sjukdom eller andra särskilda behov (Vård- och omsorgsanalys 2021b). Utöver det finns det även resultat som pekar på att personer med sämre hälsa eller utländsk bakgrund har sämre erfarenheter av vården (Vård- och omsorgsanalys 2021a).

Det finns ett behov av att arbeta med att utveckla primärvården och för att minska skillnader på övergripande nivå. Det handlar exempelvis om att generellt förbättra tillgängligheten och kontaktvägarna till vården, en ökad kontinuitet och personcentrering. Utöver det finns ett behov av att minska skillnader relaterade till socioekonomi, hälsa eller regionala skillnader. Det är utmaningar i landsbygden så väl som i andra delar av landet. Därför är det relevant att inte enbart genomföra insatser för att utveckla primärvården i landsbygden, utan att genomföra insatser i primärvården i hela landet.

Primärvårdens roll ska vara densamma oavsett var i landet man bor, men verksamheten behöver utformas och anpassas utifrån lokala förhållanden och förutsättningar. Det är viktigt att befolkningens behov av vård tillgodoses samtidigt som behoven kan behöva mötas på olika sätt i olika delar av landet. Några exempel på hur vården kan utformas är sjukstugor med vårdplatser, filialverksamheter och distriktssköterskemottagningar som annex till ordinarie vårdcentraler, eller olika digitala lösningar som distansmonitorering, videolösningar och virtuella hälsorum. Samtidigt finns det ett behov av att utvärdera effektiviteten i olika insatser och modeller för primärvård i landsbygden.

Regionerna och kommunerna måste ha förmåga att kunna anpassa administrativa system och processer utifrån de behov som finns i landsbygden. Det är viktigt att det finns en flexibilitet och att olika lösningar kan tillämpas utifrån lokala behov. Både nationella och regionala strategier måste beakta landsbygdens förutsättningar och möjliggöra flexibla lösningar med utgångspunkt i befolkningens behov av vård.

### *Behov av att belysa tillgången till specialiserad vård i landsbygden*

Det här uppdraget har fokuserat på tillgången till primärvård i landsbygden. Samtidigt kan vi konstatera att de skillnader i resultat som vi kan se också är relaterade till den specialiserade vården. Det kan exempelvis handla om



tillgång och avstånd till den specialiserade vården. Några resultat antyder även att det kan finnas skillnader i väntetider. Tidigare studier som Näverlo (2020) antyder även att det kan finnas skillnader i kvalitet och behandling inom den specialiserade vården för patienter bosatta i landsbygden.

För att få en komplett bild över förutsättningarna för en god hälsa och en vård på lika villkor oavsett var man bor kan det finnas ett behov av att även belysa tillgänglighet och kvalitet i den specialiserade vården i landsbygden. Det är viktigt att en sådan kartläggning även beaktar förutsättningarna för en sammanhållen vård och hälso- och sjukvårdssystemet i sin helhet. Syftet bör vara att analysera vilka faktorer som påverkar eventuella skillnader i tillgänglighet och kvalitet för att identifiera insatser som kan genomföras för att minska dem.

### **10.3.2 Omställningen till en god och nära vård – möjlighet och utmaning**

Arbetet med omställningen till en nära vård pågår i kommuner och regioner och är efterfrågad av många aktörer. Det finns flera delar där primärvården i landsbygden har goda förutsättningar för att lyckas med omställningen i landsbygden, men det finns också riskfaktorer som noga måste följas och utvärderas för att säkerställa en god vård.

Primärvården tar ett större ansvar i landsbygden, och samordning framstår som ett prioriterat område. I många fall är det även färre aktörer som ska samverka. Sammantaget gör det att förutsättningarna att genomföra en framgångsrik omställning till en god och nära vård är förhållandevis goda.

Samtidigt finns det särskilda utmaningar för primärvården i landsbygden. Till exempel kan den högre förekomsten av sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet i landsbygden påverkas av en avsaknad av specialistvård och att fler patienter omhändertas i primärvården utan att det finns adekvat kompetens och resurser för det. Vidare är svårigheterna med kompetensförsörjningen särskilt uttalade i landsbygden. Det är viktigt att fortsatt arbeta med strategier för att öka förutsättningarna för en ändamålsenlig kompetensförsörjning i landsbygden. En framgångsrik omställning kräver att det finns tillräcklig bemanning och kompetens i primärvården.

### 10.3.3 Tidigare utredningar har lämnat rekommendationer som fortfarande är relevanta

Flera tidigare utredningar har beskrivit vården i landsbygden och de utmaningar som finns samt kommit med förslag på insatser för utvecklingen.

- Utredningen *Styrning för en mer jämlik vård* föreslår att Valfärdscommissionen får i uppdrag att se över kompetensförsörjning, finansiering och närvaro av välfärd i glesbygd (SOU 2019:42).
- Tillväxtverket (2019) har lämnat ett antal förslag för att förbättra de generella förutsättningarna för kompetensförsörjning i landsbygden oavsett sektor.
- Både utredningarna *Styrning för en mer jämlik vård* och *Samordnad utveckling för god och nära vård* har föreslagit specifika upphandlingsstrategier för att säkerställa en god tillgänglighet till primärvård i landsbygden (SOU 2019:42; SOU 2020:19).
- Vård- och omsorgsanalys (2020e) har tidigare konstaterat att regeringen behöver fortsätta arbetet med en jämlik tillgång till infrastruktur som bredbandsuppkoppling och mobiltäckning i landet.

Vår analys har identifierat ett behov av liknande insatser som tidigare utredningar föreslagit och som till viss del redan har genomförts. En utgångspunkt i det fortsatta arbetet med att säkerställa en god tillgång till vård i landsbygden är därför att beakta de förslag som tidigare presenterats. De insatser som redan i dag genomförs för att förbättra förutsättningarna för primärvården i landsbygden behöver också följas och utvärderas. Det är särskilt viktigt eftersom det i de flesta fall saknas en adekvat uppföljning av insatserna och att det därför är svårt att uttala sig om hur effektiva de är i att möta problemen.

Det finns även ett antal utredningar som lämnat rekommendationer inom områden där vi identifierar behov av förbättring både i landsbygden och på nationell nivå. Vi har tidigare rekommenderat att regeringen och regionerna behöver säkerställa att styrningen av vården balanserar flera kvalitetsaspekter för att möta befolkningens behov och preferenser (Vård- och omsorgsanalys 2020b). Det kan handla om att ge tydlig information om vad befolkningen kan förvänta sig i sina kontakter med vården. Det innebär även att regeringen och regionerna behöver arbeta med att göra förutsättningarna för vården mer lika över landet, men också inom regionerna. Det kan handla



om förutsättningarna att ha en fast vårdkontakt, men även att erbjuda digitala lösningar, och tillgång till multiprofessionella team.

En del i arbetet handlar också om att kartlägga befolkningens beteende när de söker vård för att på sådant sätt kunna kartlägga faktorer som påverkar vårdkonsumtionen och som kan påverka förutsättningarna för en god hälsa. Vi har tidigare rekommenderat att regeringen ger myndigheter i uppdrag att analysera vårdkonsumtionens utveckling genom befolkningsundersökningar för att få aktuella och kompletterade uppgifter till befintliga register som patientregistret (Vård- och omsorgsanalys 2021g).

En annan del i kartläggningen av tillgänglighet och vårdkonsumtion är tillgång till data. Tillgänglighetsdelegationen föreslår att regeringen ska tillsätta en utvidgad och fördjupad granskning av Väntetidsdatabasens kvalitet (SOU 2021:59). Vård- och omsorgsanalys har i tidigare rapporter påtalat brister i Väntetidsdatabasen och lämnat rekommendationer om att regeringen bör verka för god datakvalitet i Väntetidsdatabasen.

Vi har också tidigare rekommenderat att regionerna bör utveckla sin samverkan och samordning av utbud för ökad tillgänglighet till den öppna specialistvården samt för att stödja ett mer effektivt och jämlikt användande av vårdens kapacitet och kompetens (Vård- och omsorgsanalys 2021a).

### *Skapa grundförutsättningar och genomföra identifierade insatser*

Vi kan konstatera att varken frågan om utvecklingen av primärvården i stort eller utvecklingen i landsbygden är nya. Samtidigt tar det tid att genomföra förändringar och uppnå resultat.

I vår uppföljning av omställningen till en god och nära vård konstaterar vi att det sedan länge har varit en ambition att omfördela resurser inom hälso- och sjukvårdssystemet till förmån för primärvården, men att resultaten i många fall uteblivit (Vård- och omsorgsanalys 2021c). Regionerna tycks inte skapa tillräckliga grundförutsättningar för att nå omställningens mål.

Vi kan konstatera att även om de personella resurserna totalt sett ökar mer i primärvården än i vården i stort, kan vi inte se någon förbättring av andelen specialistläkare i allmänmedicin. Det trots att bristen på allmänläkare är välkänd.

## 10.4 VÅRA REKOMMENDATIONER

Förutsättningarna att utföra vård skiljer sig mellan olika delar av Sverige liksom mellan olika landsbygdskommuner. I vissa fall påverkas förutsättningarna i landsbygden av långa avstånd, i andra fall har ett mindre befolkningsunderlag störst betydelse. Olika landsbygdskommuner har även sina specifika förutsättningar. Utöver det skiljer sig förväntningarna på vården mellan personer.

Det finns ett behov av att ta hänsyn till de olikheter som finns i arbetet med att säkerställa en vård på lika villkor och förutsättningar för en god hälsa oavsett var i landet man bor. Samtidigt möter alla delar av Sverige liknande utmaningar, oavsett om området klassificeras som landsbygd, tätort eller storstad. Det handlar om kompetensförsörjning, bristande kontinuitet och tillgänglighet. Det är därför viktigt att även på nationell nivå arbeta för en förbättrad primärvård och stärkta förutsättningar för en god hälsa.

Det pågår flera initiativ för att utveckla vården, bland annat omställningen till en god och nära vård. Vår bedömning är att landsbygden har relativt goda förutsättningar för en framgångsrik omställning till en god och nära vård. För att göra arbetet mer genomgripande behövs bättre förutsättningar. Dessa förutsättningar skapas på många nivåer – nationellt av staten eller regioner i samverkan, regionalt och kommunalt samt lokalt hos verksamheterna själva. Det är tydligt att arbetet med att utveckla primärvården måste ske både på den nationella, regionala och lokala nivån för att uppnå en god vård oavsett var i landet man bor. Det är också viktigt att förslag, strategier och beslut beaktar landsbygdens förutsättningar och går att anpassa utifrån befolkningens behov och vårdens förutsättningar.

Det går inte att peka ut en unik insats som medför att förutsättningarna för primärvården och en god hälsa för personer i landsbygden förbättras. I stället behövs en kombination av insatser på flera nivåer utifrån regionernas och kommunernas geografiska förutsättningar och befolkningens behov.

Vi har identifierat tre centrala utvecklingsområden där vi ser ett behov av insatser. Dessa områden är att genomföra insatser för att ge bättre förutsättningar för kompetensförsörjning, att skapa förutsättningar för att en mångfald av digitala verktyg ska kunna användas i vården, och att följa effekterna av omställningen till en god och nära vård på kvaliteten i primärvården i landsbygden.



Avslutningsvis lämnar vi följande rekommendationer:

- ▶ *Regeringen, regionerna och kommunerna bör säkerställa kontinuerliga insatser för att förbättra förutsättningarna för kompetensförsörjningen i landsbygden.*

Vi rekommenderar att regeringen, regionerna och kommunerna säkerställer att det kontinuerligt genomförs insatser för att skapa bättre förutsättningar för kompetensförsörjning i landsbygden. Det handlar om insatser för utbildning av vårdpersonal, en förbättrad arbetsmiljö och att skapa goda förutsättningar att leva i landsbygden.

Kompetensförsörjning och rekrytering av personal framstår som den enskilt största utmaningen för primärvården i landsbygden. Det är viktigt att genomföra en kombination av insatser för att förbättra förutsättningarna för en adekvat kompetensförsörjning. Det är exempelvis inte tillräckligt att enbart utbilda fler personer. Insatserna behöver genomföras både nationellt, regionalt och lokalt och för att attrahera, rekrytera och behålla personal. Även om det finns ett tydligt behov av insatser och många insatser genomförs i dag är det fortsatt svårt att uttala sig om kostnadseffektiviteten av insatserna, eftersom det i många fall saknas uppföljning och utvärdering av de insatser som har genomförts.

Åtgärder för att uppnå en ändamålsenlig kompetensförsörjning måste genomföras kontinuerligt och systematiskt samt bedrivs inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet på arbetsplatsen och hos huvudmännen. En del av det är att ha framförhållning och hela tiden arbeta med insatser för att attrahera och behålla personal för att i möjligaste mån undvika att det uppstår en akut brist som kan leda till en negativ bemanningsspiral. Eftersom insatserna är beroende av lokala förutsättningar är det även viktigt att utvärdera de insatser som genomförs. Det kontinuerliga och systematiska angreppssättet medför att arbetet med kompetensförsörjningen bli framåtblickande och leder till att relevanta insatser utförs.

Det Nationella vårdkompetensrådet med tillhörande regionala råd har en viktig roll i att särskilt belysa frågor om kompetensförsörjning i landsbygden. Det kan handla om att genomföra samlade bedömningar om kompetensförsörjningsbehoven ur ett landsbygdsperspektiv eller att särskilt stödja olika aktörer i frågor om kompetensförsörjning i landsbygd.

Utöver insatser för utbildning av vårdpersonal och för en förbättrad arbetsmiljö som presenteras nedan är det även viktigt att regeringen genomför insatser för att göra det möjligt och attraktivt att bo i landsbygden.

### *Insatser för utbildning av vårdpersonal*

Regeringen behöver se över och stärka högskoleutbildningarnas landsbygdsanknytning. Det kan omfatta specifika kurser i glesbygdsmedicin inom olika vårdutbildningar och på olika nivåer. Andra insatser är lokala campus och verksamhetsförlagd utbildning i landsbygden.

En förändring med en högre grad av decentraliserad utbildning eller utlokalisering av viss utbildning bör också utvärderas ur flera perspektiv. Det handlar både om kvalitet i utbildningen, samhällsekonomiska aspekter samt förmågan att samordna och organisera utbildningen. Det är viktigt att beakta lärosätenas grundförutsättningar att bedriva verksamhet på fler platser än i dag.

Regeringen bör även säkerställa vårdutbildningarnas dimensionering så att den anpassas utifrån befolkningens långsiktiga behov och utifrån behovet i alla delar av landet. Vård- och omsorgsanalys (2018b) har även tidigare påpekat att personalens kompetens behöver motsvara omställningen till en nära vård, vilket innebär ett ökat fokus på breda medicinska specialiteter som allmänmedicin och distriktssköterskor.

Regionerna behöver arbeta med en fortsatt och stärkt samverkan på huvudmannanivå, bland annat om dimensioneringen av platser för verksamhetsförlagd utbildning, bastjänstgöring och specialisttjänstgöring. Planeringen behöver även ta hänsyn till behovet av personal i både regionernas och kommunernas hälso- och sjukvård.

I och med att strukturen för läkarutbildningen görs om där BT är en del, är det angeläget att utvärdera vilka effekter det får på kompetensförsörjningen i primärvården i landsbygden. Det Nationella vårdkompetensrådet skulle kunna ha en roll i ett sådant arbete.

### *Insatser för en förbättrad arbetsmiljö*

Det är även viktigt att arbeta för att utveckla och behålla personalen som anställs. Insatserna bör genomföras på både nationell, regional och lokal nivå. En del i det är att skapa en god arbetsmiljö där både regioner, kommuner och den specifika verksamheten har en viktig roll.

Regioner och kommuner behöver genomföra insatser för att säkerställa en rimlig arbetsbelastning. Det kan bland annat innebära insatser för att använda personalens kompetens på bästa sätt genom uppgiftsväxling, utökat teamarbete, att nya roller utvecklas eller andra yrkesgrupper anställs. Det kan också innebära digitalisering och införande av nya arbetssätt. Det är även viktigt att genomföra insatser för att säkerställa ett kollegialt stöd, exempelvis genom att erbjuda mentorskap och klinisk handledning.



Regioner och kommuner behöver även genomföra åtgärder för att förbättra förutsättningarna för chefer att utöva ett gott ledarskap som en del i arbetet med att säkerställa en god arbetsmiljö. Det kan bland annat göras genom att säkerställa tillgång på stödstrukturer och genom att prioritera ledarskapsfrågan inom organisationen.

Regioner och kommuner behöver säkerställa att det genomförs insatser som möjliggör för personalen att utvecklas i sin arbetsroll. Det kan innebära att erbjuda kompetensutveckling eller möjlighet till forskning.

Regeringen, regionerna och kommunerna bör säkerställa att det genomförs insatser för att stärka och ta till vara på kompetensen och öka sysselsättningsgraden hos personer som redan bor eller arbetar i landsbygdskommuner. Det skulle kunna omfatta en ökad samverkan mellan vård- och omsorgsprogram på gymnasiet och kommuner och regioner, eller insatser för att rekrytera nyanlända personer med adekvat högskoleutbildning. För att förbättra förutsättningarna för kompetensförsörjning är det viktigt att regionerna, kommunerna och lokalsamhället arbetar gemensamt i rekryteringsarbetet.

► *Regeringen, regionerna och kommunerna bör säkerställa att en bredd av digitala verktyg ska kunna användas och utvecklas.*

Vi rekommenderar att regeringen, regionerna och kommunerna säkerställer att det genomförs insatser på flera nivåer för att många olika digitala verktyg ska kunna användas i vården. Det handlar bland annat om monitorering på distans, möten mellan professioner inom vården, och behandling och rådgivning via digitala verktyg. Användningen av en mångfald av digitala vårdtjänster och verktyg är en viktig del i att tillgängliggöra vården i landsbygden och är betydelsefulla för att erbjuda en god vård oavsett var i landet man bor. Det är viktigt att de möjligheter som digitala lösningar erbjuder också tas tillvara för att förbättra förutsättningarna för en god vård och hälsa i alla delar av landet.

Vård- och omsorgsanalys har tidigare lämnat rekommendationer om digitalisering av vården. Vår uppfattning är att dessa rekommendationer även fortsatt är relevanta.

Regeringen behöver fortsätta arbetet med en jämlik tillgång till infrastruktur som bredbandsuppkoppling och mobiltäckning i landet, samt arbeta med att minska faktorer som bidrar till ett digitalt utanförskap (Vård- och omsorgsanalys 2020e, 2020f). Regionerna och kommunerna bör se till att digitala vårdtjänster kan användas utifrån



individens digitala förutsättningar och medicinska behov (Vård- och omsorgsanalys 2020d).

Regeringen, regionerna och kommunerna behöver även säkerställa att det genomförs insatser för att patientinformation kan delas mellan vårdgivare på ett säkert sätt. Vi har även tidigare rekommenderat att regeringen och huvudmännen bör prioritera utvecklingen av infrastruktur och informationsdelning mellan patienter och vårdgivare (Vård- och omsorgsanalys 2021a). Det kan innebära att utveckla en gemensam infrastruktur med en nationell sammanhållen vårdinformationsmiljö men även att minska juridiska hinder för digitalisering. Arbetet kan även omfatta att utveckla gemensamma standarder och bestämmelser för informationsöverföring mellan regioner och kommuner.

Regioner och kommuner behöver också bedriva arbetet med digitalisering som en integrerad del av verksamhetsutvecklingen med utgångspunkt i behov och funktion snarare än i tekniken. En del i det arbetet kan också vara att regeringen stöttar kunskapsutvecklingen inom välfärdsteknikområdet. Ett sådant arbete kan bidra till kommunernas beslutsunderlag och förbättra arbetet med att införa digitala lösningar (Vård- och omsorgsanalys 2020e, 2020f). Regioner och kommuner kan även behöva öka sitt samarbete om utveckling, upphandling och införande av ny teknik (Vård- och omsorgsanalys 2019d).

Regeringen behöver säkerställa att innehållet i utbildningar motsvarar kunskapsbehovet i förhållande till behovet av digital kompetens på arbetsmarknaden. Regioner och kommuner behöver även säkerställa att vårdgivarna har förutsättningar att använda digitala stöd och verktyg. En del i det arbetet skulle kunna vara att i högre grad samordna och systematisera utbildningar i nya system.

► *Regeringen, regionerna och kommunerna bör noga följa hur omställningen till en god och nära vård påverkar kvaliteten på vården i landsbygden.*

Vi rekommenderar att regeringen, regionerna och kommunerna kontinuerligt följer kvaliteten på vården och vårdkonsumtionen i landsbygden. Uppföljningen ska syfta till att säkerställa att omställningen inte bidrar till ökade kvalitetsskillnader, skillnader i hälsa, och risker för patientsäkerheten på kort sikt, och att skillnaderna minskar på lång sikt. Vi har även tidigare konstaterat att det finns ett behov av att utveckla uppföljningen av vård och omsorg i kommunerna och primärvården för att



säkerställa en god vård (Vård- och omsorgsanalys 2020c). Uppföljningen behöver fokusera på hälso- och sjukvårdssystemet som helhet och inte på separata delar.

I dag ser vi vissa skillnader i vårdens kvalitet vården i landsbygden. Det är svårt att uttala sig om orsakerna till dessa skillnader. Kvalitetsbristerna kan eventuellt vara relaterade till att primärvården tar hand om fler patienter utan att det finns adekvata resurser för ett omhändertagande och en bristande kontinuitet. Det kan också påverkas av att befolkningen är äldre och har en högre grad av ohälsa.

Omställningen till en nära vård innebär att personer i större utsträckning än i dag ska tas omhand av primärvården. Primärvården måste ha rätt förutsättningar för ett utökat uppdrag. I det ingår både kunskaper för att omhänderta patienterna samt att det ska finnas tillräcklig bemanning och ekonomiska resurser som kompenserar det ökade uppdraget.

I Vård- och omsorgsanalys rapport *Med örat mot marken* presenterar vi ett förslag på nationell uppföljning av hälso- och sjukvården (Vård- och omsorgsanalys 2019a). En adekvat uppföljning av kvaliteten på vården i landsbygden bör ha sin utgångspunkt i ett liknande ramverk för uppföljning. En del av den nationella uppföljningen bör också fokusera på skillnader i resultat mellan kommuntyper. Det förutsätter att det finns tillgång till relevant data med hög kvalitet från alla delar av vården.

Vår kartläggning av kvalitet och tillgänglighet av vården i landsbygden utgår ifrån ramverket som presenteras i *Med örat mot marken* (Vård och omsorgsanalys 2019a). Svårigheter i vår analys har varit att det finns brister i datakällorna och att informationen inte på ett enkelt sätt finns tillgänglig för analyser utifrån ett landsbygdsperspektiv.

Vi har även tidigare påtalat brister i Väntetidsdatabasen (Vård- och omsorgsanalys 2021g). I samband med det rekommenderade vi att regeringen bör verka för god datakvalitet i Väntetidsdatabasen och parallellt införliva motsvarande information i ett utvidgat nationellt patientregister enligt officiell statistik.

Det saknas även information som kan vägleda beslutsfattare när det gäller var de största behoven inom vården finns och i vilken grad de tillgodoses (Vård- och omsorgsanalys 2020g). Mot den bakgrunden har vi tidigare rekommenderat att regeringen ska verka för att den nationella uppföljningen i större utsträckning belyser vård efter behov. Vi har även lämnat en rekommendation om att regeringen bör initiera en översyn av behovet av förbättrat kunskapsstöd om vård efter behov.





## Referenser

- Abelsen, B., Stasser, R., Heaney, D., Berggren, P., Sigurdsson, S., Brandstorp, H., Wakegijig, J., Forsling, N., Moody-Corbett, P., Heley Akerok, G., Mason, A., Savage, C. & Nicoll, P. (2020). Plan, recruit, retain: a framework for local healthcare organizations to achieve a stable remote rural workforce. *Human Resources for Health*. 2020;18:63.
- AFRY (2019). *Future Cities - Survey results. Austria, Denmark, Finland, Norway, Sweden, Switzerland*.
- AgriFood – AgriFood Economics Centre (2016). *Vem stannar kvar? - Närhet till högskola och val av bostadsort* (Rapport 2016:3). Lund: Media-tryck, Lunds universitet.
- Anell, A. (2010). *Värden i vården: en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården* (Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2010:7).
- Arbetsförmedlingen (2021). *Arbetsmarknadsdata 16-64 år*. [https://statistik.arbetsformedlingen.se/extensions/Manadsstatistik\\_sid1/Manadsstatistik\\_sid1.html?pk\\_vid=fae69a6f8e6009de1625048517e6ac81](https://statistik.arbetsformedlingen.se/extensions/Manadsstatistik_sid1/Manadsstatistik_sid1.html?pk_vid=fae69a6f8e6009de1625048517e6ac81) [Hämtat 2021-06-30].
- Asghari, S., Kirkland, M. C., Blackmore, J., Boyd, S. E., Farrell, A., Rourke, J., Awubrey-Bassler, F. K., Godwin, M., Oandasan, I. & Walczak, A. (2020). A systematic review of reviews: Recruitment and retention of rural family physicians. *Canadian Journal of Rural Medicine (Wolters Kluwer India Pvt Ltd)*. 2020;25(1):20-30.
- Batsis, J. A., DiMilia, P. R., Seo, L. M., Fortuna, K. L., Kennedy, M. A., Blunt, H. B., Bagley, P. J., Brooks, J., Broos, E., Kim, S. Y., Masutani, R. K., Bruce, M. L. & Bartels, S. J. (2019). Effectiveness of Ambulatory Telemedicine Care in Older Adults: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2019;67(8):1737-1749.

- Begripsam (2019). *Svenskarna med funktionsnedsättning och internet. Hur personer med olika funktionsnedsättningar använder internet.*
- Bergstrand, O. (2014). *Hur behåller man och lockar läkare till primärvården?* Malmö: Skånes universitetssjukvård.
- Bjerke, L. & Mellander, C. (2017). Moving home again? Never! The locational choices of graduates in Sweden. *The Annals of Regional Science*. 2017;59(3):707-729.
- Blomqvist, P. & Rothstein, B. (2000). *Välfärdsstatens nya ansikte*. Stockholm: Agora.
- Campbell, N., McAllister, L. & Eley, D. (2012). The influence of motivation in recruitment and retention of rural and remote allied health professionals: a literature review. *Rural & Remote Health*. 2012;12(2):1900.
- Carey, T. A., Wakerman, J., Humphreys, J. S., Buykx, P. & Lindeman, M. (2013). What primary health care services should residents of rural and remote Australia be able to access? A systematic review of 'core' primary health care services. *BMC Health Services Research*. 2013;13(1):178.
- Carson, D., Wennberg, P., Hultin, M., Andersson, J., Hedman, M. & Berggren, P. (2020). Umeå University's proposed "Rural Stream" – An effective alternative to the longitudinal integrated clerkship model for small rural communities? *Education for Health*. 2020;33(1):3-7.
- Chow, A., Froehlich, A., Morgan, D., Bayly, M., Kosteniuk, J. & Elliot, V. (2019). Collaborative Approaches to Team-Based Primary Health Care for Individuals with Dementia in Rural/Remote Settings. *Canadian Journal on Aging*. 2019;38(3):367-383.
- CSN – Centrala studiestödsnämnden (2020). *Remissyttrande SOU 2020:8 Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget* (Dnr ADM/2020:165).
- Dagens Medicin (2021). *Mycket lättare att göra läkemedelsgenomgångar - mas om digitala ronder i glesbygd*. Publicerad 2021-07-06. <https://www.dagensmedicin.se/alla-nyheter/kommunal-halsa/mycket-lattare-att-gora-lakemedelsgenomgangar-mas-om-digitala-ronder-i-glesbygd/> [Hämtat 2021-07-07].
- Dahlborg Lyckhage, E., Fredén, L., Hassler, S., Pennbrant, S. & Skyvell Nilsson, M. (2014). *Gränshinder. En kvalitativ och kvantitativ studie av samverkande sjukvård* (Nr 2014:3). Trollhättan: Högskolan Väst.
- 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* (Rapport 2020:3). Stockholm: Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning, Region Stockholm.

- Digitaliseringsrådet (2018). *En lägesbild av digital kompetens* (Dnr 18-5698). DN – Dagens Nyheter (2021). *Allt fler stockholmare flyr innerstaden*. Publicerad 2021-07-05. <https://www.dn.se/sthlm/allt-fler-stockholmare-flyr-innerstaden/> [Hämtat 2021-07-09].
- Dolea, C., Stormont, L. & Braichet, J. (2010). Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bulletin of the World Health Organization*. 2010;88(5):379-85.
- Ekman, B., Thulesius, H., Wilkens, J., Lindgren, A., Cronberg, O. & Arvidsson, E. (2019). Utilization of digital primary care in Sweden: Descriptive analysis of claims data on demographics, socioeconomic, and diagnoses. *International Journal of Medical Informatics*. 2019;127:134–140.
- Ellegård, L. M. & Kjellsson, G. (2019). *Nätvårdsanvändare i Skåne kontaktade oftare vårdcentral*. *Läkartidningen*. 2019;116:FSWP.
- Ellegård, L. M., 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.
- Energimyndigheten (2020). *Landsbygd till landsbygd. Nya och hållbara vanor för rural mobilitet*. Slutrapport.
- ESV – Ekonomistyrningsverket (2018). *Rapport Digitaliseringen av det offentliga Sverige - En uppföljning* (ESV 2018:31).
- Folkhälsomyndigheten (2020). *Medellivslängd, återstående vid födseln efter kön, region och år. Antal år*. [http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/A\\_Folkhalsodata/A\\_Folkhalsodata\\_\\_Bakgrundsfakta\\_\\_Demografi/6Medlivs.px/](http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/A_Folkhalsodata/A_Folkhalsodata__Bakgrundsfakta__Demografi/6Medlivs.px/) [Hämtat 2020-10-30].
- Folkhälsomyndigheten (2021a). *Folkhälsans utveckling – Årsrapport 2021* (Artikelnr 21014). Solna: Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten (2021b). *Folkhälsodata, Indikatorer efter folkhälsopolitikens 8 målområden, 08 En jämlik och hälso-främjande sjukvård, 08.01 Hälsoutfall*. [http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/A\\_Folkhalsodata/](http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/A_Folkhalsodata/) [Hämtat 2021-03-29].
- Ford, J. A., Wong, G., Jones, A. P. & Steel, N. (2016). Access to primary care for socioeconomically disadvantaged older people in rural areas: A realist review. *BMJ Open*. 2016;6(5):e010652.
- Fredriksson, M., Blomqvist, P. & Winblad, U. (2013). The trade-off between choice and equity: Swedish policymakers' arguments when introducing patient choice. *Journal of European Social Policy*. 2013;23(2):192–209.
- Frehywot, S., Mullan, F., Payne, P. W. & Ross, H. (2010). Compulsory service programmes for recruiting health workers in remote and rural areas: do they work? *Bulletin of the World Health Organization*. 2010;88(5):364-370.

- Freilich, J., Nilsson, G. H., Ekstedt, M. & Flink, M. (2020). "Standing on common ground" - a qualitative study of self-management support for patients with multimorbidity in primary health care. *BMC Family Practice*. 2020;21:233.
- Försäkringskassan (2018). *Temperaturmätning: Implementering av Inriktning 2021 i Försäkringskassans kärnverksamhet* (PM 2018:5).
- Gabrielsson-Järhult, F., Areskoug-Josefsson, K. & Kammerlind, P. (2019). *Digitala vårdmöten med läkare - Rapport av kvantitativ och kvalitativ studie*. Jönköping: Jönköping Academy of Improvement of Health and Welfare, School of Health and Welfare, Jönköping University.
- Gibis, B., Heinz, A., Jacob, R. & Müller, C. (2012). The Career Expectations of Medical Students, Findings of a Nationwide Survey in Germany. *Deutsches Arzteblatt International*. 2012;109(18):327-332.
- Harkey, L. C., Jung, S. M., Newton, E. R. & Patterson, A. (2020). Patient satisfaction with telehealth in rural settings: A systematic review. *International Journal of Telerehabilitation*. 2020;12(2):53-64.
- Hedlund, M. & Lundholm, E. (2015). Restructuring of rural Sweden - Employment transition and out-migration of three cohorts born 1945-1980. *Journal of Rural Studies*. 2020;42(1):123-132.
- Hedman, M., Boman, K., Brännström, M. & Wennberg, P. (2021). Clinical profile of rural community hospital inpatients in Sweden – a register study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2021;39(1):92-100.
- Hiselius, L. W. & Arnfalk, P. (2021). When the impossible becomes possible: COVID-19's impact on work and travel patterns in Swedish public agencies. *European Transport Research Review*. 2021;13(17).
- Högskolan Dalarna (2020). *Verksamhetsplan 2021 för Kunskapscentrum för Kommunal Hälso- och sjukvård (KKHS) vid Högskolan Dalarna (HDa)*.
- Högskolan Dalarna (2021). *Kunskapscentrum för kommunal hälso- och sjukvård (KKHS)*. <https://www.du.se/sv/Samverkan/kunskapscentrum-for-kommunal-vardutveckling/> [Hämtat 2021-07-14].
- Internetstiftelsen (2017). *Svenskarna och internet 2017 - Undersökning om svenskarnas internetvanor*.
- Internetstiftelsen (2020). *Svenskarna och internet 2020*.
- Isaksson, D., Blomqvist, P. & Winblad, U. (2016). Free establishment of primary health care providers: effects on geographical equity. *BMC Health Service Research*. 2015;16:28.
- KI – Karolinska Institutet (2021). *Continuity of Patient Care: Vårdkontinuitet*. <https://mesh.kib.ki.se/term/DOO3266/continuity-of-patient-care> [Hämtat 2021-06-16].



- Koebisch, S. H., Rix, J. & Holmes, M. M. (2020). Recruitment and retention of healthcare professionals in rural Canada: A systematic review. *Canadian Journal of Rural Medicine (Wolters Kluwer India Pvt Ltd)*. 2020;25(2):67-78.
- Konkurrensverket (2007). *Öka konsumentnyttan inom vård och omsorg – förslag för konkurrens och ökat företagande* (Konkurrensverkets rapportserie 2007:3).
- Konkurrensverket (2014). *Etablering och konkurrens bland vårdcentraler – om kvalitetsdriven konkurrens och ekonomiska villkor* (Konkurrensverkets rapportserie 2014:2). Stockholm: E-print.
- Kullberg, L., Blomqvist, P. & Winblad, U. (2018). Market-orienting reforms in rural health care in Sweden: how can equity in access be preserved? *International Journal for Equity in Health*. 2018;17(1):123.
- Kumar, S. & Clancy, B. (2020). *Retention of physicians and surgeons in rural areas-what works?* Journal of public health (Oxford, England).
- Kähkönen, L. (2007). Limitations to creating and options for maintaining local quasimarkets. *Kommunal Ekonomi och Politik*. 2007;11:7–28.
- LeBlanc, M., Petrie, S., Paskaran, S., Carson, D. B. & Peters, P. A. (2020). Patient and provider perspectives on eHealth interventions in Canada and Australia: a scoping review. *Rural Remote Health*. 2020;20(3):5754.
- Lindgren, P. (2014). *Ersättning i sjukvården. Modeller, effekter, rekommendationer*. Stockholm: E-print AB.
- Liu, X., Dou, L., Zhang, H., Sun, Y. & Yuan, B. (2015). Analysis of context factors in compulsory and incentive strategies for improving attraction and retention of health workers in rural and remote areas: a systematic review. *Human Resources for Health*. 2015;13(1):61.
- Läkartidningen (2020). *Västerbotten testar digital läkarkontakt på äldreboenden*. Publicerad i Läkartidningen 28-32/2020. <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2020/07/vasterbotten-testar-digital-lakarkontakt-pa-aldreboenden/> [Hämtat 2021-06-16].
- Läkartidningen (2021). *Kan vi lita på den officiella statistiken om antalet läkare i Sverige?* Publicerad 2021-06-15. <https://lakartidningen.se/opinion/debatt/2021/06/kan-vi-lita-pa-den-officiella-statistiken-om-antalet-lakare-i-sverige/> [Hämtat 2021-07-02].
- Länsstyrelserna (2021). *Regional utveckling & Samverkan i miljömålssystemet. Körsträckedata. Tabell 1. Bilnehav per 1000-invånare, baserat på personbilar i trafik i län och kommuner efter ägande m.m. vid årsskiftet 2019/2020*. <http://extra.lansstyrelsen.se/rus/Sv/statistik-och-data/kors-trackor-och-bransleforbrukning/Pages/default.aspx> [Hämtat 2021-06-22].

- Mbemba, G., Gagnon, M. P., Paré, G. & Côté, J. (2013). Interventions for supporting nurse retention in rural and remote areas: an umbrella review. *Human Resources for Health*. 2013;11(1):44.
- Nordens välfärdcenter (2019). *Vård och omsorg på distans - 24 praktiska exempel från Norden*. Stockholm: Nordens välfärdcenter.
- Nordregio (2019). *Enabling vulnerable youth in rural areas - not in education, employment or training* (Rapport 2019:8). Stockholm: Nordregio.
- Nordregio (2020). *Accessibility study. Annex to digital health care and social care - regional development impacts in the Nordic countries* (Rapport 2020:16). Stockholm: Nordregio.
- Nordregio (2021). *Public service delivery in the Nordic region. An exercise in collaborative governance. Ch. 9. Sweden: #fulltäckning - Collaboration and innovative solutions for improved mobile coverage in rural areas in Sweden* (Rapport 2021:4). Stockholm: Nordregio.
- Novus (2020). *Ett år med Corona - synen på sin bostad. En undersökning utförd av Novus på uppdrag av Landshypotek Bank*. <https://mb.cision.com/Main/121/3345589/1416668.pdf> [Hämtat 2021-06-29].
- Näringsdepartementet (2017). *Remissammanställning. För Sveriges landsbygder - en sammanhållen politik för arbete, hållbar tillväxt och välfärd (SOU 2017:1)* (Dnr N2017/00222/HL).
- Näverlo, S., Carson, D., Edin-Liljegren, A. & Ekstedt, M. (2016). Patient perceptions of a Virtual Health Room installation in rural Sweden. *Rural and remote Health*. 2016;16(4):3823.
- Näverlo, S. (2020). *Stomas from a rural perspective – An evaluation of characteristics, differences and improvement opportunities*. Department of Surgical Perioperative Sciences, Umeå University.
- OECD – The Organisation for Economic Co-operation and Development (2016). *Health workforce policies in OECD countries: right jobs, right skills, right places. Health Policy Studies*. Paris: OECD Publishing.
- Pavloff, M., Farthing, P. M. & Duff, E. (2017). Rural and Remote Continuing Nursing Education: An Integrative Literature Review. *Online Journal of Rural Nursing & Health Care*. 2017;17(2):88-102.
- Proposition 1981/82:97. *Om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*
- Proposition 1994/95:195. *Primärvård, privata vårdgivare m.m.*
- Proposition 1999/2000:10. *Ett reformerat studiestödssystem*.
- Proposition 2008/09:74. *Vårdval i primärvården*.
- Proposition 2015/16:1. *Budgetpropositionen för 2016, Utgiftsområde 15 Studiestöd*.
- Proposition 2017/18:83. *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti*.

- Proposition 2017/18:179. *En sammanhållen politik för Sveriges landsbygder – för ett Sverige som håller ihop.*
- Proposition 2019/20:164. *Inriktning för nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.*
- Proposition 2020/21:175. *Stärkt kompetens i vård och omsorg – reglering av undersköterskeyrket.*
- PTS – Post- och Telestyrelsen (2018). *Kommuners roller på bredbandsmarknaden och undantag från den kommunala lokaliseringssprincipen* (Rapportnr PTS-ER-2018:20). Stockholm: Post- och Telestyrelsen.
- PTS – Post- och Telestyrelsen (2021a). *Bryt isoleringen – så kan vi minska det digitala utanförskapet för äldre. Regeringsuppdrag att bidra till tillgänglighet och användning av it och elektroniska kommunikationstjänster för äldre med anledning av utbrottet av covid-19* (Rapportnr PTS-ER-2021:18). Stockholm: Post- och Telestyrelsen.
- PTS – Post- och Telestyrelsen (2021b). *PTS mobiltäcknings- och bredbandskartläggning 2020. En geografisk översikt av tillgången till bredband och mobiltelefoni i Sverige* (Rapportnr PTS-ER-2021:16). Stockholm: Post- och Telestyrelsen.
- Regeringskansliet (2018). *Ökad digital kompetens ska lyfta kommuner och landsting*, Pressmeddelande 2018-08-30. <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2018/08/okad-digital-kompetens-ska-lyfta-kommuner-och-landsting/> [Hämtat 2021-06-17].
- Regeringskansliet (2019a). *Uppdrag att undersöka återinläggningar av multisjuka*, Pressmeddelande 2019-06-14. <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2019/06/uppdrag-att-undersoka-aterinlaggningar-av-multisjuka/> [Hämtat 2021-07-07].
- Regeringskansliet (2019b). *Välfärdscommissionens uppdrag*. Fi2019/04300/K.
- Regeringskansliet (2020). *Uppdrag om små utförarens möjlighet att verka i primärvården*. S2020/03318/FS.
- Regeringskansliet (2021a). *Uppdrag att fördela medel till utbildningar för nyanlända och asylsökande med erfarenhet av arbete inom hälso- och sjukvård eller utländsk vårdutbildning*. S2021/04127 (delvis).
- Regeringskansliet (2021b). *Uppdrag att främja god mobiltäckning och tillgång till grundläggande telefoni och internet i hela landet*. I2021/02333.
- Region Stockholm (2020). *Svar på skrivelse från (L) (M) (KD) (C) (MP) och (SD) om Coronapandemins påverkan på hälso- och sjukvården* (HSN 2020-0681).
- Region Västerbotten (2021). *Glesbygdsmedicin*. <https://www.regionvasterbotten.se/glesbygdsmedicin> [Hämtat 2021-06-14].

- Region Östergötland (2018). Uppföljning av vårdval inom öppen specialiserad vuxenpsykiatri i region Östergötland, 2018.
- Ricci-Cabello, I., Ruiz-Perez, I., Rojas-García, A., Pastor, G. & Gonçalves, D. C. (2013). Improving Diabetes Care in Rural Areas: A Systematic Review and Meta-Analysis of Quality Improvement Interventions in OECD Countries. *PLoS ONE*. 2013;8(12): e84464.
- Riksrevisionen (2014). *Primärvårdens styrning - efter behov eller efterfrågan?* (RIR 2014:22). Stockholm: Riksdagens Interntryckeri.
- RISE – Research Institutes of Sweden (2021). *Ytterbyn 2030. En scenarioanalys av framtidens uppkopplade samhälle och konsekvenser av utebliven fiberutbyggnad*. Stockholm: RISE.
- S2020/06224/FS. *Uppdrag om tillgänglighet till primärvård i Sveriges landsbygder*.
- SCB – Statistiska centralbyrån (2018). *Befolkningens IT-användning, Samtliga tabeller för IT bland individer 2017. Tabell 4. Har inte tillgång till internet hemma. Andel och antal personer i åldern 16-85*. <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efteramne/levnadsforhallanden/levnadsforhallanden/befolkningens-it-anvandning/> [Hämtat 2021-09-16].
- SCB – Statistiska centralbyrån (2019). *Sveriges framtida befolkning 2019–2070*. Statistiska meddelanden, BE 18 SM 1901.
- SCB – Statistiska centralbyrån (2020a). *Befolkningens medelålder efter region och kön*. [https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START\\_\\_BE\\_\\_BE0101\\_\\_BE0101B/BefolkningMedelAlder/?rxid=b5aeb11f-2e02-46cb-9294-5fef4e8d53dc](https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__BE__BE0101__BE0101B/BefolkningMedelAlder/?rxid=b5aeb11f-2e02-46cb-9294-5fef4e8d53dc) [Hämtat 2020-11-24].
- SCB – Statistiska centralbyrån (2020b). *Den minsta folkökningen på 15 år*. Statistiknyhet från SCB. Publicerad 2021-02-22. <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/pong/statistiknyhet/befolkningsstatistik-helaret-2020/> [Hämtat 2021-06-15].
- SCB – Statistiska centralbyrån (2020c). *Befolkningens it-användning 2020*.
- SCB – Statistiska centralbyrån (2021a). *Folkmängd efter region, civilstånd, ålder och kön*. [https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START\\_\\_BE\\_\\_BE0101\\_\\_BE0101A/BefolkningNy/](https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__BE__BE0101__BE0101A/BefolkningNy/) [Hämtat 2021-03-05].
- SCB – Statistiska centralbyrån (2021b). *Land- och vattenareal per den 1 januari efter region och arealtyp*. [https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START\\_\\_MI\\_\\_MI0802/Areal2012N/](https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__MI__MI0802/Areal2012N/) [Hämtat 2021-03-05].
- SCB – Statistiska centralbyrån (2021c). *Flyttningar efter region, ålder och kön*. [https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START\\_\\_BE\\_\\_BE0101\\_\\_BE0101J/Flyttningar97/?rxid=b5aeb11f-2e02-46cb-9294-5fef4e8d53dc](https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__BE__BE0101__BE0101J/Flyttningar97/?rxid=b5aeb11f-2e02-46cb-9294-5fef4e8d53dc) [Hämtat 2021-03-05].

- SCB – Statistiska centralbyrån (2021d). *Inrikes och utrikes födda efter region, ålder och kön. År 2000-2020*. [https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START\\_\\_BE\\_\\_BE0101\\_\\_BE0101E/InrUtrFoddaRegAlKon/](https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__BE__BE0101__BE0101E/InrUtrFoddaRegAlKon/) [Hämtat 2021-06-30].
- SCB – Statistiska centralbyrån (2021e). *Befolkning 16-74 år efter region, utbildningsnivå, ålder och kön*. [https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START\\_\\_UF\\_\\_UF0506/Utbildning/?rxid=b5aeb11f-2e02-46cb-9294-5fef4e8d53dc](https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__UF__UF0506/Utbildning/?rxid=b5aeb11f-2e02-46cb-9294-5fef4e8d53dc) [Hämtat 2021-03-05].
- SCB – Statistiska centralbyrån (2021f). *Sammanräknad förvärvsinkomst för boende i Sverige hela året efter region, kön, ålder, inkomstklass, tabellinnehåll och år*. [https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START\\_\\_HE\\_\\_HE0110\\_\\_HE0110A/SamForvInk1/table/tableViewLayout2/](https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__HE__HE0110__HE0110A/SamForvInk1/table/tableViewLayout2/) [Hämtat 2021-07-01].
- SCB – Statistiska centralbyrån (2021g). *Indikatorer för inkomstfördelning efter region. År 2011-2019*. [https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START\\_\\_HE\\_\\_HE0110\\_\\_HE0110F/Tab1DispInkN/](https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__HE__HE0110__HE0110F/Tab1DispInkN/) [Hämtat 2021-06-30].
- SCB – Statistiska centralbyrån (2021h). *Trender och Prognoser 2020. Befolkning, utbildning, arbetsmarknad – med sikte på år 2035*. SCB: Solna.
- SCB – Statistiska centralbyrån (2021i). *Befolkningens studiedeltagande, Befolkning 16-64 år efter region, kön, ålder och typ av studiedeltagande under höstterminen*. [https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START\\_\\_UF\\_\\_UF0507/StudiedeltagandeK/](https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__UF__UF0507/StudiedeltagandeK/) [Hämtat 2021-06-14].
- SKL – Sveriges kommuner och landsting (2017a). *Indikatorer för sammanhållena vård och omsorg. En vägledning med fokus på indikatorer som belyser förmågan till samordning vid utskrivning från slutna vård*.
- SKL – Sveriges kommuner och landsting (2017b). *Utbilda för framtidens välfärd - Statens roll för kompetensförsörjning i samarbete med kommuner, landsting och regioner*.
- SKL – Sveriges kommuner och landsting (2019). *Kompetenslyft för ökad digital kompetens hos ledning i kommuner och landsting 2018-2020* (Ärendenr 18/03884).
- SKR – Sveriges kommuner och regioner (2019). *Digitala utomlänskontakter 2019*. <https://skr.se/halsasjukvard/ehalsa/digitalavardtjansteriprivarvarden/digitalautomlanskontakter2019.33102.html> [Hämtat 2021-03-29].
- SKR – Sveriges kommuner och regioner (2020a). *Ekonomirapporten, oktober 2020 - Om kommunernas och regionernas ekonomi*.
- SKR – Sveriges kommuner och regioner (2020b). *Ekonomi och verksamhetsstatistik, Verksamhetstabeller 2010-2019*.

- SKR – Sveriges kommuner och regioner (2020c). *Pandemin och hälso- och sjukvården. Läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården med anledning av Covid-19.*
- SKR – Sveriges kommuner och regioner (2020d). *Möt kompetensutmaningen. Rekryteringsrapport 2020 i kortversion.*
- SKR – Sveriges kommuner och regioner (2020e). *Samverkan och förnyelse. En spaning över omställningen i hälso- och sjukvården under fem månader med Corona.*
- SKR – Sveriges kommuner och regioner (2020f). *Läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård - från hemsjukvård till hälso- och sjukvård i hemmet.*
- SKR – Sveriges kommuner och regioner (2020g). *Kostnader för inhyrd personal i hälso- och sjukvården - Jämförelser av första halvåret 2020 med motsvarande period 2019.*
- SKR – Sveriges kommuner och regioner (2020h). *Monitorering i hemmet. Lärande exempel. Publicerad 2020-11-30. <https://skr.se/skr/tjanster/larandeexempel/allalarandeexempel/monitoreringihemmet.50617.html> [Hämtat 2021-07-14].*
- SKR – Sveriges kommuner och regioner (2020i). *Digitalisering i välfärden - Attityder och erfarenheter bland medarbetare och studenter.*
- SKR – Sveriges kommuner och regioner (2021a). *Ekonomi och verksamhetsstatistik, Verksamhetstabeller 2011-2020.*
- SKR – Sveriges kommuner och regioner (2021b). *Delredovisning av primärvårdens digitala utbud 2020. <https://skr.se/download/18.2b9356b71784ab0c985cae40/1617946043424/Digitala-vardkontakter-i-prim%C3%A4rvarden-2020.pdf> [Hämtat 2021-05-11].*
- SKR – Sveriges kommuner och regioner (2021c). *Digitala utomlänskontakter 2020. Publicerad 2021-04-29. <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utveckling/avverksamhet/ehalsa/digitalavardtjansteriprimarvarden/digitalautomlanskontakter2020.46698.html> [Hämtat 2021-07-06].*
- SKR – Sveriges kommuner och regioner (2021d). *Kompetensväxling ger hög tillgänglighet i primärvården i Norrbotten. Lärande exempel. Publicerad 2020-03-18. <https://skr.se/skr/tjanster/larandeexempel/allalarandeexempel/kompetensvaxlinggerhogtillganglighetiprimarvardeni-norrbotten.51085.html> [Hämtat 2021-06-16].*
- SKR – Sveriges kommuner och regioner (2021e). *Hälso- och sjukvårdbarometern 2020. Befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om hälso- och sjukvården.*
- SKR – Sveriges kommuner och regioner (2021f). *PrimärvårdsKvalitet. <http://primarvardskvalitet.skl.se/> [Hämtat 2021-06-16].*

- SKR – Sveriges kommuner och regioner (2021g). *Kommunal personal 2019, Tabell 8 Antal årsarbetare efter personalgrupp och kommun*. <https://skr.se/arbetsgivarekollektivavtal/uppfoljninganalys/personalstatistik/personalen/isiffror/tabellerkommunalpersonal2019.27836.html> [Hämtat 2021-03-30].
- SKR – Sveriges kommuner och regioner (2021h). *Gräns som leder till Nära vård och samarbete för allas hälsa. Lärande exempel*. Publicerad 2021-03-23. <https://skr.se/skr/tjanster/larandexempel/allalarandexempel/granssomledertillnaravardochsamarbeteforallashalsa.51086.html> [Hämtat 2021-07-14].
- SKR – Sveriges kommuner och regioner (2021i). *Bemanningsrend inhyrd personal*. Publicerad 2021-05-03. <https://skr.se/skr/arbetsgivarekollektivavtal/personalochkompetensforsorjning/halsoochsjukvard/bemanningsrendinhyrdpersonal.11422.html> [Hämtat 2021-07-02].
- SKR – Sveriges kommuner och regioner (2021j). *Privata läkare och fysioterapeuter i öppen vård som verkar enligt lag om läkarvårdsersättning respektive lag om ersättning för fysioterapi 2019*. <https://skr.se/download/18.b4249b21790d45fd84fae0/1619603844770/Privata-lakare-fysioterapeuter-som-verkar-enligt-lag-om-ersattning-2020.pdf> [Hämtat 2021-04-22].
- Socialstyrelsen (2017a). *Indikationer för god läkemedelsterapi hos äldre* (Artikelnr 2017-6-7).
- Socialstyrelsen (2017b). *Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan. Nationell vägledning* (Artikelnr 2017-10-25).
- Socialstyrelsen (2018a). *Tillgänglighet i hälso- och sjukvården - Februari 2018* (Artikelnr 2018-2-16).
- Socialstyrelsen (2018b). *Bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården. Uppföljning av 2017 års överenskommelse om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården* (Artikelnr 2018-5-1).
- Socialstyrelsen (2019). *DRG - Grundläggande begrepp och principer*.
- Socialstyrelsen (2020a). *Arbetsätt för jämlik vård - Redovisning av metodutvecklingsprojekt på Socialstyrelsen* (Artikelnr 2020-2-6636).
- Socialstyrelsen (2020b). *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård. Utvecklingen i regioner och kommuner och uppföljning av överenskommelsen. En investering för utvecklande förutsättningar för vårdens medarbetare* (Artikelnr 2020-6-6826).
- Socialstyrelsen (2020c). *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet 2020* (Artikelnr 2020-2-6638).
- Socialstyrelsen (2020d). *E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2020. Uppföljning av utvecklingen inom e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna* (Artikelnr 2020-5-6779).

- Socialstyrelsen (2021a). *Socialstyrelsens termbank. Vårdcentral*. <https://termbank.socialstyrelsen.se/> [Hämtat 2021-01-27].
- Socialstyrelsen (2021b). *Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2020* (Artikelnr 2021-5-7412).
- Socialstyrelsen (2021c). *Återinskrivning av multisyjuka och sköra äldre* (Artikelnr 2021-2-7195).
- Socialstyrelsen (2021d). *Små utförares möjlighet att verka i primärvården. Uppdrag att kartlägga hur ofta och i vilken omfattning privata utförare gemensamt ingår avtal med regionerna om tillhandahållande av primärvård* (Artikelnr 2021-5-73-64).
- Socialstyrelsen (2021e). *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstodet 2021* (Artikelnr 2021-2-7200).
- Socialstyrelsen (2021f). *Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal. Läkare per region*. [https://sdb.socialstyrelsen.se/if\\_per/val.aspx](https://sdb.socialstyrelsen.se/if_per/val.aspx) [Hämtat 2021-07-01].
- Socialstyrelsen (2021g). *Nationella vårdkompetensrådet - Årlig redovisning för 2020 och förslag på hur rådet på sikt kan omfatta fler professioner och kompetenser* (Artikelnr 2021-3-7278).
- SOM-institutet (2020). *Vård & omsorg 2019* (SOM-rapport 2020:21). Göteborg: SOM-institutet, Göteborgs universitet.
- SOU 2016:2. *Effektiv vård. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2016:26. *På väg mot en ny politik för Sveriges landsbygder – landsbygdernas utveckling, möjligheter och utmaningar*. Delbetänkande av Parlamentariska landsbygdskommittén. Stockholm: Näringsdepartementet.
- SOU 2017:1. *För Sveriges landsbygder – en sammanhållen politik för arbete, hållbar tillväxt och välfärd*. Slutbetänkande av Parlamentariska landsbygdskommittén. Stockholm: Näringsdepartementet.
- SOU 2017:47. *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa*. Slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2017:53. *God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild*. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2017:56. *Jakten på den perfekta ersättningsmodellen – Vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme?* Delbetänkande av Tillitsdelegationen. Stockholm: Finansdepartementet.



- SOU 2018:39. *God och nära vård – En primärvårdsreform*. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2018:77. *Framtidens specialistsjuksköterska – ny roll, nya möjligheter*. Betänkande av Utredningen om specialistsjuksköterskeutbildning och vissa andra hälso- och sjukvårdsutbildningar. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SOU 2019:42. *Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet*. Slutbetänkande av utredningen Styrning för en mer jämlik vård. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2020:8. *Starkare kommuner – med kapacitet att klara välfärdsuppdraget*. Slutbetänkande av Kommunutredningen. Stockholm: Finansdepartementet.
- SOU 2020:19. *God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem*. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2021:4. *Informationsöverföring inom vård och omsorg*. Delbetänkande av Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2021:59. *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan*. Delbetänkande av Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialdepartementet.
- Street, T. D., Somoray, K., Richards, G. C. & Lacey, S. J. (2017). Continuity of care for patients with chronic conditions from rural or remote Australia: A systematic review. *Australian Journal of Rural Health*. 2019;27(3):196-202.
- Sveriges Radio (2021). *Pandemin fick dem att flytta ut på landet*. Publicerad 2021-02-19. <https://sverigesradio.se/artikel/pandemin-fick-dem-att-flytta-ut-pa-landet> [Hämtat 2021-05-27].
- SVT Nyheter (2021). *Kommunalrådet om Mörbylångas framgång: Trend att flytta till landet*. Publicerad 2021-02-22. <https://www.svt.se/nyheter/lokalt/smaland/kommunalradet-trend-att-flytta-till-landet> [Hämtat 2021-05-27].
- Tillväxtanalys (2014). *Bättre statistik för bättre regional- och landsbygdspolitik* (Rapport 2014:4). Östersund: Tillväxtanalys.
- Tillväxtverket (2019). *Landsbygders kompetensförsörjning - redovisning till regeringen* (Dnr Ä 2019-1134).
- Tillväxtverket (2020). *Remissvar SoU 2020:8* (Dnr Ä 2020-409).
- Tillväxtverket (2021). *Tillgänglighet till kommersiell och offentlig service 2021* (Rapport 0369). Stockholm: Tillväxtverket.

- UHR – Universitets- och högskolerådet (2020a). *Antagning till högre utbildning höstterminen 2020. Statistik i samband med första urvalet* (Dnr 1.1.1–00005-2020).
- UHR – Universitets- och högskolerådet (2020b). *Antagning till högre utbildning höstterminen 2020. Analys av antagningsomgångar och trender i antagningsstatistiken* (Rapport 2020:9).
- UHR – Universitets- och högskolerådet (2021a). *Antagning till högre utbildning höstterminen 2021 - Statistik i samband med sista anmälningssdag*.
- UHR – Universitets- och högskolerådet (2021b). *Antagning.se, Hitta utbildning, Sjuksköterska*. <https://www.antagning.se/se/search?period=12&freeText=Sjuksk%C3%B6terska&type=programs&graduateLevel=true&sortBy=nameAsc> [Hämtat 2021-06-03].
- UInNorth (2021). *Arbeten i glesbygd. Sjuksköterska*. <http://uinnorth.se/arbeta/arbete-i-glesbygd/sjukskoterska/sjukskoterskestudent/> [Hämtat 2021-06-03].
- UKÄ – Universitetskanslersämbetet (2019a). *Framtidens vårdkompetens - Stärkt samverkan för att möta hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjningsbehov. Tillsammans med Socialstyrelsen* (Rapport 2019:16).
- UKÄ – Universitetskanslersämbetet (2019b). *Studenternas rörlighet inom Sverige* (Löpnr 2019-11-05/11).
- UKÄ – Universitetskanslersämbetet (2020a). *Studenternas rörlighet inom Sverige - en fördjupning* (Regnr 51-109-20).
- UKÄ – Universitetskanslersämbetet (2020b). *Rekrytering till högskoleutbildning - i riket och per län och kommun* (Löpnr 52-170-20).
- UKÄ – Universitetskanslersämbetet (2021a). *Prognoser för behovet av högskoleutbildade, Hälso- och sjukvård samt social omsorg*. <https://www.uka.se/statistik--analys/analys-och-uppfoljning/prognoser-for-behovet-av-hogskoleutbildade/halso--och-sjukvard-samt-social-omsorg.html> [Hämtat 2021-06-14].
- UKÄ – Universitetskanslersämbetet (2021b). *Nyborjare på yrkesexamensprogram, Antal nyborjare på program mot läkarexamen*. [https://www.uka.se/statistik--analys/hogskolan-i-siffror/statistik/statistikomrade.html?statq=https%3A%2F%2Fstatistik-api.uka.se%2Fapi%2Ftotals%2F31%3Funiversity%3D1%26year%3DHT1999%26group\\_slug%3D3f309d7fec649f55e598e0c180beda9cb32edd1e](https://www.uka.se/statistik--analys/hogskolan-i-siffror/statistik/statistikomrade.html?statq=https%3A%2F%2Fstatistik-api.uka.se%2Fapi%2Ftotals%2F31%3Funiversity%3D1%26year%3DHT1999%26group_slug%3D3f309d7fec649f55e598e0c180beda9cb32edd1e) [Hämtat 2021-06-14].
- Umecon (2016). *En studie om digitalt utanförskap. En studie framtagen av Umecon på uppdrag av Svenska Stadsnätsföreningen*. <https://www.ssnf.org/globalassets/sveriges-stadsnat/fakta-och-statistik/rapporter/studie-om-digitalt-utanforskap-2016.pdf> [Hämtat 2021-06-29].

- Umeå Universitet (2016). *Kursplan: Omvårdnad i glesbygd, klinisk bedömning och akut omhändertagande*, 7,5 hp. <https://www.umu.se/utbildning/kursplan/3om282/> [Hämtat 2021-06-03].
- Umeå Universitet (2021). *Sjuksköterskeprogrammet*. <https://www.umu.se/utbildning/program/sjukskoterskeprogrammet> [Hämtat 2021-06-03].
- Verma, P., Ford, J. A., Stuart, A., Howe, A., Everington, S., Steel, N. (2016). A systematic review of strategies to recruit and retain primary care doctors. *BMC Health Services Research*. 2016;16:1-25.
- VTI – Statens väg- och transportforskningsinstitut (2017). *Kollektivtrafikens betydelse för mobilitet och vardagsaktiviteter hos hushåll på landsbygd. Intervjustudie* (VTI rapport 949, Dnr 2016/0029-7). Linköping: VTI.
- Vårdfokus (2018). *Ny avancerad roll finns redan i Övertorneå*. Publicerad 2018-11-05. <https://www.vardfokus.se/bemannning/ny-avancerad-roll-finns-redan-i-overtornea/> [Hämtat 2020-06-16].
- Vårdföretagarna (2019). *Vårdval och likvärdiga villkor? – Kartläggning av underskott i regiondriven primärvård 2018*. Stockholm: Vårdföretagarna.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014). *Vem vill veta vad för att välja? Om vilken information olika grupper av personer vill ha för att välja vårdcentral* (Rapport 2014:1). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017a). *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 (2017b). *Visa vägen i vården. Ledarskap för stärkt utvecklingskraft* (Rapport 2017:7). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017c). *Primärvården i Europa. En översikt av finansiering, struktur och målpuppfyllelse* (PM 2017:4). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018a). *En akut bild av Sverige. Kartläggning av akutsjukvårdens organisation och arbetsfördelning* (Rapport 2018:13). 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). *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 (2018d). *Från mottagare till medskapare. Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård* (Rapport 2018:8). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018e). *Möten med mening. En analys av patienters erfarenhet av vårdmöten* (Rapport 2018:12). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018f). *Bäddat för utveckling. Ett kunskapsunderlag om förutsättningar för utvecklingsprojekt i vården och omsorgen* (Rapport 2018:6). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019a). *Med örat mot marken – Förslag på nationell uppföljning av hälso- och sjukvården. Del 1: Angreppssätt och utgångspunkter* (Rapport 2019:2). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019b). *Omotiverat olika – Socioekonomiska och regionala skillnader i cancervården* (Rapport 2019:8). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård och- omsorgsanalys (2019c). *Åt samma håll. Nationella insatser för stärkt ledarskap i hälso- och sjukvården* (Rapport 2019:3). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård och- omsorgsanalys (2019d). *Gränslösa möjligheter, gränslösa utmaningar? Behov av digitala stöd hos personal och patienter i cancervården* (Rapport 2019:5). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020a). *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 (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). *Laga efter läge. Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård* (Rapport 2020:4). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020d). *Tre perspektiv på digitala besök - befolkningens, patienternas och vårdpersonalens uppfattning* (Rapport 2020:1). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys (2020e). *Innovation efter funktion. Välfärdsteknikens effekter ur fyra perspektiv* (Rapport 2020:2). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys (2020f). *Med varierande funktion. Förskrivning av konsumentprodukter som hjälpmedel vid funktionsnedsättning* (Rapport 2020:6). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020g). *Styra mot horisonten. Om vård efter behov som grund för horisontella prioriteringar* (Rapport 2020:7). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021a). *En lag som kräver omtag – Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet* (Rapport 2021:10). 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). *Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport.* (Rapport 2021:8). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021d). *Läget för ledarna. Förutsättningar för ledarskapsutveckling i kommunal vård och omsorg* (Rapport 2021:3). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021e). *Under rådande omständigheter - Konsekvenser av covid-19 för socialtjänstens individ- och familjeomsorg* (Rapport 2021:1). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021f). *Remissyttrande över betänkandet Informationsöverföring inom vård- och omsorg (SOU 2021:4, S2021/00850) (Dnr 4444/2021).*
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021g). *I skuggan av covid-19. Förändringar i befolkningens vårdkonsumtion till följd av pandemin under 2020 (Rapport 2021:6).* Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Västerbottens läns landsting (2016). *Kartläggning av vård på distans i Västerbottens läns landsting. Analys av nuläge, förutsättningar och förbättringsområden, rev. 1.1.*
- Västra Götalandsregionen (2021). *Om Samverkande sjukvård.* <https://www.samverkandesjukvard.se/om-samverkande-sjukvard/> [Hämtat 2021-06-16].
- WHO – World Health Organisation, Världshälsoorganisationen (2010). *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations.*
- Zhou, L. & Parmanto, B. (2019). *Reaching People With Disabilities in Underserved Areas Through Digital Interventions: Systematic Review. Journal of Medical Internet Research.* 2019;21(10):e12981.







# Bilagor

## BILAGA 1 – METOD

I det här avsnittet redogör vi för de kvantitativa datakällor och analyser som vi använt oss av i den här rapporten. Vi har använt en blandning av kvantitativa och kvalitativa metoder.

I de kvantitativa analyserna har vi använt information från både egengenomförda enkäter och externa datakällor. Analysmetoderna är deskriptiv statistik, statistiska t-tester för att jämföra olika grupper samt logistiska regressionsanalyser för att undersöka samband mellan bakgrundsfaktorer och erfarenheter av vården.

De kvalitativa analyserna omfattar en litteraturstudie, analys av ärenden till patientnämnderna och intervjuer. Vilka personer vi har intervjuat framgår av bilaga 2. I analyserna har vi använt oss av Tillväxtanalys indelning i sex olika kommuntyper, kommuntyperna beskrivs närmare i figur 35.

**Figur 35.** Kategorisering av kommuner i sex kommuntyper.

<b>Landsbygdskommuner mycket avlägset belägna</b>	Kommuner med hela befolkningen i rurala områden och med minst 90 minuters genomsnittlig resväg till en agglomeration med minst 50 000 invånare.
<b>Landsbygdskommuner avlägset belägna</b>	Kommuner med minst 50 procent av befolkningen i rurala områden och mindre än 50 procent av befolkningen med mindre än 45 minuters resväg till en agglomeration med minst 50 000 invånare.
<b>Landsbygdskommuner nära en större stad</b>	Kommuner med minst 50 procent av befolkningen i rurala områden och minst 50 procent av befolkningen med mindre än 45 minuters resväg till en agglomeration med minst 50 000 invånare.
<b>Täta kommuner avlägset belägna</b>	Övriga kommuner med mindre än 50 procent av befolkningen i rurala områden och mindre än 50 procent av befolkningen med mindre än 45 minuters resväg till en agglomeration med minst 50 000 invånare.
<b>Täta kommuner nära en större stad</b>	Övriga kommuner med mindre än 50 procent av befolkningen i rurala områden och minst 50 procent av befolkningen med mindre än 45 minuters resväg till en agglomeration med minst 50 000 invånare.
<b>Storstadskommuner</b>	Kommuner med mindre än 20 procent av befolkningen i rurala områden och en med angränsande kommuner samlad folkmängd på minst 500 000.

Källa: Tillväxtanalys 2014

## Vård- och omsorgsanalys egna enkäter och undersökningar

### *Enkät till Vård- och omsorgsanalys befolkningspanel*

För att undersöka erfarenheter och förväntningar på primärvården i landsbygden och i övriga landet har vi genomfört en enkät till Vård- och omsorgsanalys befolkningspanel.

Befolkningspanelen består av cirka 300 personer som rekryterats genom att ett slumpmässigt urval personer ur befolkningen tillfrågats om de vill delta. Det slumpmässiga urvalet är baserat på SCB:s befolkningsregister. Eftersom att alla tillfrågade inte tackar ja till att delta i befolkningspanelen, är urvalet i panelen inte representativt för befolkningen i helhet. Däremot har vi god kännedom om den demografiska sammansättningen i panelen och bland de som svarar på enkäten.

Enkäten skickades ut till cirka 300 personer i befolkningspanelen i januari 2020. Totalt 228 personer svarade på frågorna, varav 59 var bosatta i landsbygdskommuner. Enkäten bestod av 18 frågor på temat tillgänglighet och kvalitet i primärvården. Syftet var att undersöka vilken typ av tillgänglighet och kvalitet som befolkningen förväntar sig och om förväntningarna verkar skilja sig åt mellan personer bosatta i landsbygden jämfört med andra kommuntyper. Respondenterna fick svara hur viktigt de tycker att olika aspekter av vården är, och fick rangordna hur de prioriterar olika aspekter av vården.

Svaren från personer bosatta i landsbygden kan jämföras med personer bosatta i andra kommuntyper. Eftersom att befolkningspanelen är under uppbyggnad ska skillnaderna inte ses som representativa för riket i sin helhet, utan snarare tolkas som en större fokusgrupp. Därför görs inga ytterligare analyser än att sammanställa resultaten deskriptivt.

### *Enkät i samband med uppföljning av patientlagen*

Vård- och omsorgsanalys har genomfört en enkätundersökning med patienter och allmänheten om hur de upplever att vården arbetar inom patientlagens områden. Enkäten riktades till personer 16 år och äldre i Origo Groups slumpmässigt rekryterade webbpanel. Urvalet var stratifierat för att uppnå en högre representativitet i könsfördelning, åldersfördelning och geografisk fördelning. Totalt kom 12 522 svar in, och undersökningen pågick mellan 14 december 2020 och 13 januari 2021. Samtliga svar går att bryta ner på kommuntyp. För mer information om genomförande och metod, se Vård- och omsorgsanalys (2021a).

Resultaten är analyserade med deskriptiv statistik och logistiska regressionsmodeller. I regressionsmodellerna har vi undersökt sannolikheten för positiva eller negativa svar på frågorna i enkäten när vi kontrollerar för olika socioekonomiska faktorer. Faktorerna som vi kontrollerar för är:

- kommuntyp
- kön
- ålder
- utbildningsnivå
- födelseland
- hälsotillstånd.

Genom att inkludera dessa faktorer kan vi beräkna sambandet mellan att bo i olika kommuntyper och att svara positivt på frågorna i enkäten, under förutsättning att alla andra bakgrundsfaktorer är konstanta. Referens-kategorin i alla regressioner är avlägset belägna landsbygdskommuner.

Eftersom det sammantagna bortfallet i en webbpanel är stort (från rekryteringsstillfället till den genomförda undersökningen) är det tveksamt om det slutliga urvalet kan betraktas som ett slumpmässigt urval av befolkningen, det vill säga ett sannolikhetsurval. Det är därför svårt att uppskatta urvalsosäkerheten i statistiska beräkningar. Därmed bör alla statistiska mått som beräknas utifrån materialet tolkas med viss försiktighet.

### *International Health Policy Survey 2019 och 2020*

International Health Policy Survey (IHP) är en internationell, årlig undersökning som undersöker erfarenheter i sjukvården i tre roterande målgrupper: befolkningen 18 år och äldre, befolkningen 65 år och äldre, samt primärvårdsläkarna. I den här rapporten har vi sammanställt skillnaderna mellan glesbygd och tätorter för svaren hos befolkningen 18 år och äldre, samt primärvårdsläkarna.

För att klassificera svaren som tillhörande personer i glesbygd eller tätorter använder vi oss av Eurostats klassificering *Degrees of Urbanisation*, eller DEGURBA. Tillväxtanalys klassificering utgår från samma grundindelning, men tar hänsyn till befolkningens närhet till större städer och grupperar kommunerna i sex grupper i stället för tre. Klassificeringen som används i IHP är alltså något grövre, men fångar trots det skillnaderna mellan stad och landsbygd.

Undersökningen till befolkningen över 18 år genomfördes 2019, där 2 536 personer svarade på enkäten. För mer information om genomförande och metod se Vård- och omsorgsanalys (2021b).

Enkäten till primärvårdsläkarna vänder sig mot legitimerade allmänläkare och ST-läkare som arbetar på vårdcentraler i Sverige och genomfördes 2020. Totalt inkom 2 411 svar. För mer information om genomförande och metod se Vård- och omsorgsanalys 2020a.

I analysen av både IHP 2019 och IHP 2020 har vi använt oss av logistiska regressioner. Respondenternas svar har dikotomiernas och har varit beroendevariabeln och olika socioekonomiska faktorer har varit oberoende variabler. En av de socioekonomiska variablerna är om respondenterna är bosatta i glesbygd eller tätort. På så sätt kan vi beräkna skillnaden i sannolikhet att personer bosatta på glesbygden svarar på ett visst sätt jämfört med andra om vi kontrollerar för ålder, kön, utbildning och hälsa.

### *Enkät för att kartlägga preferenser i primärvården*

I samband med vårt arbete med rapporten *Primärt i vården* (Rapport 2020:9) genomförde vi en enkätstudie för att kartlägga befolkningens preferenser i

vården. Vi har analyserat resultaten för att se om det finns skillnader mellan personer bosatta i olika kommuntyper.

Enkäten gick att besvara både via webben och genom en postal enkät och insamlingen skedde under två månader 2019. Enkäten skickades ut till ett slumpmässigt urval på 6 000 individer i den vuxna befolkningen. Totalt svarade 1 919 personer på enkäten, vilket gav en svarsfrekvens på 32 procent.

Urvalet till enkäten skedde med hjälp av SCB:s register över befolkningen. Urvalet har sedan stratifierats på ålder i sex åldersgrupper, 18–24 år, 25–34 år, 35–49 år, 50–64 år, 65–79 år samt 80 år och äldre. Syftet med stratifieringen var att uppnå ett urval som så väl som möjligt speglar sammansättningen i Sverige. Åldersfördelningen i de olika kommuntyperna bland de som svarat på enkäten skiljer sig åt relativt mycket. Svarande från storstadskommuner är relativt unga, vilket betyder att det speglar en yngre befolkning. Det är även fler äldre som svarat på enkäten i landsbygdskommuner, vilket också speglar demografin i stort. Vid tolkning av resultaten är det viktigt att ta åldersfördelningen i beaktan. Landsbygdskommuner kan både ha svarande, och en befolkning, som konsumerar vård i större utsträckning.

Av de 1 919 svarande var 315 bosatta i landsbygdskommuner, 553 i storstadskommuner och 1 051 i tätta kommuner. Dessa förhållandevis små gruppstorlekar leder till en viss osäkerhet i våra skattningar av skillnader mellan grupperna. Särskilt för den minsta gruppen, landsbygdskommuner, ser vi breda konfidensintervall. I frågorna sedan ser vi skillnader mellan kommuntyperna, men vi kan inte med säkerhet säga att de inte beror på slumpen.

## Nationell statistik och undersökningar

### Väntetidsdatabasen

I analysen av väntetider och besöksmönster i olika kommuntyper har vi använt oss av SKR:s Väntetidsdatabas. Det finns samtidigt flera brister i kvaliteten på statistiken i Väntetidsdatabasen. I arbetet med vår rapport *I skuggan av covid-19* (Rapport 2021:6) har vi hittat misstänkta felregistreringar, skillnader i täckningsgrad jämfört med SKR:s *Ekonomi och verksamhetsstatistik* och avsaknad av bortfallsanalys (Vård- och omsorgsanalys 2021g). Skillnaderna i täckningsgrad jämfört med *Ekonomi och verksamhetsstatistik* är ett särskilt viktigt problem att ta hänsyn till. Väntetidsdatabasen innehåller uppskattningsvis 17 miljoner färre fysiska besök. Det trots att båda datakällorna har till uppgift att inkludera det totala antalet besök för samtliga yrkesgrupper i primärvården.

Totalt har Väntetidsdatabasen en täckningsgrad på cirka 53 procent av primärvårdsbesöken jämfört med SKR:s *Ekonomi och verksamhetsstatistik*, men det finns stora regionala skillnader. Det finns även stora skillnader i täckningsgrad mellan olika yrkesgrupper och besöksformer i primärvården. Eftersom Väntetidsdatabasen är den enda datakälla där resultaten går att analysera utifrån kommuntyp behöver vi trots det använda oss av den.

För att motverka problemen med underrapportering och stora regionala variationer har vi valt ut de regioner som har en täckningsgrad på 70 procent eller högre jämfört med underlaget i *Ekonomi och väntetidsstatistik*. De regioner vi har inkluderat är:

- Dalarna
- Gotland
- Halland
- Jämtland Härjedalen
- Jönköping
- Kalmar
- Kronoberg
- Skåne
- Uppsala
- Värmland
- Västerbotten
- Västernorrland
- Västmanland
- Örebro
- Östergötland.

Det representerar 15 av 21 av Sveriges regioner. Samtliga kommuntyper finns med i urvalet, men storstadskommunerna representeras enbart av Region Skåne. Tabell 6 visar det totala antalet kommuner i respektive region.

**Tabell 6.** Fördelningen av antalet kommuner i regionerna inkluderade i analysen av data från Väntetidsdatabasen.

Region	Landsbygdskommuner			Täta kommuner		Storstads-kommuner
	Mycket avlägset belägna	Avlägset belägna	Nära en större stad	Avlägset belägna	Nära en större stad	
Dalarna	2	2	4	1	6	0
Gotland	0	1	0	0	0	0
Halland	0	0	2	0	4	0
Jämtland Härjedalen	1	5	1	0	1	0
Jönköping	0	3	2	3	5	0
Kalmar	0	2	5	3	2	0
Kronoberg	0	0	5	3	0	0
Skåne	0	1	8	0	18	6

(forts.)

Tabell 6. (forts.)

Region	Landsbygdskommuner			Täta kommuner		Storstads-kommuner
	Mycket avlägset belägna	Avlägset belägna	Nära en större stad	Avlägset belägna	Nära en större stad	
Uppsala	0	0	3	0	5	0
Värmland	0	6	1	1	8	0
Västerbotten	7	0	5	2	1	0
Västernorrland	0	3	0	1	3	0
Västmanland	0	1	1	1	7	0
Örebro	0	2	5	5	0	0
Östergötland	0	1	5	7	0	0
<b>Antal kommuner i urvalet</b>	<b>10</b>	<b>27</b>	<b>47</b>	<b>27</b>	<b>60</b>	<b>6</b>
<i>Antal kommuner i landet</i>	<i>15</i>	<i>45</i>	<i>70</i>	<i>28</i>	<i>103</i>	<i>29</i>

Tidigare har vi även konstaterat att det finns regionala skillnader i täckningsgrad mellan olika yrkesgrupper och olika former av besök (Vård- och omsorgsanalys 2021g). I vårt urval av regioner är täckningsgraden för läkarbesök 88 procent och 69 procent för sjuksköterskebesök. För övriga yrkesgrupper har vi en täckningsgrad på 82 procent, men det är stor regional variation i täckningsgraden. Det tyder på att det finns ett bortfall i inrapporteringen som vi inte har någon information om. Därför väljer vi att fokusera på läkar- och sjuksköterskebesök. Utgångspunkten för våra analyser är alltså att antalet besök totalt är underrepresenterat och att tolkningen av besök till olika yrkesgrupper samt besökstyper ska tolkas med försiktighet.

### *Nationell patientenkät*

Den nationella patientenkäten (NPE) riktad mot primärvården skickas ut till personer som besökt primärvården under det gångna året och genomförs vartannat år. År 2019 hade NPE cirka 100 000 inkomna svar, vilket gav en svarsfrekvens på cirka 40 procent. Svarsfrekvenserna varierade mellan olika åldersgrupper, svaren har därför viktas efter kön och åldersgrupp för att uppnå representativitet. Vi har analyserat svaren för flera frågor, och fokus har varit på frågor som mäter personcentrering i vården.

Den huvudsakliga analysmetoden för NPE-enkäten är logistiska regressionsmodeller för sannolikheten att respondenterna hade positiva upplevelser i primärvården eller inte. Modellen beräknar alltså sannolikheten att respondenterna svarar de två mest positiva svarsalternativen i enkäten. Regressionsmodellerna beräknar skillnaden i sannolikhet att svara på ett visst sätt om man bor i landsbygden i stället för i tätta kommuner nära större städer. Vi har använt tätta kommuner nära större städer som referenskategori, eftersom det är den vanligaste kommuntypen i Sverige.

För att belysa sambandet mellan att ha positiva erfarenheter i vården och olika bakgrundsfaktorer inkluderar vi bakgrundsfaktorerna som kontrollvariabler. På så sätt vi se sambandet mellan vilken kommuntyp respondenterna är bosatta i och hur bra erfarenheter de har i primärvården när vi håller övriga socioekonomiska och geografiska faktorer konstant. Kontrollvariablerna är: kommuntyp, kön, ålder, utbildning, arbetslöshet och vilken region respondenten är bosatt i. En svaghet med vår regressionsanalys är att vi inte har möjlighet att inkludera hälsotillstånd som en kontrollvariabel.

### *Hälso- och sjukvårdsbarometern*

Hälso- och sjukvårdsbarometer är en årlig undersökning från SKR som undersöker befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om svensk hälso- och sjukvård. Målgruppen är Sveriges befolkning 18 år och äldre, och urvalet har skett genom ett obundet slumpmässigt urval som stratifierats på regioner, och i vissa fall för områden/kommuner/stadsdelar.

Datainsamlingen har skett med en mixad datainsamlingsmetod där både webbenkäter och telefonintervjuer har använts. Totalt samlades det in 42 090 svar under 2019. De inkomna svaren har viktats utifrån den region eller regionsdel som respondenterna kommer ifrån, så att svaren ska representera riket.

Hälso- och sjukvårdsbarometern har, precis som i andra undersökningar, olika svarsbenägenhet i olika grupper. Under 2019 var åldersgruppen 18–39 år något underrepresenterade, medan respondenter 40 år och äldre var något överrepresenterade. Eftersom äldre personer ofta svarar mer positivt i undersökningar än vad unga gör leder det till att svaren är något snedfördelade där andelen positiva svar är överrepresenterade. Även gruppen personer som är födda i ett annat land än Sverige är något underrepresenterade i de inkomna svaren.

Dataunderlaget som levererades till oss från SKR redovisar resultaten nedbrutet på åldersgrupp, kön, region, kommuntyp och högsta utbildnings-



nivå. Vi har kombinerat de två mest positiva svarsalternativen för varje fråga och presenterar sedan skillnaden mellan olika kommuntyper.

### *Data från Socialstyrelsens register*

Vi har hämtat ett antal indikatorer från Socialstyrelsens olika register. Dessa indikatorer är: sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet, oplanerade återinskrivningar på sjukhus för patienter 65 år och äldre, andelen äldre med läkemedel som bör undvikas, samt DRG-poäng för specialistvården. Indikatorerna hämtas ur Dödsorsaksregistret, Patientregistret, samt Läkemedelsregistret och har kombinerats med information om befolkningssammansättningen och befolkningssammansättningen.

Indikatorn sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet visar antalet dödsfall per 100 000 invånare under 80 år som kan påverkas av sjukvårdens olika insatser, till exempel tidig upptäckt och behandling. Totalt ingår 18 olika sjukdomar eller komplikationer. De vanligaste dödsfallen sker i stroke, diabetes och cancer i livmoderhalsen. Indikatorn har justerats för att ta hänsyn till att olika kommuntyper har olika ålders- och utbildningssammansättning. Det underlag vi använder oss av skiljer sig något från OECD:s definition av sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet. Därför går det inte att jämföra resultaten i den här rapporten med statistiken från OECD.

Indikatorerna DRG, oplanerade återinskrivningar och andelen äldre med läkemedel som bör undvikas har analyserats genom deskriptiv analys. Indikatorn sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet har justerats för att ta hänsyn till att olika kommuntyper har olika ålders- och utbildningssammansättning. Till exempel har landsbygden i genomsnitt en äldre befolkning än städerna. Det innebär att utan justeringen för ålderssammansättning kommer landsbygden ha fler åtgärdbara dödsfall enbart som en effekt av att det bor fler äldre där.

### *SCB:s undersökning av levnadsförhållanden*

SCB:s årliga undersökning av levnadsförhållanden (ULF/SILC) vänder sig till befolkningen 16 år och äldre och undersöker levnadsförhållandena för olika grupper i befolkningen. Undersökningarna genomförs som telefonintervjuer med ett slumpmässigt urval av befolkningen.

I den här rapporten har vi använt oss av ULF-undersökningen för att se om det finns skillnader i vilken utsträckning personer bosatta i olika kommuntyper upplever att de har fått vård när de varit i behov av det.

Vi har använt information från undersökningarna för åren 2017, 2018 och 2019. Omkring 3 500 personer ingår i populationen vi har studerat.

Det dataunderlag vi tog del av från SCB omfattade skattade andelar i procent och felmarginal (95-procentigt konfidensintervall), samt antal svarande. Vi fick sex separata tabeller där svaren fördelades på kommuntyper.

### *Nationella folkhälsoenkäten*

Den nationella folkhälsoenkäten, *Hälsa på lika villkor*, genomförs av Folkhälsomyndigheten vartannat år. Syftet är att undersöka befolkningens hälsa, levnadsvanor och livsvillkor. Urvalet i befolkningen är personer 16–84 år och bestod 2004–2016 av 20 000 personer. År 2018 utökades urvalet till 40 000. År 2020 bestod det totala urvalet av cirka 120 000 personer. Urvalet är ett obundet, slumpmässigt urval baserat på SCB:s register över befolkningen. Enkäten skickas ut med post och består av cirka 60 frågor. Svarsfrekvensen var 42 procent, och en bortfallsanalys visade att bortfallen inte är slumpmässigt. Det finns en samvariation mellan variablerna ålder, kön, utbildning, inkomst, födelseland, civiltillstånd och invandringsår samt med benägenheten att svara.

I den här rapporten har vi använt på deskriptiv statistik över skillnader mellan kommuntyperna i självskattad hälsa och förekomsten av självrapporterade långvariga sjukdomar. Utöver att sammanställa deskriptiv statistik över dessa mått har vi även undersökt de så kallade hälsogapet mellan städer och landsbygd.

### **Litteraturstudie om insatser för tillgänglighet och kvalitet**

Med hjälp av SBU:s Upplysningstjänst har vi genomfört en litteraturstudie. Frågan i studien var ”Hur och i vilken omfattning påverkar olika insatser för ökad tillgänglighet till primärvård i landsbygden vårdens kvalitet och behandlingsresultat?”.

Utifrån frågan utförde utredare vid SBU sökningar i databaserna Embase, MedLine (Ovid), CINAHL, SocIndex, Academic Search Premier och Econlit. Sökningarna genomfördes den 26 och 27 januari 2021 och avgränsades till systematiska översikter.

Sökningen gav 1 265 träffar efter dubblettrensning. Granskning på titel- och abstraktnivå utfördes oberoende av två utredare. Efter granskning inkluderades 126 översiktsartiklar. Artiklarna har inte fulltextgranskats eller granskats för *risk of bias*.

Översikterna skulle ha ett landsbygdsperspektiv för att inkluderas. Översikter om eHälsa där landsbygden inte tagits med som en aspekt har

exkluderats. Översikter som behandlar specialistvård och akutvård har inkluderats i de fall där vi har bedömt att det kan finnas kopplingar till primärvård. Andra typer av översikter (rapid reviews, scoping reviews) har också inkluderats i de fall de uppfyllt det grundläggande kvalitetskravet att ha utförts av mer än en person.

Sökning och granskning har utförts av André Sjöberg och Emma Palmqvist Wojda på SBU:s Upplysningstjänst.

## **Analys av ärenden till patientnämnderna**

För att få en bild av vilken typ av tillgänglighet och kvalitet i primärvården som befolkningen i Sveriges landsbygder förväntar sig och har behov av, kan vi bland annat undersöka i vilka situationer man upplever att tillgängligheten och kvaliteten brister. Därför har vi analyserat ärenden till patientnämnderna i sex av våra regioner inom ramen för våra fallstudier, Dalarna, Gävleborg, Jämtland Härjedalen, Kalmar, Västra Götalandsregionen och Örebro.

Vi har analyserat ärenden som kommit in till patientnämnderna under 2019 och som berör primärvården. Ärenden till patientnämnderna delas in i kategorier utifrån ett nationellt system. Klagomålskategorier som vi valt ut för analys relaterar till tillgänglighet och kvalitet.

Utifrån underlaget från patientnämnderna har vi gjort två analyser. I en numerisk analys har vi undersökt hur de drygt 2 100 ärendena som vi tagit del av fördelar sig mellan kategorierna och om fördelningen skiljer sig mellan kommuntyper.

Vi har också genomfört en innehållsanalys för att få en tydligare beskrivning av vad ärendena handlar om. Analysen gjordes för ett urval av cirka 800 ärenden där vi fått kompletterande information.

## **Intervjuer med personer bosatta i landsbygden**

För att få information om befolkningens upplevelser och preferenser i primärvården som komplement till information från enkäter och intervjuer med patientorganisationer har vi genomfört intervjuer med personer bosatta i landsbygden.

Personerna som deltog i intervjuerna identifierades genom enkäten till Vård- och omsorgsanalys webbpanel. I enkäten fick personerna bosatta i landsbygdskommuner möjlighet att anmäla intresse till att delta i en fördjupande intervju om tillgänglighet och kvalitet i primärvården. Av

dem som anmälde intresse, sorterades respondenterna efter studie-id och varannan erbjöds att delta. Om vi inte fick kontakt eller den tillfrågade avböjde medverkan, kontaktade vi nästa i listan.

Totalt gjorde vi 10 intervjuer. Intervjuerna genomfördes under mars 2021 över videosamtal eller telefon. Intervjuerna varade cirka 45 min och följde en semistrukturerad intervjuguide som innehöll frågor om uppfattning av och förväntningar på tillgänglighet och kvalitet i primärvården. Under intervjun tog vi skriftliga anteckningar som ligger till grund för de beskrivningar och sammanfattande analyser vi gjort.

## BILAGA 2 – INTERVJUER, SAMRÅD OCH AVSTÄMNINGAR

I den här bilagan redovisar vi vilka personer vi intervjuat i arbetet med den här rapporten. Intervjupersonerna valdes ut dels baserat på deras kunskap inom primärvård i landsbygden, dels för att det i uppdraget ingick att ha samråd med vissa aktörer.

**Tabell 7.** Intervjuer, samråd och avstämningar kring specifika frågor.

Organisation	Roll	Namn
Arbetsförmedlingen	Handläggare	Jessica Leander
Arbetsförmedlingen	Handläggare	Sofie Bergenudd
Capio	HR-chef Capio Närsjukvård	Cecilia Friis
Glesbygdsmedicinskt centrum	Enhetschef	Andreas Lundqvist
Glesbygdsmedicinskt centrum	Forskningsjuksköterska	Lina Ärlebrant
Glesbygdsmedicinskt centrum	Projektet Vård och omsorg på distans	Niklas Forslind
Governo	Utredare	Rebecca Strandberg
Governo	Utredare	Niklas Eklöf
Kry	Policychef	Livia Holm
Nationella vårdkompetensrådet		
Nordens välfärdscenter	Projektledare Vård och omsorg på distans	Bengt Andersson
Norra Sjukvårdsregionen	Samordnare God och nära vård	Mats Brännström
Praktikertjänst	Chef Stöd och styrning	Ann-Christine Ericsson
Praktikertjänst	Chef Verksamhetsutveckling	Sofie Wallenberg
Praktikertjänst	Chefsläkare	Sara Banegas
Privatläkarföreningen	Ordförande	Sven Söderberg
Privatläkarföreningen	Vice ordförande	Thomas Andersson
Skolverket	Undervisningsråd	Helena Höglund
Skolverket	Undervisningsråd	Lee Gleichmann Linnarsson
Socialstyrelsen	Utredare	Charlotte Pihl
Socialstyrelsen	Nationella vårdkompetensrådets kansli	Malin Nylén Bolinder
Socialstyrelsen	Nationella vårdkompetensrådets kansli	Sofia Leijon

(forts.)

Tabell 7. (forts.)

Organisation	Roll	Namn
Socialstyrelsen	Nationella vårdkompetensrådets kansli	Stina Moritz
Socialstyrelsen	Nationella vårdkompetensrådets kansli	Katarina Sandberg
Sveriges kommuner och regioner	Samordnare God och Nära vård	Lisbeth Löpare Johansson
Sveriges universitets- och högskoleförbund	Generalsekreterare	Marita Hilliges
Sveriges universitets- och högskoleförbund	Arbetsgrupp om vårdkompetensfrågor	Johan D Söderholm
Universitetskanslersämbetet	Utredare	Karin Holmwall
Universitetskanslersämbetet	Utredare	Sofia Berlin Kolm

## Fallstudier i sju regioner

Vi kontaktade företrädare för de regioner vi valt att fokusera på i våra fallstudier. Initialt kontaktades regionens hälso- och sjukvårdsdirektör eller primärvårdschef med en förfrågan, men regionen fick själva identifiera lämpliga representanter att intervjua. I de utvalda kommunerna kontaktade vi de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna direkt.

Totalt genomförde vi sex intervjuer med företrädare för regionerna och sex intervjuer med medicinskt ansvariga sjuksköterskor, se tabell 8.

Intervjuerna genomfördes under januari 2021 till och med april 2021 över videosamtal. Intervjuerna varade cirka 60 minuter och följde en semistrukturerad intervjuguide som innehöll frågor med fokus på respondenternas uppfattning om förutsättningarna för primärvården i landsbygden, kompetensförsörjning, digitalisering samt förutsättningarna för vårdgivare i olika storlek att verka i primärvården i landsbygden.

Vi tog skriftliga anteckningar från varje intervju, de ligger till grund för de beskrivningar och sammanfattande analyser vi gjort utifrån intervjuerna.

**Tabell 8.** Intervjuer med företrädare för regioner och kommuner inom ramen för våra fallstudier.

Organisation	Roll	Namn
Region Gävleborg	Tf hälso- och sjukvårdsdirektör	Johan Kaarme
Region Kalmar	Primärvårdsdirektör	Niklas Föghner
Region Jämtland Härjedalen	Områdeschef Primärvård	Anna Granevärn
Region Västerbotten	Närsjukvårdschef	Camilla Andersson
Västra Götalandsregionen	Primärvårdschef	Ulrika Holmqvist
Region Örebro län	Biträdande områdeschef	Katrin Eriksson
Malung-Sälens kommun	Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Annika Larsson
Dorotea kommun	Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Ann-Kristine Persson
Bollnäs kommun	Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Britt-Marie Blom Lindström
Hällefors kommun	Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Ann-Louise Eriksson
Dals-Eds kommun	Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Stina Leander
Mönsterås kommun	Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Per Gawelund

## Intervjuer med patient- och professionsföreträdare

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

Totalt genomförde vi nio intervjuer med olika nationella patientorganisationer (se tabell 9), vi kompletterade även med sex intervjuer med lokalföreningar för tre förbund, och tio intervjuer med professionsorganisationer (se tabell 10).

Intervjuerna genomfördes under december 2020 till och med mars 2021 över videosamtal eller telefon. Intervjuerna varade cirka 60 minuter och följde en semistrukturerad intervjuguide som innehöll frågor med fokus på respondenternas uppfattning om primärvården i dag, specifika utmaningar för primärvården i landsbygden och om målen i omställningen till en god och nära vård – tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet.

Vi tog skriftliga anteckningar från varje intervju, de ligger till grund för de beskrivningar och sammanfattande analyser vi gjort utifrån intervjuerna.

**Tabell 9.** Intervjuer med företrädare för patient- och brukarorganisationer.

Organisation	Roll	Namn
Demensförbundet	Vice ordförande	Carina Lindegren
Diabetesförbundet	Förbundsordförande	Thomas Löfwenius
Diabetesförbundet	Förbundsledamot	Lena Jonsson
FUB	Förbundsjurist	Nina Alander
Funktionsrätt Sverige	Ordförande	Elisabeth Wallenius
Prostatacancerförbundet	Vårdpolitisk talesperson	Calle Waller
Reumatikerförbundet	Intressepolitisk chef	Eva-Maria Dufva
Reumatikerförbundet	Förbundsordförande	Lotta Håkansson
Riksförbundet för social och mental hälsa, RSMH	Ordförande	Barbro Hejdenberg Ronsten
RSMH Jämtland Härjedalen	1:a vice förbundsordförande	Tore Hansson
RSMH Säter	Kontaktperson	Anette Kruse
RSMH Västra Götaland, Tibro	Kontaktperson	Bengt Fernström
RSMH Västernorrland	Kontaktperson	Per-Olof Tiger
Riksförbundet HjärtLung	Förbundsordförande	Inger Ros
HjärtLung Öckerö	Ordförande	Jörgen Warberg
Sällsynta diagnoser	Ordförande	Maria Montefusco

**Tabell 10.** Intervjuer med professionsorganisationer.

Organisation	Roll	Namn
Arbets terapeuterna	Förbundsordförande	Ida Kählin
Distriktsläkarförbundet	Ordförande	Marina Tuutma
Distriktsköterskeföreningen	Ordförande	Maria Östbacka
Fysioterapeuterna	Förbundsordförande	Cecilia Winberg
Glesbygdsmedicinsk förening	Ordförande	Anna Falk
Glesbygdsmedicinsk förening	Vetenskaplig sekreterare	Lars Agréus
MAS/MAR	Styrelseledamot	Annika Nilsson
Psykologförbundet	Samhällspolitisk strateg	Maria Enggren Zavisic
Psykologförbundet	Ledamot i förbundsstyrelsen	Eva-Lena Lindström
Sjukhusläkarna	Ledamot i styrelsen	Jonas Holm

(forts.)



Tabell 10. (forts.)

Organisation	Roll	Namn
Svensk förening för allmänmedicin/ Glesbygdsmedicinsk förening	Medlem	Anna Westman
Svensk kuratorsförening	Styrelsemedlem	Lovisa Gullmar
Svensk kuratorsförening	Ordförande	Kristina Kolterud
Svensk kuratorsförening	Medlem	Ulrika Karlsson
Vårdförbundet	Vice ordförande	Ann Johansson
Vårdförbundet	Vårdstrateg	Annika Wählin



## BILAGA 3 – GENOMGÅNG AV REGIONERNAS FÖRFRÅGNINGSUNDERLAG

Vi har gått igenom regionernas förfrågningsunderlag för uppdragen inom primärvården för att analysera om de ger specifik ersättning för verksamheter belägna i landsbygden. Genomgången gjordes i december 2020 och baserades på det senast beslutade förfrågningsunderlaget. I tabell 11 presenterar vi resultaten av genomgången.

**Tabell 11.** Beskrivning av olika former av glesbygdsersättning inom vårdval inom primärvården, vårdcentralverksamhet eller motsvarande, i regionerna.

Region	Avtalsvillkor
<b>Stockholm – Vårdval Norrtälje</b>	Ökad ersättning för hembesök i vissa perifert belägna basområden. I vårdval Norrtälje ingår även ersättning för filial.  Utökad ersättning för hembesök, 250–400 kr per besök beroende på var hembesöket utförs.
<b>Uppsala</b>	Strukturersättning till vårdcentraler i Heby, Älvkarleby, Tierps, Östhammars och Håbo kommun.  15 procent per listad person och år.
<b>Sörmland</b>	Avståndsersättning till de vårdcentraler som ligger utanför en sjukhusort. Ersättningen baseras på antal listade.  300 kronor per listad.
<b>Östergötland</b>	Ersättning för vårdcentraler ensamma på orten. Ersättningen är uppdelad i tre nivåer utifrån antalet listade, färre listade ger en högre ersättning.
<b>Jönköping</b>	Ersättning till vårdcentraler som minst en gång per vecka har "utlagd mottagning" på orter som annars saknar mottagning och där det finns begränsade möjligheter att ta sig till befintliga vårdcentraler med allmänna kommunikationsmedel. Även ersättning till sjuksköterskemottagning på Visingsö på motsvarande sätt.  Ersättningen 2020 är 200 000 kronor per ort och år.
<b>Kronoberg</b>	En särskild ersättning betalas ut till vårdcentraler som ligger mer än 10 km från närmaste sjukhus inom länet, oavsett antal listade. Ersättningen ökar med avståndet och minskar med ökat antal listade.
<b>Kalmar</b>	Glesbygdsersättning fördelat på geografi, storlek, befolkningstäthet och filial.  Geografi- och storlekstillägget baseras sig på avstånd till närmaste sjukhus och antalet listade. Ersättningen för geografi- och storlekstillägg uppgår till 87 kronor per poäng och listad.  Befolkningstätheten baserat på antal invånare inom en radie på en mil från vårdcentralen används för att kategorisera ett geografiskt område som glesbygd. Ersättningen för befolkningstäthet uppgår till 53 kronor per nivå och listad.  Läkarfilial (större delen av primärvårdsuppdraget): 1 000 000 kronor per år.  Mindre filial (mer begränsat utbud): 500 000 kronor per år.

(forts.)

Tabell 11. (forts.)

Region	Avtalsvillkor
Gotland	Nej.
Blekinge	Nej.
Skåne	Nej.
Halland	Nej.
<b>Västra Götaland</b>	<p>Ersättning för geografiskt läge. Utgångspunkt i vårdcentralens avstånd till närmaste sjukhus med medicinsk akutmottagning, avstånd till närmaste större ort, befolkningstäthet i den kommun där vårdcentralen finns, om vårdcentralen ligger på en ö utan bro till fastlandet samt särskild kommunpoäng för kommunerna Åmål och Strömstad.</p> <p>Utifrån de olika parametrarna tilldelas vårdcentralen ett antal geografiska poäng. Poängen relaterar även till ålder och kön på patienterna listade på mottagningen. Utifrån antalet poäng fördelas en summa om cirka 120 miljoner kronor per år till vårdcentralerna.</p>
<b>Värmland</b>	<p>Ersättning för geografiskt läge. Ersättningen baseras på vårdcentralens avstånd till närmaste sjukhus med medicinsk akutmottagning, avstånd till närmaste större ort och befolkningstätheten i den kommun där vårdcentralen finns.</p> <p>Utifrån de olika faktorerna tilldelas vårdcentralen ett antal poäng som ersättningen baseras på. Poängen relaterar också till vårdcentralens listningspoäng.</p>
<b>Örebro</b>	<p>Två geografiska tillägg. Vårdcentraler belägna över 35 km från närmaste sjukhus inom regionen får en särskild geografisk ersättning på 166 kronor per listad och år.</p> <p>För vårdcentraler som ligger utanför Örebro kommun samt Odensbacken utgår särskild ersättning med 106 kronor per listad och helår.</p>
<b>Västmanland</b>	<p>Avståndstillägg för samtliga vårdcentraler utanför Västerås kommun. Grunden är avstånd till fullvärdiga akutsjukhus (Västerås, Eskilstuna, Örebro). Ersättningen påverkas också av avståndet till ett närsjukhus.</p> <p>Ersättningen beräknas utifrån avståndet och antal listade på vårdcentralen.</p>
<b>Dalarna</b>	<p>Glesbygdersättning som baseras på vårdcentralens geografiska läge utifrån avstånd till närmaste sjukhus (Falu lasarett, Avesta lasarett, Mora lasarett och Ludvika lasarett). Utöver det relaterar ersättningen till antal listade och befolkningstätheten i den kommun där vårdcentralen är belägen.</p> <p>Ersättningen fördelas enligt ett poängsystem. Ersättningen baseras även på listning.</p>
<b>Gävleborg</b>	<p>Geografisk ersättning som en fast ersättning till de hälsocentraler som uppfyller fastställda kriterier. Ersättningen varierar dels beroende på var hälsocentralen ligger, dels beroende på antal listade på hälsocentralen.</p>

(forts.)

Tabell 11. (forts.)

Region	Avtalsvillkor
<b>Västernorrland</b>	<p>Glesbyggsstöd betalas ut till vårdcentraler och filialer i glesbygd med utgångspunkt i vårdcentralens avstånd till närmaste sjukhus eller närsjukvårdscentrum. Modervårdcentralen och dess filialer ska ligga mer än 50 km från ett sjukhus. Om det finns fler än en vårdcentral eller filial på orten delas ersättningen.</p> <p>Ersättningen är 177 kronor per vårdinvånare.</p>
<b>Jämtland</b>	<p>Specifik glesbyggsersättning. Ersättningen är indelad i fem avståndsintervaller och baseras på den listades folkbokföringsort, vilket innebär avståndet från närmsta vårdenhet i kommunen till Östersund. Glesbyggsfaktorn syftar till att kompensera de vårdenheter som har långt till sjukhuset i Östersund och därför får ökade kostnader för både sjukresor och vård.</p> <p>Ersättningen kan variera något utifrån förändringar i antalet invånare i länet. Totalt fördelas 68 miljoner kronor som glesbyggsfaktor.</p>
<b>Västerbotten</b>	<p>Ersättning för glesbygd. Ersättningen består av två delar; hälsocentralens avstånd till närmaste sjukhus och hälsocentralens befolkningsunderlag.</p> <p>Ersättningen utbetalas till hälsocentraler som är belägna minst 30 km från närmsta sjukhus och ökar proportionellt baserat på avståndet och befolkningens ålder.</p> <p>Ersättning för befolkningsunderlag är 500 000 kronor till en hälsocentral/sjukstuga som har ett geografiskt närområde med en befolkningstäthet som är högst 2 invånare per kvadratkilometer och som högst har 3 000 folkbokförda invånare.</p>
<b>Norrbottnen</b>	<p>Ersättning för befolkningstäthet och avstånd till sjukhus.</p> <p>Ersättning för befolkningstäthet ges till hälsocentraler i glesbefolkat område med färre än 5 000 listade. Ersättningen är 1 miljon kronor per år och betalas ut månadsvis som en del av vårdvalsersättningen.</p> <p>Ersättning utifrån avstånd till sjukhus syftar till att kompensera att hälsocentraler som är belägna långt från ett sjukhus tillgodoser en högre andel av sjukvårdsbehovet hos den listade befolkningen än en hälsocentral som ligger nära ett sjukhus.</p> <p>Ersättningen betalas ut till hälsocentraler som är belägna minst 50 kilometer från ett sjukhus. Storleken på ersättningen avgörs av avståndet till sjukhuset och hälsocentralens storlek.</p>





# Långt bort men nära

## Kartläggning av primärvården i landsbygden

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har på uppdrag av regeringen kartlagt kvaliteten och tillgängligheten i primärvården i Sveriges landsbygder. Även om det finns vissa skillnader i tillgänglighet och kvalitet mellan landsbygden och andra delar av Sverige konstaterar vi att det finns ett behov av att utveckla vården på alla nivåer och i alla delar av landet. Det är viktigt att genomföra insatser för att skapa bättre förutsättningar för kompetensförsörjningen och för att många olika digitala verktyg ska kunna användas.

---

**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**

