

Ordnat för omställning?

Utvärdering av omställningen till en
god och nära vård: delrapport



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

Rapporten finns publicerad på www.vardanalys.se

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

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2023
Grafisk design och produktion: Hellsten Kommunikation
Omslagsbild: Freepik.com
ISBN 978-91-88935-71-7

Ordnat för omställning?

Utvärdering av omställningen till en
god och nära vård: delrapport

Beslut

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

Stockholm den 16 februari 2023

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Johanna Adami
Styrelseordförande

Gustaf Arrhenius
Styrelseledamot

Per Molander
Styrelseledamot

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Anna Dunér
Vice styrelseordförande

Caroline Hoffstedt
Styrelseledamot

Pär Ödman
Styrelseledamot

Daniel Zetterberg
Föredragande

Förord

Det pågår en omställning i hälso- och sjukvården till en god och nära vård. Målen med omställningen är bland annat att primärvården ska vara navet i vården och att patienten ska få en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har regeringens uppdrag att utvärdera omställningen, bland annat när det gäller utvecklingen av samverkan och kompetensförsörjningen i primärvården, samt hur den nära vården i glesbygd och socioekonomiskt utsatta områden utvecklas. I den här delrapporten har vi fördjupat analysen i vissa delar av uppdraget, med särskilt fokus på verksamheternas och de yrkesverksammas perspektiv. Vi tar löpande fram kunskap om omställningen till regeringen och i mars 2025 överlämnar vi slutrapporten.

Projektledare har varit utredaren Daniel Zetterberg. I projektgruppen har också utredarna Ida Nyström och Cecilia Dahlgren samt analytikerna Sara Korlén Schalling, Erik Antonsson och Christian Koponen deltagit. Vård- och omsorgsanalys vill tacka alla som ställt upp på intervjuer, besvarat enkäter, deltagit i diskussioner eller på annat sätt medverkat till innehållet i rapporten.

Stockholm, mars 2023

Jean-Luc af Geijerstam

Generaldirektör

Resultat i korthet

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har i uppdrag av regeringen att utvärdera omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård. I denna rapport fördjupar vi analysen av de yrkesverksammas och verksamheternas perspektiv på omställningen. Vi belyser också den nära vården i landsbygd och i områden med socioekonomiska utmaningar.

Detta är våra främsta slutsatser:

- ▶ Mycket av arbetet inom omställningen har hittills bedrivits på strategisk nivå men utan synliga effekter i verksamheterna. Vi ser dock en upplutning kring omställningens syfte och mål bland de som arbetar i verksamheterna.
- ▶ Verksamheterna har inte fått bättre förutsättningar för att nå omställningens mål eller uppfylla väsentliga delar i primärvårdens grunduppdrag.
 - Det saknas resurser för att klara uppdraget och för att driva det utvecklingsarbete som omställningen kräver.
 - Kompetensförsörjningen är fortsatt en utmaning i primärvården, trots en bredd av kompetenser. Antalet specialistläkare i allmänmedicin och distriktssköterskor har minskat över tid.
 - Bristande arbetsmiljö är ett hot mot kompetensförsörjningen och primärvårdens roll som navet i omställningen.
- ▶ Primärvården behöver utvecklas på områden som är centrala för omställningen, men vårdcentralerna har svårt att med befintliga resurser prioritera till exempel förebyggande arbete och samverkan på ett tillräckligt sätt.
- ▶ Hälso- och sjukvården i områden med socioekonomiska utmaningar är mer resurskrävande och behöver prioriteras högre.

Sammanfattning

År 2018 tog regeringen initiativ till en omställning av hälso- och sjukvården där primärvården ska vara navet i vården och samspela med annan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Reformens syfte är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan, att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att hälso- och sjukvårdens resurser används mer effektivt. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys fick 2020 i uppdrag att utvärdera omställningen. Vi utvärderar reformen ur ett patientperspektiv, ur de yrkesverksammas och verksamheternas perspektiv och ur ett systemperspektiv. I vårt uppdrag ingår också bland annat att utvärdera utvecklingen av kompetensförsörjningen i primärvården och samverkan mellan region och kommun, samt belysa den nära vården i glesbygd och socioekonomiskt utsatta områden. Vi tar löpande fram kunskap om hur det går med omställningen till regeringen. Detta är den fjärde delrapporten och i mars 2025 ska vi lämna en slutrapport över uppdraget till regeringen.

Denna rapport belyser särskilt de yrkesverksammas och verksamheternas perspektiv

I vår samlade utvärdering belyser vi omställningen ur tre perspektiv – patientperspektivet, verksamheternas och de yrkesverksammas perspektiv och ett systemperspektiv. I denna rapport har vi särskilt fokus på verksamheternas och de yrkesverksammas perspektiv. Vi har fördjupat analysen i flera delar som omfattas av det nya nationella grunduppdraget för primärvården och den nya definitionen av primärvård: kompetensförsörjningen, samverkan, det förebyggande arbetet och primärvårdens medverkan i forskning. Vi belyser verksamheternas förutsättningar för att ge en god och nära vård och att ställa om i enlighet med omställningens mål. Det handlar om hur kompetensförsörjningen och de ekonomiska resurserna för primärvården utvecklas, men också om verksamheternas förutsättningar för att arbeta förebyggande och uppnå kontinuitet och god samverkan. För att belysa detta har vi skickat ut en enkät till cheferna för landets samtliga vårdcentraler. Vi har även samlat in uppgifter från SKR:s verksamhets- och ekonomistatistik.

Vi belyser också de yrkesverksammas erfarenheter av primärvården, till exempel när det gäller arbetsmiljö, tillgången till kompetens och stöd i arbetet. Här utgår vi från uppgifter i den internationella enkätundersökningen International Health Policy Survey (IHP), som 2022 riktades till primärvårdsläkare.

Vidare beskriver vi det konkreta arbetet med omställningen i tre län, där vi intervjuat 25 företrädare för olika verksamheter på olika nivåer i region och kommun.

Slutligen ger vi en bred beskrivning av den nära vården i landsbygd och i områden med socioekonomiska utmaningar, ur ett patient-, verksamhets- och systemperspektiv. Här har vi använt en kombination av olika datakällor. Utöver de källor som nämns ovan har vi också intervjuat bland annat utrikes födda patienter som bor i områden med socioekonomiska utmaningar och gjort en enkätundersökning med en befolkningspanel.

Primärvården har fortfarande inte fått bättre förutsättningar för omställningen till en god och nära vård

Omställningen till en god och nära vård befinner sig i ett inledande skede. Vi har sett att det finns ett stort stöd för omställningens mål att primärvården ska vara navet i vården, att patienten ska få samordnad vård som stärker hälsan och vara delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser, liksom att hälso- och sjukvårdens resurser ska användas mer effektivt. Mycket arbete med att genomföra omställningen pågår i regioner och kommuner, både på strategisk nivå och i projektform. Men omställningen är ännu inte på ett påtagligt sätt synlig i verksamheterna och det finns få tecken på att förutsättningarna för att nå omställningens mål har stärkts.

Vår samlade bild är att det nationella grunduppdraget har tydliggjort förväntningarna på primärvården, men att det i nuläget saknas förutsättningar för att klara uppdraget. Vi ser också att det ännu är oklart vilken roll sjukhusen eller annan specialiserad vård ska spela i omställningen, och i det fortsatta arbetet med att konkretisera och synliggöra omställningen är det viktigt att definiera detta. Det är också viktigt att huvudmännen, som en del i omställningen, beaktar hur hälso- och sjukvården som helhet ska struktureras och planeras på kort och lång sikt, exempelvis hur en stärkt primärvård påverkar tillgången till vårdplatser på sjukhusen.

Kompetensförsörjningen är fortsatt en utmaning i primärvården – trots bredd av kompetenser

I förarbetena till omställningen betonar regeringen att primärvården ska stå för en bred kompetens som kan tillgodosä den enskilda individens allra flesta vårdbehov.

Det framkommer att den allmänmedicinska specialistkompetensen är central inom primärvården, samtidigt som det krävs en mängd andra kompetenser som samverkar kring patienten, för att klara ett omfattande uppdrag.

När vi undersökt kompetensförsörjningen vid vårdcentralerna ser vi dock att utvecklingen går åt fel håll. Till exempel har andelen specialisläkare i allmänmedicin och andelen distriktssköterskor minskat över tid och vårdcentralercheferna uppger att de har ett stort anställningsbehov – särskilt av dessa yrkeskategorier. Detta är också de yrkesgrupper som har den bredaste generalistkompetensen av personalen som arbetar vid vårdcentralerna.

I dag finns färre specialisläkare och ST-läkare i allmänmedicin än 2017, i relation till antalet listade invånare. Vi ser stora skillnader mellan regionerna, men ingen region når det riktvärde om 1 100 listade invånare per fast läkarkontakt som Socialstyrelsen tagit fram. För att nå riktvärdet skulle antalet läkare nästan behöva dubblas i riket.

Detta får stora konsekvenser för patienterna, bland annat eftersom kontinuiteten minskar. Vi har i flera tidigare rapporter beskrivit hur viktigt det är med en god kontinuitet och att det hänger samman med positiva resultat inom en rad kvalitetsdimensioner. Vi har också beskrivit att patienternas behov av en fast läkarkontakt är mycket större än tillgången.

Samtidigt har kompetensmixen vid vårdcentralerna förändrats över tid. Flera andra professioner har blivit allt vanligare och vår enkät visar att vårdcentralerna ofta har en bredd av personal med olika utbildningsbakgrund. Det kan innebära goda förutsättningar för teamarbete, men det finns för lite kunskap om hur man vid vårdcentralerna i praktiken arbetar i team. Vårdkompetensrådet har också nyligen rekommenderat att teamarbetets roll, funktion och förutsättningar i primärvården behöver ses över och definieras.

Resurserna är för små för att primärvården ska klara sitt uppdrag och driva omställningen

Vi har i tidigare rapporter beskrivit att det finns stora behov av mer resurser till primärvården inom ramen för omställningen, och förväntningar på sådan resursförstärkning. Men vår sammantagna bild är fortfarande att det finns ett stort gap mellan vad verksamhetsföreträdare och yrkesverksamma lyfter fram som viktigt och de insatser som hittills varit i fokus för regionernas och kommunernas genomförande av reformen. Vår uppföljning visar att primärvårdens ekonomiska resurser under den senaste femårsperioden endast har ökat marginellt. I en majoritet av regionerna har resursandelen stått stilla eller till och med minskat. I regionernas handlingsplaner för omställningen är det också tydligt om regionerna avser att förstärka primärvårdens resurser framöver, och i så fall hur.

När chefer för vårdcentraler har fått ange vilka utvecklingsinsatser som är viktigast för att nå målen med omställningen är ekonomiska resurser mest prioriterat. Företrädare för primärvård, kommun och sjukhus är också överens om att vårdcentralerna behöver mer resurser för att klara sitt uppdrag i omställningen.

Primärvårdens verksamheter har inte tillräckligt med personalresurser för att man ska hinna med att driva utvecklingsarbete inom ramen för omställningen, men resursbristen handlar också om att primärvården har svårt att klara delar av sitt uppdrag, till exempel det förebyggande arbetet och att vara ett nav för patienter som behöver insatser från flera aktörer.

Brister i arbetsmiljön riskerar att försämra kompetensförsörjningen ytterligare

De knappa resurserna innebär en ansträngd arbetsmiljö för de som arbetar i primärvården. Flera yrkesgrupper är högriskyrken för sjukskrivning till följd av psykiatriska diagnoser, och både specialistläkare och ST-läkare i allmänmedicin har fler sjukdagar än läkare och ST-läkare i andra sektorer i hälso- och sjukvården. Vår enkät till primärvårdsläkare visar också att läkarna känner sig oerhört stressade, många menar att de har symtom på utmattning och många överväger att byta arbete. Det är en allvarlig situation, eftersom arbetsmiljön är den enskilt viktigaste faktorn för att utveckla, motivera och behålla medarbetare inom primärvården.

Primärvården behöver utvecklas på områden som är centrala för omställningens mål

Två centrala mål för omställningen är att primärvården ska vara navet i hälso- och sjukvården och att vården ska bli mer hälsofrämjande och förebyggande. I primärvårdens grunduppdrag ingår också samverkan och samordning för de patienter som behöver insatser från olika aktörer, liksom förebyggande insatser. Våra intervjuer visar att både samverkan och förebyggande arbete ses som centrala för att nå omställningens mål, men att det saknas resurser för att tillräckligt kunna prioritera dessa uppdrag.

Samverkan mellan regional och kommunal primärvård fungerar relativt bra men sämre mellan regionernas primärvård och den specialiserade vården

Samverkan tycks fungera bäst för väldefinierade patientgrupper och processer, eller där det redan finns uppbyggda strukturer för samverkan. Många anser att den regionala primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården samverkar relativt väl. Samtidigt framkommer att vårdcentralerna inte har tillräckliga

förutsättningar för att fullt ut delta i samverkan, till exempel i planeringen för patienter som är utskrivningsklara från slutenvården. Samverkan fungerar också sämre när det inte finns etablerade samverkansstrukturer eller en tydlig rollfördelning, vilket tycks vara mer vanligt förekommande mellan regionernas primärvård och den specialiserade vården.

Verksamhetsföreträdare vill stärka det förebyggande arbetet men det är svårt att prioritera

Även det förebyggande arbetet verkar fungera olika bra. Å ena sidan visar våra fallstudier att det är svårt att hinna med det förebyggande arbetet på vårdcentralen, och att man tvingas prioritera ned sådana insatser till förmån för mer akuta behov. Å andra sidan anser en majoritet av vårdcentralscheferna som svarat på vår enkät att förutsättningarna för att förebygga ohälsa är bra eller mycket bra. Flera intervjupersoner har lyft att mer förebyggande och hälsofrämjande arbete skulle vara resurseffektivt: Om befolkningen till exempel hade mer kunskap om egenvård och om när man bör söka vård, och var, skulle man troligen få färre patientbesök för mindre allvarliga besvär. Men både vår enkät till primärvårdsläkare och en av våra tidigare undersökningar av patienterfarenheter visar att primärvården ger lite stöd till patienterna när det gäller egenvård.

Den nära vården i landsbygd och i områden med socioekonomiska utmaningar

I vårt uppdrag ingår att belysa den nära vården i landsbygd och i områden med socioekonomiska utmaningar. Gemensamt för dessa områden är bland annat svårigheter med kompetensförsörjningen. Men vi ser också att det krävs specifika utvecklingsinsatser för att stärka den nära vården i områden med socioekonomiska utmaningar.

Slutsatser från tidigare kartläggning av primärvården i landsbygd kvarstår – problem med kompetensförsörjningen kräver olika utvecklingsinsatser

Vi har nyligen publicerat en rapport om primärvården i landsbygd, där vi bland annat konstaterade att det inte finns några större skillnader i upplevelsen av vården mellan patienter på landsbygden och patienter i andra områden. Vi har i arbetet med denna rapport fått en liknande bild. När det gäller verksamheternas förutsättningar ser vi att kompetensförsörjningen i primärvården är ett större problem i landsbygdskommuner än i andra kommuntyper. Tillgången till specialistläkare i allmänmedicin är fortsatt klart sämre i landsbygd, men vår analys indikerar att man i någon mån

kompenaserar detta med andra yrkeskategorier, såsom fler distriktssköterskor. Även andra resultat liknar de från vår tidigare kartläggning, till exempel att man på landsbygden behöver satsa på digitala lösningar för patientmöten och samverkan mellan verksamheter, en utbyggd digital infrastruktur, till exempel robusta internetuppkopplingar, och en starkare samhällelig infrastruktur, till exempel tillgång till service, utbildning och arbete.

Fler vårdcentraler men större brist på läkare i områden med socioekonomiska utmaningar

Personer i områden med socioekonomiska utmaningar tycks generellt ha större behov än andra när de söker sjukvård, vilket ställer högre krav på vårdgivare i dessa områden. Våra analyser visar att det finns fler vårdcentraler i förhållande till befolkningen i dessa områden, men att vårdcentralerna är mindre till storleken (i antal listade invånare) och har en betydligt sämre tillgång till specialistläkare i allmänmedicin. Vårdcentralschefer i områden med socioekonomiska utmaningar uppger också ett större behov av att anställa läkare och distriktssköterskor jämfört med vårdcentralschefer i andra områden. I våra intervjuer påtalas dock att det kan vara svårt att rekrytera och behålla personal i dessa områden på grund av den höga arbetsbelastningen.

Viktigt att personalen har kulturkompetens och ett fungerande tolkstöd

I områden med socioekonomiska utmaningar finns en stor överrepresentation av utrikes födda, och vi har därför fördjupat analysen genom intervjuer med både patienter och yrkesverksamma. Underlagen visar att arbetet runt dessa patienter ofta tar mer resurser i anspråk. Exempelvis behöver många språkstöd, vilket kräver planering och samordning. Patientmöten med tolk tyck ofta fungera bra, men de kräver mer tid för dialog, för att säkerställa att patienten verkligen förstår. Dessutom finns kulturella skillnader i hur patienter pratar om sina hälsobesvär, och vissa frågor kan vara tabubelagda. Detta ställer krav på att personalen har tillräcklig tid för att lyssna och sätta sig in i patientens perspektiv. Empiriska studier från Sverige bekräftar att ett fungerande tolksamarbete och att personalen har tillräcklig kulturkompetens för att förstå utrikes födda patienters perspektiv är viktigt för patienterna. Våra intervjuer med utrikes födda patienter visar dock att upplevelsen av att inte bli tagen på allvar när man söker vård är vanlig, vilket också svensk forskning på området visar.

Uppföljningen behöver stärkas

Arbetet med att följa upp omställningen i regioner och kommuner har bara påbörjats. På flera håll efterfrågas tydligare vägledning från nationell nivå om hur uppföljningen ska gå till, samtidigt som vi ser att den regionala och lokala uppföljningen behöver anpassas till huvudmännens egna strategier och mål.

Mycket av omställningsarbetet bedrivs i form av initiativ och projekt där man testar nya arbetssätt, så det är viktigt att regioner och kommuner säkerställer kunskap om vilka långsiktiga effekter dessa arbetssätt får, och hur arbetet kan användas och skalas upp om det visar sig vara framgångsrikt.

Det behövs nationellt heltäckande data som beskriver olika perspektiv på primärvården och som skulle möjliggöra bättre analyser av hälso- och sjukvårdssystemet – till exempel genom ett nationellt primärvårdsregister. Primärvårdens uppdrag har utökats och man ska nu i högre grad behandla psykisk ohälsa och arbeta förebyggande och hälsofrämjande, men då behövs data som visar hur primärvården klarar detta uppdrag. Det behövs också mer kunskap om vilka yrkeskategorier som är bäst på att möta dessa behov.

Arbetet med denna rapport visar även tydligt att det saknas heltäckande data om kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården. Det innebär att det är svårt att beskriva utvecklingen, och att vårdens huvudmän saknar uppgifter för att planera kompetensförsörjningen.

Det fortsatta arbetet med uppdraget

I denna delrapport har vi fördjupat kunskapen om några delar av vårt uppdrag med särskilt fokus på kompetensförsörjningen och yrkesverksammas och verksamheters perspektiv på omställningen. Delrapporten fångar inte alla delar i vårt uppdrag och ger inte heller en heltäckande beskrivning av omställningen till en god och nära vård. Under 2023 och 2024 återkommer vi med våra årliga kartläggningar av måluppfyllelsen när det gäller kontinuitet, utifrån överenskommelsen om god och nära vård. I mars 2025 överlämnar vi vår slutrapport till regeringen, där vi samlat utvärderar omställningen ur patienternas perspektiv, de yrkesverksammas perspektiv och ett systemperspektiv.

I slutrapporten kommer vi att redovisa en ny uppföljning av patienters erfarenheter av hälso- och sjukvården, som vi återkommande genomfört sedan 2014. Vi kommer också överväga hur vi kan nå grupper som har stora vårdbehov, men som är svårare att fånga genom traditionella enkätundersökningar, för att beskriva deras erfarenheter av vården.

Vi planerar att göra en ny kartläggning av hur omställningen konkret genomförs i regioner och kommuner, till exempel på vilket sätt länsgemensamma strategier för

omställningen har omsatts i ändrade uppdrag eller annan styrning. Vi vill också belysa om omställningen på en mer bred front bidrar till ändrade arbetssätt eller förändrade prioriteringar, och i så fall på vilket sätt.

Vi kommer också att följa forskning och andra kartläggningar om de mest centrala insatserna inom ramen för omställningen och deras roll för måluppfyllelsen, till exempel digitaliseringens bidrag till omställningen och den nationella kunskapsstyrningens bidrag till att utveckla den nära vården.

I slutrapporten avser vi att bidra med en bättre förståelse för systemeffekter och hur de kan följas upp. Det kan till exempel handla om att analysera produktivitet och effektivitet, kommunernas kostnader, insatser och styrning, och att samlat analysera statens insatser inom ramen för omställningen, till exempel genomförandet av de riktade statsbidragen.

Innehåll

1	Inledning	15
1.1	Regeringens insatser för omställningen omfattar lagstiftning, överenskommelser och ekonomiska bidrag	15
1.2	Uppdraget att utvärdera omställningen	16
1.3	Vi belyser omställningen ur flera perspektiv med fördjupning i några delar av uppdraget	17
1.4	Rapportens disposition	22
2	Vårdcentralers kompetensförsörjning – nuläge och utveckling	23
2.1	Vår enkätundersökning om kompetensförsörjningen har både styrkor och svagheter	24
2.2	På vårdcentralerna finns många olika yrkeskategorier	25
2.3	Yrkesgrupper med generalistkompetens har minskat men andra yrkesgrupper har ökat	29
2.4	Antalet listade invånare per ST- och specialistläkare har ökat	35
2.5	Stora anställningsbehov på vårdcentralerna	38
3	Arbetsmiljön i primärvården	46
3.1	Svenska primärvårdsläkare är fortsatt bland de mest stressade	47
3.2	Tre av tio primärvårdsläkare planerar att sluta inom de närmsta tre åren	49
3.3	Många vårdcentralschefer är oroliga för arbetsmiljön	49
3.4	Flera yrkesgrupper i primärvården löper hög risk att bli sjukskrivna på grund av psykiatriska diagnoser	50
4	Andra förutsättningar för att nå målen med omställningen	53
4.1	Ökade ekonomiska resurser ses som det viktigaste för att klara målen med omställningen	53
4.2	Vårdcentralernas samverkan med kommuner och specialiserad vård fungerar olika bra	58
4.3	Stora skillnader i förutsättningarna för att arbeta förebyggande	64
4.4	Få vårdcentraler medverkar i forskning	67
5	Erfarenheter från omställningen i tre län	69
5.1	Så här har vi genomfört fallstudierna	70
5.2	Ett omfattande arbete med strategier och planer som ännu inte märks i verksamheterna	70
5.3	Nationellt stöd efterfrågas men har samtidigt nackdelar	76

5.4	Brister i kompetensförsörjning försvårar omställningen	78
5.5	Vårdcentralerna behöver stärkta ekonomiska förutsättningar och en tydligare roll i omställningen	79
5.6	Förutsättningarna för en mer förebyggande vård är svaga	81
5.7	Samverkan fungerar olika bra	84
5.8	Arbetet med att följa upp omställningen har bara börjat och nationell vägledning efterfrågas	88
6	Nära vård i landsbygd och områden med socio-ekonomiska utmaningar	91
6.1	Vi belyser den nära vården i landsbygd och i områden med socioekonomiska utmaningar	92
6.2	Erfarenheter av vården hos patienter i landsbygd och med olika utbildningsnivå och bakgrund	95
6.3	Fördjupning om utrikes födda patienter i områden med socioekonomiska utmaningar	100
6.4	Yrkesverksammas perspektiv på nära vård i landsbygd	108
6.5	Yrkesverksammas perspektiv på nära vård i områden med socioekonomiska utmaningar	112
6.6	Strukturella skillnader mellan olika kommuntyper och områden med olika socioekonomiska förutsättningar	126
6.7	Regionerna har inte ökat fokus på vårdcentraler i områden med socioekonomiska utmaningar	133
7	Diskussion och slutsatser	137
7.1	Förutsättningarna för primärvården att ställa om till en god och nära vård har fortfarande inte förbättrats	138
7.2	Primärvården behöver utvecklas på områden som är centrala för omställningens mål	145
7.3	Ibland behövs specifika förutsättningar för den nära vården	148
7.4	Uppföljningen behöver stärkas	150
8	Det fortsatta arbetet med uppdraget	152
8.1	Omställningen ur ett patientperspektiv	152
8.2	Omställningen ur yrkesverksammas och verksamheternas perspektiv	152
8.3	Omställningen ur ett systemperspektiv	153
	Referenser	154
	Bilagor	159

1 Inledning

I januari 2018 lämnade regeringen en proposition till riksdagen med förslag till ett första steg i hälso- och sjukvårdens omställning till en god och nära vård, där primärvården ska bli den tydliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården (prop. 2017/18:83). Regeringen har därefter lämnat ytterligare förslag i propositioner, bland annat med en förtydligad målbild för omställningen (prop. 2019/20:164, 2021/22:72). De övergripande målen med omställningen är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan, att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att hälso- och sjukvårdens resurser används på ett mer effektivt sätt. Regeringen har också angett tre inriktningsmål för reformen:

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

1.1 Regeringens insatser för omställningen omfattar lagstiftning, överenskommelser och ekonomiska bidrag

Regeringens insatser för att stödja omställningen omfattar lagändringar, stimulansmedel och uppdrag till flera myndigheter. För 2019–2023 har regeringen träffat årliga överenskommelser med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) för att stödja huvudmännens arbete med omställningen (Socialdepartementet och SKR 2019, 2020, 2021, 2022, 2023). Överenskommelserna har i viss mån haft olika inriktning men kärnan är att utveckla den nära vården, med primärvården som nav, och att skapa goda förutsättningar för vårdens medarbetare. Tabell 1 visar att regeringen hittills har avsatt drygt 28 miljarder kronor för ändamålet, varav merparten fördelats till regionerna.

Tabell 1. Fördelning av medel i överenskommelserna 2019–2023, i miljoner kronor.

År	Regionerna	Kommunerna	SKR	Totalt
2019	2 406	–	24	2 430
2020	5 699	500	52	6 251
2021	5 725	1 000	53	6 778
2022	5 195	1 125	53	6 373
2023	5 168	1 175	52	6 395
Summa 2019–2023	24 193	3 800	234	28 226
Andel av totalsumma, 2019–2023	86 %	13 %	1 %	100 %

Källa: Socialdepartementet och SKR 2019, 2020, 2021, 2022, 2023.

I överenskommelserna har fokus legat på att utveckla den nära vården och primärvården i synnerhet, bland annat genom insatser för att stärka samverkan, införa förebyggande och hälsofrämjande arbetssätt och möta utmaningar i glesbygd och socioekonomiskt utsatta områden. I överenskommelserna 2021–2023 finns även specifika mål om fast läkarkontakt och kontinuitet. I en tidigare rapport beskriver vi närmare insatserna inom överenskommelserna och sammanfattar de lagändringar som beslutats (Vård- och omsorgsanalys 2021d). En av de centrala lagändringarna gäller primärvårdens grunduppdrag, och den trädde i kraft den 1 juli 2022. Enligt 13a kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, ska regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt

1. tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov,
2. se till att vården är lätt tillgänglig,
3. tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar,
4. samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och
5. möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.

1.2 Uppdraget att utvärdera omställningen

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys fick 2020 uppdraget att utvärdera omställningen till en god och nära vård (Socialdepartementet 2020). Enligt uppdraget ska vi utvärdera reformen ur både ett patient- och ett systemperspektiv, med utgångspunkt i regeringens tre inriktningsmål. Vi ska också utvärdera utvecklingen av fast läkarkontakt och kompetensförsörjningen inom primärvården, samt belysa samverkan mellan regional och kommunal vård och utvecklingen av den nära vården i glesbygd och socioekonomiskt utsatta områden. Slutligen ska vi årligen kartlägga och analysera uppfyllelsen av målen om kontinuitet och fast läkarkontakt i överenskommelsen om en god och nära vård mellan regeringen och SKR.

1.2.1 Vi tar löpande fram kunskapsunderlag om omställningen

Vi har hittills lämnat tre delrapporter inom ramen för uppdraget:

- Fast kontakt i primärvården. Patienters uppfattning om tillgången till fast läkar-kontakt och fast vårdkontakt i primärvården (PM 2021:1)
- Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: del-rapport (Rapport 2021:8)
- Kontinuitet och fast läkarkontakt. Kartläggning av måluppfyllelsen i överens-kommelserna om en god och nära vård: 2022 (PM 2022:5)

Detta är den fjärde delrapporten. I oktober 2023 och 2024 ska vi lämna ytterligare delrapporter och i mars 2025 lämnar vi slutrapporten över uppdraget till regeringen.

1.3 Vi belyser omställningen ur flera perspektiv med fördjupning i några delar av uppdraget

Vår utvärdering utgår från flera perspektiv på omställningen. I denna rapport fördjupar vi analysen av de yrkesverksammas och verksamheternas perspektiv och belyser den nära vården i landsbygd och i områden med socioekonomiska utmaningar.

1.3.1 Vi belyser omställningen ur flera perspektiv och med utgångspunkt i regeringens mål

Som vi tidigare beskrivit utvärderar vi omställningen ur patienternas och befolkningens perspektiv, de yrkesverksammas och verksamheternas perspektiv och ett systemperspektiv (Vård- och omsorgsanalys 2021d). Av regeringsuppdraget framgår också att vi ska belysa utvecklingen inom olika områden. I genomförandet lägger vi därför, så långt det är möjligt, tyngdpunkten på de förändringar som vi kan se sedan 2018, det vill säga då omställningen startade ur ett nationellt perspektiv (Vård- och omsorgsanalys 2021d). I några fall går det inte att belysa utvecklingen fullt ut, främst därför att det inte finns några tidigare uppgifter tillgängliga.

1.3.2 Denna rapport har fokus på de yrkesverksammas och verksamheternas perspektiv

I vår senaste större delrapport i uppdraget (Vård- och omsorgsanalys 2021d) belyste vi omställningen övergripande med tyngdpunkt på patienternas perspektiv och systemperspektivet. I denna delrapport skiftar vi delvis fokus till de yrkesverksammas och verksamheternas perspektiv, med inriktning på vissa delar i uppdraget.

Vi belyser verksamheternas förutsättningar för att ge god och nära vård och att stålla om i enlighet med omställningens mål. Det handlar om hur kompetensförsörjningen och de ekonomiska resurserna för primärvården utvecklas men också om förutsättningar för samverkan och förebyggande arbete.

Vi belyser också hur de yrkesverksammas erfarenheter av primärvården utvecklats, till exempel när det gäller arbetsmiljö, tillgång till kompetens och stöd i arbetet.

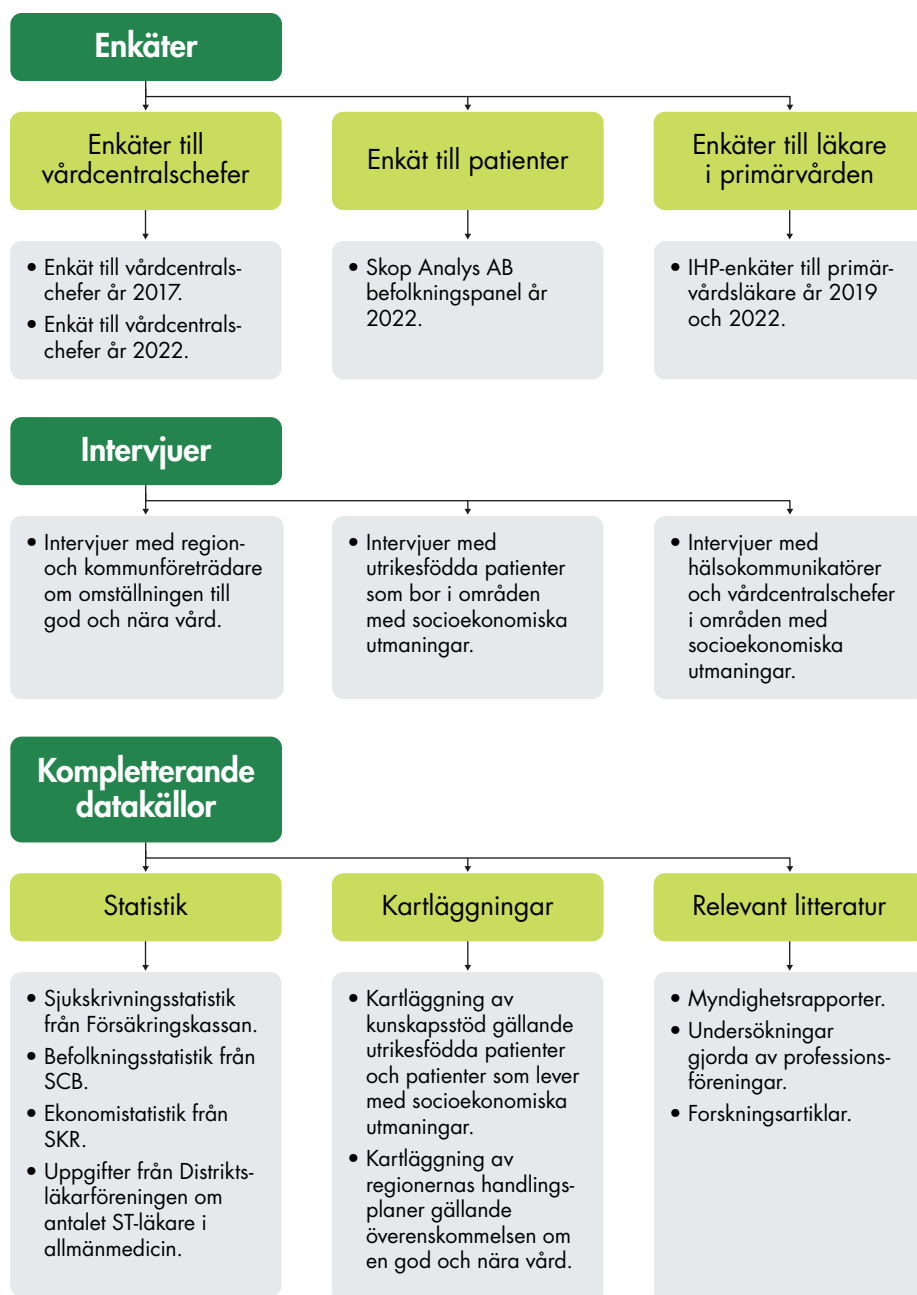
Vi beskriver vidare arbetet med omställningen i tre län och hur verksamhetsföreträdare på olika nivå i regioner och kommuner ser på förutsättningarna för omställningen.

Slutligen ger vi en bredare beskrivning av den nära vården i landsbygd och i områden med socioekonomiska utmaningar, ur samtliga tre perspektiv som ingår i vår utvärdering.

Rapporten innehåller inga rekommendationer, utan är en del i det löpande kunskapsunderlag om omställningen, som vi tar fram.

Vi har använt flera datakällor

Vi har använt en bredd av källor för att genomföra uppdraget. I det här avsnittet beskriver vi kortfattat de viktigaste, men i metodbilagan ger vi en mer utförlig beskrivning av datakällor och metoder. Se figur 1 för en översiktlig illustration av enkäter, intervjuer och kompletterande datakällor.

Figur 1. En översikt av enkäter, intervjuer och kompletterande datakällor.

För att belysa verksamheternas förutsättningar för att ge en god och nära vård, bland annat när det gäller kompetensförsörjning, har vi gjort en enkät till cheferna för landets samtliga vårdcentraler. Ungefär två tredjedelar av vårdcentralscheferna svarade och finns representerade i våra resultat. För att analysera den nära vården i områden med socioekonomiska utmaningar och i landsbygd har vi samkört vårdcentralernas adressuppgifter med Tillväxtverkets uppgifter om kommundelsindelning (Tillväxtverket 2021) och Statistiska centralbyråns (SCB:s) uppgifter om områdesindelning utifrån ett socioekonomiskt index (Delegationen mot segregation 2022a, 2022b). För en mer utförlig beskrivning, se bilaga 1. För att beskriva utvecklingen av de ekonomiska resurserna har vi även samlat in uppgifter från SKR:s verksamhets- och ekonomistatistik.

För att belysa de yrkesverksammas erfarenheter av primärvården utgår vi från uppgifter i den internationella enkätundersökningen International Health Policy Survey (IHP), som 2022 till primärvårdsläkare (Vård- och omsorgsanalys 2023b) och uppgifter om sjukskrivning från Försäkringskassan (2020, 2022).

Inom ramen för våra fallstudier i Västernorrlands län, Kronobergs län och Västra Götalands län har vi genomfört 25 intervjuer med olika verksamhetsföreträdare för region och kommun, bland annat samordnare för arbetet med omställningen, chefer på vårdcentraler och sjukhuskliniker och medicinskt ansvariga sjuksköterskor i kommuner (se Bilaga 2).

För att belysa den nära vården i områden med socioekonomiska utmaningar och i landsbygd har vi använt flera olika datakällor. Data från några av de redan nämnda källorna har kunnat brytas ner och analyseras utifrån dessa perspektiv. Detsamma gäller en enkät till en befolkningspanel 2022 där vi frågade personer som besökt vården under de senaste 12 månaderna om deras erfarenheter av vården när det gäller bland annat tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet. För en mer utförlig beskrivning av datainsamling och metod, se bilaga 7 i tidigare PM (Vård- och omsorgsanalys 2022b).

Vi har dessutom genomfört en intervjustudie med utrikes födda patienter som bor i områden med socioekonomiska utmaningar, för att beskriva deras erfarenheter och synpunkter på vården (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2023a).

1.3.3 Vissa avgränsningar och begrepp

Vi har i arbetet med denna rapport valt att fokusera analyserna på specifika områden och datakällor, vilket också inneburit vissa avgränsningar. Nedan definierar vi en rad centrala begrepp som används i rapporten och beskriver vad begreppen inkluderar och innebär inom ramen för vårt arbete.

Den svenska primärvården och vårdcentralernas roll i primärvården

Med *primärvård* avses enligt 1 kap. 6 § HSL hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården ska enligt 7 kap. 3 § HSL organiseras i vårdvalssystem, så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt välja och få tillgång till en fast läkarkontakt.

Den vård som bedrivs med utgångspunkt i vårdcentralerna är primärvårdens kärna och deras uppdragsbeskrivningar från regionerna är i stora delar lika över landet. Med *vårdcentral* avser vi de vårdcentraler, hälsocentraler eller motsvarande som är godkända i regionen och ingår i vårdvalet (inte filialer).

Regionerna avgör själva den närmare organiseringen av primärvården, och vissa regioner organiserar till exempel mödravård, barnhälsovård och rehabilitering i egna vårdval separat från vårdcentralerna. Om vi räknar bort mödrahälsovård, barnhälsovård, fysioterapi och arbetsterapi, för de regioner som har dessa som separata vårdval, visar våra beräkningar att ungefär nio tiondelar av regionernas kostnader för primärvården kan hänföras till vårdcentralerna.

I enkäten till chefer valde vi av praktiska skäl att rikta in oss på vårdcentralerna och fångar därmed den absoluta majoriteten av regionernas primärvård. Men det innebär att tillgången till kompetens delvis underskattas, till exempel när det gäller fysioterapeuter. Det finns också andra delar av primärvården som inte innefattas i vår undersökning, till exempel närakuter och specialistläkare i allmänmedicin som verkar enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning. Även kommunernas hälso- och sjukvård bedrivs på primärvårdsnivå, och kompetensförsörjningen, resurser och insatser i den sektorn har vi beskrivit i en tidigare rapport (Vård- och omsorgsanalys 2021d). Vi avser också att återkomma till det i vår slutrapport till regeringen (se vidare kap. 8).

Den nära vården i landsbygd

I vårt uppdrag från regeringen ingår att belysa utvecklingen av den nära vården i *glesbygd*, vilket framför allt redovisas i kapitel 6 i den här rapporten. Glesbygder är områden där invånarna har mer än 45 minuters bilresa till närmaste tätort (med fler än 3 000 invånare), samt öar utan fast landförbindelse (Glesbygdsverket 2007). Glesbygdsområden finns framför allt i norra Sverige, så för att belysa den nära vården i ett bredare perspektiv har vi i stället valt att fokusera på *landsbygd*. Landsbygdsområden kännetecknas också av färre invånare och längre avstånd till större tätorter, men de är fler och finns över hela landet.

Våra analyser bygger på Tillväxtanalys klassificering av kommuntyper, som utgår från kommuntypernas befolkningstäthet, befolkningens storlek och avståndet till större städer. Vi redovisar våra resultat utifrån Tillväxtanalys övergripande kategorisering av landsbygdskommuner, blandade kommuner och storstadskommuner, där landsbygds- respektive storstadskommuner utgör ytterligheterna på skalan (Tillväxtverket 2021).

Den nära vården i områden med socioekonomiska utmaningar

I vårt uppdrag ingår också att belysa utvecklingen av den nära vården i *socioekonomiskt utsatta områden*, vilket framför allt redovisas i kapitel 6 i den här rapporten. Socioekonomiskt utsatta områden är ett begrepp som saknar en entydig definition, och i dagligt tal används begrepp såsom utsatta områden eller utanförskapsområden utan att det helt och hållet framgår vad de syftar på.

Vi har valt att fokusera på utsatthet genom livsvillkor som har betydelse för hälsan, nämligen utbildningsnivå och inkomstförhållanden. Därför använder vi den definition och områdesindelning som har tagits fram av Delegationen mot segregation och SCB, där olika områden i Sverige har delats in fem typer (1–5) utifrån invånarnas utbildnings- och inkomstnivå (se Delegationen mot segregation 2022a för en mer detaljerad beskrivning av hur områdestyperna tagits fram).

Områdestyp 1, där invånarna har lägst utbildnings- och inkomstnivå, beskrivs som områden med stora socioekonomiska utmaningar. Områdestyp 5 beskrivs som områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar. I vissa av analyserna redovisar vi resultaten för alla fem områdestyper. Ibland har vi valt att gruppera data från områdestyp 1 och 2, vilka klassificeras som *områden med socioekonomiska utmaningar*, och jämför resultaten med övriga områdestyper.

I våra analyser har områden med socioekonomiska utmaningar inget att göra med områdets karaktär vad gäller kriminalitet eller kriminellas inverkan på lokalsamhället, vilket är en komponent i polisens klassificering av utsatta områden (Delegationen mot segregation 2022b).

1.4 Rapportens disposition

I kapitel 2 beskriver vi kompetensförsörjningen i primärvården, både nuläge och utveckling.

I kapitel 3 beskriver vi arbetsmiljön i primärvården med utgångspunkt i primärvårdsläkarnas erfarenheter, både nuläge och utveckling.

I kapitel 4 beskriver vi utvecklingen av de ekonomiska förutsättningarna för primärvården och ger en nulägesbild av andra förutsättningar för omställningen.

I kapitel 5 beskriver vi erfarenheterna från arbetet med omställningen i tre län.

I kapitel 6 beskriver vi den nära vården i landsbygd och områden med socioekonomiska utmaningar, med en fördjupning om utrikes födda som bor i områden med socioekonomiska utmaningar.

I kapitel 7 redogör vi för de slutsatser som vi kan dra hittills i vår utvärdering av omställningen till en god och nära vård.

I kapitel 8 beskriver vi det fortsatta arbetet med uppdraget.

2 Vårdcentralers kompetensförsörjning – nuläge och utveckling

I förarbetena till omställningen betonar regeringen att primärvården ska stå för en bred kompetens som kan tillgodose den enskilda individens allra flesta vårdbehov. Den allmänmedicinska specialistkompetensen är central inom primärvården, samtidigt som det krävs en mängd andra generalistkompetenser som samverkar kring patienten, för att klara ett omfattande uppdrag (prop. 2019/20:164).

I det här kapitlet redogör vi för utvecklingen av kompetensförsörjningen och tillgången till olika kompetenser på vårdcentralerna utifrån en enkätundersökning till chefer för samtliga vårdcentraler i Sverige som vi genomförde våren 2022.

Frågorna handlade bland annat om tillgången till olika yrkeskategorier på vårdcentralen. För läkare kan vi jämföra utvecklingen med en undersökning från 2017, men för att se hur tillgången till andra professioner har utvecklats över tid använder vi kompletterande källor. Detta är de viktigaste resultaten:

- Vårdcentralerna har en bredd av personal med olika utbildningsbakgrund.
- Specialistläkare i allmänmedicin och distriktssköterskor har den bredaste generalistkompetensen och utgör störst andel av de anställda på vårdcentralerna. Däremot har dessa yrkesgrupper minskat i omfattning.
- År 2022 fanns färre tillsvidareanställda specialistläkare i allmänmedicin på vårdcentralerna än 2017, och de utgjorde också en lägre andel av samtliga tillsvidareanställda läkare vid vårdcentralerna. Andelen legitimerade läkare som inte är specialister ökade i stället under perioden. Även antalet ST-läkare i allmänmedicin ökade mellan 2017 och 2022.
- Andra källor pekar på att även antalet distriktssköterskor har minskat, medan flera andra professioner såsom psykologer och fysioterapeuter har ökat vid vårdcentralerna.
- Nästan en av tio vårdcentraler saknar tillsvidareanställda specialistläkare i allmänmedicin. Många tillgodoser behovet genom vikarier eller hyrläkare, men flera saknar den kompetensen helt.

- Antalet invånare per specialist (i både allmänmedicin och övriga specialiteter) och ST-läkare i allmänmedicin är fler 2022 jämfört med 2017. Ingen region når Socialstyrelsens riktvärde om 1 100 listade invånare per specialistläkare och 550 listade invånare per ST-läkare i allmänmedicin. För att nå riktvärdet skulle dessa yrkesgrupper i riket behöva nästan dubblas.
- Vårdcentralerna är underbemannade i förhållande till sitt uppdrag. I dagsläget finns ett betydande gap mellan tillgången till personal och det anställningsbehov som vårdcentralcheferna uppger att de har. Cheferna uppger framför allt att de behöver anställa fler specialistläkare i allmänmedicin och distriktssköterskor, men även annan kompetens såsom psykologer.
- Möjligheten att anställa fler begränsas av både ekonomi och personaltillgång.

2.1 Vår enkätundersökning om kompetensförsörjningen har både styrkor och svagheter

För att kartlägga kompetensförsörjningen vid vårdcentralerna gjorde vi 2022 en enkätundersökning till cheferna för samtliga vårdcentraler i Sverige. Undersökningen är unik eftersom det saknas nationell statistik på området, så vi bidrar med ny kunskap om kompetensförsörjningen vid vårdcentralerna.

Primärvård omfattar dock mer än den vård som ges vid vårdcentraler, och har både region och kommun som huvudman. Vi har alltså inte kartlagt kompetensförsörjningen i hela primärvården. Kommunernas hälso- och sjukvård står uppskattningsvis för drygt en tredjedel av de totala kostnaderna för primärvården i både kommuner och regioner (Vård- och omsorgsanalys 2021d).

2.1.1 De vårdcentraler vi fått svar från är representativa för riket när det kommer till geografi och driftsform

En svaghet med vår undersökning är att vi inte fullt ut har haft möjlighet att analysera bortfallet och hur det påverkar resultaten sett till hur representativa de är för riket i stort. Totalt svarade chefer för 758 vårdcentraler på vår enkät, vilket motsvarar en svarsfrekvens på cirka 64 procent. Svarsfrekvensen i olika regioner var 34–86 procent. Vi har dock jämfört de vårdcentraler som vi fått svar från med totalurvalet, och fördelningen stämmer relativt väl utifrån var vårdcentralerna finns (olika kommuntyper och områden med olika socioekonomiska förutsättningar) och utifrån fördelningen mellan vårdcentraler i offentlig kontra privat regi.

2.1.2 Internt bortfall påverkar resultatens tillförlitlighet

Det finns även ett internt bortfall som varierar mellan olika frågor. Vi ser till exempel ett större bortfall på mer komplexa och detaljerade frågor om kompetensförsörjningen.

Detta påverkar resultatens tillförlitlighet, eftersom bortfallen kan göra att vi över- eller underskattar tillgången på personal. Det interna bortfallet medför att vi för de flesta sammanställningar inte kan redovisa svar från alla deltagande vårdcentraler. Antalet inkluderade vårdcentraler varierar mellan olika frågor eftersom bortfallet ser olika ut. Till varje figur eller tabell redovisar vi antalet vårdcentraler som resultaten baseras på.

2.1.3 I vissa delar jämför vi utvecklingen mellan 2017 och 2022

Flera enkätfrågor är desamma som i en tidigare enkätundersökning från 2017 (Vård- och omsorgsanalys 2018), för att vi ska kunna jämföra resultaten. Svarsfrekvensen för olika regioner skiljer sig dock åt mellan undersökningarna 2017 och 2022, så utvecklingen bör tolkas med viss försiktighet. En mer utförlig beskrivning av undersökningen finns i bilaga 1.

Den tidigare enkätundersökningen fokuserade på försörjningen av läkar-kompetens vid vårdcentralerna, medan den här gick ut på att brett kartlägga kompetensförsörjningen inom en mängd olika yrkeskategorier.

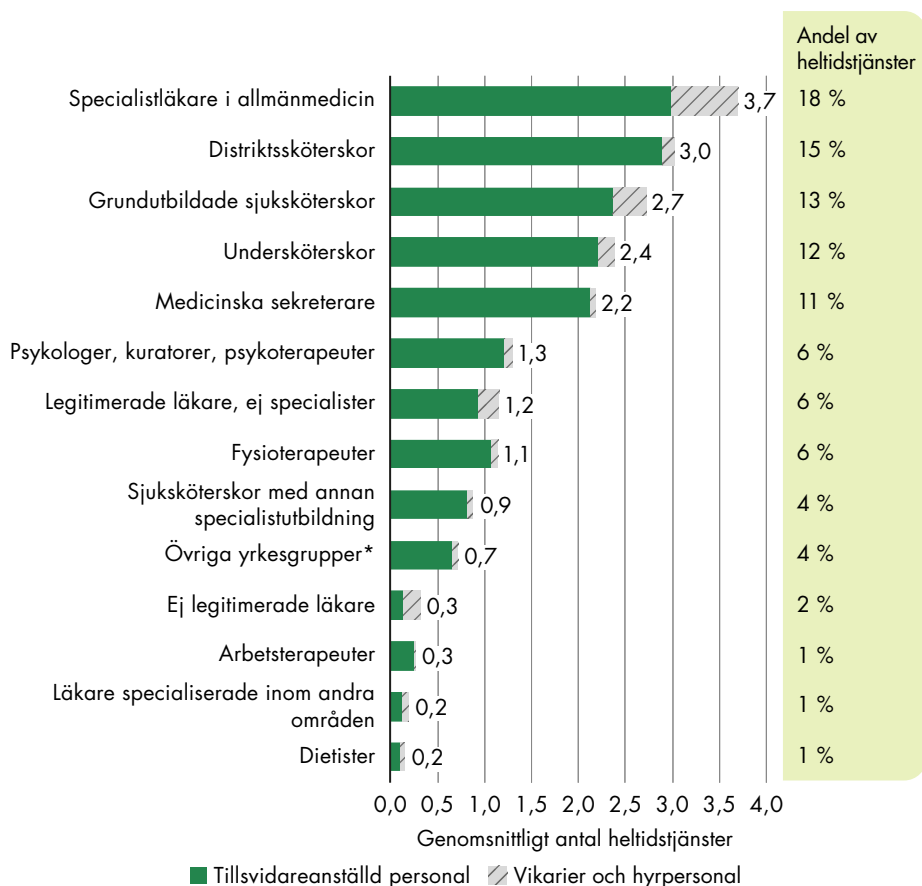
2.1.4 Vi relaterar bemanningen till antalet listade invånare på vårdcentralerna

Bemanningen ställs bland annat i relation till vårdcentralernas storlek, utifrån antalet invånare som är listade på vårdcentralen. Listningen är en del av vårdvalet i primärvården och innebär att en person listar sig på den vårdcentral som hen framför allt vill få vård av. År 2019 uppgav 91 procent av alla vuxna att de har en ordinarie vårdcentral där de är listade eller som de vanligen går till (Vård- och omsorgsanalys 2020). Sedan juli 2022 anges uttryckligen i lagen att invånares val av utförare inom primärvården ska ske genom listning (7 kap. 3 § HSL).

2.2 På vårdcentralerna finns många olika yrkeskategorier

Vårdcentralerna har personal inom en rad yrkeskategorier. Figur 2 visar det genomsnittliga antalet anställda (tillsvidareanställda, vikarier och hyrpersonal) av olika yrkeskategorier, uttryckt i heltidstjänster.

Figur 2. Genomsnittligt antal anställda vid vårdcentralerna, uttryckt i heltidstjänster.



Not. Antal vårdcentraler: 670. * Från kommentarer till frågan framkommer att kategorin "övriga yrkesgrupper" till exempel handlar om rehabiliteringskoordinator, receptionist eller fotvårdsterapeut.

Källa: Vård- och omsorgsanalys enkät till vårdcentraler 2022.

Specialistläkare i allmänmedicin och distriktssköterskor är flest till antalet. I genomsnitt finns 3,7 specialistläkare i allmänmedicin och 3,0 distriktssköterskor per vårdcentral, omräknat till heltidstjänster. Det motsvarar 18 respektive 15 procent av samtliga heltidstjänster.

Det finns även relativt många grundutbildade sjuksköterskor, undersköterskor och medicinska sekreterare. Dessa yrkesgrupper står tillsammans för 36 procent av samtliga heltidstjänster på vårdcentralerna.

Psykologer, kuratorer och psykoterapeuter är också ganska vanligt förekommande medan fysioterapeuter, arbetsterapeuter och dietister inte är lika vanliga. Delvis beror det på att primärvårdsuppdraget ser olika ut i regionerna. I vissa regioner (Stockholm, Västra Götaland och Värmland) organiseras till exempel primärvårdsrehabilitering i separata vårdval, medan den i andra regioner ingår i vårdcentralernas uppdrag.

2.2.1 Bland specialistläkare i allmänmedicin har vikarier och hyrläkare två av tio heltidstjänster vid vårdcentralerna

Ungefär åtta av tio (81 procent) av de specialistläkare i allmänmedicin som tjänstgör vid vårdcentralerna (omräknat till heltidstjänster) är tillsvidareanställda, medan två av tio arbetar som vikarier eller hyrläkare. Bland distriktssköterskor är 95 procent tillsvidareanställda. Se tabell 2.

Det är inte så vanligt med läkare med annan specialistutbildning än allmänmedicin. I genomsnitt finns det på varje vårdcentral 0,2 läkare som är specialiserade inom andra områden (se figur 2) och totalt sett arbetar fyra av tio som vikarier eller hyrläkare (tabell 2). De olegitimerade läkarna är också relativt få och sex av tio arbetar som vikarier eller hyrläkare. Det liknar bilden för dietister – de är relativt få och en relativt stor andel, tre av tio, arbetar som vikarier eller hyrpersonal vid vårdcentralerna.

Tabell 2. Fördelning tillsvidareanställda respektive vikarier och hyrpersonal.

	Andel tillsvidareanställda	Andel vikarier och hyrpersonal
Medicinska sekreterare	97 %	3 %
Distriktssköterskor	95 %	5 %
Psykologer, kuratorer, psykoterapeuter	94 %	6 %
Arbeterapeuter	94 %	6 %
Fysioterapeuter	94 %	6 %
Undersköterskor	93 %	7 %
Övriga yrkesgrupper	92 %	8 %
Sjuksköterskor med annan specialistutbildning	92 %	8 %
Grundutbildade sjuksköterskor	87 %	13 %
Specialistläkare i allmänmedicin	81 %	19 %
Legitimerade läkare, ej specialister	80 %	20 %
Dietister	72 %	28 %
Läkare specialiserade inom andra områden	61 %	39 %
Ej legitimerade läkare	43 %	57 %

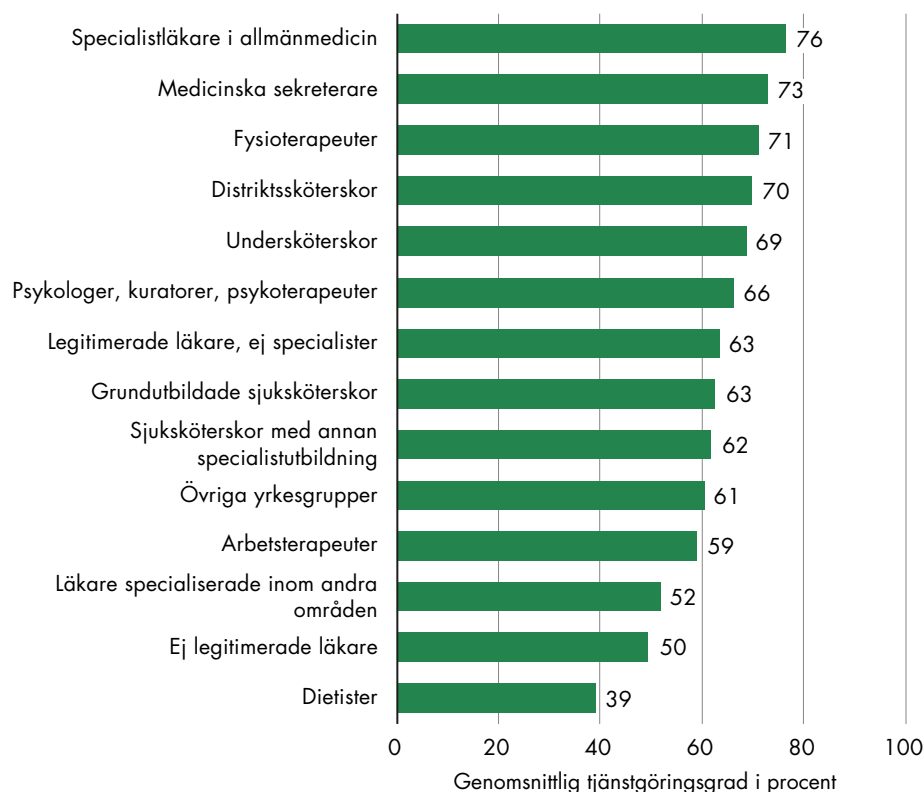
Not. Antal vårdcentraler: 670. Avser tillsvidareanställd personal respektive vikarier och hyrpersonal uttryckt i heltidstjänster.
Källa: Vård- och omsorgsanalys enkät till vårdcentralschefer 2022.

2.2.2 Tjänstgöringsgraden för tillsvidareanställd personal varierar mellan olika yrkeskategorier

Figur 3 visar den genomsnittliga tjänstgöringsgraden för tillsvidareanställd personal inom olika yrkeskategorier. Tjänstgöringsgraden är högst för specialistläkare i allmänmedicin, i genomsnitt 76 procent av heltid. Därefter kommer distriktssköterskor med i genomsnitt 70 procent. Dietister är yrkeskategorin med lägst tjänstgöringsgrad, 39 procent. Här gäller tjänstgöringsgraden arbetet på

vårdcentralen, och en person kan ha en högre total tjänstgöringsgrad om hen är anställd vid flera olika verksamheter.

Figur 3. Genomsnittlig tjänstgöringsgrad på vårdcentralerna, per tillsvidareanställd personal.



Not. Antal vårdcentraler: 667.

Källa: Vård- och omsorgsanalys enkät till vårdcentralschefer 2022.

2.2.3 En av tio vårdcentraler saknar tillsvidareanställda specialistläkare i allmänmedicin

Tabell 3 visar andelen vårdcentraler som har en viss yrkeskategori tillsvidareanställd. Ingen yrkeskategori finns på samtliga vårdcentraler men nästan alla vårdcentraler har minst en tillsvidareanställd undersköterska och minst en distriktssköterska (94 respektive 93 procent).

En av tio vårdcentraler saknar tillsvidareanställda specialistläkare i allmänmedicin. De flesta tillgodoser det behovet genom vikarier eller hyrläkare, men vissa saknar den kompetensen helt. Totalt 4 procent av vårdcentralerna har varken tillsvidareanställda, vikarierande eller inhyrda specialistläkare i allmänmedicin. När det gäller distriktssköterskor är det däremot ovanligt att använda vikarier eller hyrpersonal när det saknas tillsvidareanställda sådana.

Tabell 3. Andel vårdcentraler med en viss yrkeskategori tillsvidareanställd.

Yrkeskategori	Andel tillsvidareanställda
Undersköterskor	94 %
Distriktssköterskor	93 %
Specialistläkare i allmänmedicin	91 %
Grundutbildade sjuksköterskor	88 %
Medicinska sekreterare	85 %
Psykologer, kuratorer, psykoterapeuter	82 %
Sjuksköterskor med annan specialistutbildning	57 %
Legitimerade läkare, ej specialister	50 %
Fysioterapeuter	50 %
Övriga yrkesgrupper	49 %
Arbetsterapeuter	35 %
Dietister	27 %
Ej legitimerade läkare	19 %
Läkare specialiserade inom andra områden	17 %

Not: Antal vårdcentraler: 739. Tillsvidareanställd personal oavsett tjänstgöringsgrad (ej vikarier eller hyrpersonal).

Källa: Vård- och omsorgsanalys enkät till vårdcentralschefer 2022.

2.3 Yrkesgrupper med generalistkompetens har minskat men andra yrkesgrupper har ökat

Våra enkätundersökningar från 2017 respektive 2022 visar att antalet tillsvidareanställda specialistläkare i allmänmedicin har minskat, samtidigt som antalet ST-läkare och läkare utan specialistutbildning har ökat vid vårdcentralerna. Även antalet distriktssköterskor vid vårdcentralerna tycks ha minskat över tid samtidigt som övriga sjuksköterskor, psykologer, fysioterapeuter, dietister, arbetsterapeuter istället har ökat. Det innebär att yrkesgrupperna med den bredaste generalistkompetensen har minskat.

Specialistläkare i allmänmedicin och distriktssköterskor står för den bredaste generalistkompetensen på vårdcentralerna

Specialistläkare i allmänmedicin är utbildade i att utreda och behandla patienter i alla åldrar med alla sorters hälsorelaterade problem, inklusive upplevelser och besvär som inte är orsakade av någon definierbar sjukdom. I kompetensen ingår att kunna följa en individs olika hälsoproblem över tid och i bedömningen av hälsoproblemen väga in personens hela livssituation (Socialstyrelsen 2015). Vidare är de tränade i att se om det finns tecken på något tillstånd som kräver sjukhusets tekniska resurser eller andra specialistläkares expertkunskap (Svensk förening för allmänmedicin 2023).



Grunden i distriktssköterskans arbete är att "med ett hälsofrämjande synsätt utgöra ett stöd för människor i alla åldrar och sjukdomstillstånd" (Distriktssköterskeföreningen i Sverige 2021).

2.3.1 Färre specialisläkare i allmänmedicin på vårdcentralerna

I vårdcentralschefsensenkäten frågade vi både hur många individer inom olika yrkeskategorier som arbetar på varje vårdcentral och hur många heltidstjänster det motsvarar. Enligt svaren finns nästan 2 900 tillsvidareanställda specialisläkare i allmänmedicin, motsvarande drygt 2 000 heltidstjänster. De svarande vårdcentralerna täcker drygt 60 procent av alla listade invånare. Vi har räknat upp antalet specialisläkare i allmänmedicin och antalet heltidstjänster till hela befolkningen, utifrån hur stor andel av den totala listade befolkningen som de svarande vårdcentralerna täcker. Den uträkningen ger att det på alla landets vårdcentraler finns 4 250 specialisläkare i allmänmedicin, motsvarande 3 200 heltidstjänster. Samma uträkning för 2017 ger 3 450 heltidstjänster. Det innebär att antalet specialisläkare i allmänmedicin på vårdcentralerna minskade med cirka 7 procent mellan 2017 och 2022. Utvecklingen bör dock tolkas med viss försiktighet eftersom jämförelsen baserar sig på två olika undersökningar med olika svarsfrekvenser och bortfall (se tabell 7 i bilaga 1).

Registeruppgifter ger delvis en annan bild än vår enkät

Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet har gjort en prognos över antalet specialisläkare i allmänmedicin som är verksamma i primärvården, baserat på registeruppgifter (Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet 2022b). År 2020, som är ursprungsåret i prognosen, beräknades antalet specialisläkare i allmänmedicin till 4 675 individer. Det motsvarar cirka 10 procent fler än vad våra resultat från vårdcentralschefsensenkäten visar. Uppgifterna baseras på SCB:s register över befolkningens utbildning år 2020, SCB:s yrkesregister, SCB:s registerbaserade arbetsmarknadsstatistik och Socialstyrelsens register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Enligt prognosen skulle tillgången till specialisläkare i allmänmedicin uppgå till 4 900 individer år 2022 vilket är cirka 15 procent högre än vad våra uppgifter från enkätundersökningen visar. Prognosmodellen indikerar alltså en ökning av tillgången till specialisläkare i allmänmedicin inom primärvården mellan 2020 och 2022, i motsats till våra enkätuppgifter som tyder på en minskning mellan mättillfällena 2017 och 2022.

2.3.2 ST-läkarna i allmänmedicin har ökat och är förhållandevis jämnt fördelade

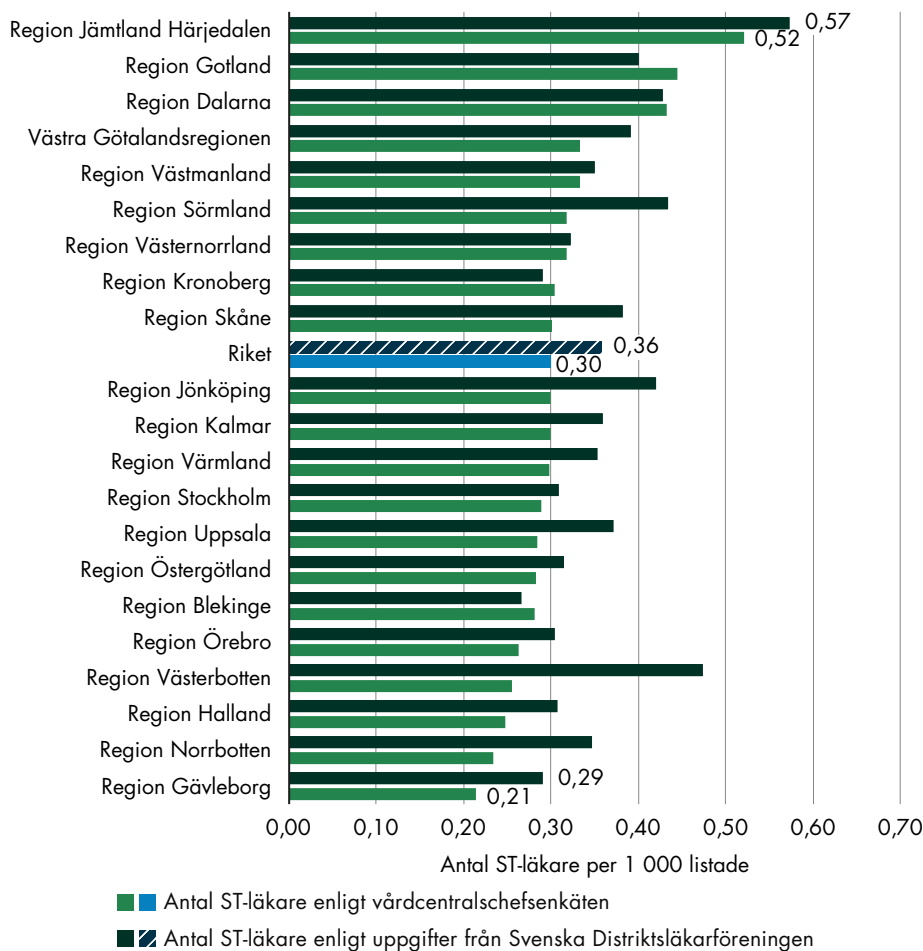
Antalet ST-läkare i allmänmedicin har ökat betydligt de senaste fem åren enligt våra enkätundersökningar 2017 och 2022. Vårdcentralschefsenkäten från 2022 visar att det på riksnivå i genomsnitt finns 0,30 ST-läkare i allmänmedicin per 1 000 listade invånare vilket motsvarar drygt 2 800 ST-läkare totalt om vi räknar upp det till nationell nivå. I enkätundersökningen 2017 var antalet ST-läkare per 1 000 listade istället 0,27 vilket motsvarar 2 400 ST-läkare totalt om vi använder samma antaganden för uppräknningen till nationell nivå (att de svarande vårdcentralerna är representativa för totalen och att andelen av befolkningen som är listade uppgår till 90 procent). Det innebär att antalet ST-läkare har ökat med drygt 15 procent mellan de två mätpunkterna.

Det saknas officiell nationell statistik om antalet ST-läkare i allmänmedicin. Svenska Distriktsläkarföreningen uppskattar antalet till 3 356 stycken i riket i september 2022 (och 3 307 i januari 2021). Figur 4 visar antalet ST-läkare i allmänmedicin per 1 000 listade invånare i de olika regionerna (uttryckt i heltidstjänster), enligt både vårdcentralschefsenkäten och Svenska Distriktsläkarföreningens uppgifter för 2022.

Data från enkäten ger färre läkare per 1 000 listade invånare i de flesta regioner, jämfört med uppgifterna från Svenska Distriktsläkarföreningen. Enligt deras uppgifter motsvarade antalet ST-läkare 0,36 stycken per listad vilket är 19 procent fler än vad vår enkät visar. Skillnaden skulle delvis kunna bero på att uppgifterna avser olika månader samt att en del chefer som besvarat vår enkät kan ha exkluderat ST-läkare som var placerade vid vårdcentralen men just då befann sig i en annan verksamhet som en del av utbildningen.

Tillgången till ST-läkare i allmänmedicin är förhållandevis jämn i Sverige enligt båda datakällorna. De allra flesta regioner ligger i nivå med rikssnittet, men vissa regioner sticker ut. Region Jämtland Härjedalen har flest, med i genomsnitt 0,52 ST-läkare per 1 000 listade, och minst antal har Region Gävleborg med 0,21 ST-läkare per 1 000 listade.

Figur 4. Antal ST-läkare i allmänmedicin per 1 000 listade invånare 2022, per region.



Not: Antal vårdcentraler: 711. Observera att svarsfrekvensen per region skiljer sig åt, vilket kan påverka tillförlitligheten i jämförelserna mellan regioner, se tabell 7 i bilaga 1.

Källa: Vård- och omsorgsanalys enkät till vårdcentralschefer 2022 och uppgifter från Distriktsläkarföreningen.

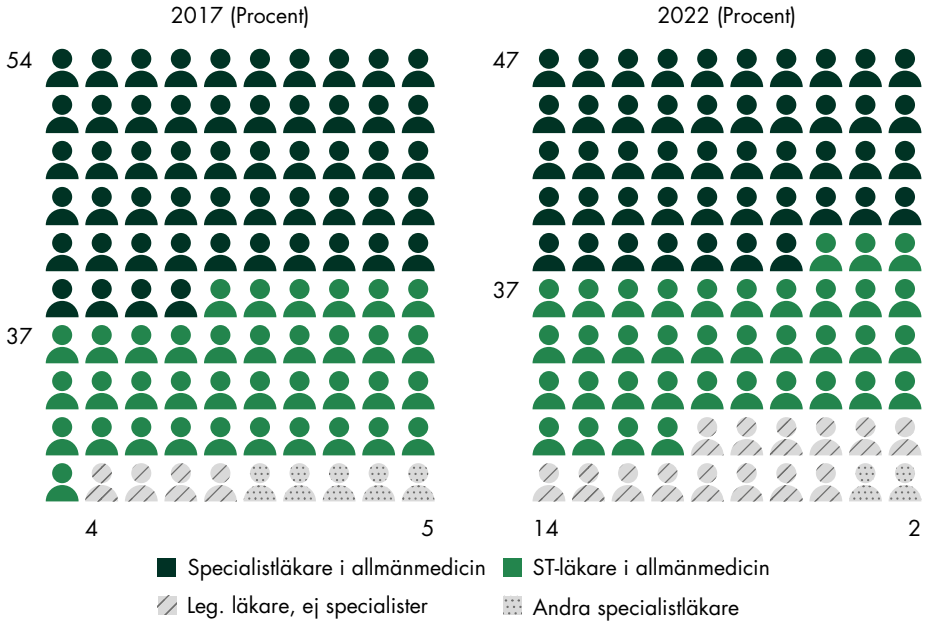
2.3.3 Allt fler tillsvidareanställda läkare utan specialistutbildning

Specialistläkare i allmänmedicin står för nästan hälften (47 procent) av alla heltidstjänster bland tillsvidareanställda läkare på vårdcentralerna, se figur 5. Drygt en tredjedel (37 procent) av läkarna är ST-läkare i allmänmedicin och alltså inte specialister ännu. Omkring 14 procent av läkarna är legitimerade, utan specialistkompetens. Bara 2 procent av läkarna har en annan specialisering.

Andelen specialistläkare i allmänmedicin har minskat över tid medan andelen läkare utan specialistutbildning har ökat markant, samtidigt som andelen ST-läkare i allmänmedicin kvarstår på samma nivå. År 2017 hade cirka 54 procent av läkarna (omräknat till heltidstjänster) en specialistutbildning i allmänmedicin, 4 procent hade en annan specialistkompetens och 5 procent hade ingen specialistutbildning.

Det innebär att andelen legitimerade läkare utan specialistutbildning mer än fördubblades mellan 2017 och 2022.

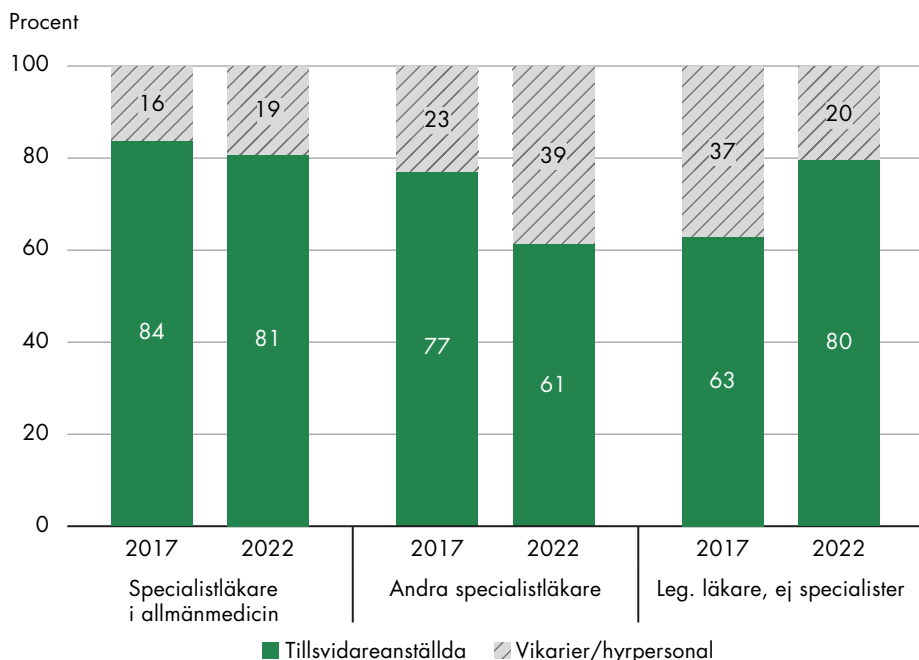
Figur 5. Tillsvidareanställda läkare vid vårdcentralerna, fördelning på utbildningsbakgrund.



Not. Antal vårdcentraler: 544 (2017) och 670 (2022). Avser tillsvidareanställd personal uttryckt i heltidstjänster.
 Källa: Vård- och omsorgsanalys enkäter till vårdcentralschefer 2017 och 2022.

Figur 6 nedan visar hur anställningsformerna för läkare med olika utbildning (i heltidstjänster) utvecklades mellan 2017 och 2022. Det framkommer att andelen specialistläkare som är tillsvidareanställda har minskat, och en något högre andel är i stället vikarier eller hyrläkare vid vårdcentralerna. Det gäller både specialistläkare i allmänmedicin och övriga specialistläkare. För legitimerade läkare utan specialistutbildning ser vi i stället att en högre andel är tillsvidareanställda.

Figur 6. Fördelning tillsvidareanställda och vikarier/hyrläkare fördelat på läkare med olika utbildningsbakgrund.



Not. Antal vårdcentraler: 548 (2017) och 670 (2022). Avser tillsvidareanställd personal uttryckt i heltidstjänster.
Källa: Vård- och omsorgsanalys enkäter till vårdcentralschefer 2017 och 2022.

2.3.4 Andra uppgifter pekar på att antalet distriktssköterskor har minskat i regionernas primärvård

Eftersom vår undersökning 2017 enbart fokuserade på försörjningen av läkar-kompetens har vi inte kunnat jämföra utvecklingen för andra yrkeskategorier. I Socialstyrelsens och Nationella vårdkompetensrådets delrapport (2021a) framkommer att även antalet sysselsatta distriktssköterskor i primärvården har minskat (2016–2019). Men samma rapport visar en ökning (2010–2019) för flera andra professioner sysselsatta i primärvården (övriga sjuksköterskor, psykologer, fysioterapeuter, dietister och arbetsterapeuter).

Vi har också tidigare sammanställt utvecklingen av olika yrkeskategorier (årsarbetare per 100 000 invånare) i primärvården 2016–2020, utifrån uppgifter om regionanställd personal. Då framkom att psykologer och läkare utan specialistkompetens var de yrkeskategorier som hade ökat procentuellt mest (Vård- och omsorgsanalys 2021d).

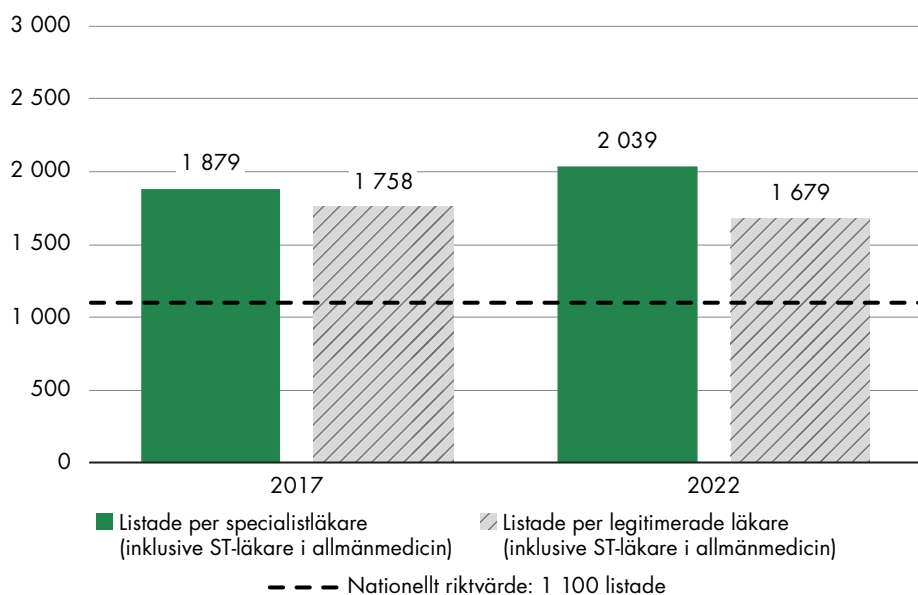
2.4 Antalet listade invånare per ST- och specialistläkare har ökat

Ett mått på kompetensförsörjningen av läkare på vårdcentralerna är antalet listade invånare per läkare. Vi ser en ökning i antalet listade invånare per specialistläkare (inklusive specialistläkare i allmänmedicin, övriga specialistläkare och ST-läkare i allmänmedicin), från 1 879 invånare 2017 till 2 039 invånare 2022, vilket motsvarar en ökning på 9 procent (figur 7). Det är betydligt fler än Socialstyrelsens riktvärde på 1 100 listade per specialistläkare och 550 listade per ST-läkare i allmänmedicin (se faktaruta).

Vi har tidigare beskrivit att andelen legitimerade läkare utan specialistkompetens har ökat på vårdcentralerna. Om vi inkluderar de läkarna är det i stället en marginell minskning av antalet invånare per läkare. Det tyder på att vårdcentralerna har kompenserat bristen på läkare med icke-specialister.

Figur 7. Antal listade invånare per läkare på vårdcentralerna, i riket.

Antal listade per heltidstjänst



Not. Antal vårdcentraler: 544 (2017) och 670 (2022). Avser tillsvidareanställd personal uttryckt i heltidstjänster. Specialistläkare inkluderar både specialistläkare i allmänmedicin och övriga specialistläkare. Legitimerade läkare inkluderar även läkare som inte har specialistutbildning. ST-tjänsterna beräknas ha en tjänstgöringsgrad på i genomsnitt 94 procent [Socialstyrelsen & Nationella vårdkompetensrådet 2022b.] samt antas motsvara en halv specialistläkare.
Källa: Vård- och omsorgsanalys enkäter till vårdcentralschefer 2017 och 2022.

Nationellt riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag tagit fram ett nationellt riktvärde för antalet invånare som en läkare i primärvården är fast läkarkontakt för:

1 100 invånare per specialist i primärvården

550 invånare per ST-läkare i allmänmedicin, i mitten av sin specialistutbildning.

Riktvärdet gäller heltidstjänster för läkare.

Det finns inga lagkrav som säger att läkaren ska ha en viss specialitet. Men i propositionen Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform (prop. 2021/22:72) bedömer regeringen att en fast läkarkontakt bör vara specialist i allmänmedicin, barn- och ungdomsmedicin eller geriatrik, ha annan likvärdig kompetens eller fullgöra specialisttjänstgöring i allmänmedicin.

Flera faktorer påverkar hur många invånare som en läkare kan vara fast läkarkontakt för. Till exempel inverkar patienternas vårdbehov, tillgången på övriga personalgrupper och arbetssättet för teamarbete, samt i vilket område vårdcentralen verkar och hur samverkan med den specialiserade vården och den kommunala hälso- och sjukvården fungerar. Eftersom dessa faktorer varierar lokalt kallar Socialstyrelsen detta för ett nationellt riktvärde.

(Socialstyrelsen 2022a)

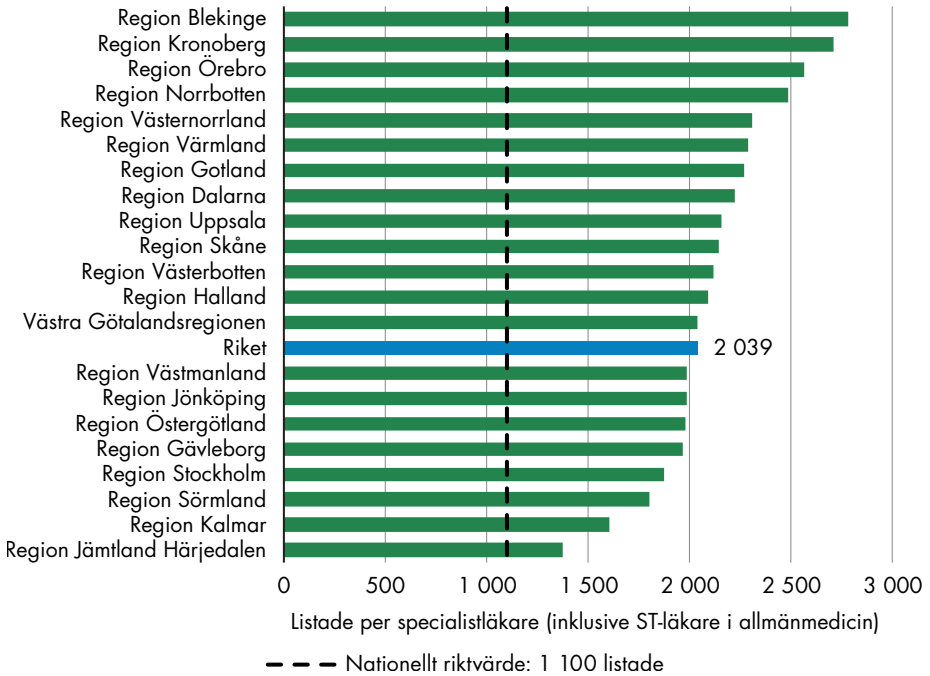
2.4.1 Antalet listade invånare per specialistläkare och ST-läkare i allmänmedicin varierar mycket mellan regioner

Om vi tittar på hur många specialistläkare i allmänmedicin (inklusive ST-läkare i allmänmedicin) och övriga specialistläkare som enligt vår enkätundersökning arbetar på vårdcentralerna så innebär det i genomsnitt drygt 2 000 listade invånare per läkare. Det är betydligt fler än Socialstyrelsens riktvärde på 1 100 listade per specialistläkare och 550 listade per ST-läkare i allmänmedicin.

På regionnivå finns det ingen region som ligger i linje med riktvärdet från Socialstyrelsen. Region Jämtland Härjedalen ligger närmast, med knappt 1 400 listade per läkare. Region Blekinge ligger längst från riktvärdet, med i genomsnitt 2 800 listade per läkare på vårdcentralerna (figur 8).

Våra regionjämförelser ska tolkas med försiktighet eftersom bortfallet i enkätsvaren varierar och vi inte vet något om läkartätheten på de vårdcentraler som inte har svarat.

Figur 8. Antal listade invånare per specialistläkare och ST-läkare i allmänmedicin, per region.



Not. Antal vårdcentraler: 670. Avser tillsvidareanställda specialistläkare samt ST-läkare i allmänmedicin uttryckt i heltidstjänster. ST-tjänsterna beräknas ha en tjänstgöringsgrad på i genomsnitt 94 procent (Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet 2022b) samt antas motsvara en halv specialistläkare. Observera att svarsfrekvensen per region skiljer sig åt, vilket kan påverka tillförlitligheten i jämförelserna mellan regioner, se fabel 7 i bilaga 1.
Källa: Vård- och omsorgsanalys enkät till vårdcentralsschefer 2022.

2.4.2 Viktigt att begränsa antalet listade invånare per läkare för att få en hållbar arbetsmiljö

I slutet av enkäten fanns utrymme för fritextkommentarer, och flera vårdcentralsschefer beskrev att antalet listade invånare per läkare är nära sammankopplat med den generella arbetsbelastningen och att ett rimligt antal är en nyckelfaktor för en hållbar arbetsmiljö.

// *Grunden för en stark primärvård är tillräcklig bemanning av specialister i allmänmedicin och distriktssköterskor med AVGRÄNSAD lista. Allt annat är sekundärt. Många politiker verkar inte alls förstå att bara man får en rimlig lista och har tid att ta hand och erbjuda tillgänglighet inom primärvården så minskar kostnader för sekundärvård och nöjdheten ökar. Färre patienter utreds och behöver sådan vård."*

- ”Liststorlek per läkare är för hög för att hinna ge god och nära vård! Socialstyrelsens förslag på 1100 patienter per läkare är rimligt – men för att det ska vara möjligt krävs fler allmänspecialister och ökad ersättning till primärvården.”*
- ”En heltidsarbetande familjeläkare per 1 000 listade skulle ge oss hållbara förutsättningar. Vi siktar idag på 1 500 listade patienter men klarar knappt 2 000–2 250 patienter i praktiken.”*
- ”Satsningen på läkare i primärvården är oerhört viktig just nu. Man måste minska antalet patienter per läkare för att den nya generationen ska orka arbeta vidare.”*

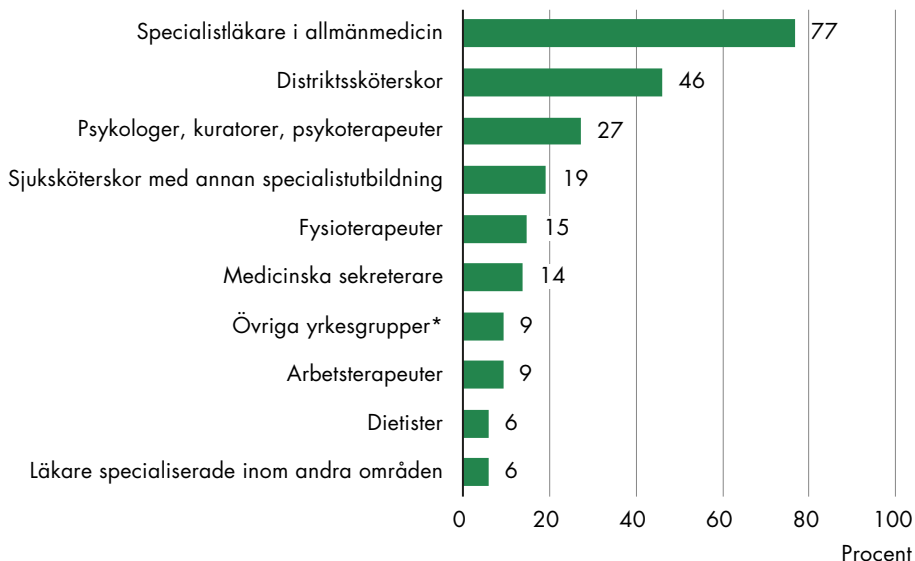
2.5 Stora anställningsbehov på vårdcentralerna

Utöver att kartlägga dagens kompetensförsörjning innehöll enkäten frågor om vårdcentralernas anställningsbehov utifrån deras nuvarande patientunderlag och uppdrag. Ungefär 85 procent av vårdcentralsscheferna svarade att de behöver anställa fler av någon yrkesgrupp.

Behovet är störst av specialistläkare i allmänmedicin. Nästan åtta av tio (77 procent) vårdcentraler behöver anställa fler sådana, och i genomsnitt behövs nästan två (1,95) heltidstjänster per vårdcentral. Se figur 9 och tabell 4.

Närmare hälften av cheferna angav att de behöver anställa fler distriktssköterskor, i genomsnitt knappt en (0,85) heltidstjänst.

Drygt en av fyra (27 procent) uppgav också att de har behov av psykologer, kuratorer eller psykoterapeuter, i genomsnitt motsvarande 0,34 heltidstjänster. De tre yrkeskategorierna var samlade i enkäten och vi vet inte hur anställningsbehovet skiljer sig åt mellan dem.

Figur 9. Andel vårdcentraler med anställningsbehov av olika yrkeskategorier.

Not. Antal vårdcentraler: 696. Från kommentarer till frågan framkommer att kategorin "övriga yrkesgrupper" till exempel handlar om rehabiliteringskoordinator, receptionist eller fotvårdsterapeut.
Källa: Vård- och omsorgsanalys enkät till vårdcentralschefer 2022.

Tabell 4. Genomsnittligt behov av olika yrkeskategorier för de vårdcentraler som angett att de har anställningsbehov av minst en yrkeskategori, uttryckt i heltidstjänster.

Yrkeskategori	Medelvärde anställningsbehov uttryckt i heltidstjänster
Specialistläkare i allmänmedicin	1,95
Läkare specialiserade inom andra områden	0,08
Distriktssköterskor	0,85
Sjuksköterskor med annan specialistutbildning	0,31
Dietister	0,05
Psykologer, kuratorer, psykoterapeuter	0,34
Fysioterapeuter	0,19
Arbetsterapeuter	0,09
Medicinska sekreterare	0,19
Övriga yrkesgrupper	0,16

Not. Antal vårdcentraler: 589.
Källa: Vård- och omsorgsanalys enkät till vårdcentralschefer 2022.

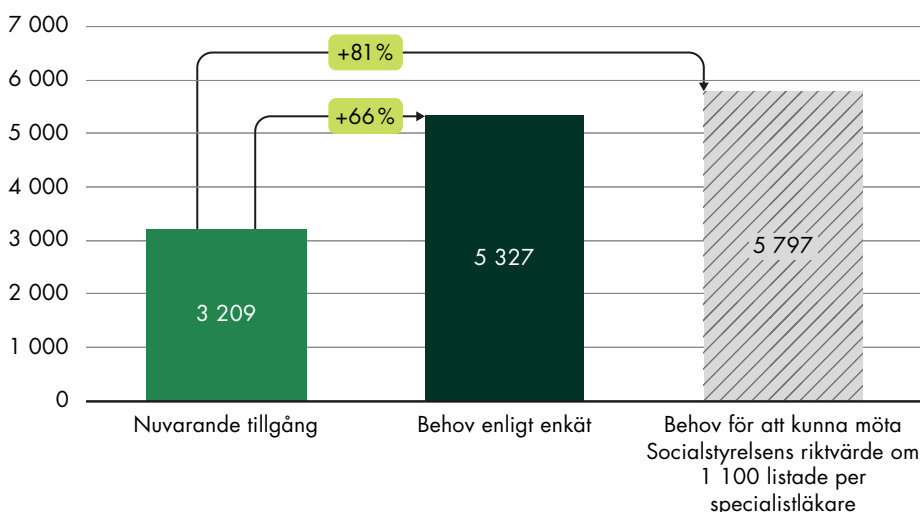
2.5.1 Betydande gap mellan tillgång och behov

Enkätsvaren visar ett betydande gap mellan tillgången till läkare på vårdcentralerna och chefernas bedömning av behovet. Ännu större är gapet mellan dagens tillgång och det antal som skulle behövas för att möta Socialstyrelsens riktvärde för antalet listade invånare per specialistläkare i allmänmedicin respektive ST-läkare (Socialstyrelsen 2022a).

Totalt behövs drygt 5 300 specialistläkare i allmänmedicin, om vi räknar upp våra resultat till hela befolkningen, vilket innebär att det fattas mer än 2 100 heltidstjänster. Det motsvarar 66 procent av tillgången idag. Om man ska följa Socialstyrelsens riktvärde blir behovet ännu större: nästan 5 800 specialistläkare i allmänmedicin (omräknat till heltidstjänster), vilket är 2 600 fler än i dag (figur 10). För att möta riktvärdet skulle antalet specialistläkare i allmänmedicin behöva öka med 81 procent. Det innebär alltså nästan en dubbling av den nuvarande tillgången.

Figur 10. Tillgång och behov av specialistläkare i allmänmedicin 2022, uttryckt i heltidstjänster.

Heltidstjänster specialistläkare i allmänmedicin



Källa: Vård- och omsorgsanalys enkät till vårdcentralschefer 2022.

Så har vi beräknat behovet av specialistläkare i allmänmedicin

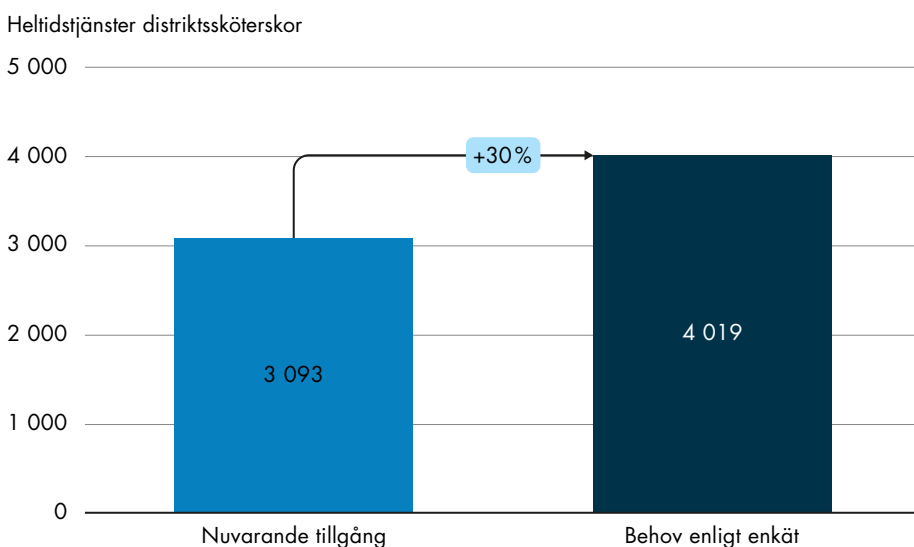
För att räkna ut hur många specialistläkare i allmänmedicin som behövs enligt Socialstyrelsens riktvärde har vi utgått ifrån att en del av befolkningen listar sig hos ST-läkare och en del hos övriga specialistläkare. Vi antar vidare att förhållandet mellan dessa yrkeskategorier är detsamma som i dag, sett till antalet heltidstjänster.

För varje specialistläkare i allmänmedicin (heltidstjänst) har vi enligt enkätsvaren 0,87 ST-läkare och 0,04 övriga specialistläkare anställda i primärvården. Med utgångspunkten att en ST-läkare tar hand om hälften så många listade invånare som en specialistläkare kan vi då fördela den listade befolkningen så att specialistläkare i allmänmedicin ska kunna ta hand om 67,8 procent av den listade befolkningen, ST-läkarna 29,6 procent och övriga specialistläkare 2,6 procent. Med antagandet att 90

► procent av befolkningen är listad innebär det att specialistläkarna i allmänmedicin totalt sett ska kunna ha ansvar för 6 378 009 personer. Det antalet dividerat med riktvärdet 1 100 ger ett behov av minst 5 800 specialistläkare i allmänmedicin.

Enligt enkätsvaren finns det också ett betydande gap mellan tillgången till och behovet av distriktssköterskor på vårdcentralerna. Uppräknat till befolkningen som helhet finns i dag knappt 3 100 heltidstjänster, och det fattas mer än 900 stycken vilket motsvarar 30 procent (figur 11).

Figur 11. Tillgång och behov av distriktssköterskor, uttryckt i heltidstjänster.



Källa: Vård- och omsorgsanalys enkät till vårdcentralschefer 2022.

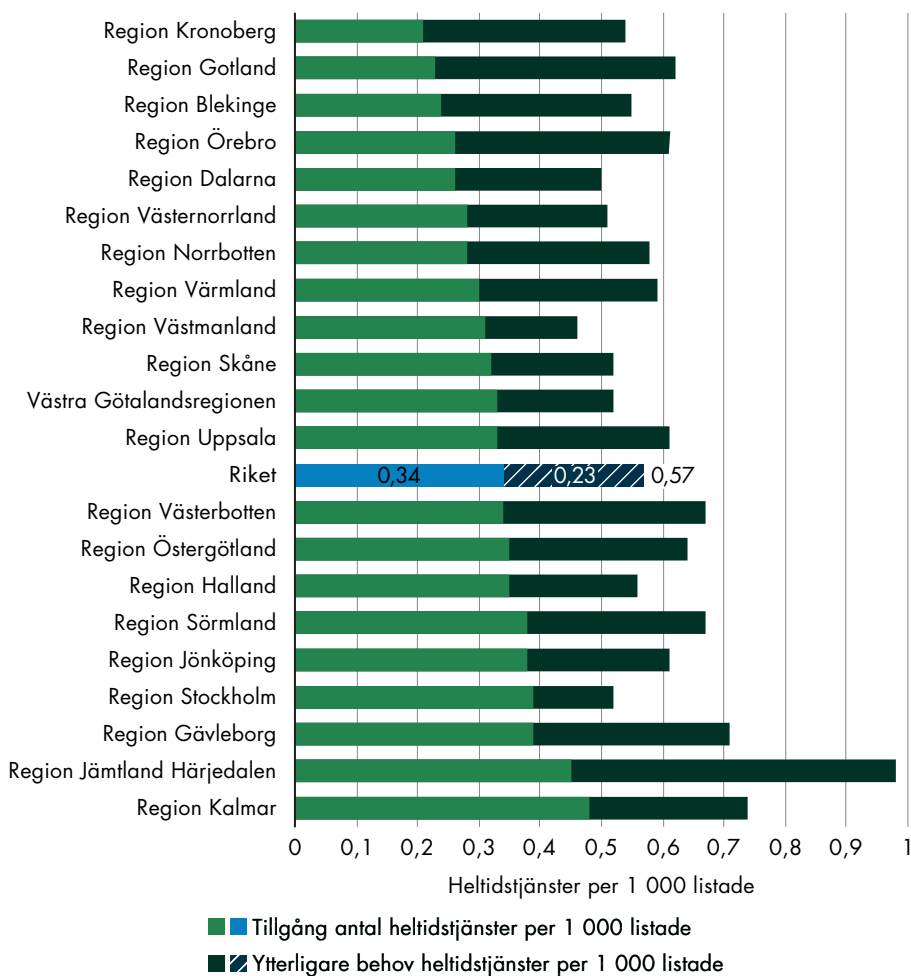
2.5.2 Anställningsbehovet varierar mellan regioner

Det uppskattade anställningsbehovet varierar mycket mellan regioner. Figur 12 och figur 13 visar det genomsnittliga behovet av specialistläkare i allmänmedicin respektive distriktssköterskor per 1 000 listade invånare för vårdcentralerna i varje region. De ljusgröna staplarna visar tillgången på specialistläkare i allmänmedicin och distriktssköterskor när enkäten besvarades, och de mörkgröna staplarna visar det ytterligare behovet av dessa yrkeskategorier.

Region Stockholm har lägst behov av att anställa specialistläkare i allmänmedicin, följt av Västmanland och Västra Götaland. Region Jämtland Härjedalen har störst anställningsbehov, följt av Gotland och Örebro.

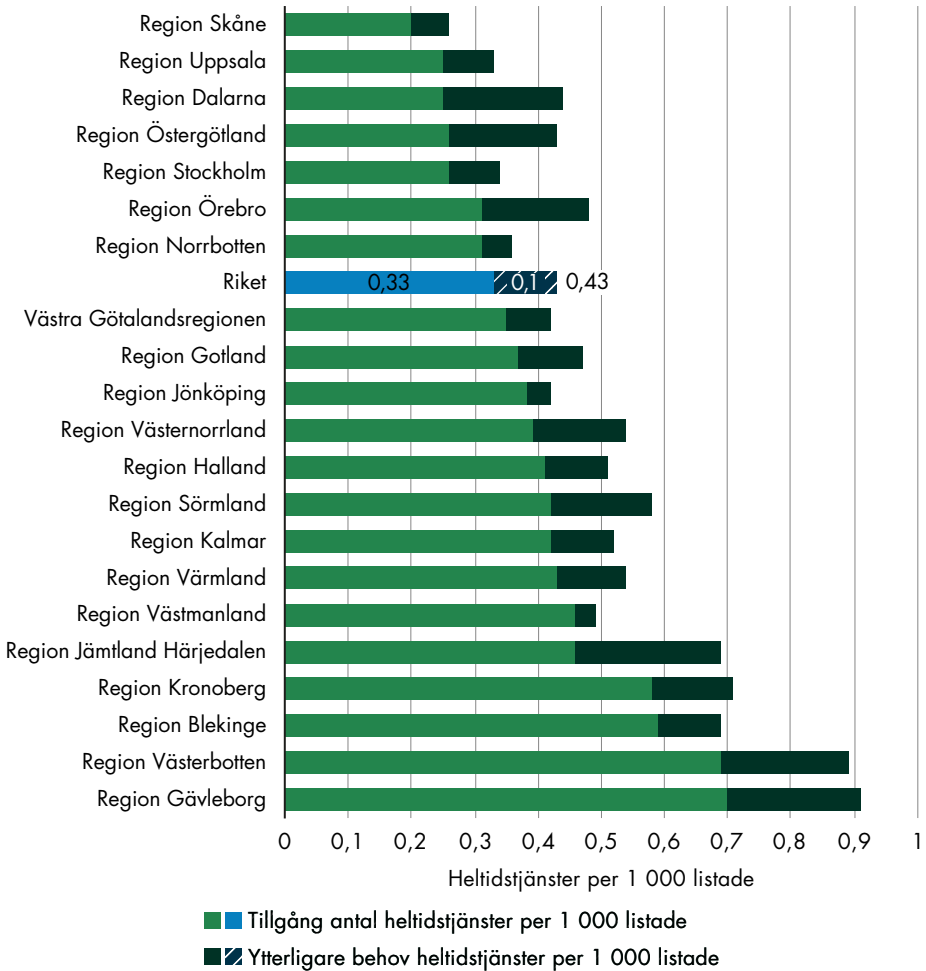
Region Västmanland har lägst anställningsbehov av distriktssköterskor följt av Jönköping och Norrbotten. Region Jämtland Härjedalen har även störst behov av att anställa distriktssköterskor, följt av Gävleborg och Västerbotten.

Figur 12. Tillgång och anställningsbehov av specialisläkare i allmänmedicin på vårdcentralerna, per region 2022, antal tillsvidareanställda uttryckt i heltidstjänster per 1 000 listade invånare.



Not. Antal vårdcentraler: 670. Observera att svarsfrekvensen per region skiljer sig åt, vilket kan påverka tillförlitligheten i jämförelserna mellan regioner, se tabell 7 i bilaga 1.
Källa: Vård- och omsorgsanalys enkät till vårdcentraler 2022.

Figur 13. Tillgång och anställningsbehov av distriktssköterskor per region 2022, antal tillsvidareanställda uttryckt i heltidstjänster per 1 000 listade invånare.



Not. Antal vårdcentraler: 670. Observera att svarsfrekvensen per region skiljer sig åt, vilket kan påverka tillförlitligheten i jämförelserna mellan regioner, se tabell 7 i bilaga 1.

Källa: Vård- och omsorgsanalys enkät till vårdcentralschefer 2022.

2.5.3 Möjligheten att anställa fler begränsas av både ekonomi och personaltillgång

Det finns många faktorer som påverkar möjligheten att anställa personal. I enkäten ställde vi följdfrågan *Har ni ekonomiskt utrymme att anställa den ytterligare personal du uppskattar att ni har behov av* till de som svarat att de har ett anställningsbehov. Totalt uppgav 44 procent av vårdcentralscheferna att de har det ekonomiska utrymmet, 32 procent att de delvis har det medan 24 procent helt saknade ekonomiskt utrymme att anställa ytterligare personal, trots behov.

Resultaten pekar på att begränsade resurser påverkar möjligheten att anställa ytterligare personal, eftersom det är en större andel (77 procent) av vårdcentralerna som uppgav att de har anställningsbehov, jämfört med andelen (44 procent) som uppgav att de har ekonomiskt utrymme att anställa. Samtidigt är det tydligt att begränsade ekonomiska resurser bara delvis förklarar underbemanningen och att en stor bidragande faktor är en omfattande brist på personal med rätt kompetens.

2.5.4 Fritextsvaren bekräftar bilden av stora anställningsbehov

Flera fritextsvar belyser att det finns ett stort anställningsbehov, framför allt när det gäller specialistläkare i allmänmedicin och distriktssköterskor. Bristerna i kompetensförsörjningen lyfts också fram som ett hinder för att vårdcentralerna ska kunna arbeta med sin del i omställningen och klara av sitt grunduppdrag.

” Om omställningen till god och nära vård: den största utmaningen är att kunna rekrytera allmänspecialister och distriktssköterskor till vårdcentralen, här behövs det göras fler utbildningsplatser.”

” Mer distriktsläkare och mer distriktssköterskor i vården. Bristen på bra kompetenta medarbetare från dessa två yrkesgrupper är enligt mig som enhetschef på en vårdcentral det mest betydande hotet mot bra och säker patientvård idag, då just dessa två utgör navet av det kliniska koordineringsarbetet.”

” Vi kan helt enkelt inte ta på oss ett större uppdrag än det vi redan har då det fortfarande saknas kompetens. Spelar ingen roll hur mycket pengar vi får när det fortfarande råder brist på specialister i allmänmedicin samt distriktssköterskor!! Det går då inte att öka vårt uppdrag.”

” Även om vi skulle få ekonomiska medel till att anställa fler så är det högst bekymmersamt att det inte finns utbildad personal att tillgå. Det behövs utbildas fler sjuksköterskor och läkare. På denna vårdcentralen har vi bara hyrläkare och två timanställda pensionärer (allmänspecialister). Svårt att rekrytera sjuksköterskor med, inte ens hyrsköterskor finns att tillgå.”

Flera fritextsvar uttrycker också att vårdcentralernas utökade uppdrag, med ett tydligare fokus på hälsofrämjande arbete och behandling av psykisk ohälsa, innebär ett behov av att anställa (eller samarbeta med) fler yrkesgrupper framöver, exempelvis psykologer och fysioterapeuter.

- “ Vårdcentralernas arbete har förändrats över tid. Vi har fler svårt sjuka patienter som tidigare sköttes av sjukhusen för att inte prata om alla äldre. [...] Svensk primärvård är komplex och kräver en hög bemanning av flera olika kompetenser.”*
- “ Vårdcentraler har inte utrymme ekonomiskt att anställa fler psykologer eller kuratorer för att möta den stora gruppen patienter med psykisk ohälsa.”*
- “ Man behöver i ett tidigare skede stämma av med vårdcentralerna hur möjligheterna för utökade uppdrag verkligen ser ut och faktiskt lyssna på detta. Kompetensförsörjningen och lokaler är två tydligt begränsade faktorer som kan vara mycket svåra att lösa. Det finns behov av större flexibilitet gällande underleverantörer i vissa fall framöver (t.ex. sjukgymnaster). Det är helt orimligt att kräva att alla VC själva ska anställa alla olika yrkeskategorier.”*

3 Arbetsmiljön i primärvården

I detta kapitel redogör vi för arbetsmiljön i primärvården. Vi redovisar ett urval av resultat från vår internationella IHP-undersökning till primärvårdsläkare, där vi ställde frågor om arbetsmiljö och andra erfarenheter av primärvården. Vi redovisar också fritextsvar från vår enkätundersökning till vårdcentralschefer i primärvården. Dessutom beskriver vi utvecklingen av sjukfrånvaro i vården. Detta är de viktigaste resultaten:

- Läkare i primärvården upplever en hög grad av stress i sitt arbete och våra analyser visar att läkare som ansvarar för fler invånare är stressade i högre utsträckning.
- Kompetensutveckling och mer tid för varje patient har samband med lägre nivåer av stress.
- Tre av tio primärvårdsläkare planerar att sluta med att ta emot patienter inom de närmsta tre åren, till exempel genom att pensionera sig eller byta yrke.
- Många vårdcentralschefer är oroliga för att arbetsmiljöbristerna i primärvården ska ge ännu sämre kompetensförsörjning på vårdcentraler, både nu och i framtiden.
- Flera yrkesgrupper i primärvården, exempelvis läkare, psykologer och sjuksköterskor, har generellt en hög risk för sjukskrivning till följd av exempelvis utmattningssyndrom.
- Specialistläkare i allmänmedicin som är verksamma i primärvården har fler sjukdagar än andra specialistläkare i hälso- och sjukvården.

IHP-undersökningen riktar sig till primärvårdsläkare i Sverige och i nio andra länder. Detaljerad information om undersökningen finns i rapporten *Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv 2022* (Vård- och omsorgsanalys 2023b).

3.1 Svenska primärvårdsläkare är fortsatt bland de mest stressade

Arbetsmiljöns betydelse lyfts av både professionsföreträdare och verksamhetschefer som den enskilt viktigaste faktorn för att utveckla, motivera och behålla medarbetare inom primärvården (Socialstyrelsen & Nationella vårdkompetensrådet 2022a).

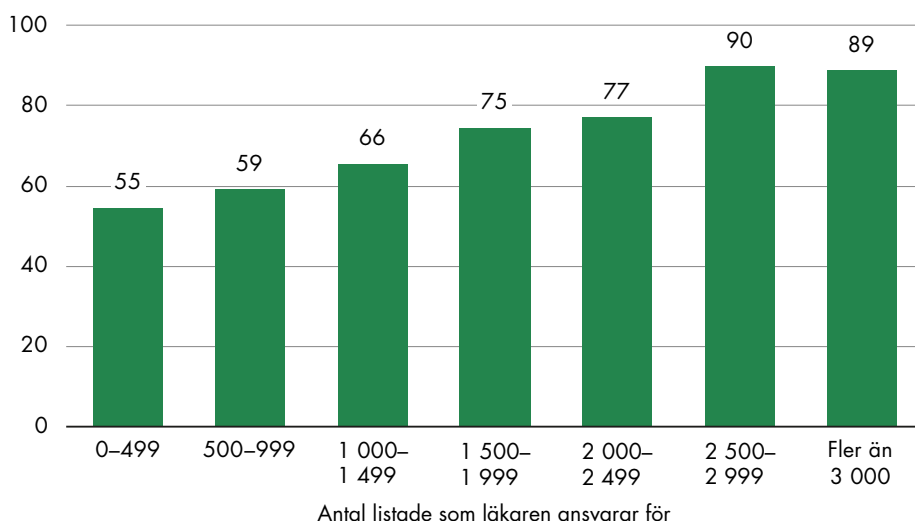
IHP-undersökningen visar att det fortfarande finns stora utmaningar med arbetsmiljön i primärvården. I 2019 års undersökning var svenska läkare mest stressade bland läkarna i hela undersökningen och även 2022 var Sveriges resultat bland de högsta när det gäller stressnivå. Två av tre svenska läkare svarar att deras arbete är mycket stressigt eller oerhört stressigt, och en av tre att de har symtom på utmattning.

3.1.1 Att ha fler invånare på sin lista är förenat med mer stress

Sju av tio av de svenska primärvårdsläkarna i IHP-undersökningen svarar att de har en personlig lista med invånare som de är fast läkarkontakt för. Det finns ett samband mellan att ha en personlig lista och att svara att man är nöjd med att arbeta som läkare, men antalet personer på listan har ett tydligt samband med stressnivån, se figur 14. Andra faktorer som samvarierar med hög nivå av stress är att arbeta mer än 40 timmar i veckan och uppleva att olika administrativa aspekter av arbetet innebär stora problem. Kvinnliga läkare och läkare i åldern 35–44 år svarar i högst utsträckning att de är mycket eller oerhört stressade.

Figur 14. Andel primärvårdsläkare som svarar att de är mycket eller oerhört stressade uppdelat på hur många invånare de har på sin lista.

Andel (procent) som är mycket eller oerhört stressade



Not. Antal svarande: 1 416.

Källa: Vård- och omsorgsanalys IHP-undersökning till primärvårdsläkare 2022.

3.1.2 Utbildning och mer tid per patient tycks skydda mot stress

Det finns faktorer som tycks skydda mot stress:

- få den medicinska fortbildning man behöver
- få utbildning för att utveckla sina egna och organisationens arbetssätt
- ha mer tid per patient.

Alla dessa faktorer har ett signifikant samband med lägre nivåer av stress även om det naturligtvis är svårt att veta vad som är orsak och vad som är verkan.

Knappt hälften av de svenska primärvårdsläkarna i IHP-undersökningen instämmer i att de får den fortbildning som de behöver för att upprätthålla och utveckla sin medicinska kompetens. Tre av tio tycker att de får den utbildning som de behöver för att utveckla sina egna och organisationens arbetssätt.

Svenska läkare har förhållandevis lång tid per patient jämfört med i de andra länderna i IHP-undersökningen. I Sverige är genomsnittet 24 minuter per patient, jämfört med 12–21 minuter i övriga länder. Tyskland har det lägsta värdet och Schweiz det högsta efter Sverige. Besöken är i genomsnitt längre på vårdcentraler i områden med socioekonomiska utmaningar och på offentligt drivna vårdcentraler än på övriga.

En svensk primärvårdsläkare träffar i genomsnitt 46 patienter per 40-timmarsvecka, vilket också är färre än i övriga länder i undersökningen. Den direkta patienttiden per 40-timmarsvecka blir då cirka 19 timmar, alltså knappt hälften av den totala arbetstiden. Det är en minskning från 2019 då patienttiden var drygt 21 timmar. Minskningen beror på att antalet patienter per 40-timmarsvecka har minskat, inte på att tiden per patient har blivit kortare. I 2019 års undersökning träffade en läkare i snitt 52 patienter per 40-timmarsvecka. Den genomsnittliga tiden per patient var densamma i båda undersökningarna.

3.1.3 Hög nivå av stress och utmattning inom primärvården bekräftas också av andra undersökningar

Det finns även andra undersökningar som visar att svenska primärvårdsläkare i hög utsträckning är stressade. I Läkarförbundets primärvårdsenkät från 2020 svarade en av tre att de upplevde en oacceptabel tidspress på arbetet, och fyra av tio att de normalt sett inte kunde avsluta sitt arbete inom sin arbetstid. Sex av tio arbetade deltid, och 17 procent av dem svarade att det var på grund av den dåliga arbetsmiljön (Sveriges läkarförbund 2021).

Även Läkarförbundets arbetsmiljöenkät från 2022 visar att läkare inom primärvården har en pressad arbetssituation. I undersökningen svarade tre av tio att de inte ens hinner med det direkta patientarbetet inom ramen för sin normala arbetstid. Bland sjukhusläkarna var andelen två av tio (Sveriges läkarförbund 2023).

En nyligen publicerad studie av läkare i Sverige redovisar en högre förekomst av utmattningssymtom bland läkare i primärvården än bland sjukhusbaserade läkare (Hagqvist et al. 2022), 17 procent jämfört med 14 procent. Förekomsten av depression var dock något lägre bland primärvårdsläkarna (3,6 procent jämfört med 4,7 procent). Förekomsten av depression och utmattningssymtom varierade också beroende på kön och befattning. Kvinnor och mer juniora läkare svarade i högre utsträckning än andra att de hade något av detta.

Resultatet att 17 procent av primärvårdsläkarna har utmattningssymtom kan jämföras med IHP-undersökningen där andelen var 35 procent. Skillnaden kan bero på hur frågorna har formulerats och att de delvis fångar andra aspekter eller allvarlighetsgrader av symtomen.

Även undersökningar om andra professioner visar att det finns arbetsmiljöbrister. Till exempel visar en undersökning från Fysioterapeuterna att brister i arbetsmiljön gör att hälften av fysioterapeuterna inom primärvården inte tycker att de kan sköta sina arbetsuppgifter på ett tillfredsställande sätt. Många tycker att pressade scheman äventyrar patientsäkerheten och fyra av tio överväger att sluta (Fysioterapeuterna 2021).

3.2 Tre av tio primärvårdsläkare planerar att sluta inom de närmsta tre åren

Nästan tre av tio (28 procent) av de svenska läkarna i IHP-undersökningen planerar att sluta med att ta emot patienter inom de närmsta tre åren. Andelen ligger i linje med de andra länderna i undersökningen och är densamma som i mätningen 2019.

Detta är också jämförbart med resultatet från en enkät från Sveriges läkarförbund. Där angav en fjärdedel, 25 procent, av läkarna i primärvården att de överväger att helt lämna yrket. Enkäten skickades ut till samtliga medlemmar som är yrkesverksamma i hälso- och sjukvården under våren 2022. Andelen som övervägde att sluta var högre bland primärvårdsläkarna än bland läkare på sjukhus (20 procent), och näst högst inom specialiteten allmänmedicin, efter barn- och ungdomspsykiatri (Sveriges läkarförbund 2022).

3.3 Många vårdcentralschefer är oroliga för arbetsmiljön

I slutet av vår enkät till chefer på vårdcentraler kunde de svarande lämna övriga kommentarer om omställningen till en god och nära vård, och totalt 287 personer gav ett fritextsvar. En betydande andel av svaren berörde den höga arbetsbelastningen i primärvården och att den på sikt underminerar bemanningen i primärvården.

- ” Arbetsmiljön i primärvården är USEL, med ett alldeles för högt arbetstempo och få läkare som orkar arbeta heltid. Primärvården behöver helt andra ekonomiska villkor (överföring av resurser från sekundärvården) för att vi skall kunna skapa rimliga arbetsvillkor för läkarna i primärvården. Arbetsintensiteten är idag alldeles för hög jämfört med inom andra specialiteter och tillåter knappast reflexion, tid för utbildning, forskning, rimlig återhämtning. Många blir utbrända eller väljer andra specialiteter.”
- ” Det finns en stor oro inom primärvården att trenden med att skjuta över mer och mer vård på vårdcentralerna, men att inte öka resurserna i samma utsträckning, fortsätter. De flesta läkare på vårdcentralen orkar inte arbeta heltid eftersom arbetet är för tungt. Uppdraget blir bara tyngre och tyngre, så risken är stor att ännu fler läkare ger upp och byter bana, vilket gör det ännu svårare att nå målen.”
- ” Sammanfattningsvis är ryckigheten i verksamheten en orsak till konstant brist på tid och kraft för verksamhetsutveckling. Pandemi, vaccinationer, införande av nya system, vakanser. Det är ‘näsan över vattenytan’ som gäller.”
- ” Vi kämpande specialister i allmänmedicin med patienterna nära oss dagligen flämtar efter syre i våra hårt pressade vardagar. Mer än 20 % av färdiga ST läkare väljer andra arbetsuppgifter än vårdcentralen då arbetsmiljön är för pressad och trycket för hårt. Det måste ändras! Vårdcentralens uppdrag måste bli attraktivt, spännande och med en möjlighet att utvecklas och inte gå under.”
- ” Vi vill vara mer delaktiga i arbetet (med omställningen) men personalen är nu helt slut efter allt som skett och sker. Vi behöver värna om dem just nu så de stannar och orkar. Alla projekt är superviktiga och ger en god arbetsmiljö men INTE om man är underbemannade och på bekostnad av att patienter får vänta eller att man måste ta in hyrläkare för att kunna delta. Vi är med i flertalet projekt vilket är väldigt bra men som sagt, tungt inom vården nu och många bollar.”

3.4 Flera yrkesgrupper i primärvården löper hög risk att bli sjukskrivna på grund av psykiatriska diagnoser

Forskning visar tydligt att förhållanden på arbetsplatsen har en stor påverkan på individens psykiska hälsa och risken för sjukfrånvaro. Kunskapsunderlag från Nationella vårdkompetensrådet och Socialstyrelsen (2022b) visar att specialistläkare i allmänmedicin som är verksamma i primärvården har fler sjukdagar än andra specialistläkare inom hälso- och sjukvården. Överlag har kvinnliga läkare betydligt fler sjukdagar än män.

Flera yrkesgrupper, exempelvis läkare, psykologer och sjuksköterskor, löper också särskilt hög risk för att bli sjukskrivna till följd av psykiatriska diagnoser, såsom utmattningssyndrom och ångest- och depressionssjukdomar. Risken är särskilt hög för specialistläkare, och förekomsten av utmattningssyndrom är en viktig bakomliggande förklaring (Försäkringskassan 2020). Analyserna går inte i detalj in på betydelsen av i vilken sektor av sjukvården man är yrkesverksam, men den generellt förhöjda risken för sjukskrivning gäller rimligen också för läkare, psykologer och sjuksköterskor i primärvården.

3.4.1 Specialistläkare i allmänmedicin som är verksamma i primärvården har fler sjukdagar än andra specialistläkare, och kvinnor drabbas hårdare än män

Socialstyrelsen har analyserat sjukfrånvaron bland läkare inom primärvården, inklusive utvecklingen över tid (Socialstyrelsen & Nationella vårdkompetensrådet 2022b). Analyserna gäller sjukfrånvaro som överstiger 14 dagar.

Både specialistläkare i allmänmedicin och ST-läkare som är verksamma i primärvården har fler sjukdagar per år än specialistläkare som är verksamma inom andra områden i hälso- och sjukvården. Specialistläkare i allmänmedicin har i genomsnitt två sjukdagar mer per år (i genomsnitt 10,7 dagar för kvinnor och 5,1 för män) än andra specialistläkare (i genomsnitt 8,6 dagar för kvinnor och 3,4 för män).

Kvinnliga läkare hade betydligt fler sjukdagar än manliga läkare under hela perioden 2016–2020. Bland specialistläkare i allmänmedicin som arbetar i primärvården hade kvinnor dubbelt så många sjukdagar som män). Störst är skillnaden bland ST-läkare i primärvården, där kvinnliga ST-läkare har fyra gånger så många sjukdagar som manliga ST-läkare (10,7 respektive 2,6 sjukdagar per år) (Socialstyrelsen & Nationella vårdkompetensrådet 2022b).

3.4.2 Sjukfrånvaron bland specialistläkare i allmänmedicin har minskat något och följer utvecklingen för befolkningen i stort

Över tid har antalet sjukdagar minskat något för kvinnliga specialistläkare i allmänmedicin som är verksamma i primärvården. År 2020 hade de i genomsnitt 9,8 sjukdagar per år, jämfört med 12,3 dagar 2016. När det gäller män har antalet sjukdagar inte förändrats nämnvärt, från 5,3 till 5,6 sjukdagar 2020. När det gäller specialistläkare i allmänmedicin som är verksamma utanför primärvården har det inte skett några betydande förändringar av antalet sjukdagar, oavsett kön (Socialstyrelsen & Nationella vårdkompetensrådet 2022b).

Det genomsnittliga antalet sjukdagar i befolkningen sjönk också något under perioden 2016–2020. Kvinnor hade i genomsnitt 14,3 sjukdagar 2016, jämfört med 12 dagar 2020. För män var genomsnittet 7,5 respektive 6,6 dagar. Det innebär att

minskningen av antalet sjukdagar bland kvinnliga specialistläkare i allmänmedicin (cirka två sjukskrivningsdagar per år 2016–2020) kan antas vara en del av en nationell trend (Försäkringskassan 2022).

3.4.3 Flera yrkesgrupper i sjukvården löper hög risk för att bli sjukskrivna till följd av psykiatriska diagnoser och förekomsten är högst bland specialistläkare

Läkare är tydligt ett riskyrke för sjukskrivning till följd av psykiatriska diagnoser, vilket inkluderar AT-läkare, ST-läkare, specialistläkare och övriga läkare (Försäkringskassan 2020).

Den mest kvalificerade läkargruppen, specialistläkarna, har högst sjukfrånvaro som till stor del kan förklaras av en förhöjd förekomst av utmattningssyndrom. Bland ST-läkare och specialistläkare är sjukfrånvaron högre än förväntat bland kvinnor, även efter att man tagit hänsyn till att kvinnor generellt har en högre risk för sjukskrivning än män.

Resultatet att läkare är en tydlig riskgrupp för sjukskrivning till följd av psykiatriska diagnoser beskrivs som något relativt nytt, eftersom risken inte har varit förhöjd i tidigare analyser på området.

Det finns flera andra välutbildade yrkesgrupper i sjukvården som också har en högre förekomst av sjukfrånvaro och sjukskrivning till följd av psykiatriska diagnoser, exempelvis psykologer, kuratorer och sjuksköterskor med både grund- och specialistutbildning (Försäkringskassan 2020).

Flera stora yrkesgrupper inom primärvården är alltså riskyrken när det gäller risken för sjukskrivning till följd av psykiatriska diagnoser. Analyserna går inte i detalj in på betydelsen av vilken sjukvårdssektor man är verksam i, men den generellt förhöjda risken för sjukskrivning orsakat av psykisk ohälsa gäller troligen även primärvårdens läkare, psykologer och sjuksköterskor.

4 Andra förutsättningar för att nå målen med omställningen

För att nå målen med omställningen behövs också till exempel ekonomiska resurser och ändrade arbetssätt, utöver kompetensförsörjning. I det här kapitlet belyser vi vissa av dessa förutsättningar, såsom utvecklingen av de ekonomiska resurserna, hur vårdcentralernas samverkan med olika aktörer fungerar och förutsättningarna för att arbeta förebyggande. Detta är de viktigaste resultaten:

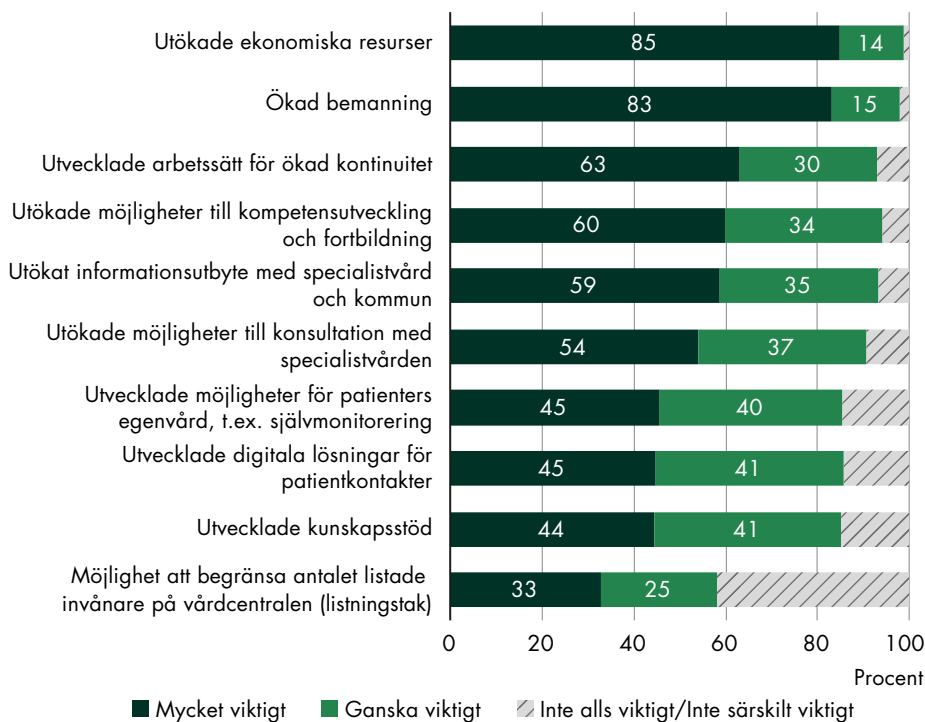
- Vårdcentralsscheferna bedömer att ökade ekonomiska resurser och ökad bemanning är det viktigaste för att klara målen med omställningen.
- Primärvårdens ekonomiska förutsättningar är i stort sett oförändrade över tid. Under den senaste femårsperioden har primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens totala kostnader endast ökat marginellt.
- Vårdcentralernas samverkan tycks fungera sämre med den specialiserade vården, socialtjänsten och elevhälsan, och bättre med särskilda boenden och kommunal hemsjukvård. De främsta hindren för en god samverkan upplevs vara otydlig roll- och ansvarsfördelning och bristande ekonomiska förutsättningar.
- Sex av tio vårdcentralsschefer anger att förutsättningarna för att förebygga ohälsa är bra eller mycket bra. Brist på ekonomiska förutsättningar tycks vara det främsta hindret.
- Bara ungefär en tredjedel av vårdcentralerna medverkar i forskningsstudier.

4.1 Ökade ekonomiska resurser ses som det viktigaste för att klara målen med omställningen

Ökade ekonomiska resurser och ökad bemanning är de två viktigaste utvecklingsinsatserna för att klara omställningen, enligt nästan alla som svarat på vår enkät till vårdcentralsschefer (figur 15). Därefter följer utvecklade arbetssätt för ökad kontinuitet och större möjligheter till kompetensutveckling och fortbildning.

Att införa listningstak bedöms som minst viktigt, vilket kan bero på att det i flera regioner redan är möjligt att sätta ett tak på antalet listade på en vårdcentral. Flera av de svarande lyfter dock vikten av att begränsa antalet listade per läkare.

Figur 15. Andel som anger respektive svarsalternativ på frågan om hur viktiga olika utvecklingsinsatser är på vårdcentralen för att klara målen med omställningen.



Not. Antal vårdcentraler: 675–724.

Källa: Vård- och omsorgsanalys enkät till vårdcentralsschefer 2022.

4.1.1 Det finns ett brett stöd för omställningen, men resursbrist och rekryteringssvårigheter gör den svår att realisera

De svarande kunde också ge fritextkommentarer till frågan om vilka utvecklingsinsatser som är viktiga för att nå målen med omställningen. Den vanligaste typen av svar gällde att vårdcentraler och annan primärvård behöver ytterligare resurser för att omställningen ska vara möjlig att genomföra. Utifrån svaren behövs resurserna framför allt till att anställa mer personal och få en bättre bemanning, men även till att bekosta medicinteknik och ändamålsenliga lokaler.

- ” Vi måste märka att ökade resurser följer med ett utökat uppdrag. I dagsläget pratas det om pengar som skjuts till som vi ännu inte ser i praktiken. Vi kan inte springa fortare än vi redan gör.”*
- ” Om man vill att primärvården skall vara navet i den framtida utvecklingen måste detta också synas i prioriteringarna av sjukvårdsbudgeten. Att 17–20% går till primärvården är alldeles för lite när vi förväntas ta helhetsansvaret. Vi måste få mer resurser så att vi kan anställa upp med läkare och distriktssköterskor för att möta framtida behov/krav.”*
- ” Kunskapen finns men inte tiden eller personalen. Vi behöver medicinskteknisk utrustning för att kunna jobba smidigt med denna förändring.”*
- ” Det måste finnas bra lokaler! Lokaler är ur strategisk synpunkt underskattat. Lokaler är ur strategisk synpunkt det viktigaste efter bra personal.”*

Flera fritextsvar belyser också att vårdcentralernas personal stödjer omställningens övergripande syfte och målsättningar, men att brist på bland annat resurser och personal gör det svårt att bedriva det nödvändiga förändringsarbetet.

- ” I grunden är vi alla på vår vårdcentral positiva till omställningen och att utveckla och förändra för att våra patienter ska få en god och jämlik vård. Vi behöver ha en stabil grund att utgå ifrån. De är oerhört svårt att göra en omställning av något när vi idag inte fullt ut klarar vårt grunduppdrag.”*
- ” Ser med stor oro på att omställningen sker innan resurser finns på plats. Då är det enda som hänt att vi får ökat ansvar och bemanning och ekonomi och kunskap är den samma som nu! Sjukhusen kommer ännu mer remittera ut pat och vägra ta emot remisser som nu trots att vi hittills inte sett ett enda öre eller andra förslag kring hur vi ska bli navet. För idén är bra i sig!”*
- ” Jag tror på god och nära vård men det måste skjutas till ekonomiska resurser och måste gå att bemanna upp med läkare så att vi kan hantera det. Som det är nu drunknar vi i patienter som konsumerar vård och allt som specialistvården begär att vi ska göra. Är nästintill en ohållbar situation då läkarna inte orkar med belastningen och omsättningen av läkare därför blir onödigt stor.”*

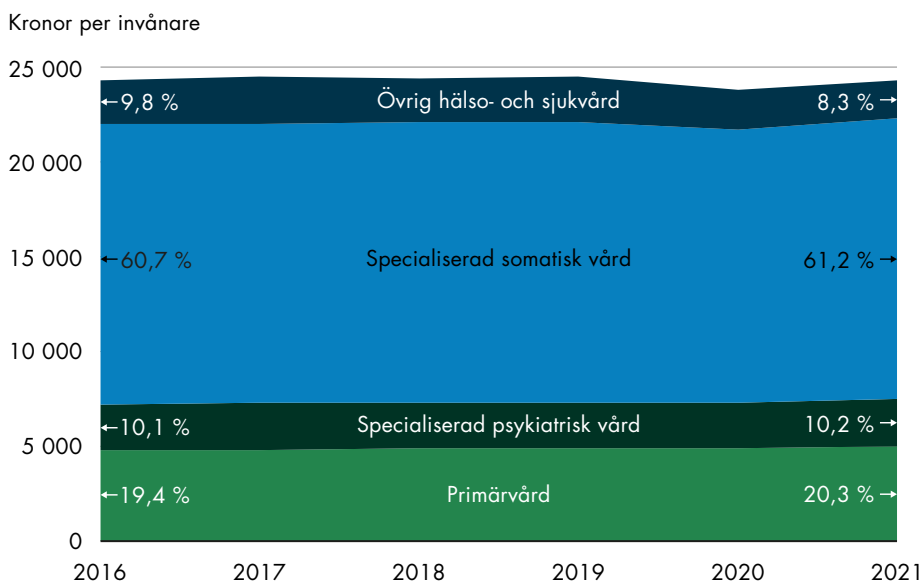
4.1.2 Primärvårdens andel av regionernas hälso- och sjukvårds-kostnader har ökat något, men ökningen är otydlig och långsam

Regionernas kostnader för hälso- och sjukvård har legat stabilt de senaste åren, med undantag för pandemiåret 2020 då kostnaderna i snitt sjönk något. Även fördelningen av kostnader mellan olika verksamhetsområden inom hälso- och

sjukvården har varit stabil på nationell nivå. Åren 2016–2021 fördelade sig kostnaderna relativt konstant mellan primärvård (exklusive primärvårdsansluten hemsjukvård), specialiserad psykiatrisk vård, specialiserad somatisk vård och övrig hälso- och sjukvård. Primärvårdens andel av regionernas hälso- och sjukvårdskostnader ökade med cirka en procentenhet under perioden, och sedan 2018 är ökningen bara en halv procentenhet (SKR 2022).

Figur 16 visar kostnadsandelar i kronor per invånare för primärvård, specialiserad psykiatrisk vård, specialiserad somatisk vård och övrig hälso- och sjukvård.

Figur 16. Kostnad per invånare i regionernas hälso- och sjukvård 2016–2021, exklusive läkemedel, uppdelat per verksamhetsområde.



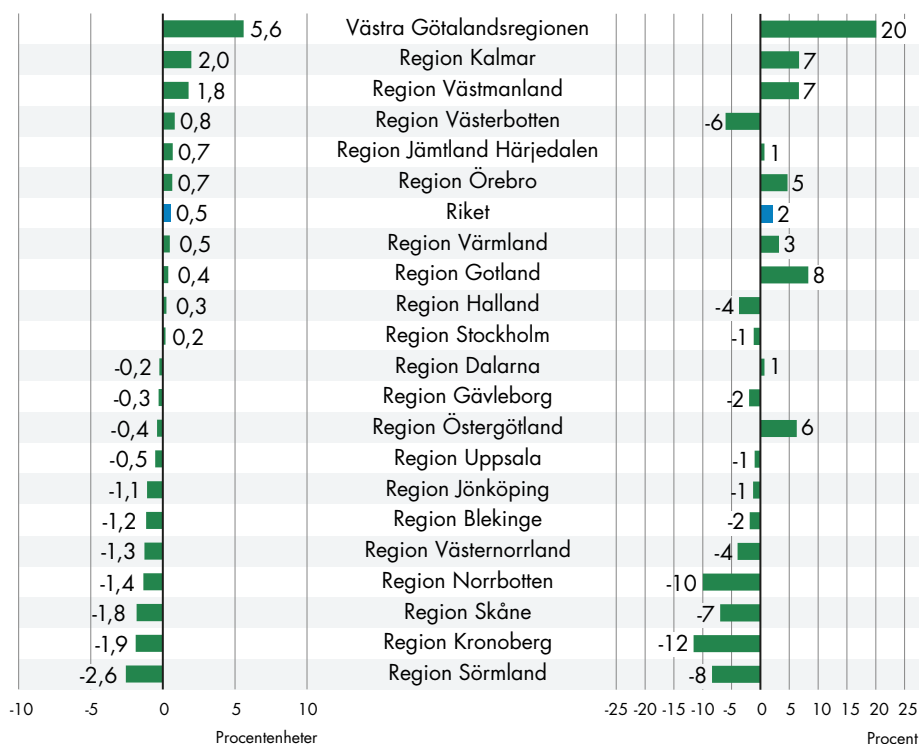
Not: Nettokostnader i 2021 års fasta priser enligt prisindex med kvalitetsjusterade löner för regioner (LPIK) exklusive läkemedel. Läkemedel, tandvård och hemsjukvård exkluderas.
Källa: SKR 2022

Figur 17 visar hur primärvårdens kostnadsandel förändrades i regionerna 2018–2021, och även den procentuella förändringen i primärvårdens nettokostnad per invånare. I bara knappt hälften av regionerna ökade primärvårdens andel av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården.

Figur 17. Absolut förändring (det vill säga förändring i procentenheter) i primärvårdens kostnadsandel per region och procentuell förändring i primärvårdens nettokostnad per invånare, 2018–2021.

Förändring procentenheter
primärvårdens kostnadsandel
2018–2021

Procentuell förändring i primär-
vårdens nettokostnad per
invånare 2018–2021, struktur-
justerat enligt kostnadsutjämnningen

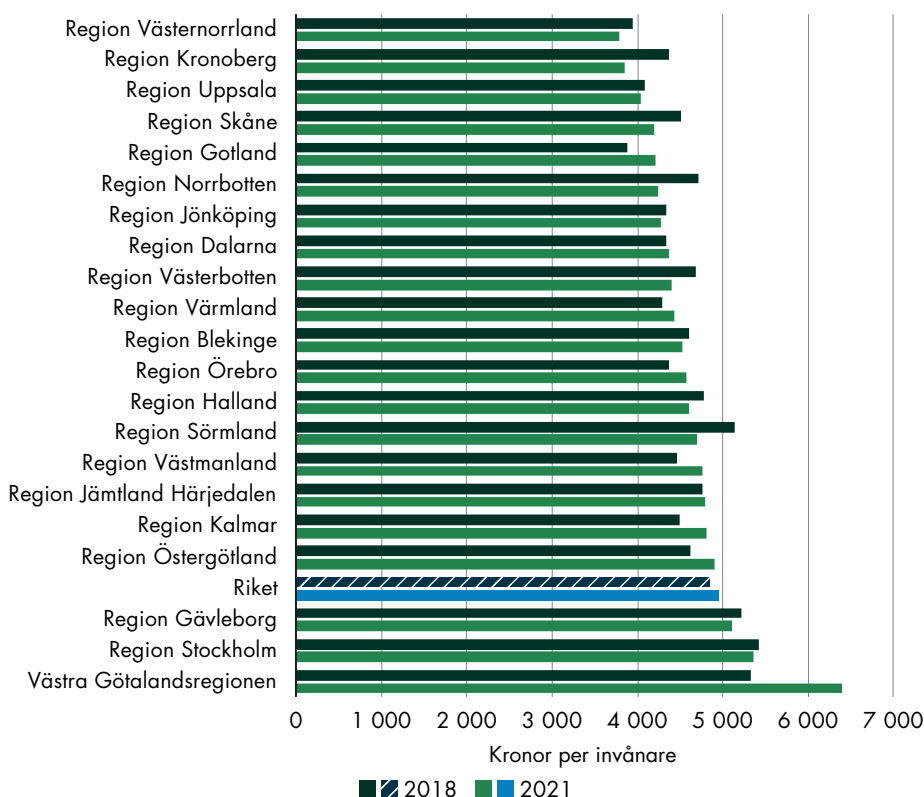


Not: Nettokostnader i 2021 års fasta priser enligt prisindex med kvalitetsjusterade löner för regioner (LPIK) exklusive läkemedel. Läkemedel, tandvård och hemsjukvård exkluderas. Kostnaderna per invånare är strukturerade i enlighet med kostnadsutjämnningssystemet (2019 års modell).

Källa: SKR 2022

Sett till regionernas faktiska kostnader hade 9 av 21 regioner högre kostnader per invånare för primärvården 2021 än 2018 (figur 18). Majoriteten av regionerna hade under denna period kostnader på 4 000–5 000 kronor per invånare för primärvården. Det är dock vanskligt att göra jämförelser eftersom regionerna har olika sätt att organisera primärvården (SKR 2022).

Figur 18. Regionernas primärvårdskostnad per invånare.



Not: Nettokostnader i 2021 års fasta priser enligt prisindex med kvalitetsjusterade löner för regioner (LPIK) exklusive läkemedel, exklusive läkemedel per verksamhetsområde, tandvård och hemsjukvård. Kostnaderna är strukturerade i enlighet med kostnadsutjämningsystemet (2019 års modell).

Källa: SKR 2022.

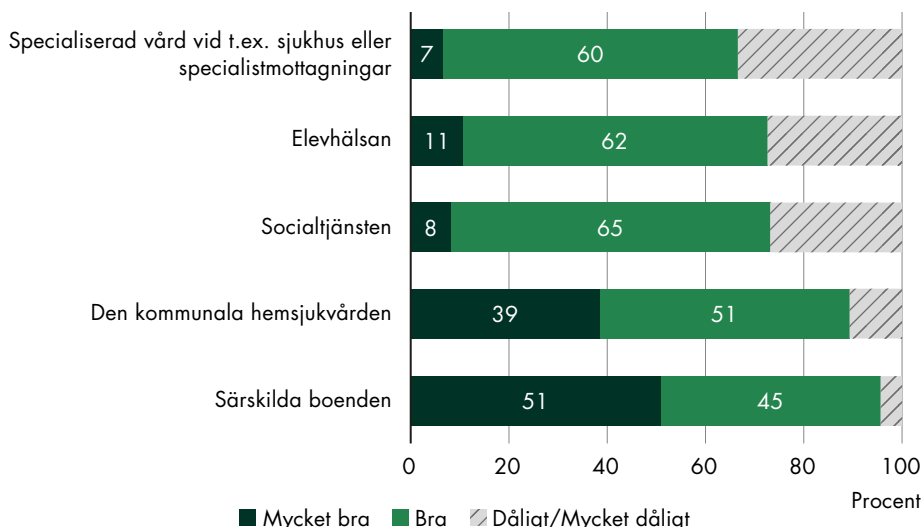
4.2 Vårdcentralernas samverkan med kommuner och specialiserad vård fungerar olika bra

God samverkan mellan olika huvudmän och verksamheter är en central del av omställningen till en god och nära vård. Ett av de övergripande målen är att patienten ska få en god, nära och samordnad vård. God samverkan är också nödvändig för att nå målet att primärvården ska vara navet i hälso- och sjukvården. I primärvårdens lagreglerade grunduppdrag ligger också att primärvården ska samordna olika insatser för patienten.

I vår enkätundersökning fick vårdcentralscheferna ange hur de ser på samverkan med olika aktörer och hur vårdcentralernas läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården fungerar. Svaren tyder på att samverkan fungerar sämre med den specialiserade vården, socialtjänsten och elevhälsan, och bättre med särskilda boenden och kommunal hemsjukvård, se figur 19.

En av tre svarande, 33 procent, anger att samverkan med den specialiserade vården fungerar dåligt eller mycket dåligt när det gäller att tillgodose patienternas behov av vård och omsorg. Nästan lika många svarar att samverkan med elevhälsan och socialtjänsten fungerar dåligt eller mycket dåligt, 28 respektive 27 procent. När det gäller den kommunala hemsjukvården och särskilda boenden är erfarenheterna mer positiva. Ungefär 9 av 10 chefer anger att samverkan fungerar bra eller mycket bra med dessa aktörer.

Figur 19. Andel av vårdcentralsscheferna som anger respektive svarsalternativ på frågan om hur samverkan fungerar med olika aktörer för att tillgodose patienternas behov av vård och omsorg.



Not. Antal vårdcentraler: 562–719.

Källa: Vård- och omsorgsanalys enkät till vårdcentralsschefer 2022.

Faktorer som är förknippade med vårdcentralens driftsform tycks påverka samverkan. Chefer för privata vårdcentraler upplever att samverkan med den kommunala hemsjukvården fungerar sämre, men är mer positiva till samverkan med den specialiserade vården, jämfört med chefer för offentliga vårdcentraler.

4.2.1 Fritextsvaren visar att tydliga ramar för samverkan underlättar men att samverkan med psykiatri i många fall inte fungerar

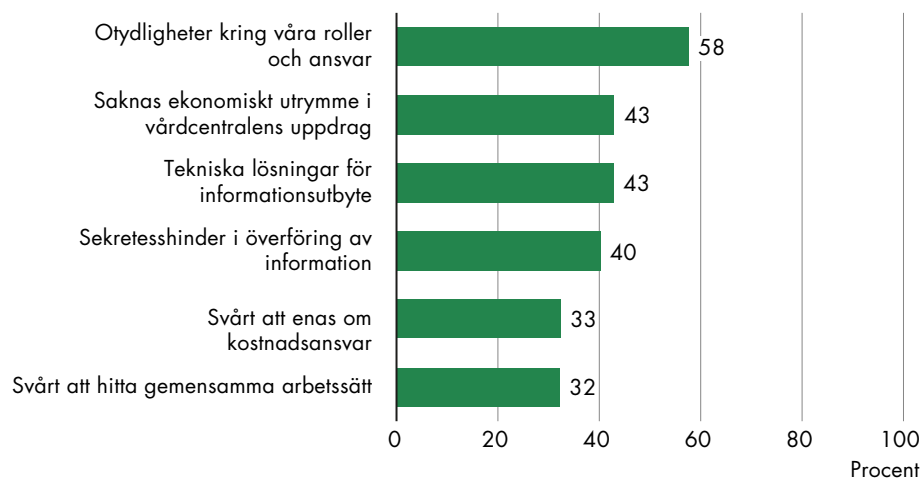
I anslutning till frågan om samverkan fanns möjlighet att ge kommentarer i fritext. Svaren handlar om fördelarna med att ha etablerade strukturer för samverkan och att enskilda individer kan ha stor betydelse för en fungerande samverkan.

- ”Det är just SÄBO som är reglerat med ett avtal, och den enda som fungerar bra. Resten är utan ramar eller ansvarsavgränsningar vilket resulterar att det endast vilar på enstaka goda samarbete medarbetare emellan.”*
- ”Specialistvården psykiatrin fungerar dåligt. Mycket lång väntetid och många avvisade remisser. Vi får ansvar för patienter med svår psykisk ohälsa. De håller ej samverkansavtalet mellan oss.”*
- ”Största bekymret är psykiatri som skickar remisser i retur med svåra diagnoser som ej ska vara på vårdcentralsnivå. Patienten kan hamna ’mellan stolarna’.”*
- ”Önskar mer samverkan och luft i systemet för att kunna göra det. Framförallt med elevhälsan för vår del. Vi har både goda och dåliga erfarenheter av socialtjänsten. Väldigt personbundet.”*
- ”Givet utökat ansvar för barn med psykisk ohälsa så är samarbetet med elevhälsan och BUP ännu trevande. Behöver komma på plats bättre.”*

4.2.2 Otydlighet kring roller och ansvar främsta hindret för samverkan

Det främsta hindret för en god samverkan är otydlighet i roller och ansvar, enligt nästan sex av tio svarande (figur 20). Därefter följer brist på ekonomiskt utrymme, brist på tekniska lösningar för informationsutbyte och sekretesshinder för att överföra information. Fyra av tio anger dessa aspekter som ett av de största hindren. Något färre, tre av tio, anger att svårigheten att enas om kostnadsansvar och att hitta gemensamma arbetssätt tillhör de största hindren för en god samverkan.

Figur 20. Andel av vårdcentralscheferna som anger respektive svarsalternativ som ett av de främsta hindren för en god samverkan.



Not. Antal vårdcentraler: 721–723.

Källa: Vård- och omsorgsanalys enkät till vårdcentralschefer 2022.

Även i denna fråga finns vissa skillnader utifrån vårdcentralernas egenskaper. Privata vårdcentraler svarar i något högre utsträckning än offentliga att största hindren är otydligheter i roller och ansvar och svårigheter att enas om kostnadsansvar. Svårigheter att hitta gemensamma arbetssätt är å andra sidan ett vanligare svar från offentliga vårdcentraler.

Fritextsvaren ger exempel på hur roller och ansvar kan förtydligas och på hur bättre IT-system skulle underlätta samverkan

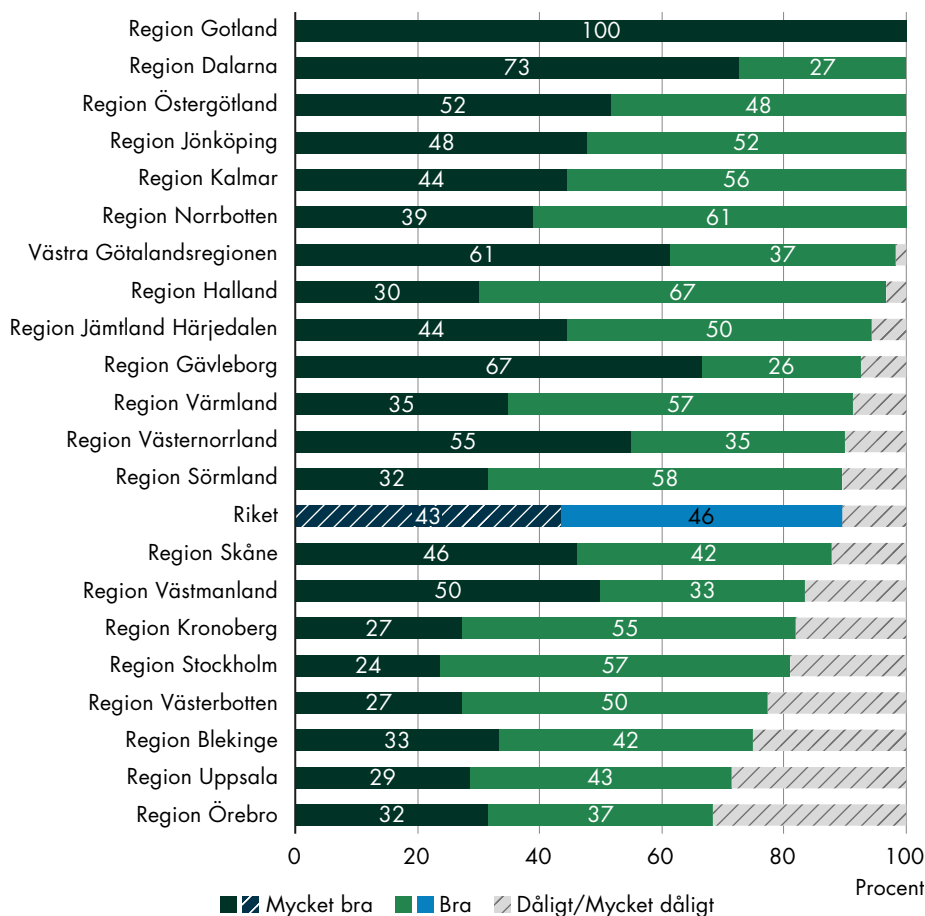
I anslutning till frågan om hinder för samverkan fanns möjlighet att ge kommentarer i fritext. Svaren handlar om att otydlighet gällande roller och ansvar försvårar samverkan och att dagens IT-system skulle kunna utvecklas för att underlätta samverkan.

- ” Viktigt med tydliga gränser vem som ansvarar för vad. Specialiserad vård, särskilt psykiatri, är katastrofal, men även många andra kliniker. Hemsjukvården är en besvärlig gränsdragning för oss, som sätter käppar i hjulet många gånger.”*
- ” Det krävs vårdnivåbestämningar för alla patient-grupper! Idag skyfflar övrig specialistvård över sina uppdrag till primärvården.”*
- ” När det är otydligt vilken roll jag har och att det känns som att allt handlar om ekonomi fastän ”man” säger att det är för patientens bästa. Då måste reglerna som ska gälla bli mycket tydligare. För annars kommer det att bli min och din, man pratar om aldrig vår patient/ person.”*
- ” Man måste definiera vad som är sjukvård och vad som är hälsovård när det kommer till elevhälsan. Att man i Stockholm har infört första linjens psykiatri för barn och unga på vårdcentralerna istället för att ha det på Barnläkarmottagningarna är för mig som specialist i allmänmedicin är oerhört konstigt. Vårdcentraler kommer att ha mini-Bup-mottagningar i slutändan och jag vet inte hur detta gynnar barnen som mår dåligt.”*
- ” Vi bedriver vård där vi tvingas till administrativa åtgärder som med enkelhet hade kunnat ersättas av gemensamma journalsystem. Situationen är bedrövlig vi använder t.ex. fortfarande fax istället för epost.”*
- ” Gemensam journal hade underlättat. Tekniska möjligheter, t.ex. för kommun-sjuksköterskan att koppla på ett digitalt besök i patientens hem och bjudit in vårdcentralens läkare för en digital konsultation hade underlättat, men vi har inga gemensamma system och inte de tekniska lösningarna.”*

4.2.3 En positiv bild av läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård

De flesta chefer uppger att läkarsamverkan med den kommunala hälso- och sjukvården fungerar mycket bra eller bra. Vi kan däremot se att det finns regionala skillnader (figur 21).

Figur 21. Läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård.



Not. Antal vårdcentraler: 683.

Källa: Vård- och omsorgsanalys enkät till vårdcentralschefer 2022.

Fritextsvaren till enkäten visar att läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården prioriteras men att resurserna är begränsade – vilket gör ett bra samarbete med kommunen till en nyckelfaktor.

- ” Vi gör det bra utifrån de förutsättningar vi har. Behovet är dock betydligt större än vad uppdraget är/ekonomisk kompensation från Regionen. Bemanningen räcker inte heller till. De unga friskas krav på vård kväver de gamla och sjukas behov av vård.”*
- ” Just nu har vi god läkarmedverkan när det gäller SÄBO, det känns otillfredsställande vad gäller läkarmedverkan för patienter i ordinärt boende, mycket utifrån att den kommunala hemsjukvården fungerar bristfälligt och det blir mycket av brandkärsutryckningar. Det vore en bättre ide om vi själva fick ha ansvar för den omsorg som kommunens sjuksköterskor nu ska bedriva.”*
- ” Vi satsar mycket på att bemanna med specialistläkare och mycket tid inom den kommunala vården. Tror egentligen att det är för mycket tid men jag vill att alla patienter ska få det som de har rätt till. Detta är jätteviktigt för mig.”*
- ” Hittills fungerat men finns för lite tid för att göra det högkvalitativa arbetet vi alla eftersträvar optimalt dvs. med utrymme för patientmedverkan, anhörig-kontakter, personalhandledning, uppföljningar, kontinuitet mm.”*

4.2.4 IHP-undersökningen visar på brister i kommunikationen med den specialiserade vården

Vår IHP-undersökning till primärvårdsläkare i tio länder visar också att primärvårdens samverkan fungerar bättre med den kommunala vården än med den specialiserade (Vård- och omsorgsanalys 2023b).

Läkare i Sverige upplever att samordningen av information fungerar sämre än i andra länder för patienter som besökt en jourmottagning eller en akutmottagning och för patienter som varit inlagda på sjukhus. Endast fyra av tio svenska primärvårdsläkare svarar att de informeras om deras patienter har varit inlagda på sjukhus. Andelen har dessutom minskat sedan IHP-undersökningen 2019. När det gäller information om besök på akut- och jourmottagningar är resultatet ännu lägre: Tre av tio svenska läkare svarar att de vanligtvis får information om besök på akutmottagningar, och färre än två av tio att de får information om besök på jourmottagningar. Även för dessa frågor har andelen minskat sedan 2019, och Sveriges andel är lägst bland länderna i undersökningen. I till exempel Nederländerna och Storbritannien svarar nästan alla läkare att de får den här typen av information.

När det gäller kommunikation med kommunen ger dock svenska primärvårdsläkare mer positiva svar än de i jämförelseländerna. Tre av fyra svarar att de eller annan personal på vårdcentralen, vanligtvis eller ofta, kommunicerar med kommunen om patientens behov och servicen till de patienter som har vård och omsorg i hemmet. Fyra av fem svarar att hemsjukvården underrättar

primärvården om ett förändrat tillstånd. På båda frågorna är andelarna de högsta bland undersökningens tio länder. Det är dock svårt att dra några slutsatser om skillnaderna i nivåer eftersom ländernas hälso- och sjukvårdssystem ser så olika ut.

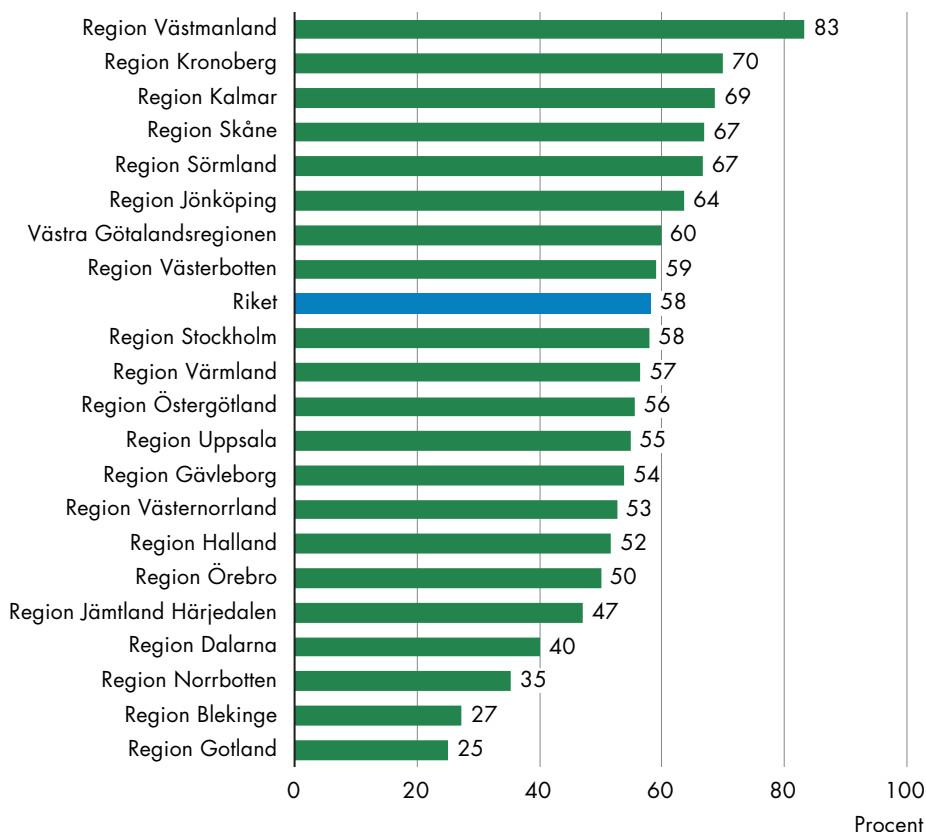
En stor andel av de svenska primärvårdsläkarna svarar att de har möjlighet att utbyta journaler, testresultat och läkemedelslistor med andra vårdgivare digitalt, trots att undersökningen visar att det finns brister i kommunikationen mellan primärvården och övriga hälso- och sjukvården. Andelen har ökat i alla deltagande länder sedan 2019.

4.3 Stora skillnader i förutsättningarna för att arbeta förebyggande

Ett av de övergripande målen med omställningen är att patienten ska få en vård som stärker hälsan. Primärvårdens lagreglerade grunduppdrag omfattar också att tillhandahålla förebyggande insatser utifrån både befolkningens behov och patientens individuella behov och förutsättningar.

En enkätfråga gällde vårdcentralens förutsättningar för att förebygga ohälsa. Sex av tio anger att förutsättningarna är bra eller mycket bra, med en något högre andel bland privata vårdcentraler. Vi ser också en betydande variation i hur vårdcentraler i olika regioner svarar. I Västmanland svarar fler än åtta av tio att förutsättningarna är bra eller mycket bra. I Norrbotten, Blekinge och Gotland är andelen fyra av tio eller färre (figur 22).

Figur 22. Andel av vårdcentralscheferna som anger att förutsättningarna för att arbeta med att förebygga ohälsa är bra eller mycket bra, per region.



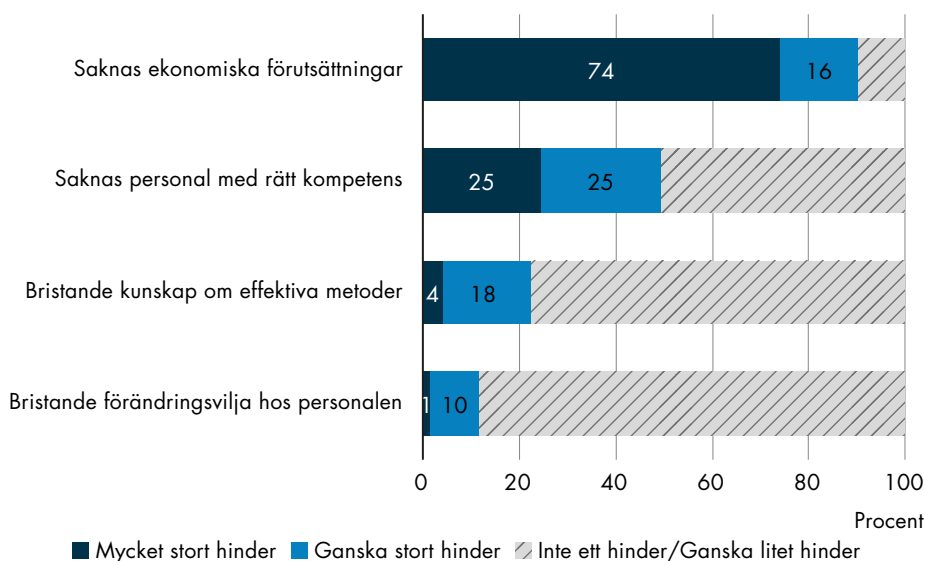
Not. Antal vårdcentraler: 699.

Källa: Vård- och omsorgsanalys enkät till vårdcentralschefer 2022.

4.3.1 Brist på ekonomiska förutsättningar är det främsta hindret för förebyggande arbete

Brist på ekonomiska resurser tycks vara det främsta hindret för vårdcentralernas arbete med att förebygga ohälsa, enligt de svarande i enkätundersökningen. Bland de som svarar att förutsättningarna är dåliga eller mycket dåliga anger tre av fyra att brist på ekonomiska resurser är ett mycket stort hinder, och en av fyra svarar brist på personal med rätt kompetens. Bristande kunskap om effektiva metoder och bristande förändringsvilja hos personalen upplevs emellertid som mindre problem. Enbart 4 respektive 1 procent av de svarande ser dessa aspekter som mycket stora hinder (figur 23).

Figur 23. Bedömning av hinder för att arbeta med att förebygga ohälsa enligt de vårdcentralschefer som svarat att förutsättningarna är dåliga eller mycket dåliga.



Not. Antal vårdcentraler: 273–287.

Källa: Vård- och omsorgsanalys enkät till vårdcentralschefer 2022.

Viktigt att arbeta förebyggande men svårt med nuvarande resurser

De vårdcentralschefer som svarat att de har dåliga eller mycket dåliga förutsättningar för att arbeta förebyggande kunde beskriva varför i fritextformat. En stor andel anger att de har svårt att klara av det förebyggande och hälsofrämjande arbetet med dagens resurser och förutsättningar. Flera svar synliggör också behovet av andra yrkesgrupper än den mer medicinskt orienterade personalen för att det hälsofrämjande arbetet ska lyckas.

” Vi är tvungna att fokusera på det sjuka. Vi hinner inte med det friska även om vi vill och kan. Resurs och personallfråga.”

” Vi har fullt arbete och mer därtill med att ta hand om de patienter som söker oss för sjukdom. Ett förebyggande arbete kräver personal/ tid och resurser vilket saknas i vår ekonomiska ersättning idag.”

” Vi behöver den medicinska personalen till vården. Att arbeta förebyggande är viktigt men vi bör försöka hitta andra yrkeskategorier till detta, t.ex. hälsopedagoger, motiverande samtal.”

”I ett redan ansträngt läge har vi nu börjat med förebyggande arbete i form av hälsosamtal. Detta är ett uppdrag från politiken, dock har inget extra ersättning/extra resurser i form av utökad personal diskuterats. Viljan finns att arbeta preventivt men vi saknar också kompetens att jobba med beteendeförändring. Vi har till exempel inga dietister eller enheter som jobbar specifikt med viktnedgång.”

”Kommunen behöver arbeta mer med folkhälsan. Många som arbetar i sjukvården vill arbeta med sjukvård inte friskvård. Om någon annan tog hand om friskvården så hade kanske sjukvården och dess personal räckt till de som är sjuka. Vi behöver mer friskvård integrerat i samhället.”

4.3.2 IHP-undersökningen visar brister i stödet till patienter med kronisk sjukdom

Vår IHP-undersökning till primärvårdsläkare i tio länder visar att de svenska läkarna i lägst utsträckning tar fram vårdplaner för personer med kroniska sjukdomar som patienterna kan använda sig av i vardagen, eller ger patienterna skriftliga instruktioner om hur de ska hantera sin egenvård i hemmet. För dessa frågor låg Sveriges resultat 2022 på samma nivå som 2019.

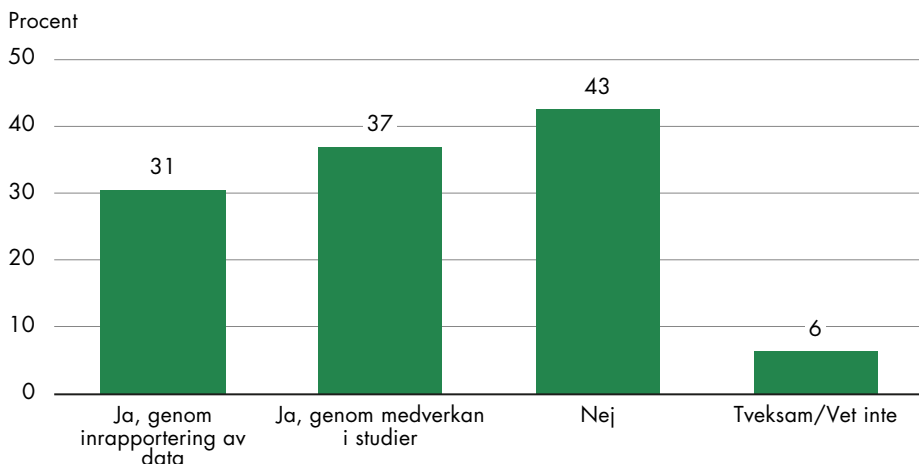
Endast två tredjedelar av de svenska läkarna svarar att vårdcentralen där de arbetar har den kompetens och erfarenhet som behövs för att ta emot personer med kronisk sjukdom (till exempel diabetes, KOL eller hjärtfel). Det är en tydlig försämring sedan 2019, och Sveriges resultat är bland de lägsta i undersökningen.

4.4 Få vårdcentraler medverkar i forskning

I primärvårdens lagreglerade grunduppdrag har det tydliggjorts att regioner och kommuner ska göra det möjligt för primärvården att medverka i forskningsarbete.

I vår enkätundersökning svarar endast drygt hälften att vårdcentralen medverkar i forskningsarbete. Drygt en tredjedel, 37 procent, svarar att de medverkar i studier, och 31 procent att de deltar genom att rapportera in data (figur 24). Chefer vid privata vårdcentraler svarar i lägre utsträckning än de vid offentliga att de medverkar i studier, men i högre utsträckning att de medverkar genom inrapportering av data.

Figur 24. Andel som anger respektive svarsalternativ på frågan om vårdcentralen medverkar i forskningsarbete (flera svar möjliga).



Not. Antal vårdcentraler: 722.

Källa: Vård- och omsorgsanalys enkät till vårdcentralschefer 2022.

Fritextsvaren i anslutning till frågan om forskningsmedverkan visar att det finns ett engagemang för frågan och att många vill vara mer forskningsaktiva än vad de har resurser för. Flera fritextsvar belyser också att forsknings- och utvecklingsprojekt i större utsträckning behöver utformas utifrån de frågeställningar som är centrala i primärvården.

” Jag ser stora risker med övertro på dels kunskapsstöd och standardiserade vårdflöden, som utgår från ett sekundärvårdsperspektiv och att man har facit (kokboksmedicin). Så ser det inte ut i primärvården utan vår kompetens handlar om att kunna sortera och i dagsläget kunna mycket om mycket. [...] Vi behöver mer forskning och utveckling som drivs av oss själva, av frågeställningar ur primärvårdsperspektiv som ofta är mer komplexa men just därför så viktiga att beforska.”

” Ja vi deltar för närvarande i två olika studier. Det är mycket värdefullt och ger kompetensutveckling och vi kan bidra till att utveckla vården.”

” Vi har tidigare haft en sjukgymnast som forskat och doktorerat men nu är vi för få så det gäller att hålla verksamheten flytande. Vi skulle vilja jobba med grupper i förebyggande och även i rehabiliterande men på grund av liten bemanning då vi inte har fått de ekonomiska förutsättningarna kan vi inte göra det fast intresse finns.”

” Dock mycket sparsamt medverkande, på grund av tidsbrist och alltför slimmad organisation.”

5 Erfarenheter från omställningen i tre län

I detta kapitel beskriver vi hur omställningen genomförs i tre län. Vi baserar resultaten på fallstudier i form av intervjuer med verksamhetsrepresentanter på olika nivå i region och kommun i de tre länen. Detta är de viktigaste resultaten:

- Omställningen befinner sig i ett inledande skede med fokus på strategiarbete i samverkan mellan region och kommun, men än ses begränsade effekter på verksamhetsnivå.
- Omställningsarbetet organiseras på olika sätt, till exempel med programkontor.
- Bristande kompetensförsörjning är en utmaning för att få den nuvarande verksamheten att fungera och gör det svårt att få tid för det förändringsarbete som omställningen kan innebära.
- Vårdcentralerna behöver få en mer framträdande roll i systemet som helhet och många efterfrågar ökade resurser för att primärvården ska kunna axla rollen som navet i vården.
- Sjukhusen har en otydlig roll i planeringen för omställningen, och att involvera den sjukhusbaserade vården mer ses som en viktig faktor för att omställningen ska lyckas.
- Samverkan ses som centralt för omställningens mål men tar resurser i anspråk för alla aktörer. Vårdcentralerna behöver få en mer central roll i planeringen för utskrivningsklara patienter, och många efterfrågar starkare strukturer för samverkan mellan vårdcentraler och den specialiserade vården.
- Det hälsofrämjande arbetet ses som viktigt för att vård och omsorgssystemet ska bli mer effektivt, men riskerar att prioriteras ned på grund av begränsade resurser.
- Man har börjat planera för uppföljning men arbete kvarstår.
- Det finns behov av tydligare vägledning på nationell nivå när det gäller hur omställningen ska tolkas, genomföras och följas upp.

5.1 Så här har vi genomfört fallstudierna

Vi har genomfört tre fallstudier för att få mer kunskap om vad omställningen till en god och nära vård innebär i praktiken och hur man arbetar med omställningen i regioner och kommuner. Studien utgick från fyra frågeställningar:

- Hur genomförs omställningen i praktiken och hur arbetar man konkret i olika verksamheter för att nå omställningens mål?
- Hur tolkar olika aktörer i region och kommun vad omställningen innebär i praktiken?
- Hur ser förutsättningarna för omställningen ut?
- Hur påverkas omställningen av den regionala och kommunala styrningen och vilka behov ser olika aktörer av förändrad styrning?

Inom ramen för fallstudierna gjorde vi under februari–maj 2022 intervjuer med företrädare för olika verksamhetsområden inom region och kommun i tre län: Kronobergs län, Västra Götalands län och Västernorrlands län. Länen valdes för att få en god geografisk spridning över landet, en varierad sammansättning av exempelvis storstads- och glesbygdsområden, och variation i resurserna som länen lägger på primärvården och i effektiviteten sett till utfallet för en rad centrala indikatorer i förhållande till de ekonomiska resurser som läggs på sjukvården.

Totalt 25 intervjuer genomfördes med tjänstemän på central nivå i region och kommun i de tre länen, med medicinskt ansvariga sjuksköterskor i kommuner, samt med vårdcentralschefer och verksamhetschefer inom områden såsom internmedicin och geriatrik på något av de största sjukhusen i länen. Utöver intervjuerna har vi för varje län också tagit del av strategidokument med koppling till omställningen, men vi har inte i övrigt studerat budgetar eller andra skriftliga underlag. Se bilaga 2 för en förteckning över deltagarna.

5.2 Ett omfattande arbete med strategier och planer som ännu inte märks i verksamheterna

Intervjuerna visar sammantaget att omställningen framförallt sker genom ett omfattande arbete på strategisk nivå. Man håller på att omsätta strategier till mer konkreta handlingsplaner men omställningen är ännu inte särskilt synlig i verksamheterna. Det finns en bred uppslutning bakom omställningens mål men det efterfrågas mer stöd för att tolka och omsätta målen i praktiken.

5.2.1 Omfattande strategiarbete i både region och kommun

I intervjuerna framkommer att både regioner och kommuner i samtliga län har haft ett tydligt fokus på att ta fram strategiska planer för omställningen till en god och nära vård.

I Region Kronoberg har man arbetat fram en strategisk plan för utvecklingen av hälso- och sjukvården under de kommande tio åren (Region Kronoberg 2021), vilken också beskriver regionens strategi för omställningen. Planen har framför allt utgått från den regionala verksamheten. Kommunerna har på ett liknande sätt arbetat med att ta fram strategiska planer och målbeskrivningar för omställningen (Växjö Kommun 2021; Uppvidinge Kommun 2021). I de två andra regionerna har arbetet med de strategiska planerna för omställningen från början gjorts tillsammans med länets kommuner. Arbetet har resulterat i gemensamma strategidokument som beskriver målbilden för omställningen i region och kommun, samt vilka målgrupper och förändrade arbetssätt som står i fokus (Västernorrland 2022; Västkom & Västragötalandsregionen 2023). Man beskriver att arbetet har bedrivits på flera nivåer, både länsgemensamt, delregionalt och på verksamhetschefsnivå.

Arbete med att ta strategier till konkreta handlingsplaner pågår

I intervjuerna beskrivs att regionerna nu arbetar med att omsätta de strategiska planerna i konkreta handlingsplaner för att tydliggöra den kommande förändringen. I Region Kronoberg har man exempelvis definierat fyra programområden för omställningen: personcentrerad vård, hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder, digifysisk vård och kompetens.

Också i kommunerna har man arbetat fram specifika fokusområden, exempelvis hälsofrämjande och förebyggande arbete, personcentrering och styrande och stödjande processer. Kommunföreträdare beskriver att man fokuserat på processer som ligger nära omställningens mål och där det finns tydliga vinster av utvecklingsarbete, såsom processen för utskrivningsklara patienter. Intervjupersonerna ger också exempel på handlingsplaner som ska stödja omhändertagandet av specifika målgrupper, såsom barn och unga (Region Kronoberg 2023), och i dem har representanter för sjukvård, socialtjänst och skola arbetat tillsammans.

Programorganisationer och samordnartjänster för omställningen

Två av de tre regionerna har tillsatt särskilda programorganisationer för att stödja arbetet med omställningen. I den tredje regionen arbetar man i stället med omställningen inom ramen för den befintliga organisationen, där verksamhetschefer har en viktig roll i att definiera genomförandet. Två verksamhetsföreträdare i regionerna tycker sig se risker med att lägga ansvaret för omställningen till en programorganisation, eftersom omställningsarbetet kan bli alltför isolerat från kärnverksamheten och att verksamhetsföreträdare inte blir involverade eller får mandat att arbeta med omställningen. Samtidigt lyfter andra regionföreträdare att styrkan med en programorganisation är att omställningsarbetet får hög prioritet och att omställningen på ett tydligare sätt utgår från invånarnas sammantagna behov, snarare än de befintliga verksamheternas uppdrag och organisation.

Kommunföreträdare beskriver att det på många håll tillsatts särskilda tjänster, exempelvis processledare och samordnare, som arbetar övergripande med omställningen.

Brukar- och medborgarmedverkan angeläget i det strategiska arbetet

Flera personer som arbetat med de strategiska planerna för omställningen beskriver värdet av att involvera patienter, brukare och medborgare redan i det strategiska arbetet. En kommunföreträdare beskriver att man genomfört medborgardialoger som en del i att ta fram strategiska målbilder för omställningen. I en av regionerna har patient- och pensionärsorganisationer fått lämna synpunkter på den länsövergripande strategin.

Nära samverkan mellan regioner och kommuner beskrivs som en förutsättning för att klara omställningen

Nära samverkan mellan kommuner och regioner beskrivs i flera av våra intervjuer som en förutsättning för att omställningen ska lyckas, och vi får flera exempel på hur regioner och kommuner har arbetat med att säkerställa att det finns samverkansforum som en av arbetet med omställningen.

I Kronobergs län beskrivs ledningsgruppen för samordning av länets hälso- och sjukvård, skola och socialtjänst som ett viktigt forum för att hantera frågor som rör omställningen. I Västernorrlands län finns en så kallad beredningsgrupp, där företrädare för kommuner, vårdcentraler och sjukhus möts för att samverka. I Västra Götalands län finns forum för närsjukvårdsområdessamverkan (NOSAM), där företrädare för den specialiserade vården, vårdcentraler och kommunal verksamhet möts. I intervjuerna beskrivs också flera former av mer verksamhetsnära samverkan.

Det pågår en mängd olika insatser med koppling till omställningens mål

Intervjuerna inkluderade frågor om hur man arbetar på verksamhetsnivå inom de olika områden som omfattas av omställningens mål. Svaren behöver alltså inte handla om initiativ som startats som en del i omställningen, för de områden som prioriteras i omställningen har länge varit mer eller mindre prioriterade för utveckling i hälso- och sjukvården. Vi har inte gjort någon heltäckande kartläggning och det har inte heller varit möjligt att få en bild av omfattningen och effekterna av insatserna eller eventuell spridning. I faktarutan nedan ger vi exempel på insatser som framkommit i intervjuerna.

Exempel på insatser på områden som kopplar till omställningens mål

Insatser för att främja kontinuitet

Flera intervjupersoner ger exempel på insatser som syftar till att öka kontinuiteten. Företrädare för kommunernas verksamheter beskriver att man arbetar för att patienter med hemsjukvård ska ha en fast sjuksköterska som utför insatser i hemmet samt för att öka kontinuiteten bland hemtjänstpersonalen.

Vårdcentralschefer beskriver olika insatser för att säkerställa en god kontinuitet för patienterna. Flera vårdcentraler låter särskilda sjuksköterskor ansvara för specifika patientgrupper, såsom demens- och diabetessjuksköterskor, eller ta ett särskilt ansvar för planeringen för de patienter som ska återvända hem efter sjukhusvistelse.

Vårdcentraler har också ett tydligt fokus på fasta läkarkontakter för patienterna, men kontinuiteten utmanas av att det är svårt att rekrytera läkare. De kan därmed behöva göra prioriteringar av vilka som ska ha fasta läkarkontakter, och patienter med omfattande och komplexa behov prioriteras högt. Flera arbetar också för att säkerställa kontinuiteten i läkarmedverkan för särskilda boenden och hemsjukvården.

Insatser för att göra vården mer tillgänglig

I flera intervjuer berörs omställningens fokus på tillgänglighet. Företrädare för kommunens verksamheter beskriver insatser för att förbättra tillgången till läkare i den kommunala hälso- och sjukvården, framför allt för att säkra läkartillgång under kvällar och helger. Också vårdcentralschefer tar upp att de arbetar med att öka tillgängligheten till läkare i hemsjukvården.

Ytterligare ett exempel är att man i ett glesbefolkat område, som saknar vårdcentral, har öppnat en distriktssköterskemottagning. Mottagningen drivs av en närliggande vårdcentral, men bemannas av kommunens personal. Många arbetsuppgifter, såsom såromläggning och provtagning, sköts självständigt av undersköterskor med stöd av hemsjukvårdens sjuksköterskor, som finns tillgängliga i intilliggande lokaler.

Insatser med mobila team

Insatser med olika former av mobila team är ett återkommande ämne i våra intervjuer, och det varierar hur de mobila teamen arbetar och vilka patientgrupper de ska stödja.

Palliativa team nämns av flera företrädare för kommunens verksamheter, och de beskrivs som ett viktigt stöd i vården av patienter som vistas i hemmet i livets slutskede. Kommunföreträdare nämner också att mobila team kan ha i uppdrag att stödja hemsjukvården med läkarbemanning utanför de tider då vårdcentralens läkare är i tjänst. Detta uppfattas i vissa kommuner som en otillräcklig lösning eftersom de mobila teamen inte har bemanning under nätter och helger.

Andra typer av mobila specialistteam beskrivs också. De har olika typer av specialistkompetens (exempelvis psykiatri eller multisjuka äldre) och utgår oftast från ett större

► sjukhus. En intervjuperson från den specialiserade vården beskriver att det kan vara svårt att bedöma när den här typen av vård i hemmet är den specialiserade vårdens ansvar, och när det ryms inom primärvårdens uppdrag. En vårdcentralsföreträdare beskriver också risken för att kontinuiteten blir lidande när man organiserar vården i mobila team.

Insatser för att förtydliga processen för utskrivning och vård i hemmet

Flera företrädare för kommunernas verksamheter beskriver projekt för ett bättre flöde för patienter som skrivs ut från sjukhus eller skrivs in i hemsjukvården. I en kommun har man anställt en person som processansvarig för patienter som skrivs in på korttidsboenden, för att säkerställa att patienterna får rehabiliterande insatser med syftet att återfå de förmågor som behövs för att de ska kunna komma hem igen. I en annan kommun har man arbetat med att tydliggöra uppdraget för hemsjukvården och införa löpande behovsprövningar, så att insatser inte slentrianmässigt ligger kvar, utan att patienten i stället får stöd för att öka sin självständighet.

Flera kommunföreträdare nämner också initiativ för att fler patienter med insatser från region och kommun ska få en samordnad individuell plan (SIP), och initiativ för att göra det möjligt att ta fram SIP på distans.

Digitalisering av tjänster och digitala hjälpmedel

Insatser för att utveckla digitaliserad vård i olika former nämns i flera av våra intervjuer. För vårdcentralschefer handlar det om att bygga ut och optimera digitala plattformar för vårdmöten, men också att öka användandet av tjänsterna och underlätta för patienter som bor i områden med socioekonomiska utmaningar att hitta rätt väg in via webbplatsen 1177.se eller via vårdgivarappar.

Företrädare för kommunala verksamheter nämner digitala hjälpmedel för vård och omsorg i hemmet, exempelvis att prova ut läkemedelsrobotar som gör att patienter kan sköta sin medicinering på egen hand, och att införa digitala verktyg för tillsyn i hemmet, som skapar trygghet när brukaren bor långt bort.

Företrädare för den specialiserade vården nämner insatser som berör digitala hjälpmedel för hem-monitorering av exempelvis hjärtsvikt och blodvärden, samt digitala hjälpmedel till stöd för rehabilitering.

5.2.2 Omställningens övergripande syfte och mål välkomnas av de som jobbar nära patienterna

Ett intryck från flera intervjuer är att omställningens övergripande syften och målsättningar uppfattas som relevanta och meningsfulla av de som jobbar i verksamheterna och möter patienter, brukare och medborgare. Flera intervjupersoner nämner även värdet av att använda vården och omsorgens begränsade resurser mer effektivt, och vi uppfattar att det är något många verksamhetsutövare vill bidra till.

Flera intervjupersoner lyfter att omställningens fokus på tidiga och förebyggande insatser ligger nära hur verksamhetsföreträdare själva vill arbeta. De ställer sig också bakom omställningens målsättning om ökad kontinuitet och ökad tillgång till fasta kontakter.

Många verksamhetsföreträdare känner också engagemang för omställningens fokus på att bedriva en mer personcentrerad vård, involvera patienter och brukare mer, och utgå från deras preferenser. Vi tolkar det som ett fokusskifte som många verksamhetsföreträdare känner sig engagerade i och som ligger nära deras professionella etik.

5.2.3 Omställningen märks ännu inte i verksamheterna

Avsikten med intervjuerna var inte att utvärdera hur långt man har kommit i omställningen, men flera intervjupersoner har spontant lyft frågor om var i omställningsarbetet man befinner sig.

Omställningen befinner sig i ett inledande skede men det finns tecken på förändring

Intervjuerna tyder på att verksamhetsföreträdare i både kommun och region upplever att omställningen befinner sig i en inledande fas. Man beskriver att arbetet har påbörjats, men att det ännu inte konkretiserats och lett till tydligt förändrade arbetssätt.

Flera intervjupersoner föreslår spontant att vi ska komma tillbaka om två till tre år och följa upp arbetet med omställningen igen, och de verkar tycka att det är en rimligare tidshorisont för att se effekter av förändringsarbetet. En del beskriver tecken på att förändringen har börjat ta form, till exempel en medicinskt ansvarig sjuksköterska som menar att arbetet inom kommunen har blivit mer samordnat och att samverkan med regionerna tydligt har ökat. Också en vårdcentralschef betonar att nära vård är ett närvarande begrepp och att mycket av det dagliga arbetet relateras till omställningen.

Ett par kommunföreträdare i olika län beskriver att deras bild är att kommunerna kommit något längre än regionerna i sitt arbete med omställningen, exempelvis genom att kommunerna anställt personer med ansvar för att driva omställningsarbetet. En vårdcentralschef i ytterligare ett län beskriver också att kommunerna ligger steget före i det praktiska arbetet med omställningen.

Uppdraget att ställa om till en god och nära vård uppfattas delvis som otydligt

Flera intervjupersoner tycker att omställningen till en god och nära vård är otydlig i flera avseenden och att det därmed kan vara svårt att förmedla vad den innebär i praktiken. Personer som arbetar nära den dagliga verksamheten menar att ”hur:et” är mest otydligt, det vill säga vilka arbetssätt som ska förändras för att omställningens vision ska omsättas i praktik.

”Ja, det beskrivs som en kulturomvandling och det finns en intention men inte någon idé om ”hurei”. Där finns ett glapp och ett behov av översättning av vad det består i.”

Enligt intervjupersonerna bidrar tydligheten till att olika regioner och kommuner satsar på olika saker, och det finns farhågor om att omställningen kan komma att innebära väldigt olika saker i olika verksamheter. En företrädare för den specialiserade vården efterfrågar en tydligare beskrivning av sjukhusens roll i omställningen och ett mer samlat grepp, i stället för projekt som riskerar att bli alltför spretiga.

Samtidigt menar en intervjuperson att tydligheten har ökat genom att man i verksamheten pratar allt mer om omställningen och tydliggör hur man vill arbeta och vad man ska komma bort från. En intervjuperson lyfter också att det finns fördelar med att omställningen inte är så konkret beskriven, exempelvis att verksamheterna själva kan komma med idéer om hur omställningen ska gå till.

Ytterligare en intervjuperson, med erfarenheter från den specialiserade vården, tycker att det behövs tydligare forum för lärande och kunskapsöverföring inom och mellan regioner.

5.3 Nationellt stöd efterfrågas men har samtidigt nackdelar

Flera intervjupersoner ser ett behov av tydligare vägledning på nationell nivå när det gäller hur omställningen ska tolkas och genomföras. Dagens regelverk beskrivs som ottydligt och man efterfrågar tydligare vägledning från någon statlig aktör eller SKR. Ett återkommande exempel gäller hur primärvårdens uppdrag ska tolkas i region och kommun och vilken huvudman och verksamhet som förväntas ta ansvar för olika typer av insatser. Ett annat exempel är hur ersättningen för hemsjukvård bör utformas i avtalen mellan kommun och region.

”Gällande grunduppdraget för primärvården är det inget nytt direkt, men det blir tydligt att primärvården har två huvudmän, vilket är bra! De flesta kommuner har uppdraget inbakat i socialtjänsten och äldreomsorgen men det kan finnas många [...] beskrivningar av hur man får tillgång till kommunal hälso- och sjukvård, inskrivningskriterierna skiljer sig åt. Det saknas ett nationellt stöd i tolkningen av lagen och det bör göras nationellt.” [...] Vi önskar mer stöd i den rättsliga tolkningen. Vi (i regionen) slåss tillsammans med kommunerna för att tolka primärvårdens uppdrag enligt hälso- och sjukvårdslagen, vem ska göra vad? Vissa kommuner menar att deras sjuksköterskor inte ska ge medicin som ordinerats av sjukhusläkare, utan vill enbart utföra ordinationer från den regionala primärvården. Det kan till exempel handla om potenta läkemedel från psykiatrin som ska ges till patienter i kommunens hälso- och sjukvård.”

Företrädare för en av regionerna lyfter att man velat samordna regionens plan för uppföljning av omställningen med hur andra regioner väljer att göra. I intervjun framkommer att regionen har inväntat och eftersökt mer vägledning från nationellt håll och gärna hade sett en mer omfattande vägledning än Socialstyrelsens indikatorer för uppföljning.

5.3.1 Riktade statsbidrag är ett uppskattat resurstillskott men riskerar att få kortsiktiga effekter

Flera intervjupersoner menar att statsbidragen som delats ut till stöd för omställningen är generösa och ett välkommet stöd för omställningsarbetet. Samtidigt upplever vissa att statsbidragen är ett alltför kortsiktigt stöd, eftersom det tar tid för kommuner och regioner att rekrytera personal för att driva initiativ som bidragen kan stödja och det är oklart hur länge bidragen att finnas.

En intervjuperson uppskattar att statsbidragen varit fria i den mening att kommuner och regioner själva har fått definiera vilken typ av insatser de vill genomföra. En annan tycker att statsbidragen inneburit alltför mycket detaljstyrning i vissa avseenden, genom att konkret peka ut och ge stöd för vissa insatser, såsom införandet av patientkontrakt.

En intervjuperson är orolig för att de riktade statsbidragen inte stärker kommuners och regioners förmåga till en långsiktig omställning och egen finansiering med befintliga medel. Och en annan vill se vägledning i vad regioner och kommuner förväntas göra när stimulansmedlen tar slut.

” Vi har inte haft behov av att skära ned på andra verksamheter i kommuner eller lägga ned något, eftersom de ökade kostnaderna har mötts av statsbidragen. Men frågan är vad som händer när statsbidragen upphör? Och hur använder vi statsbidragen för att skapa effektivisering – vi har många sådana resor att göra men det är inte något som är snabbt och lätt gjort.”

5.3.2 SKR:s ledarskapsutbildning om nära vård är uppskattad

Flera intervjupersoner, från olika typer av verksamheter, lyfter fram att SKR:s ledarskapsutbildning om nära vård varit ett viktigt forum för lärande, reflektion och diskussion. I flera fall har hela arbetsgrupper deltagit samtidigt, eller representanter för verksamheter i samma kommun eller län. Det har gett uppskattade möjligheter att diskutera det lokala genomförandet och samverkan. Andra intervjupersoner beskriver att de deltagit på egen hand och fått chansen att ta del av goda exempel från andra kommuner och regioner.

5.4 Brister i kompetensförsörjning försvårar omställningen

Svårigheterna att rekrytera kompetent personal är en stor utmaning enligt många intervjupersoner, från olika typer av verksamheter. Bristerna i bemanningen gör det samtidigt svårt att få tid för förändringsarbete, vilket försvårar arbetet med omställningen.

5.4.1 Brister i kompetensförsörjningen ett hinder för att klara nuvarande uppdrag i både kommuner och regioner

Kommunföreträdare i samtliga län beskriver att man länge haft svårt att rekrytera sjuksköterskor, men att personalbristen nu också gäller andra yrkesgrupper såsom undersköterskor och vårdbiträden. Många som söker dessa tjänster har utländsk bakgrund, och bristande språkkunskaper kan göra att de inte lever upp till kraven på skriftlig dokumentation och kommunikation med brukare och personal.

Flera intervjupersoner ser också utmaningar med att rekrytera relativt nyutexaminerade sjuksköterskor till den kommunala hälso- och sjukvården, eftersom det ofta innebär krävande arbetsuppgifter och ensamarbete. Flera kommunföreträdare beskriver att man vidtar åtgärder för att stärka den interna kompetensutvecklingen av befintlig och nyrekryterad personal, exempelvis genom intern utbildning och handledning.

Också vårdcentralschefer beskriver bristen på kompetens som ett problem, både gällande bristen på utbildningsplatser för specialisttjänstgöring och tillgången till läkare som är specialiserade i allmänmedicin. Även bristen på distriktssköterskor märks, vilka är viktiga för en fungerande verksamhet.

En intervjuperson beskriver att konstanta problem med underbemanning skapar en negativ spiral. Få personer vill ta tjänst på underbemannade vårdcentraler med en ohållbar arbetsbelastning, vilket försvårar situationen ytterligare. Flera kommunföreträdare är också bekymrade över läkarbristen och de negativa konsekvenser det får för läkarbemanningen i den kommunala hälso- och sjukvården.

Också företrädare för den specialiserade vården ser problem med den bristande bemanningen på vårdcentralerna. Exempelvis kan man inte erbjuda en fast läkarkontakt till patienter med omfattande problematik, trots att de skulle behöva det, vilket i sin tur leder till att patienterna inte fångas upp i tid och i stället hamnar på akutmottagningarna. En person menar också att den generella bristen på personal leder till onödigt många diskussioner om gränsdragningar och uppdrag, eftersom alla verksamheter är ansträngda.

”Mycket prat om god och nära vård, men vi står kvar med samma underfinansierade situation som innan, man snor sig som en tok för att få det att gå runt. Kompetensförsörjningen är jätteviktig. Vi behöver fler ST-läkare och har flera vakanser.”

5.4.2 Personalbrist gör det svårt att få tid för utvecklings- och omställningsarbete

Bristerna när det gäller kompetensförsörjning beskrivs som ett stort problem för arbetet med omställningen, både på vårdcentraler och i kommunernas verksamheter. Flera intervjupersoner menar att det helt enkelt inte finns tid för personalen att sitta ner och planera arbetet med omställningen. Flera betonar också hur viktigt det är att hinna förankra förändrade arbetssätt i personalgrupperna, för att personalen ska känna sig delaktig och vilja delta.

Flera intervjupersoner påpekar att man behöver ha respekt för att förändring i allmänhet är krävande och att det behövs resurser för att stödja implementeringen av nya arbetssätt. Personalen behöver involveras, för att man ska hitta arbetssätt som verkligen fungerar i deras vardag. De betonar dock att det inte handlar om motstånd mot omställningens syfte, utan mer generella utmaningar som uppstår när etablerade och välkända arbetssätt ska förändras.

5.5 Vårdcentralerna behöver stärkta ekonomiska förutsättningar och en tydligare roll i omställningen

I flera intervjuer med företrädare för både region och kommun betonas hur viktigt det är att primärvården tilldelas tillräckliga resurser, samt att man på nationell nivå säkerställer kompetensförsörjningen, för att primärvården ska kunna axla sin roll som "navet" i sjukvården.

5.5.1 Primärvården måste få en mer central roll för att möjliggöra vård nära där patienten bor

Flera intervjupersoner är positiva till idén om att primärvården ska vara navet för patienterna, där man har sin kontinuerliga kontakt med sjukvården, och att det ligger i linje med hur patienterna själva vill ha det. Man tolkar också omställningen som att vård ska bedrivas närmare där patienter bor, vilket innebär att primärvården måste få en mer framträdande roll med fler kontaktytor mot den specialiserade vården. Företrädare för den specialiserade vården anser också att en mer tillgänglig primärvård skulle avlasta sjukhusen och att primärvården har en viktig roll för omställningen i hela systemet genom att arbeta förebyggande och hälsofrämjande.

”Alla specialiteter skriker efter mer pengar, men vi behöver en bra primärvård som är nära och tillgänglig för befolkningen. Ja, det skulle vara okej att skära på sjukhusvårdens resurser för att kunna utveckla primärvården. Det är klart att vi behöver geriatrikavdelningar, men de patienterna skulle kunna tas hand om i ett tidigare skede i primärvården.”

5.5.2 Verksamhetsföreträdare i både kommun och region ser tydliga behov av mer resurser till primärvården

Resurserna som tillsatts för att nå omställningens mål nämns i många intervjuer. Tjänstemän som arbetar med omställningen på strategisk nivå menar att regionerna har satsat mer resurser på primärvården än tidigare, men är samtidigt medvetna om att verksamheterna inte upplever att det satsas tillräckligt.

Vårdcentralschefer anser att vårdcentralerna inte fått ekonomiska förutsättningar för att jobba med omställningen, eftersom det i praktiken krävs tid för utvecklingsarbete, utöver bemanningen av den ordinarie verksamheten. En vårdcentralschef menar också att hemsjukvårdens allt mer komplicerade uppdrag och behov av avancerad läkarkompetens är ytterligare ett argument för att primärvården behöver mer resurser i sin roll som navet.

Också företrädare för kommuner och för den specialiserade vården ser att vårdcentralerna behöver mer resurser för att kunna leva upp till sitt uppdrag i omställningen.

Ökade kostnader för kommunernas hälso- och sjukvård

Flera kommunföreträdare beskriver att kostnaderna för den kommunala hälso- och sjukvården har ökat under en längre tid. Vissa kommuner har arbetat med externa samarbetspartners för att uppskatta kostnaderna och analyserna visar tydliga kostnadsökningar. En intervjuperson betonar dock att finns stor variation i hur man har följt kostnaderna över tid, vilket gör att bedömningen kan vara osäker.

Vidare beskriver kommunföreträdare att arbetet med omställningen och införandet av nya arbetssätt ofrånkomligen leder till diskussioner om vem som ska betala för insatserna. En person nämner att de befintliga hemsjukvårdsavtalen är en utmaning, eftersom kommunen upplever att de får ett alltför omfattande ansvar och att kommunerna behöver mer stöd från regionens primärvård och den specialiserade vården.

” Jag uppfattar att det finns en förväntan att kommunen ska lösa vårdplats-situationen åt sjukhusen, men för oss är det tydligt att regionen behöver etablera en starkare relation mellan den specialiserade vården och primärvården. Om vi ska minska antal dygn med sjukhusvård för äldre behövs utökat läkarstöd och mer proaktivt arbetssätt. Om vården ska styra mer verksamhet till primärvården som nav är det konstigt att regionen inte satsar pengar. Det kan vara så att det inte går att anställa fler, men det finns ett viktigt signalvärde i att man skapar förutsättningar för ett utökat läkarstöd till kommunens hemsjukvård. Om det inte kommer har vi redan slagit i taket.”

5.5.3 Styrningen av vårdcentraler genom avtal och ersättningsmodeller behöver anpassas till omställningen

Frågan om styrning genom avtal och ersättningsmodeller tas upp av flera vårdcentraler, och de menar att vårdcentralerna inte klarar av det utökade uppdraget inom dagens ekonomiska ramar. En av cheferna beskriver också att det är svårt att genomföra de utbildnings- och utvecklingsinsatser som omställningen kräver med befintliga ekonomiska resurser.

En vårdcentralschef uppskattar att man inför incitament för uppgifter som är särskilt viktiga inom vårdcentralernas verksamhet. Exempelvis har det förekommit särskild ersättning för vissa hembesök och för läkarmedverkan, vilket tydliggör uppdraget för medarbetarna och säkerställer att ekonomin går ihop. Samtidigt beskriver samma chef dilemmat med alltför mycket detaljstyrning och vikten av att beslutsfattarna noga tänker igenom vart de riktar sina incitament.

En företrädare för den specialiserade vården har också märkt att vårdcentralernas ersättningsmodeller (i huvudsak kapitering, vilket innebär att ersättningen baseras på hur många patienter vårdgivaren ansvarar för) inte gynnar samverkan med den sjukhusbaserade vården, eftersom förslag om ökat samarbete ofta möts av reaktioner om att vårdcentralen inte får ersättning för det. Samverkan med vårdcentraler beskrivs också som mer utmanande i områden där det finns många privata aktörer; man upplever att de inte samverkar mer med sjukhusen än vad de måste enligt regelboken, och att det är otillräckligt beskrivet i nuvarande avtal.

”Det är komplicerat där vi har otroligt många privata aktörer i primärvården och regelboken för primärvården skrivs för flera år framåt. Det gör att vi saknar 70 procent av aktörerna i primärvården eftersom det inte står i deras regelbok att de ska jobba med detta. De möter vi inte alls. [...] Men i andra delar norra delen finns inga privata aktörer i primärvården, jag upplever att det är enklare och att det går fortare där.”

5.6 Förutsättningarna för en mer förebyggande vård är svaga

Verksamhetsföreträdare ser det hälsofrämjande arbetet som en viktig del av omställningen. Samtidigt menar intervjupersoner från både regioner och kommuner att man har svårt att hinna med det hälsofrämjande arbetet, eftersom personalbrist gör att man tvingas prioritera mer akuta behov. Verksamhetsföreträdare i områden med socioekonomiska utmaningar betonar att hälsofrämjande insatser är särskilt viktiga i deras upptagningsområde, gärna i samverkan med civilsamhället.

5.6.1 Det hälsofrämjande arbete beskrivs som centralt i omställningen men prioriteras ner när resurserna är knappa

Intervjuerna visar tydligt att företrädare för verksamheter i både regioner och kommuner tycker att det hälsofrämjande arbetet är viktigt och centralt för omställningen.

En kommunföreträdare ser det hälsofrämjande arbetet som ett tydligt uppdrag i omställningen, eftersom det är en del av länets strategiska plan och därmed inte längre ”valbart”. Flera kommuner har gjort tydliga satsningar genom att inrätta enheter för hälsofrämjande arbete och rekryterat folkhälsosamordnare.

Mycket av det förebyggande arbetet rör äldre personer, och i intervjuerna ges exempel på att man arbetar förebyggande och exempelvis ser över risker i hemmet i en så kallad ”snubbelrond”, kartlägger risker för undernäring och gör fotundersökningar för att förebygga fall. Ytterligare en grupp i fokus är utsatta barn och unga, där man i en kommun arbetar med föräldrastöd och har analyserat vilka förebyggande insatser som minskar risken för placeringar enligt lagen om särskilda bestämmelser om vård av unga (1990:52), LVU.

Utmanande att prioritera det förebyggande arbetet

Flera kommunföreträdare beskriver att man i dagsläget inte har förutsättningar för att arbeta så mycket hälsofrämjande som man skulle vilja. Även vårdcentralschefer tvingas ofta prioritera ner det hälsofrämjande arbetet, till förmån för mer allvarliga och omedelbara behov, eftersom bemanningen och resurserna inte räcker annars.

En vårdcentralschef lyfter också att det är utmanande att nå fram till patienter med förebyggande insatser, och att försök med exempelvis hälsosamtal och promenadgrupper visar att de patienter som skulle behöva insatserna mest inte dyker upp. Samma chef menar att kommunerna ofta lyckas bättre med sina hälsofrämjande insatser än vad vårdcentralerna gör.

”Vad kan man spara in på? Ja, det blir tyvärr den förebyggande vården. Om jag måste välja mellan förebyggande vård eller att ta hand om patienter som redan är sjuka? Självklart blir det så att man måste hantera den sjuka framför den som inte är sjuk. Men alla hör ju hur dåligt det är om man ”missar” möjligheten att motverka framtida ohälsa och sjukdom.”

Företrädare för den specialiserade vården uttrycker att vårdcentralerna är viktiga i det förebyggande omhändertagandet av patientgrupper som annars kommer att behöva slutenvård, och man ser en direkt koppling mellan vårdcentralernas arbete och behovet av slutenvårdsplatser. Sjukhusens möjligheter att arbeta förebyggande upplevs dock vara begränsade, utifrån deras uppdrag, men flera personer understryker att sjukhusens verksamhet står i direkt förbindelse med vårdcentralernas och kommunernas förmåga att tidigt fånga upp patienternas behov.

”Skulle tillgängligheten till primärvården öka så skulle behovet av vårdplatser minska, det handlar inte om de akuta flödena men det handlar om det förebyggande arbetet, till exempel hjärtsvikt som kan upptäckas och förebyggas tidigare. Folkhälsoarbetet är otroligt viktigt. Och det är ett långsiktigt arbete.”

5.6.2 Hälsofrämjande insatser och språkstöd viktiga i områden med socioekonomiska utmaningar

Några verksamhetsföreträdare i områden med socioekonomiska utmaningar tar upp de särskilda behov av insatser som finns där. De nämner flera insatser som pågår, exempelvis utbildningsinsatser för att öka kulturkompetensen bland medarbetare och riktade satsningar på ungdomsmottagningar och familjecentraler. Man betonar att kommunernas och regionernas verksamheter behöver jobba närmare civilsamhället, exempelvis att man samverkar med moskéer.

Flera intervjupersoner beskriver att många patienter och brukare i områden med socioekonomiska utmaningar har ett sämre hälsotillstånd och en mer komplex problematik än befolkningen i stort, vilket kräver mer omfattande insatser. Dessutom finns en högre förekomst av andra sociala problem, såsom ansträngd ekonomi och missbruksproblematik, som påverkar behovet av sjukvårds- och omsorgsinsatser.

”Ja, man har ju flera problem, vi har t.ex. personer som har diabetes, men som samtidigt inte har råd med mat. Man bor trångt och har generellt en sämre standard, det kan spela roll för t.ex. spridning av infektioner. Vi har högre sjuklighet i lägre åldrar, mer omfattande behov, också mer missbruksproblematik och så. Ekonomin spelar in, man har kanske inte råd att hämta ut sina läkemedel.”

En vårdcentralschef beskriver att utrikes födda patienter kan vara ovana vid att vara delaktiga i sin vård, vilket gör att försök att involvera patienten i beslut om den egna vården ibland kan få motsatt effekt och skapa osäkerhet. En del patienter tycker att läkaren ställer för många frågor och vill i stället ha tydligare instruktioner, eftersom det är vad de är vana vid. Samma person beskriver att det är viktigt att motivera patienterna till att ta mer ansvar för sin hälsa och för egenvård. Flera andra intervjupersoner lyfter också vikten av att arbeta med att öka kunskapen och medvetenheten om hälsofrågor i förebyggande syfte.

Behov av språkstöd

Vårdcentralscheferna beskriver att språkstöd för patienter som inte pratar svenska är centralt i den dagliga verksamheten. Flera intervjupersoner tar upp att flerspråkiga medarbetare är värdefulla resurser i arbetet med patienter och brukare, så att tolk

inte alltid behövs. Enligt en vårdcentralschef har man genom pandemin vant sig vid att arbeta med tolk via telefon, vilket fungerar väl så länge tekniken möjliggör en bra ljudkvalitet. Patienter som inte talar svenska har dock en begränsad förmåga att själva söka vård, till exempel boka en tid eller ansluta sig via digitala plattformar, och man efterfrågar flerspråkiga instruktioner och kommunikationskanaler för att öka tillgängligheten för dessa grupper.

5.7 Samverkan fungerar olika bra

I intervjuerna beskrivs samverkan som särskilt viktig när det gäller kommuners och regioners gemensamma ansvar för patienter med hemsjukvård och i samband med utskrivning från sjukhus. Kommunföreträdare tycker att vårdcentralerna inte är tillräckligt involverade i planeringen för utskrivningsklara patienter. Vårdcentralsschefer uttrycker samtidigt att de skulle vilja ta en mer aktiv roll i planeringen, och samverka mer med den specialiserade vården, men att resurserna är knappa. Flera intervjupersonerna efterfrågar också en tydligare ansvarsfördelning och definitioner av vad som ingår i vård på primärvårdsnivå.

5.7.1 Samverkan mellan kommunala och regionala verksamheter om hemsjukvård och utskrivningsklara patienter

Kommunerna och vårdcentralerna delar på ansvaret för personer med hemsjukvård och personer på särskilda boenden, och detta är en central del av samverkan mellan dem. I många fall är det vårdcentralerna som ska säkerställa att dessa patienter har tillgång till läkare.

Företrädare för kommuner efterfrågar ökad läkarmedverkan

Kommunföreträdare beskriver hur viktigt det är med kontinuerliga kontakter och tillitsfulla relationer mellan vårdcentralens läkare och kommunens personal. Flera intervjupersoner menar dock att läkartillgången ofta är begränsad under kvällar och nätter, och att vårdcentralerna har begränsade resurser för att klara den här delen av deras uppdrag.

Ett annat viktigt samverkansområde för kommunernas verksamheter och vårdcentraler är patienter som skrivs ut från sjukhus för att i stället få vård i hemmet. Kommunföreträdare upplever att vårdcentralerna inte är tillräckligt engagerade i planeringen för utskrivningsklara patienter, exempelvis i att ta fram samordnade individuella planer (SIP) eller ta förberedande kontakt innan patienten skrivs hem. Flera kommunföreträdare är dock tydliga med att de förstår att vårdcentralerna har begränsade möjligheter att fånga upp den här patientgruppen med dagens resurser.

” Om vi kunde få någon slags bekräftelse på att de (vårdcentralens läkare) är redo för att ta hand om patienten, för att patienten också ska veta att dr X tar hand om mig när jag kommer hem. Det skulle öka tryggheten och bli bättre för patientens uppföljning. Nu kanske remitterande läkare tar kontakt med vårdcentralen om det skulle vara något specifikt, men annars är det ju våra sjuksköterskor som sköter och ordnar med alla kontakter.”

Företrädare för vårdcentraler upplever en förbättrad samverkan

Vårdcentralschefer beskriver i våra intervjuer att samverkan med kommunernas verksamheter fungerar bättre än tidigare och att man har tätare kontakt runt patienterna. En verksamhetschef beskriver att man arbetat med att säkerställa en god bemanning för hemsjukvårdsläkarna och gett vissa läkare ansvar för specifika boenden och geografiska områden för att säkerställa kontinuiteten.

” Hos oss funkar det jättebra. Alla deltar på rätt möten och det är fina relationer mellan våra läkare och kommunens sjuksköterska. Jättebra. Det finns säkert goda och mindre goda exempel, kanske är det att vi är en ganska liten kommun, att man känner varandra.”

Samverkan mellan kommuner och den specialiserade vården innebär många kontaktytor

Kommunföreträdarna tycker att samverkan med den specialiserade vården i stort sett fungerar väl. Patientflödet för utskrivningsklara patienter uppfattas som tydligt genom att olika aktörers ansvar är väl beskrivet i regelverk och avtal. Flera upplever dock att personal i den specialiserade vården inte vet hur den kommunala hälso- och sjukvården fungerar; det händer till exempel att de lovar patienter plats på korttidsboenden, trots att det är kommunen som ska göra den bedömningen, eller att de inte är medvetna om att tillgången till läkare kan vara begränsad på helger och nätter.

Flera kommunföreträdare upplever att det tidvis är ett högt tryck på att den specialiserade vården ska skriva ut (och hem) patienter, vilket i sin tur kan medföra en hög belastning på kommunens personal. För att det ska fungera behövs ett bra läkarstöd från den specialiserade vården eller vårdcentralen. När förutsättningarna är bra upplever många som arbetar i hemsjukvården att det är utvecklande att jobba med mer avancerad sjukvård i hemmet.

Företrädare för den specialiserade vården beskriver samverkan med kommunernas verksamheter som viktig, men en utmaning är att sjukhuspersonalen behöver förhålla sig till många olika kommuner med olika rutiner. En person beskriver att mindre kommuner oftare är lättare att samverka med, eftersom de har mer överblickbara rutiner och välfungerande nätverk.

”Till exempel det här med rehab, det är helt olika organisationer i varje kommun – så jag måste leta lite random i varje kommun efter ”vem har ansvar för det här?”. Det blir väldigt olika. Så för mig blir det en jätteutmaning att veta vilken väg ska jag ta in i verksamheten och vem som har beslutsmandat över de frågor jag behöver lösa för min patient.”

En företrädare för den specialiserade vården upplever att kommunerna har blivit mer uppmärksamma på var gränsen för deras uppdrag går och något tuffare i dialogen med den specialiserade vården om vem som ska göra vad. Samtidigt, säger samma person, behöver kommunerna ofta ett nära samarbete med den specialiserade vården, eftersom stödet från läkare på vårdcentralerna inte alltid är tillräckligt.

5.7.2 Samverkan mellan vårdcentraler och den specialiserade vården behöver stärkas

I intervjuerna med vårdcentralschefer framgår att de vill ha möjlighet att samverka mer med den specialiserade vården. Flera vårdcentralföreträdare upplever att sjukhusen är pressade och att utskrivningsplaneringen inte alltid tar hänsyn till vårdcentralernas praktiska vardag, exempelvis att det kan vara svårt att få tag på en läkare om patienter skrivs ut på fredag eftermiddag. Man skulle också vilja ta ett större ansvar i utskrivningsprocessen, men kan inte på grund av personalbrist. Flera vårdcentralföreträdare uttrycker också att de vill arbeta närmare sjukhusens personal, eftersom det blir bättre för patienten.

Vårdcentralschefer vill också se andra typer av samverkan med den specialiserade vården, exempelvis möjligheten att konsultera geriatriker eller att specialistläkare regelbundet finns på plats på vårdcentralen. Samtidigt betonar man att undersökningar med konsultativt stöd av specialistläkare kräver resurser och därmed inte nödvändigtvis blir en avlastning för vårdcentralen. Det beskrivs dock som högst motiverat ur ett patientperspektiv.

Företrädare för den specialiserade vården delar i stort bilden av att samverkan med vårdcentralerna behöver stärkas, och flera efterfrågar tydligare forum för samverkan.

”Vi har suttit i ett år och diskuterat – och jag har sagt: – Kan vi prova någonsans där vi har en välfungerande vårdcentral, en arena där vi kan testa och sätta ihop en multiprofessionell skara för att undvika undvikbar slutenvård? Men det finns en rädsla och försiktighet. [...] Vad skulle det innebära i tjänster och kostnader? Men jag vill att vi börjar prata mer fiktivt och inte ser problemen från start. Vi är otroligt prematura i dessa sammanhang och det går i snigelfart.”

5.7.3 Strukturer för samverkan behöver inkludera privata vårdgivare

Flera intervjupersoner beskriver att förutsättningarna för samverkan kan påverkas av att det finns både privata och offentliga vårdgivare. Ett exempel är att det i storstadsområden finns många vårdcentraler, både privata och offentliga, vilket innebär att kommunernas verksamheter och sjukhusen har många aktörer att samverka med. Förutsättningarna för samverkan skiljer sig åt, och regionens vårdcentraler samlas i högre utsträckning i etablerade samverkansstrukturer, medan privata vårdcentraler fungerar mer som fristående verksamheter. Också intervjupersoner utanför storstadsområdena beskriver att det kan vara svårare att samverka med privata vårdcentraler, eftersom de inte alltid ingår i de länsövergripande samverkansstrukturerna.

” Vi har en storstadsproblematik, vi har 64 vårdcentraler och hela slutenvårdens system. Det är många som på olika sätt ska samverka och att få det hela att gå är samma håll är en jätteutmaning. Samverkan skiljer sig också från vårdcentral till vårdcentral, där en del gör det som lagen kräver och andra gör det inte.”

5.7.4 Tydligare uppdragsbeskrivningar i primärvården skulle underlätta samverkan

Flera kommunföreträdare menar att det behöver klargöras när det är kommunens kontra regionens verksamheter som ansvarar för patienter med behov av sjukvårdsinsatser på primärvårdsnivå. Omställningens ökade fokus på samverkan har tydliggjort de olika aktörernas roller, och kommunföreträdare beskriver att de granskat sina kriterier för inskrivning i hemsjukvården, för att tydliggöra när en patient ska tas om hand av kommunens respektive regionernas verksamheter.

En regionföreträdare som arbetar med omställningen på strategisk nivå, menar att man i regionens verksamheter kan ha svårt att avgöra vad som är kommunen respektive regionens ansvar när det gäller primärvård. Det finns en stor variation i hur kommuner definierar sitt uppdrag inom primärvården, vilket komplicerar bilden.

Företrädare för både region och kommun betonar vikten av tydligare roller och ansvarsområden, på både lednings- och verksamhetsnivå, för att omställningen ska lyckas.

Vårdcentralsföreträdare har märkt att primärvården får ett allt större uppdrag, exempelvis att bedriva mer omfattande psykiatrisk behandling. Samtidigt har det förändrade grunduppdraget för primärvården inte inneburit några större förändringar i vårdcentralernas avtal.

Företrädare för den specialiserade vården vill också att deras uppdrag ska förtydligas i relation till framför allt vårdcentralerna. Ett exempel är hemmonitorering, där det kan vara otydligt om det är vårdcentralen eller den specialiserade vården som ska agera på patientens inskickade värden.

5.7.5 Samverkan underlättas om region och kommun kan dela information

Verksamhetsföreträdare i både region och kommun lyfter att samverkan kan underlättas av att arbeta i en informationsmiljö där kommunen och regionen kan dela information.

I Kronobergs län har man nyligen etablerat samma IT-stöd för regionen och kommunerna (Cosmic), och flera intervjupersoner tror att det kan underlätta samverkan. I Västra Götaland har man i nuläget olika IT-system i region och kommun, vilket innebär en hel del arbete med dubbelregistrering, bland annat för kommunens sjuksköterskor. Också företrädare för den specialiserade vården beskriver informationssystemet som ”trögjobbat” och på vårdcentralerna märker man informationsöverföring mellan verksamheter tar tid. Det pågår dock arbete med att utveckla ett mer integrerat informationssystem.

5.8 Arbetet med att följa upp omställningen har bara börjat och nationell vägledning efterfrågas

Regioner och kommuner har börjat planera för att följa upp omställningen, men en hel del arbete kvarstår. På flera håll efterfrågas tydligare nationell vägledning om hur uppföljningen ska gå till. Samtidigt lyfter verksamhetsföreträdare fram flera exempel på befintliga mätningar som är relevanta för att följa omställningen.

5.8.1 Regionerna har delvis tagit fram planer för uppföljning men vill ha mer nationell vägledning

I en av de tre regionerna har man utarbetat en plan för att följa upp omställningen, som en del av den övergripande strategiska planen. I planen definieras mått för att följa upp omställningens olika fokusområden, vilka ska konkretiseras ytterligare av verksamheterna. Av planen framgår också att mått ska definieras och följas upp för samtliga projekt som drivs som en del av omställningen, exempelvis mått på kvalitet utifrån patientens perspektiv eller ekonomiska effekter.

I de två andra regionerna pågår arbetet med att ta fram planer för uppföljning. Företrädare för de regioner som arbetar med planer för uppföljning betonar att det är viktigt att deras uppföljning ligger i linje med hur andra regioner väljer att göra och med indikatorer som tagits fram nationellt. Samtidigt efterfrågar flera personer en tydligare vägledning om hur uppföljningen av omställningen bör utformas.

5.8.2 Kommuner och kommunförbund har börjat planera för uppföljning men arbete kvarstår

Enligt vissa kommunföreträdare innehåller deras övergripande strategiska planer instruktioner om hur omställningen ska utvärderas.

En förvaltningschef beskriver att planer för uppföljning ingår i programorganisationens arbete, och att projekt som startas inom ramen för programmet också ska utvärderas där. Hen menar att kommunen ska ta fram en egen plan för hur omställningen ska följas upp, men att man ännu inte hunnit. Kommunföreträdare i ett annat län beskriver att det finns en del instruktioner om utvärdering i handlingsplanerna för omställningen.

I ett par intervjuer nämns också att kommunförbunden bidragit med värdefullt arbete, genom att se över vilka systematiska uppföljningsinsatser som görs, vilka indikatorer de inkluderar och vilka effekter man fångar (och inte fångar). I ett annat fall har förbunden publicerat en rapport om möjliga nyckeltal och indikatorer för att följa omställningen.

5.8.3 Verksamhetsföreträdare lyfter fram befintliga mätningar som är relevanta för uppföljning

Verksamhetsföreträdare som arbetar nära patienter och brukare tar upp att frågan om uppföljning ständigt är aktuell och att det finns många exempel på löpande mätningar i verksamheten som också skulle kunna användas för att följa omställningen.

Enligt vårdcentralschefer följs verksamheterna ständigt upp, exempelvis tillgängligheten, och uppföljningen är ofta kopplad till avtalskrav eller verksamhetens affärsplan. En av cheferna nämner att det finns centralt definierade mått för omställningen, men att det i övrigt saknas tydliga exempel på instruktioner till vårdcentralerna om hur uppföljningen ska gå till.

Också medicinskt ansvariga sjuksköterskor menar att det finns många olika indikatorer som skulle vara meningsfulla att följa utifrån omställningens mål, till exempel förekomsten av fall, höftfrakturer, läkemedelsgenomgångar och återinläggningar på sjukhus. Man har även idéer om andra tänkbara mått, till exempel antalet teamträffar för patienter, antalet fysiska hembesök för läkare och antalet ronder med läkare fysiskt närvarande. Många indikatorer följs löpande, men i intervjuerna framkommer inte att det utgått tydliga instruktioner för hur omställningen ska följas upp.

Företrädare för den specialiserade vården beskriver också att den löpande verksamhetsuppföljningen är relevant för omställningen, exempelvis att antalet vårdtillfällen på sjukhus bör minska när verksamheterna ställer om till en mer nära vård. I en annan verksamhet har man i uppföljningen av den specialiserade

vårdens mobila team sett att hälften av patienterna som får hembesök annars hade behövt läggas in, och att patientnöjdheten har ökat markant. Andra exempel på relevanta mått är i vilken grad vårdgarantin efterlevs och hur enkelt patienterna upplever att det är att boka tid, och om det går att göra digitalt. En intervjuperson menar dock att samverkan, som är så centralt för omställningen, är svår att fånga med tillgängliga mått. En annan företrädare för den specialiserade vården tycker att delar av omställningen är alltför diffust formulerade, vilket gör det svårt att avgöra vilka mått som kan vara lämpliga.

6 Nära vård i landsbygd och områden med socioekonomiska utmaningar

I detta kapitel beskriver vi den nära vården på landsbygden och i områden med socioekonomiska utmaningar, med utgångspunkt i patienternas perspektiv, de yrkesverksammas perspektiv och ett systemperspektiv. Resultaten bygger på många olika datakällor, bland annat enkätundersökningar och intervjuer med patienter och yrkesverksamma.

Detta är våra viktigaste resultat om vården i landsbygden:

- Patienter på landsbygden tycker att vården är mer tillgänglig jämfört med andra patienter.
- Vårdcentraler i landsbygden har färre anställda specialistläkare i allmänmedicin i relation till antalet listade invånare och uppger större anställningsbehov av specialistläkare i allmänmedicin, distriktssköterskor och psykologer än vårdcentraler i mer tätbefolkade områden.
- Yrkesverksamma betonar att en fortsatt utveckling av digital vård och infrastruktur samt stärkt samverkan är viktigt för att stärka primärvården i landsbygden.

Detta är våra viktigaste resultat om vården i områden med socioekonomiska utmaningar:

- Patienter med lägre utbildningsnivå (ett mått på socioekonomiska förhållanden) är generellt mer nöjda med vårdens tillgänglighet och möjligheten att få vara delaktig i sin vård jämfört med patienter med högre utbildningsnivå.
- I områden med socioekonomiska utmaningar finns en överrepresentation av utrikes födda personer. De har erfarenheter av att inte bli tagna på allvar när de söker vård och upplever att det är svårt att förstå hur det svenska sjukvårdssystemet fungerar.

- Yrkesverksamma i områden med socioekonomiska utmaningar beskriver att vården i deras områden tar mer tid och resurser, för att patienterna har mer komplexa hälsobesvär och för att man även behöver planera och samordna exempelvis språkstöd och patienters andra vård- och samhällskontakter.
- Vårdcentraler i områden med socioekonomiska utmaningar har färre anställda specialistläkare i allmänmedicin i relation till antalet listade invånare och ett betydligt större anställningsbehov av både specialistläkare i allmänmedicin och distriktsköterskor jämfört med vårdcentraler i andra områden.
- Det behövs kunskapsstöd och kompetensutveckling som ger vårdgivarna bättre förutsättningar för att möta patienter med socioekonomiska utmaningar och utrikes födda patienter.

6.1 Vi belyser den nära vården i landsbygd och i områden med socioekonomiska utmaningar

I vårt uppdrag ingår att *beskriva utvecklingen av den nära vården i glesbygd och socioekonomiskt utsatta områden*. Inget av dessa områden är särskilt utpekat som prioriterat i omställningen, men i överenskommelsen mellan regeringen och SKR nämns insatser för att möta de utmaningar som finns i glesbefolkade områden och i socioekonomiskt utsatta områden, bland de generella insatser som regioner bör vidta för att utveckla den nära vården.

Som vi närmare beskrivit i kapitel 1.3.3 har vi i rapporten valt att utgå ifrån begreppen *landsbygd* och *områden med socioekonomiska utmaningar*, med tillhörande definitioner.

6.1.1 Vi har tidigare visat att primärvården på landsbygden generellt sett inte skiljer sig från den i andra kommuntyper

Vi har tidigare analyserat ett antal aspekter av tillgänglighet och kvalitet i primärvården i landsbygdskommuner i jämförelse med andra kommuntyper (Vård- och omsorgsanalys 2021c). Resultatet visar att befolkningen på landsbygden är något äldre och har en något sämre hälsa. Det finns även en högre grad av socioekonomisk utsatthet med fler som har låg utbildningsnivå och låga inkomster. Primärvården i landsbygden verkar ta ett större ansvar för vården och behandlar fler patienter med komplexa behov jämfört med i andra delar av landet. Personer som bor i landsbygden gör i genomsnitt fler besök i primärvården, och en större andel har hemsjukvårdsinsatser. I vissa fall hade landsbygdskommuner ett sämre resultat än andra, exempelvis sämre kontinuitet, och kompetensförsörjningen var ett särskilt stort problem. Det fanns dock också delar som verkade fungera bättre i landsbygdskommuner; patienterna upplevde bland annat en högre grad av samordning.

Vår tidigare kartläggning visade inte att vården på landsbygden skulle fungera bättre eller sämre än i andra områden. Slutsatsen var att fokus inte i första hand bör läggas på att minska skillnader mellan kommuntyper, utan i stället att arbeta för en *stärkt primärvård i hela landet och att minska skillnader som rör socioekonomiska förutsättningar och hälsans bestämningsfaktorer*. Samtidigt möter landsbygden större utmaningar inom dessa områden som en konsekvens av mer utmanande demografiska förhållanden, exempelvis en äldre befolkning (Vård- och omsorgsanalys 2021c).

6.1.2 Sämre hälsa och högre vårdkonsumtion i områden med socioekonomiska utmaningar

Det är väl känt att socioekonomiska faktorer, såsom utbildningsnivå och ekonomiska förutsättningar, är viktiga bestämningsfaktorer för hälsa, och sämre socioekonomiska förhållanden innebär generellt en ökad risk för ohälsa. I Folkhälsomyndighetens årliga sammanställning av den svenska folkhälsan anges att en *lägre utbildningsnivå* innebär ett sämre läge för samtliga hälsoutfall som nämns i kartläggningen. Personer med enbart förgymnasial utbildning har exempelvis kortare medellivslängd, ökad risk för tidig död och sämre självskattad hälsa och psykisk hälsa. Särskilt tydligt är sambandet för kvinnor med enbart förgymnasial utbildning (Folkhälsomyndigheten 2022).

Folkhälsomyndigheten tittar bara på utbildningsnivå i sina analyser och tar därmed inte hänsyn till inkomstnivå eller ekonomiska förutsättningar, men det finns skäl att tro att utbildning och ekonomiska förutsättningar är relaterade. Folkhälsomyndigheten konstaterar vidare att inkomst och försörjningsmöjligheter (vilket är ett folkhälsopolitiskt målområde) har försämrats över tid i Sverige, eftersom andelen som lever med låg ekonomisk standard har ökat under senare år, bland både barn och vuxna. Låg ekonomisk standard är också vanligare bland personer som är födda utanför Norden (Folkhälsomyndigheten 2022).

Tidigare studier visar att det finns ett samband mellan sämre socioekonomiska förutsättningar och högre konsumtion av primärvård (SOU 2018:55). Socioekonomiska faktorer såsom att ha ett arbete, inkomstnivå och utbildningsnivå har ett likartat samband med vårdkonsumtion: Personer med goda socioekonomiska förutsättningar har lägre egna vårdkostnader och lägre konsumtion av primärvård, vilket kan tolkas som att vården får en kompensatorisk roll för personer med större vårdbehov (SOU 2018:55). Empiriska undersökningar visar samtidigt att personer som lever i en högre grad av ekonomisk utsatthet, såsom personer med ekonomiskt bistånd och arbetslösa, oftare avstår från att söka vård trots att de har behov, vilket kan tolkas som att grupper med socioekonomiskt utmanande livsvillkor har ett större behov av vård än vad som avspeglas i studier av vårdkonsumtion (Wamala, Merlo, Boström & Hogstedt 2007). Detta innebär att sjukvården skulle behöva ta en ännu tydligare kompensatorisk roll för att på ett jämlikt sätt möta befolkningens behov av sjukvård.

Våra tidigare utvärderingar av valfrihetssystem i svensk primärvård och uppföljningar av digitala vårdtjänster visar också att den ökade tillgängligheten till fysisk och digital primärvård framför allt tycks gynna socioekonomiskt starka grupper med relativt lättare hälsobesvär (Vård- och omsorgsanalys 2021a, 2022a).

6.1.3 Så här har vi analyserat den nära vården i landsbygd och i områden med socioekonomiska utmaningar

Vi har analyserat den nära vården i landsbygd och områden med socioekonomiska utmaningar utifrån patienternas perspektiv, de yrkesverksammas perspektiv och ett systemperspektiv.

För att analysera *patienters upplevelse* av vården i dessa områden har vi genomfört en patientenkät med hjälp av en webbpanel (för en mer utförlig beskrivning av metod se Vård- och omsorgsanalys 2022b), med frågor om patienternas upplevelser sådant som rör omställningens inriktningsmål, såsom tillgänglighet och delaktighet. Vi har också gjort en intervjustudie på flera språk, med fokus på omställningens inriktningsmål, för att ytterligare fördjupa förståelsen för hur utrikes födda patienter upplever vården i områden med socioekonomiska utmaningar.

För att belysa de *yrkesverksammas perspektiv* har vi använt enkätundersökningen till verksamhetschefer och särskilt analyserat vad som utmärker svaren från vårdcentraler i landsbygdskommuner och områden med socioekonomiska utmaningar. Vi har även använt uppgifter från IHP-undersökningen 2022, vars resultat på övergripande nivå har redovisats i kapitel 3. Vi har i denna del analyserat resultaten med fokus på om läkarna är verksamma i landsbygdskommuner, blandade kommuner eller storstadskommuner (Tillväxtverket 2021), eller i områden med socioekonomiska utmaningar eller bättre socioekonomiska förutsättningar, med utgångspunkt i SCB:s indelning av områdestyper (Delegationen mot segregation 2022a).

Vi har också intervjuat vårdcentraler och andra yrkesverksamma som verkar i områden med socioekonomiska utmaningar och möter en stor andel utrikes födda patienter. För att belysa förutsättningarna för vårdgivare i områden med socioekonomiska utmaningar och vårdgivare som möter utrikes födda patienter har vi kartlagt tillgången till kunskapsstöd.

För att belysa *systemperspektivet* har vi använt information om var samtliga vårdcentraler i Sverige är belägna. Det synliggör den strukturella fördelningen av vårdcentralerna i olika områden och kommuntyper och säger en del om vårdcentralernas förutsättningar för att ta sin roll i sjukvårdssystemet som helhet. Vi har också använt vår vårdcentralschefsenkät för att belysa skillnader i vårdcentralernas storlek (antal listade invånare) bemanningsnivå och anställningsbehov mellan olika områden och kommuntyper.

6.2 Erfarenheter av vården hos patienter i landsbygd och med olika utbildningsnivå och bakgrund

Våra analyser av patienters upplevelser av vården visar att patienter som bor på landsbygden generellt är mer nöjda med tillgängligheten i vården, jämfört med patienter i storstäder. De är dock mindre nöjda med informationen som de får av vården.

Patienter med en hög utbildningsnivå har mer negativa erfarenheter av tillgänglighet, delaktighet och samordning i vården, jämfört med dem med en lägre utbildningsnivå.

Patienter med utländsk bakgrund har sämre erfarenheter av vårdens tillgänglighet och av upplevelsen av att få vara delaktig i sin vård, jämfört med personer med svensk bakgrund.

6.2.1 Så här har vi analyserat skillnader i upplevelsen av vården mellan grupper

I en enkätundersökning som genomfördes år 2022 frågade vi patienter om deras upplevelser av vården när det gäller tillgänglighet, delaktighet, information och samordning. Vi ställde också ett antal bakgrundsfrågor om svarspersonens kön, ålder och utbildningsnivå samt om vilken kommuntyp hen bor i (Tillväxtanalys 2021). Vi frågade även var den svarandes föräldrar är födda; två utlandsfödda föräldrar räknas i våra analyser som utländsk bakgrund och minst en svenskfödd förälder räknas som svensk bakgrund. Vi ställde också frågor om de svarandes hälsotillstånd och om de har en fast läkarkontakt i vården.

I analyserna har vi fokuserat på skillnader i upplevelser för patienter som bor i landsbygd jämfört med andra geografiska områden, samt mellan patienter som har olika utbildningsnivå och svensk eller utländsk bakgrund. Utbildningsnivå är en variabel som ofta används för att belysa socioekonomiska skillnader.

Ytterligare bakgrundsfaktorer kan påverka individens upplevelser av vården, men de kan även påverka varandra. Därför har vi i vår analys använt regressioner som gör det möjligt att kontrollera för flera bakgrundsfaktorer samtidigt. Vi har inkluderat samtliga bakgrundsvariabler som nämns ovan, eftersom tidigare analyser har visat att alla dessa faktorer kan påverka upplevelser av vården. För en mer utförlig beskrivning av datainsamling och metod, se bilaga 7 i tidigare PM (Vård- och omsorgsanalys 2022b).

6.2.2 Bättre tillgänglighet i landsbygd än i storstäder, och patienter med högre utbildningsnivå är mer missnöjda med tillgängligheten

Enkäten innehöll frågor om patienterna upplevde att det varit lätt att komma i kontakt med vården och om det varit lätt att få träffa vårdpersonal vid behov. Frågorna hade fyra svarsalternativ på en skala mellan "aldrig" och "alltid".

Vi ser få skillnader i tillgänglighet utifrån var patienterna bor. Patienter i landsbygdskommuner (nära en större stad) och patienter i blandade kommuner (nära en större stad) upplever att de har en bättre tillgänglighet till vården än patienter i storstadskommuner.

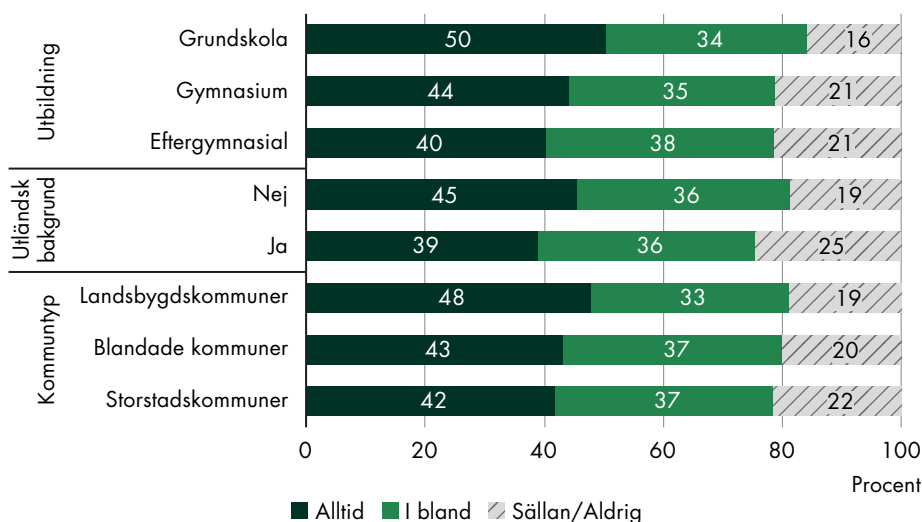
Patienter med högre utbildningsnivå har generellt sämre erfarenheter av tillgänglighet än de med lägre utbildningsnivå. Ju högre utbildning svarspersonerna har, desto mer negativa är deras upplevelser av tillgängligheten. En möjlig förklaring kan vara att man har olika förväntningar på vården.

Patienter med utländsk bakgrund har sämre erfarenheter av vårdens tillgänglighet i jämförelse med patienter som har svensk bakgrund.

Figur 25. Skillnader i patienters erfarenheter av vårdens tillgänglighet: jämförelser mellan olika utbildningsbakgrund, utländsk bakgrund samt kommuntyp.

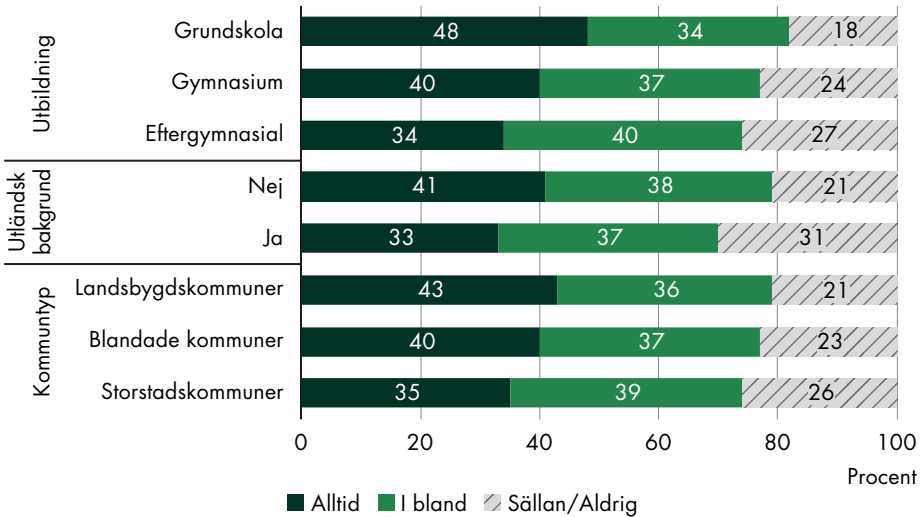
I vilken utsträckning har du under de senaste 12 månaderna upplevt:

Att det har varit lätt att komma i kontakt med hälso- och sjukvården?



Figur 25 (forts).

Att det har varit lätt att få träffa vårdpersonal när du behövt det?



Not. Antal svar: 4 848–4 899. Exkluderade svar: "Tveksam/vet inte".

Källa: Vård- och omsorgsanalys enkätundersökning till en befolkningspanel 2022.

6.2.3 Inga skillnader i delaktighet beroende på var man bor och högt utbildade patienter känner sig mindre delaktiga

Patienterna fick ange i enkäten om de tyckte att de fått vara delaktiga i sin vård, med fyra svarsalternativ på en skala mellan "inte alls" och "helt och hållet".

Vi ser inga signifikanta skillnader när det gäller patienters upplevelser av delaktighet utifrån var de bor.

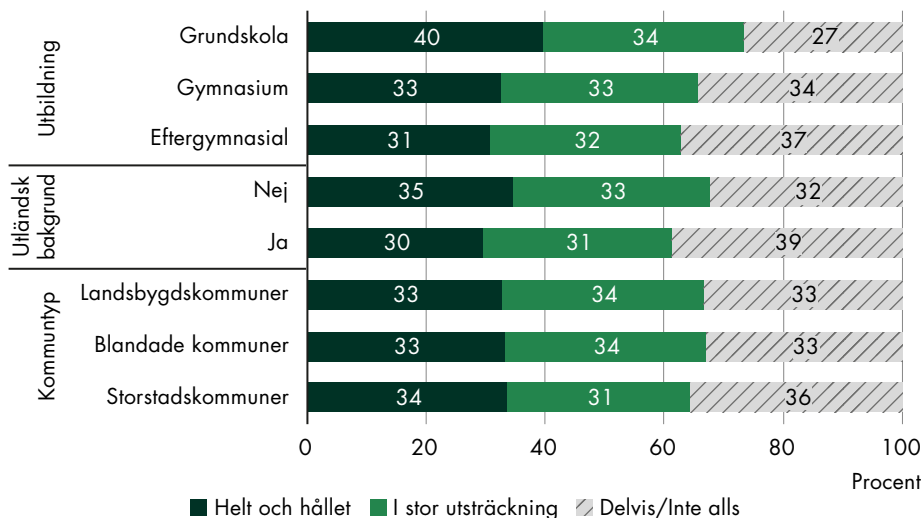
Patienter med hög utbildningsnivå upplever i lägre grad att de får vara så delaktiga som de vill vara, jämfört med patienter som har lägre utbildningsnivå. Vi ser även att patienter med gymnasieutbildning har sämre erfarenheter av delaktighet än patienter med endast grundskoleutbildning.

Patienter med utländsk bakgrund har sämre erfarenheter när det gäller möjligheten till delaktighet i sin vård jämfört med patienter med svensk bakgrund.

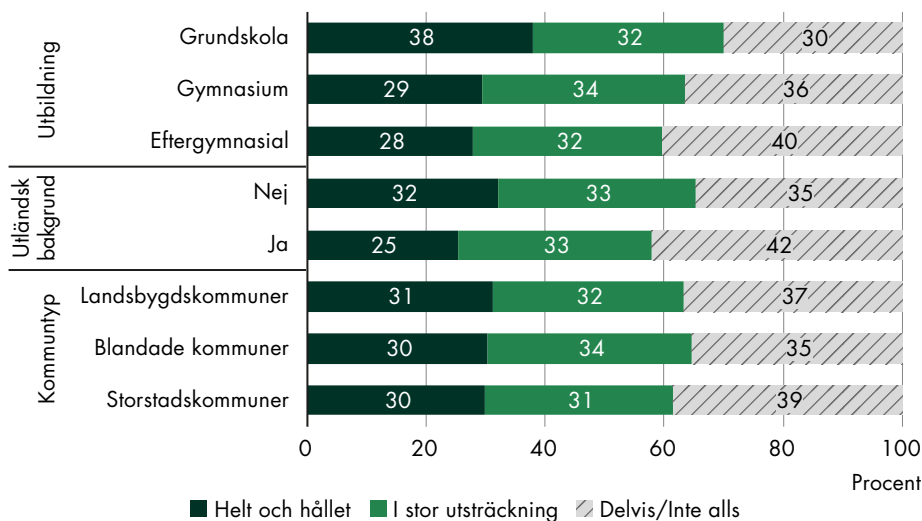
Figur 26. Skillnader i erfarenheter av patienters delaktighet i vården: jämförelser mellan olika utbildningsbakgrund, utländsk bakgrund samt kommuntyp.

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

Jag har känt mig trygg i att jag får den hjälp jag behöver?

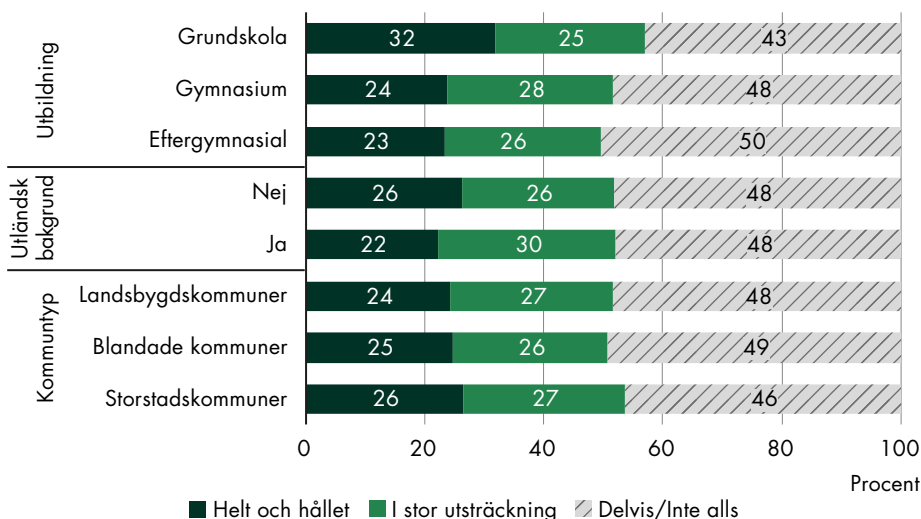


Vården var anpassad till mina behov och önskemål?



Figur 26 (forts).

Vården hjälpte mig att själv hantera/förbättra min egen hälsa, t.ex. genom stöd till egenvård?



Not. Antal svar: 4 931. Exkluderade svar: "Tveksam/vet inte".

Källa: Vård- och omsorgsanalys enkätundersökning till en befolkningspanel 2022.

6.2.4 Inga skillnader i samordning beroende på var man bor men patienter med hög utbildning har sämre erfarenheter

En av frågorna i enkäten gällde om patienterna ansåg att samordningen av deras olika vårdkontakter var ändamålsenlig. Frågan hade fyra svarsalternativ på en skala från "inte alls" till "i mycket hög grad".

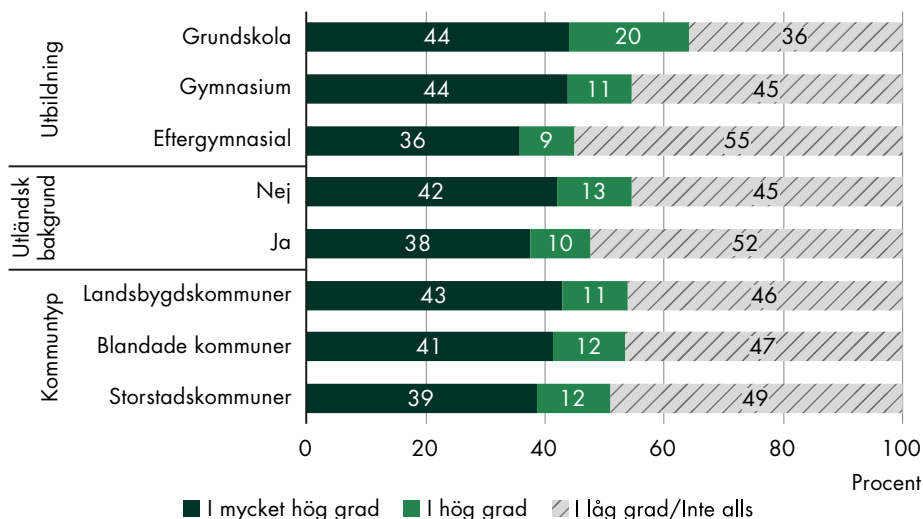
Vi ser inga signifikanta skillnader i upplevelser av samordning när det gäller patienter i landsbygdskommuner jämfört med andra kommuntyper. Patienter som bor i blandade kommuner (nära en större stad) har dock bättre erfarenheter än patienter i storstadskommuner.

Patienter med hög utbildningsnivå tenderar att ha sämre erfarenheter av samordningen av deras vårdkontakter än patienter med endast grundskoleutbildning.

Vi ser inga signifikanta skillnader när det gäller samordning utifrån utländsk kontra svensk bakgrund.

Figur 27. Skillnader i erfarenheter om att samordning av vårdkontakter sker på ett ändamålsenligt sätt: jämförelser mellan olika utbildningsbakgrund, utländsk bakgrund samt kommuntyp.

I vilken grad anser du att samordningen av dina kontakter med vården sker på ett ändamålsenligt sätt?



Not. Antal svar: 3 416–3 449. Exkluderade svar: "Tveksam/vet inte" och "jag har inte behov av samordning av mina kontakter".

Källa: Vård- och omsorgsanalys enkätundersökning till en befolkningspanel 2022.

6.3 Fördjupning om utrikes födda patienter i områden med socioekonomiska utmaningar

Våra tidigare enkätundersökningar till befolkning och patienter har visat att vissa grupper är svåra att nå. När det till exempel gäller personer med utländsk bakgrund får vi framför allt svar från dem som är väletablerade i Sverige, som har en högre utbildningsnivå och som troligen inte fullt ut representerar en heterogen grupp.

För att fördjupa vår analys av patienters erfarenheter av vården i områden med socioekonomiska utmaningar har vi därför genomfört en intervjustudie med utrikes födda personer som bor i sådana områden. Vi har frågat om deras erfarenheter av hälso- och sjukvården, med fokus på primärvården, och hur de tycker att vården borde utvecklas för att bättre möta deras behov. Intervjustudien visar att flera deltagare upplever att de har fått ett fördomsfullt bemötande i vården, och att de inte blir tagna på allvar när de söker vård. Deltagarna har svårt att förstå hur den svenska sjukvården fungerar och tycker att det finns stora skillnader mellan svensk sjukvård och sjukvård i andra länder. Erfarenheterna av hälso- och sjukvården påverkas också negativt av språksvårigheter och bristande kompetens bland vårdpersonalen när det gäller kulturella skillnader. Bestämmelser om sekretess och att all vårdpersonal har tystnadsplikt är något som deltagarna tycker är positivt och skapar trygghet.

6.3.1 Utrikes födda är kraftigt överrepresenterade i områden med socioekonomiska utmaningar

I områden med socioekonomiska utmaningar är utrikes födda personer kraftigt överrepresenterade. Cirka 33 procent av alla utrikes födda bor i områden med socioekonomiska utmaningar (områdestyp 1 och 2). Motsvarande andel för inrikes födda är 9 procent (Delegationen mot segregation 2022a). Det gör det särskilt intressant att belysa utrikes föddas erfarenheter av vården i dessa områden.

6.3.2 Så här har vi genomfört intervjustudien

Studien bygger på djupintervjuer med femton utrikes födda personer, som genomfördes under april och maj 2022. Deltagarna i studien har bott i minst ett år i Sverige, har erfarenhet av den svenska hälso- och sjukvården, bor i ett socioekonomiskt utsatt område och har sitt ursprung i landsgruppen ”Syrien/Irak/Egypten”, landsgruppen ”Somalia/Eritrea” eller Afghanistan. Bland deltagarna finns både män och kvinnor och de representerar olika åldersgrupper. Intervjuerna genomfördes av KAPI AB på vårt uppdrag. En fullständig redogörelse av resultaten från intervjustudien finns i publikationen *Utrikes födda patients erfarenheter av vården: en intervjustudie* (Vård- och omsorgsanalys 2023a).

6.3.3 Tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet värderas högt

Våra intervjuer visar att deltagarna, liksom befolkningen i stort, värderar tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet högt.

Många upplever att väntetiderna till vård är för långa och att det är svårt att boka tider, framför allt för att det är svårt att nå fram via telefonbaserade bokningssystem. De tar oftast kontakt med primärvården via telefon eller besök på vårdcentraler. Flera av deltagarna använder digitala tjänster, framför allt 1177 för rådgivning.

Bemötandet i vården lyftes av många intervjupersoner, som upplevt att personalen varit stressad, haft tidsbrist och inte visat tillräcklig omtanke i vårdkontakten, och de önskade längre besök hos läkaren eftersom de upplever att de inte hinner berätta klart om sina problem eller bli hjälpta på ett bra sätt.

” Jag skulle vilja ha mer tid under själv besöket. Ibland blir jag arg på personalen på vårdcentralen men egentligen tycker jag synd om dem. Har de ingen skam, läkarna borde inte gå med på att arbeta under dessa villkor. Jag tror att veterinärer har mer tid än vad läkare har för oss människor. De borde ut och demonstrera för så där ska man inte jobba.”

Vissa aspekter av delaktighet i vården lyftes fram särskilt, till exempel att få vara med och bestämma över vilken typ av vård de ska få (till exempel vilka mediciner som förskrivs), vilken typ av läkare de får träffa och om de ska träffa en kvinnlig eller manlig läkare.

Kontinuitet var viktigt för de flesta, bland annat för att det skapar trygghet. Det var särskilt viktigt att få träffa samma läkare.

Den svenska sjukvårdens bestämmelser om sekretess och att all vårdpersonal har tystnadsplikt lyftes fram som något positivt, vilket enligt deltagarna gjorde att de kände sig trygga i sina möten med vården.

”Det är jätteviktigt att få träffa samma läkare, jag kan säga att det är helt okej att träffa annan personal i form av receptionister eller sjuksköterskor. Men det är väldigt viktigt att få träffa samma läkare. Just för att läkaren kommer ha kännedom om min situation och kunna min sjukdomshistoria. Detta är väldigt viktigt och jag har märkt hur mycket tid det tar att förklara allt för en ny eller en annan läkare.”

6.3.4 Bristande kunskap och fördomar hos vårdpersonalen

Det finns flera gemensamma faktorer för deltagarna i vår intervjustudie. De berättar att de har mötts av fördomar och inte blivit tagna på allvar, att den svenska sjukvården är svårare för dem att förstå än andra länders hälso- och sjukvårdssystem och att språkliga och kulturella skillnader blir ett hinder för kommunikation och information i vården.

Att inte bli tagen på allvar

Känslan av att inte bli tagen på allvar var utbredd bland deltagarna i intervjuerna. Majoriteten hade varit med om att vårdpersonal inte lyssnat eller trott på dem, eller inte tagit dem på allvar när de sökt vård.

”När man pratar om sina smärtor och symtom då ska man bli behandlad efter det och bli trodd. Inte misstrodd för att man söker vård för sina smärtor och sjukdomar.”

”Det gör mig galen när de inte tar mig seriöst. Efter fyra år i Sverige blir jag galen.”

Några av deltagarna berättade att känslan av att inte bli tagen på allvar har gjort att de upplevt ett behov av att överdriva sina symtom eller sitt tillstånd. En deltagare beskrev det som att det blir en ond cirkel, där personalen inom vården har lärt sig att människor överdriver, men att överdrifterna beror på att de inte blir tagna på allvar. Deltagaren trodde inte att detta fenomen var lika utbrett bland personer som är födda i Sverige.

” De tar mig inte på allvar och man måste vänta ibland flera månader och det blir en ansträngande process. Det känns som om man beskriver saker på ett vanligt sätt så får man inte hjälp så man måste överdriva för att få vård. Det är tråkigt att man behöver göra det.”

Flera intervjupersoner nämnde att råd om egenvård och huskurer var något som förstärkte känslan av att inte bli tagen på allvar för tillstånden eller symtomen som de sökt vård för. Flera upplevde också att det är svårt att få tillgång till specialistvård och att de upplever läkare på vårdcentralen som ovilliga att skriva remisser. Även detta förstärkte känslan av att inte bli tagen på allvar.

Fördomar i bemötandet

Flera deltagare menar att de i kontakten med primärvården har upplevt att de fått ett sämre bemötande eller blivit bemötta med fördomar på grund av deras etnicitet, språkkunskaper, utbildningsnivå eller kultur. En person berättade att hens mamma har börjat använda slöja och i och med det får ett annat bemötande än tidigare. En annan deltagare menade att hen behandlades med mindre respekt för att personalen betraktade hen som invandrare.

” Jag är en utbildad kvinna med 10 barn, så varje vårdpersonal som träffade mig trodde att jag var en dum och misshandlad kvinna av hennes man. Eftersom frågorna de ställde till mig var; vill du ha fler barn? Vet du att du kan bestämma din framtid utan din man? Är det han som får dig att bli gravid så ofta? Och många andra frågor som jag inte vill upprepa eftersom det kommer att göra mig upprörd.”

” En gång var personalen jättetrevlig men de utgick från att vi åt vissa saker för att vi kommer från en viss kultur, det är inte professionellt. Att ta hänsyn är att ha förståelse för att man är van vid ett annat system men inte ha fördomar och kategorisera folk.”

” De antar alltid att icke svenska unga män i Rinkeby är knarklangare, eller så har du någon sjukdom som inte finns. Jag önskar att de slutar med det antagandet och måste tro på några unga män som har drömmar och är bra människor.”

Svårt att förstå det svenska vård- och omsorgssystemet

Flera intervjupersoner efterfrågade tydligare information om hur det svenska vård- och omsorgssystemet fungerar.

” Jag kommer inte härifrån. Jag visste inte hur det fungerar. [...] Att jag kan välja vårdcentral till exempel. Jag ville få information när jag kom hur vården i Sverige fungerar. Vad är en vårdcentral? En närakut? Vad räknas som akut? Man får inte information överhuvudtaget. Jag vill veta vad man kan göra om något blir värre. Svensk sjukvård är jätteduktig när det redan har gått för långt. De sätter inte igång med behandlingar i tid och sjukvården (specialistvården) kan vara så bra. Men primärvården är katastrof.”

En person beskrev hur hen har fått hjälp att förstå det svenska sjukvårdssystemet.

” Min man hade bott i Sverige 5 år när vi kom och han kunde svenska men inte så bra, så han var ingen hjälp. Men socialtjänsten och en kvinna som bodde på vår våning hjälpte mig mycket för att förstå allt i livet och vad jag behövde göra, till vem jag skulle ringa och mycket annat. Det var kvinnan som ringde barnmorskan och registrerade mig som gravid så att jag fick kontakt med barnmorskemottagningen. Och min sociala handledare bokade tider för alla mina barn på vårdcentralen och folktandvården.”

En annan person lyfte att det kan vara problematiskt om yngre familjemedlemmar förväntas hjälpa äldre i kontakten med vården.

” Jag är van vid att i mitt hemland så får hela familjen och vänner vara med men här är det inte så. Det hade varit bra om de förklarar mer varför. Det blir ett stort ansvar för mig att behöva ta ansvar för vården för mina föräldrar, för det krävs att någon kan svenska. Det är en stor belastning och det blir ibland mött med att man kan ta hand om sina föräldrar om man kommer från Mellanöstern. Man utgår från att jag ska ta hand om mina föräldrar för att jag kommer från Mellanöstern, men det kan bli så att man måste välja mellan att ta hand om sina föräldrar eller sina studier eller sig själv. Det är bra att de berättar att man har rätt till färdtjänst, trygghetslarm med mera så att man kan ta del av välfärden men det är många som inte vet om det och det är inget som vården berättar om, men jag har lärt mig om det via mitt jobb. De borde rekommendera att man tar hjälp av till exempel hemtjänst när det blir för mycket. Jag hade uppskattat att få veta om det långt innan jag lärde mig det.”

Behov av ökad kulturell förståelse

En deltagare efterfrågade en större förståelse för kulturella och religiösa skillnader och betonade hur viktigt det är att man känner att personalen förstår.

”Min religion och kultur, om jag till exempel behöver ta av mig kläderna, vilket jag kommer att göra, men bara för att förstå oviljan. Och om det är möjligt att inte ge mig vitaminmedicin med gelatin.”

En annan deltagare efterfrågade också en större medvetenhet inom den svenska sjukvården om dessa skillnader.

”För oss nyanlända behöver de vara medvetna om att vi kommer från ett annat system och därför är vi inte vana vid hur det fungerar, till exempel när det gäller att få träffa en läkare direkt. [...] Exempelvis är jag van vid att få antibiotika direkt när jag blev sjuk men när jag blev sjuk här fick jag bara Alvedon och då hade det varit bra om de förklarade för mig varför de gör så i Sverige. Då fick jag läsa på själv men de borde ha förklarat och vetat om att det är en stor skillnad.”

6.3.5 Kommunikation och användning av tolk

I intervjuerna frågade vi hur deltagarna gör sig förstådda och hur de kommunicerar med vården, hur de tycker att kommunikationen fungerat och vad vården kan göra för att underlätta kommunikationen.

Kommunikation är ett brett begrepp

Erfarenheterna av kommunikationen med primärvården varierar bland deltagarna. Vissa upplever svårigheter i kommunikationen och brister i tolkningen, medan andra tycker att det finns andra hinder för att få vård som är mer utmanande.

En av deltagarna som inte tycker att kommunikationen fungerar bra pekade på andra delar i kommunikationen än själva språket, exempelvis att kunna de sociala koderna, känna till sina rättigheter och våga ställa krav på vården. Detta var något som deltagaren menade att inrikes födda personer lär sig tidigt, men som blir ett problem för personer som är nya i Sverige.

Några av deltagarna kommunicerar på svenska med vården. De som intervjuades på svenska har inga stora svårigheter med språket längre. Däremot upplevde de svårigheter i sina kontakter med vården innan de lärde sig svenska och idag behöver några själva agera tolk åt närstående som annars hamnar utanför vården. Några deltagare kommunicerar på engelska och två personer berättade att det finns en arabisktalande läkare på vårdcentralen där de bor som de kommunicerar med på arabiska.

Erfarenheter av att använda tolk i sjukvården

Flera av deltagarna behöver tolk för att boka tid och under vårdbesöket. Några av de vi intervjuar tar hjälp av familjemedlemmar.

” Det går bra, läkaren är arabisktalande och det har gått väldigt bra, till den svenska läkaren har jag en arabisktalande tolk och hela kommunikationen fungerar bra och utan problem med alla. Jag upplever inga problem med den språkliga delen.”

En person påpekade att tolkservice först finns under besöket på vårdcentralen, men personer som inte kan svenska blir beroende av andra för att komma i kontakt med vården eftersom tidsbokningen i regel görs på svenska.

Några upplevde att det är svårt att få tid på vårdcentralerna, på grund av språksvårigheter eller sociala koder. Vissa av deltagarna har själva behov av tolk, eller har familjemedlemmar som behöver sådan hjälp. Ett par beskrev att de har fått hjälp av tolkar via telefon medan andra har fått agera tolk för familjemedlemmar, vilket skapar ett beroende av att ha familjemedlemmar med vid vårdkontakten.

” Jag måste boka tid till mina föräldrar, de får tolk när de väl får vård men de kan inte söka själva för det kan man bara göra på svenska, då blir de beroende av andra.”

En person beskrev det som att man som ny i Sverige måste lära sig sociala koder för att kunna boka tid, eftersom man behöver veta hur man ska beskriva sina problem och veta vem man ska vända sig till för att få hjälp.

” Det funkar inte bra, det blir som en talang att kunna få en tid. Det är så mycket sociala koder som jag inte kunde förut. Det kan vara svårt att säga nej som nyanländ och ställa krav. Och språket blir ett hinder, särskilt när man inte kan lagarna i Sverige. Inrikes födda lär sig det från början och från sina föräldrar. Men jag vet inte vad jag ska säga när jag har väntat länge och de ber mig vänta längre. Man känner inte till sina rättigheter eller vad man får ha för synpunkter. Man vågar inte klaga för då känns det som att de kanske inte kommer hjälpa en nästa gång.”

Ett problem som flera deltagare tog upp var erfarenheter av att tolken tolkat fel.

” Jag kan kommunicera på arabiska eller engelska vilket är bra. Det finns några tolkar som tolkar fel, det översätter inte alls som jag säger t.ex. när jag säger pekfinger så översätter de det bara till finger. Läkaren sa att vi kan fortsätta utan tolk för att läkaren märkte att det blev fel. Så nu använder jag mig inte av tolk. Det finns olika dialekter på arabiska och det kan vara väldigt olika.”

En av deltagarna berättade också om svårigheterna att hålla en flytande och nyanserad dialog med tolk, och tog bland annat upp komplexiteten i hur man pratar om smärta inom olika kulturer.

Det är inte alltid personalen förstår mina föräldrar även om de har tolk för hur man pratar om smärta på arabiska kan inte alltid översättas direkt, det kan behövas en kulturell tolkning också och så finns det många olika arabiska dialekter. Därför vill ofta min mamma att jag följer med hellre än att ha en tolk."

En deltagare förklarade hur en kulturell tolkning skulle kunna se ut:

Det vore bra att få mer information om hur man ska prata med läkare i Sverige, hur vården fungerar. Inte hur man kontakter vården men mer hur man kommunicerar sina behov. Vården skulle också kunna bli bättre på att tolka kulturskillnader i hur man pratar om vårdbehov och smärta."

I intervjuerna framkom flera idéer om vad som skulle kunna underlätta kommunikationen. Det handlade om att få mer tid i mötet och att vårdpersonalen skulle bli bättre på att uttrycka sig på lätt svenska och använda kroppsspråk för att underlätta för patienterna.

En person föreslog en ledningscentral med ett specifikt nummer för olika språk där personer kan få hjälp med tidsbokning. Flera av deltagarna menade också att tolkservicen inom vården måste bli bättre.

6.3.6 Erfarenheter av andra vårdssystem påverkar synen på vården

Flera deltagare jämförde vården i födelselandet med den i Sverige. Många var vana vid att få träffa en specialistläkare som första vårdkontakt. Flera av deltagarna uttryckte också att de har större förtroende för specialistvården i Sverige än primärvården och önskar att det var lättare att få träffa en specialistläkare. Primärvården upplevs därmed ibland snarare som ett hinder för vård än som den första vårdnivån.

Det känns som att de går runt innan man kan få de mer avancerade undersökningarna, det känns om att de börjar med det lättaste och billigaste och då kan det bli som för min mamma att de provar samma sak om och om igen. Vi är vana vid den privata sektorn där man får mer specialiserad hjälp direkt. Mitt förtroende skulle öka om jag snabbare fick träffa en specialist, det går snabbast att få tid på vårdcentralen men sen kan det ta lång tid."

Deltagarna gav många exempel på hur läkare är mer upphöjda och har större auktoritet i födelseländerna än i Sverige. Detta är också något som påverkar förtroendet för läkarens kompetens att göra medicinska bedömningar och ge rätt vård.

” Mina föräldrar tror inte alls på vården här, de förstår inte skillnaden mellan de två olika systemen, det handlar om väntetiderna och de undrar varför de ska gå till en allmänläkare innan de får komma till en specialist och de känner att läkarna inte har kompetens för att de kollar på datorn, typ Google och 1177, snarade än att göra en fysisk undersökning.”

Vissa söker alternativ till den svenska sjukvården

Deltagarna fick berätta ifall de har erfarenhet av att söka vård från andra organisationer eller sammanhang utanför familjen eller sjukvården. Det handlade framför allt om att man sökt vård på distans hos vårdgivare i sina hemländer, exempelvis för att de redan har en läkare som de litar på eller efterfrågar mediciner som de inte har tillgång till i Sverige.

Två personer beskrev att de använde tjänsten Whatsapp för att kontakta en specifik läkare eller ställa frågor i en chattgrupp:

” Ibland kontaktar jag en läkare på Whatsapp i mitt hemland. Jag fick kontakten via någon i min familj. Då har jag fått rådgivning och de har, via någon i min familj, skickat mediciner till mig då. När saker är receptfria i mitt hemland men inte här, då har vi gjort så. Man kan köpa nästan allt receptfritt där.”

” Det finns också en Whatsapp-grupp med läkare som ger rådgivning på arabiska. Den heter läkare i Sverige men på arabiska och då kan man skriva till dem och få rådgivning. Man kan skicka bilder, som hos digitala vårdgivare och så ger de råd gratis.”

6.4 Yrkesverksammas perspektiv på nära vård i landsbygd

I det här avsnittet belyser vi yrkesverksammas perspektiv på den nära vården på landsbygden, genom att analysera enkätsvar från vårdcentralschefer och primärvårdsläkare med fokus på hur man ser på förutsättningarna för att bedriva vård i landsbygd. Enligt underlagen tycker vårdcentralschefer i landsbygdskommuner att digitala lösningar i vården, en stärkt samverkan och utökat stöd till egenvård är viktiga utvecklingsområden som skulle stärka vårdgivare på landsbygden. Primärvårdsläkare i landsbygdskommuner anser också i genomsnitt att de har bättre förutsättningar för att ta ansvar för vården för sina listade invånare än läkare i andra kommuntyper, och de är mer nöjda med sin medicinska fortbildning.

6.4.1 Vårdcentralschefer i landsbygd tycker att mer stöd till egenvård är viktigare för omställningen än andra chefer

I vår enkät fick vårdcentralschefer svara på frågor om förutsättningarna för omställningen till en god och nära vård, vilket har redovisats på en övergripande nivå i kapitel 4. Utöver det har vi analyserat enkätsvaren med fokus på om vårdcentralerna är belägna i landsbygdskommuner, blandade kommuner eller storstadskommuner (Tillväxtverket 2021).

Våra analyser visar att chefer för vårdcentraler i landsbygdskommuner i högre grad anser att utökade möjligheter för patienters egenvård (såsom självmonitorering) är viktigt för att nå omställningens mål, jämfört med chefer i andra kommuntyper (52 respektive 43 procent anser att det är mycket viktigt).

Vårdcentralschefer i landsbygdskommuner tycker också generellt att samverkan med elevhälsan fungerar sämre, jämfört med vårdcentralschefer i andra områden: 31 procent respektive 19 procent av cheferna svarar att samverkan med elevhälsan fungerar dåligt eller mycket dåligt.

En fråga gällde vilka hinder som vårdcentralscheferna ser för en god samverkan, och chefer på landsbygden anger i lägre utsträckning att det saknas ekonomiskt utrymme i vårdcentralens uppdrag, jämfört med andra chefer (37 procent respektive 46 procent). Däremot tycker en högre andel att svårigheter att enas om kostnadsansvar är ett av de största hindren för samverkan (40 procent respektive 30 procent).

6.4.2 Vårdcentralschefer anser att utvecklingen av digitala lösningar och stärkt samverkan är viktiga förutsättningar för att bedriva vård i landsbygd

I enkätundersökningen fick chefer för vårdcentraler i avlägset belägna landsbygds-kommuner en fritextfråga om hur deras förutsättningar för att ge en god och nära vård kan förbättras för patientgrupperna som de möter. Svaren från 79 vårdcentralschefer sammanfattas nedan.

Fortsatt utveckling av digitaliserad vård är viktigt

Den vanligaste typen av fritextsvar handlar om vikten av en ökad digitalisering av sjukvården, exempelvis genom ökad användning av digitala patientbesök, digital konsultation mellan hemsjukvården och den specialiserade vården och möjligheter till hemmonitorering. Utmaningar med digitala lösningar berörs också, exempelvis att äldre patienter kan sakna förmåga och tekniska hjälpmedel för att ta del av digitala vård.

// *Det är stora avstånd där tekniska hjälpmedel hade underlättat, exempelvis distansmonitorering, hemsjukvårdsbesök digitalt etc.”*

Mer resurser behövs för att uppnå en tillräcklig bemanning

Många efterfrågar ökade resurser för att vårdcentralen ska nå målen om en god och nära vård. Det är framför allt behovet av ökad bemanning som lyfts fram. Flera av de svarande tar upp att vårdcentraler i glesbygd har en särskilt resurskrävande verksamhet, eftersom befolkningen består av en större andel äldre med stora vårdbehov. Dessutom innebär de stora avstånden mer omfattande res- och arbetstidskostnader vid exempelvis hembesök.

” Högre läkarbemanning ger bättre kontinuitet och möjlighet att lista på fast läkarkontakt. Högre läkarbemanning innebär också bättre möjligheter till att samverka med hemsjukvård, göra SIP:ar och hembesök hos våra sköraste patienter.”

” Vi har en utmaning i att vara en liten Hälsocentral på en liten ort med stort antal äldre samt med hög sjuklighet. Vi upplever att det behövs mer resurser för att kunna erbjuda en God och nära vård.”

Brister i kompetensförsörjningen ett tydligt hinder och vikten av att erbjuda attraktiva arbetsvillkor i landsbygd betonas

En betydande andel av fritextsvaren lyfter utmaningar med kompetensförsörjningen. Framför allt är det svårigheterna med att rekrytera specialistläkare i allmänmedicin som lyfts fram, men det beskrivs också som svårt att rekrytera psykologer, sjuksköterskor och fysioterapeuter. Flera svarande beskriver att det behövs särskilda åtgärder för att göra det mer attraktivt att jobba utanför tätorterna, exempelvis bättre lön och särskild ersättning för reskostnader. Flera betonar också att det stora beroendet av hyrläkare påverkar verksamheten negativt, eftersom kontinuiteten minskar och stora resurser tas i anspråk.

” Otroligt svårt att rekrytera allmänspecialister. Och då kan vi inte heller utbilda ST läkare, som faktiskt söker sig hit. Unga människor som skulle kunna vara resurs för vårdcentralen och patienter får inte jobb pga korkade regler om att Allmänspecialist måste vara på plats. Man måste anpassa kokboken till verkligheten och inte tvärtom. Är det svårt med allmänspecialister i glesbygden kanske skulle vi börja handleda ST digitalt.”

” Om man verkligen vill uppnå jämlik vård behöver man locka fler vårdutbildade till att jobba utanför tätorten. Vi har haft stora svårigheter med läkarrekrytering sedan mer än 20 år, tendens till det sämre eftersom det nu även är svårt att få hit hyrläkare. Senaste 5 åren har vi även fått svårt att rekrytera andra vårdyrken (förutom undersköterskor).”

Behov av stärkt samverkan mellan vårdcentraler, kommuner och den specialiserade vården med IT-system som stödjer informationsdelning

Fritextsvaren visar att bättre samverkan är ett viktigt utvecklingsområde, som skulle stärka förutsättningarna för vårdcentraler i landsbygden. Flera av kommentarerna gäller samverkan i allmänhet mellan vårdcentralen, kommunen och den specialiserade vården, där ett närmare samarbete beskrivs som bättre för patienten och mer resurseffektivt. Mer specifikt nämner flera att mobila insatser är ett viktigt utvecklingsområde, exempelvis i form av fler hembesök och ambulerande team som kan besöka patienter med mer akuta behov. Flera fritextsvar innehåller exempel på vårdcentraler som har en nära samverkan med andra aktörer, exempelvis den specialiserade vården, och gemensamt bemannar mobila team.

“ Vi arbetar hela tiden för att patienterna skall kunna mötas där de är och slippa onödiga resor. Vi behandlar mer på plats, bedömer svårt sjuka patienter och har möjlighet att starta behandlingar på hemvårdcentralen. Vi har ett samarbete med ambulansen med en bedömningsenhet som kan åka hem till patienter för att undvika onödiga inläggningar.”

Ett antal svar beskriver specifikt ett behov av mer stöd från den specialiserade vården och en bättre kommunikation om patienter som skrivs ut från slutenvården.

När det gäller samverkan mellan vårdcentral och kommun är det flera svar som lyfter behovet av en tydligare ansvarsfördelning mellan vårdcentralen och hemsjukvården, samt ökad tydlighet om vem som ska bära kostnadsansvaret, för att slippa fastna i ekonomiska diskussioner.

Många som nämner samverkan betonar också att det behövs mer ändamålsenliga IT-system som kan underlätta informationsutbytet mellan regioners och kommuners olika verksamheter.

“ Vi utför en mycket god nära vård anser vi och huvuddelen av våra patienter. Men det innebär mkt arbete för vår personal. Vi upplever oss ofta överkörda av sjukhusläkarna. Vi saknar epikris när patienterna kommer till boendena. Denna MÅSTE finnas med direkt eftersom patienterna är svårt sjuka. Den skrivs ofta ut 1–2 v efter patienten anlänt.”

“ Se över hur motsättningar, kommun och region kan lösas. Hur gärna vi än vill så slutar samtliga diskussioner i vem som betalar och vems resurs som ska utföra åtgärden.”

“ Samverkan styrd utifrån gemensam budget och journalsystem. Tydliggörande till kommunen om att det överförts skatteväxlade pengar och att vi måste vara överens om vad vi är överens om.”

Fungerande infrastruktur är en förutsättning för nära vård

I flera fritextsvar betonas att möjligheten att bedriva en nära vård är beroende av fungerande infrastruktur i samhället i stort, till exempel tillräckliga buss- och färjeförbindelser och ett utbyggt fibernät som möjliggör digitala vårdbesök och självmonitorering på distans.

”Bättre kommunikationer, skulle vara till fördel för både patienter och personal.”

”Det är inte alla i vårt område som har tillgång till bredband och ibland är det dålig täckning för mobiltelefon.”

6.4.3 Primärvårdsläkare i landsbygd har bättre förutsättningar för att ta ansvar för sina listade invånare och är mer nöjda med sin medicinska fortbildning

Våra analyser av IHP-undersökningen 2022 visar att en lägre andel av primärvårdsläkarna i landsbygd har en personlig lista med invånare som de är fast läkarkontakt för, jämfört med primärvårdsläkare i storstadskommuner och blandade kommuner (65 respektive 72 procent).

Sett till primärvårdsläkare med en personlig lista kan vi se att läkare i landsbygds-kommuner i genomsnitt ansvarar för färre individer: 11 procent hade fler än 2 000 patienter på sin lista, jämfört med 19 procent av läkare i blandade kommuner och storstadskommuner. Primärvårdsläkare på landsbygden upplever också i högre utsträckning att de har möjlighet att ansvara för vården av patienterna på sina listor (65 procent instämmer helt eller i stor utsträckning), jämfört med läkare i storstadskommuner och blandade kommuner (57 procent).

I landsbygds-kommuner är det även en större andel av primärvårdsläkarna som svarar att de får den fortbildning de behöver för att upprätthålla och utveckla sin medicinska kompetens (52 procent instämmer helt eller i stor utsträckning, jämfört med 46 procent).

Det finns dock ingen signifikant skillnad mellan kommuntyp i andelen primärvårdsläkare som tycker att de får den utbildning de behöver för att utveckla sina egna och organisationens arbetssätt.

6.5 Yrkesverksammas perspektiv på nära vård i områden med socioekonomiska utmaningar

I det här avsnittet belyser vi yrkesverksammas perspektiv på den nära vården i områden med socioekonomiska utmaningar. Vi har analyserat enkätsvar från vårdcentralschefer och primärvårdsläkare med fokus på dessa områden, men också intervjuat yrkesverksamma. Dessutom har vi kartlagt kunskapsstöd med

fokus på utrikes födda patienter och patienter som lever under socioekonomiskt utmanande förhållanden.

Analyserna visar att vårdcentralschefer i områden med socioekonomiska utmaningar tycker att kompetensutveckling är viktigare för att nå omställningens mål än chefer i andra områden. Cheferna tycker också att en god bemanning och insatser för att främja en god kommunikation med patienterna är särskilt viktiga. Primärvårdsläkare i områden med socioekonomiska utmaningar upplever samtidigt att de har bättre förutsättningar för att ta ansvar för sina listade invånare än läkare i andra områden.

Kunskapsstöd för vårdgivare i områden med socioekonomiska utmaningar och utrikes födda patienter är en komplex fråga, eftersom det berör en heterogen patientgrupp med varierande behov.

6.5.1 Vårdcentralschefer i områden med socioekonomiska utmaningar tycker i högre grad att kompetensutveckling är viktigt för att nå omställningens mål

I vår enkät fick vårdcentralschefer frågor om förutsättningarna för omställningen till en god och nära vård, och resultaten har redovisats på en övergripande nivå i kapitel 4. Utöver det har vi analyserat enkätsvaren med fokus på om vårdcentralerna är belägna i områden med socioekonomiska utmaningar eller områden med bättre socioekonomiska förutsättningar, med utgångspunkt i SCB:s indelning av områdestyper (se bilaga 1).

I områden med socioekonomiska utmaningar svarar fler att det är mycket viktigt med utökade möjligheter till kompetensutveckling (66 procent) och utvecklade kunskapsstöd (55 procent), jämfört med vårdcentralschefer i andra områden (58 respektive 42 procent). Vårdcentralschefer i områden med socioekonomiska utmaningar svarar dock i lägre utsträckning att utökade ekonomiska resurser är mycket viktigt för att klara omställningen (77 procent), jämfört med chefer i övriga områden (87 procent).

Samverkan med socialtjänsten och med den kommunala hemsjukvården tycks fungera bättre i områden med socioekonomiska utmaningar. Andelen vårdcentralschefer som svarar att samverkan fungerar dåligt eller mycket dåligt med socialtjänsten och med den kommunala hemsjukvården är 18 respektive 6 procent, jämfört med 29 respektive 12 procent i övriga områden. Vårdcentralschefer i områden med socioekonomiska utmaningar svarar också i lägre utsträckning att avsaknad av ekonomiskt utrymme är ett av de största hindren för samverkan (32 procent) jämfört med chefer i övriga områden (46 procent).

6.5.2 Vårdcentralsschefer anser att god bemanning och insatser för god kommunikation med patienter är viktigt för vårdgivare i områden med socioekonomiska utmaningar

Chefer för vårdcentraler i områden med socioekonomiska utmaningar (områdestyp 1 och 2) fick i vår enkät möjligheten att i fritext beskriva hur förutsättningarna för att ge en god och nära vård kan förbättras för grupperna som de möter. Svaren från 31 vårdcentralsschefer sammanfattas nedan.

Patienternas behov kräver mer resurser av vårdcentralen

Enligt svaren är det generellt mer resurskrävande att bedriva vård i områden med socioekonomiska utmaningar. Patienterna har mer omfattande hälsobesvär, och man behöver lägga mer tid på information och dialog, för att patienterna ska förstå sina sjukdomar. Besöken tar generellt längre tid och behovet av tolk nämns på många håll. En del tar upp ökad administration, såsom att läkarna behöver skriva intyg till myndigheter och liknande.

Ytterligare något som lyfts fram är att dessa områden präglas av sociala utmaningar, där många patienter är arbetslösa och har låg utbildningsnivå, vilket påverkar deras möjligheter att ta hand om sin hälsa. Flera svarande lyfter att det hälsofrämjande arbetet är viktigt och att det behövs förebyggande insatser som stärker invånarnas kunskap om hälsosamma levnadsvanor.

Flera respondenter nämner att de uppskattar den ökade ersättning de får utifrån att området klassas som mer vårdkrävande, enligt exempelvis Care Need Index (CNI).

- ” Bättre ekonomiska förutsättningar för att kunna bemanna bättre då alla besök tar längre tid pga. tolkbehov och språksvårigheter.”
- ” Mycket av läkarnas tider faller bort för att skriva massa intyg till olika myndigheter, man behöver skriva rätt sökord/diagnoser i journalföringen för att få rätt ersättning, allt detta tar tid och då faller det bort läkartider istället.”
- ” Vi ligger i ett socioekonomiskt område och detta är en stor utmaning för oss att uppnå alla rekommendationer. Våra patienter behöver mer tid för information och flera besök för att kunna få förstå deras sjukdomar och kunna medverka. Det mest kroniker som inte förstår hur viktigt att komma för kontroll, de söker mest akut.”
- ” Vi ligger långt från stan (30 km) och våra patienter väljer ibland bort att åka till specialist-vården då bussbiljetterna kostar, lika så väljer vissa att inte ta rekommenderade mediciner då de kostar för mycket.”

God tillgänglighet och möjligheten att besöka vårdcentralen fysiskt är viktigt

Vikten av god tillgänglighet återkommer i fritextsvaren. Ett exempel är att vårdcentralerna behöver hitta nya möjligheter för tidsbokning, eftersom många patienter har svårt att förstå instruktioner över telefon. En vårdcentralschef påtalar att det behövs personal som fungerar som vård i väntrummet och hjälper patienter till rätt ställe. Ett av fritextsvaren betonar behovet av kunskapshöjande insatser så att medborgare och patienter förstår mer om hur det svenska sjukvårdssystemet fungerar och hur de gör för att söka vård.

En svarande beskriver att tillgången till samarbetspartner såsom fysioterapeuter är låg i deras område, vilket i förlängningen ger sämre möjligheter till nära vård för deras patienter.

”Pga att marknaden styrs av ekonomiska intressen och området inte är attraktivt leder det till minskad tillgänglighet. Tillgången till vård i området skiljer sig från andra områden. Avstånd till viktiga vårdaktörer (sjukgymnast, logoped, dietist mm) leder till ojämlik vård och inte god och nära vård geografiskt.”

”Vi behöver utforma vårdcentralens tjänster utifrån medborgarnas behov i detta område, behöver göra mer av medborgarinformation. Vi behöver även arbeta med kunskapshöjande insatser om hur den svenska hälso- och sjukvården fungerar.”

Språkstöd och kulturkompetens är viktiga verktyg för bra kommunikation

Ett centralt tema är behov av insatser som möjliggör en god språklig förståelse mellan patienter och vårdpersonal. Flera vårdcentralschefer påpekar att de arbetar för god tillgänglighet till tolk och att information till patienter alltid behöver finnas på flera språk.

En del menar också att vårdgivare behöver ha en god kulturell förståelse för att uppnå bra patientmöten, exempelvis göra personalen medveten om hur man i olika kulturer pratar om sjukdomssymtom och att vissa sjukdomar kan vara tabubelagda. En respondent beskriver att vårdcentralen har mångkulturell personal som är en viktig tillgång när det gäller att möta patienterna utifrån deras förutsättningar och tillgodose deras behov.

”När det gäller den psykiska ohälsan vi har mycket att göra. Att söka för psykisk ohälsa är tabu.”

”Vi har också behov av andra specialister, så som kvinnliga gyn läkare spec då många (av våra patienter) kommer från andra länder (och efterfrågar det).”

Samverkan med skola, kommun och civilsamhället är ett viktigt verktyg

Samverkan med andra aktörer i närområdet beskrivs i flera fritextsvar som en viktig komponent i vårdcentralernas arbete. Flera lyfter fram kommun och skola, men även civilsamhällets organisationer såsom Somaliska föreningen och andra kulturföreningar.

6.5.3 Primärvårdsläkare i områden med socioekonomiska utmaningar upplever bättre förutsättningar för att ta ansvar för sina listade invånare

Våra analyser av IHP-undersökningen 2022 visar ingen signifikant skillnad mellan primärvårdsläkare i områden med socioekonomiska utmaningar och läkare i andra områden när det gäller andelen som har en personlig lista med invånare som de ansvarar för. Däremot har primärvårdsläkare i områden med socioekonomiska utmaningar i genomsnitt färre personer på sin lista jämfört med läkare i andra områden. Andelen läkare med 2 000 eller fler patienter på sin lista är 12 respektive 19 procent. Primärvårdsläkare i områden med socioekonomiska utmaningar svarar också i högre utsträckning att de har möjlighet att ansvara för vården av sina listade invånare (67 procent instämmer helt eller i stor utsträckning, jämfört med 57 procent i andra områden). De svarar också i lägre utsträckning att de är mycket eller oerhört stressade (61 respektive 67 procent).

Primärvårdsläkare i områden med socioekonomiska utmaningar svarar också i högre utsträckning att de får den fortbildning som de behöver för att upprätthålla och utveckla sin medicinska kompetens, jämfört med läkare i andra områden (56 respektive 46 procent). Vidare tycker de i högre utsträckning att de får den utbildning som behövs för att utveckla sina egna och organisationens arbetssätt (35 respektive 29 procent).

6.5.4 Hälsokommunikatörer och vårdcentralschefer i områden med socioekonomiska utmaningar belyser vårdgivarnas förutsättningar för att möta patienternas behov

Vi har intervjuat ett urval yrkesverksamma som har erfarenhet av att jobba i områden med socioekonomiska utmaningar och med utrikes födda patientgrupper. De ger flera exempel på att vårdgivarnas arbete påverkas av att en stor andel av patienterna är födda och uppvuxna i andra länder än Sverige. I många fall krävs mer resurser för att planera och anpassa patientmöten till patienternas behov, och vårdgivarna ser att de behöver arbeta med att ha en god tillgänglighet och kontinuitet, samt säkerställa språkligt stöd och god kulturkompetens för att personalen ska kunna möta patienternas behov på ett bra sätt.

Vi har intervjuat hälsokommunikatörer och vårdcentralschefer

Vi har intervjuat tre chefer för vårdcentraler i områden med socioekonomiska utmaningar på olika platser i Sverige. Vi har också intervjuat fyra hälsokommunikatörer som är verksamma i Region Jönköping, där de arbetar regionsövergripande för att underlätta för utrikes födda i den svenska sjukvården. Hälsokommunikatörerna arbetar med utbildningsinsatser och vägledning till både patienter och yrkesverksamma. Intervjuerna med vårdcentralschefer genomfördes november 2022-januari 2023 och hälsokommunikatörerna intervjuades i december 2021. Vi utgick från en semi-strukturerad intervjuguide, och fokuserade på hur de yrkesverksamma upplever patientgruppens behov och hur förutsättningarna ser ut för vårdgivare i områden med socioekonomiska utmaningar och med en stor andel utrikes födda. En förteckning över våra intervjupersoner finns i bilaga 3.

Patienter har komplexa behov som kan påverkas av ekonomisk utsatthet

Intervjupersonerna upplever att patienter i områden med socioekonomiska utmaningar i allmänhet har omfattande behov av stöd från sjukvården, både rent medicinska behov men också utifrån att de är socialt och ekonomiskt utsatta. En stor andel har flera sjukdomar samtidigt och generellt ett hälsotillstånd som är sämre än vad det borde vara, givet patientens ålder. Många patienter beskrivs lida av underliggande psykisk ohälsa, som kan vara svår att prata om eftersom det av många upplevs som tabubelagt och skamligt.

Flera intervjupersoner beskriver att många patienter har ekonomiska problem och svårt att betala för vårdbesök och läkemedel, vilket kan försämra sjukdomsförloppet. I intervjuerna beskrivs att personalen kan känna sig otillräcklig, eftersom patienternas behov är så omfattande och delvis går utanför hälso- och sjukvårdens grunduppgift.

// *Många är också så sjuka, de har många sjukdomar samtidigt, och även om de är 'nya' eller 'unga' i sina sjukdomar så har de ett hälsotillstånd som är mycket sämre än vad det ska vara för deras ålder, de är mellan 10 och 20 år äldre. Vi har en stor grupp patienter mellan 50 och 60 år som har en hög belastning på sin hälsa, som vi möter här."*

Behov av mer resurser för en tillräcklig bemanning på vårdcentralen

När vi frågar intervjupersonerna om vilket stöd de behöver för att verksamheten ska fungera, och deras svar handlar framför allt om mer resurser. Mer konkret handlar det om att kunna ha fler läkare och annan personal som bemannar verksamheten för att möta patienternas behov på ett bra sätt. Man ser att patientmötena generellt tar längre tid, både för att patienternas problematik tar längre tid att utreda och bedöma, och för att kommunikation och informationsöverföring tar längre tid.

En av vårdcentralscheferna berättar att vårdcentraler i områden med socioekonomiska utmaningar visserligen får högre ersättning, exempelvis genom CNI-indexering, men att det inte räcker för att kompensera för de förhöjda behoven. En annan ser med oro på den sänkning av CNI-indexeringen som just beslutats för vårdcentraler i den egna regionen.

”Den ekonomiska justeringen som vi får för att kompensera för att våra patienter har större behov, den räcker inte, CNI-tillägget räcker inte på långa vägar. Vi skulle behöva mycket mer”.

Stort behov av tillgänglighet och fysiska besök hos vårdgivaren

I intervjuerna beskrivs att patienterna i allmänhet har ett stort behov av tillgänglighet och att det är viktigt för dem att snabbt få kontakt med sin vårdgivare och få tid för besök. Många har på grund av språksvårigheter svårt att ta kontakt per telefon och kommer i stället till vårdcentralen, utan att ha en tid bokad, vilket gör att vårdgivare behöver ha en beredskap för att informera och vägleda de som söker kontakt på det sättet.

Närhetsprincipen beskrivs som viktig för patienter i dessa områden eftersom många har svårt att ta sig till platser långt hemifrån, exempelvis för att de saknar körkort. En vårdcentralschef beskriver att de försöker remittera patienterna till vårdgivare som ligger geografiskt nära vårdcentralen, men att det kan vara svårt när det gäller specialiserad vård, som ofta finns i centrala delar av staden.

”Patienterna har ett stort behov av tillgänglighet och trygghet, och det gäller inte bara läkarbesök utan också kontakter med fysioterapeuter, sjuksköterskor och arbetsterapeuter i större utsträckning än vad man kan tro. Vi möter kroniker, många är diabetiker och rökare, ja vi behöver mycket kompetent personal. Och sen är det inte alltid komplexa medicinska problem det handlar om, utan komplexa kommunikationsproblem – och vi måste finnas här för att kommunicera annars åker de till akuten istället.”

Bristande kommunikation kräver insatser för att inte bli ett hinder i mötet mellan patienter och yrkesverksamma

Våra intervjupersoner möter många patienter som behöver hjälp med språket i sina kontakter med vården. Behovet av språkligt stöd varierar, men brister i kommunikationen kan leda till missförstånd även för patienter som behärskar svenska, och patientsamtalen tar generellt längre tid.

Användning av tolk beskrivs som en del av vardagen för vårdgivare i områden med många utrikes födda patienter, och i många fall beskrivs det fungera väl. Samtidigt är det ett moment som kräver planering och tar tid för personalen, som dagligen ser över kommande tolkbokningar. I vissa fall kan tillgången till tolk med rätt kompetens vara en utmaning; exempelvis finns många arabiska dialekter och

det är inte självklart att patientens och tolkens dialekt stämmer överens.

Det händer regelbundet att patienter har med sig närstående som tolkar, vilket kan fungera bra. Det leder dock till att anhöriga får ta del av information utan att patienten kan välja vad hen vill dela med sig av.

Många patienter får på grund av språket svårt med andra vårdrelaterade moment, till exempel att förstå instruktionerna i en kallelse från sjukvården. Flera av våra intervjupersoner efterfrågar möjlighet till rådgivning via 1177 Vårdguiden på fler språk än svenska och engelska. Hälsokommunikatörerna beskriver också att utrikes födda patienter med låg utbildningsnivå kan ha svårigheter med att läsa skriftlig information, även om den finns översatt, och att muntlig information i fysiska möten och filmer är bättre sätt att informera på.

// *Ofta säger de att det är i språket det sitter, att man kan uttrycka sina symtom. Även om det finns tolk så går det ofta inte att översätta exakt vad patient säger på grund av skillnader mellan språken. Saker går förlorade i kommunikationen."*

Kulturkompetens är viktigt för att fånga symtom som är tabu

Samtliga intervjupersoner tar upp att vårdpersonal i områden med många utrikes födda behöver ha kunskap om andra kulturers föreställningar om ohälsa och sjukvård. Många sjukdomsområden är tabubelagda, vilket gör att patienter ogärna berättar om eller söker vård för vissa symtom, vilket i sin tur gör att sjukvården kan missa viktig information. Psykisk ohälsa beskrivs som ett område som är tabubelagt i många kulturer, likaså gynekologiska, urologiska eller sexuella problem, och det händer att patienter inte vågar söka vård trots att de har behov. Det innebär i praktiken att vårdpersonal behöver ta sig tid, skapa förtroende och vara lyhörda för olika sätt att beskriva hälsoproblem på.

Det beskrivs också som viktigt att vårdpersonal känner till andra kulturers syn på patientens och familjens delaktighet i sjukvårdsprocessen. En intervjuperson beskriver att släktingar till utrikes födda patienter ofta vill vara mer delaktiga i vården av en närstående än vad vi är vana vid i svensk sjukvård, och att personalen behöver ha kunskap för att kunna hantera sådana situationer. Ett annat exempel är att utrikes födda patienter ofta vill att läkaren ska ge tydliga råd om vad som är bäst och vad som bör göras, och att frågor om patientens önskemål och preferenser kan skapa förvirring och osäkerhet.

// *Psykisk ohälsa är ett stort område också, det är ett ämne som är väldigt mycket tabu, man söker inte för det. Och vi försöker linda in det lite, skulle inte du vilja ta ett samtal med den här personen, vi försöker avdramatisera det, att det är inte så att du har något 'problem', men det kan vara bra att prata med någon."*

Erfarenheter från andra sjukvårdssystem skapar förväntningar

Ett återkommande ämne i våra intervjuer är att utrikes födda patienters erfarenheter från andra sjukvårdssystem ofta pröglar deras förväntningar och att okunskap om det svenska sjukvårdssystemet kan leda till olyckliga missförstånd.

I intervjuerna beskrivs att det i andra sjukvårdssystem är vanligt att man i högre utsträckning söker vård hos läkare, vilket kan leda till att utrikes födda patienter har stora förväntningar på att träffa just läkare och kan vara skeptiska till att andra yrkesgrupper, som är vanliga inom svensk primärvård. I intervjuerna framkommer också att utrikes födda patienter är mer vana vid att söka vård hos privata vårdgivare, vilket kan ge höga förväntningar på att snabbt få en tid hos läkare, och förväntningar på mer läkemedel och undersökningar än vad patienterna upplever att de får i Sverige.

Den här typen av förväntningar gör att personalen många gånger upplever frustration från patienternas sida, exempelvis när patienter som har icke-brådskande besvär kan behöva vänta på att få en läkartid, eller när undersökningar inte är medicinskt motiverade. I många fall behöver personalen också förklara att den svenska primärvården fungerar som en första vårdnivå, där specialistläkare konsulteras vid behov, eftersom många patienter förväntar sig att snabbt få kontakt med specialistläkare.

” Vi kan behöva förklara för dem att det finns väntetider i vården, men de grundar sitt sjukvårdsbeteende på hur det är att söka vård i deras hemland. Men här är det ett väldigt annorlunda system. [...] I hemländerna träffar de bara läkare, sällan andra yrkesgrupper. Många av våra patienter söker sjukvård i andra länder och kommer tillbaka sen till oss med sina kontroller och papper och vill att vi ska agera på det. Det finns en väldigt okunskap om att vårdkedjan ser annorlunda ut i Sverige, här behöver man först en remiss och sedan måste man vänta på kallelse.”

En deltagare beskriver att besvikelsen över att sjukvården inte möter patientens förväntningar kan leda till att patienter söker sig till andra vårdgivare, vilket i sin tur kan leda till försenade bedömningar och insatser. I många fall blir patienten även besviken hos nästa vårdgivare, och flera intervjupersoner betonar vikten av dialog och att patienter får information om hur det svenska vård- och omsorgssystemet fungerar.

Patienter behöver mer kunskap om hur de kan ta hand om sin hälsa

I flera av våra intervjuer betonas att sjukvården behöver arbeta uppsökande och hälsofrämjande i områden med socioekonomiska utmaningar. En vårdcentralschef beskriver att de gjort stora ansträngningar för att fånga upp patienter som behöver långsiktig uppföljning genom årliga kontroller av exempelvis diabetes, KOL och

hypertoni. Genom den kontinuerliga kontakten kan man också öka patienternas kunskap om sin sjukdom och om hur den bör tas om hand.

Patienter som vuxit upp i andra länder än Sverige har enligt intervjupersonerna generellt lägre kunskap om hälsa och sjukdomar och om vilka faktorer som påverkar hälsan. Flera beskriver att det kunskapshöjande arbetet blir centralt i kontakten med många patienter, och att det finns stora vinster med att stärka patienters medvetenhet och förmåga att ta hand om sin hälsa.

”Ja, det fungerar ganska bra för de som får informationen. Jag har lärt mig att för de som får informationen väcker det känslor och förståelse för hur man ska ta hand om sig själv. Jag har träffat personer, och det spelar inte roll om de är välutbildade eller analfabeter, när man får informationen börjar man ta hand om sig själv, till exempel motionera och äta hälsosam mat.”

Löpande kompetensutveckling värderas högt av personalen

En vårdcentralschef betonar att kompetensutveckling är viktigt för att medarbetarna ska få bra förutsättningar, men också energi i sitt arbete, och att en god bemanning är en nyckelfaktor för att skapa utrymme för löpande kompetensutveckling i medarbetargruppen. En annan chef beskriver att de har stort behov av kompetensutveckling och kunskapsstöd i sitt arbete, för att säkerställa att de arbetar på ett effektivt sätt. Ett praktiskt exempel är att en av vårdcentralernas samarbetar nära Akademiskt Primärvårdscentrum i Stockholm, där de regelbundet får stöd i form av utbildningar och mindre kurser som ökar medarbetarnas kompetens. Ett annat exempel är att de engagerar sig för att vara uppdaterade när det gäller riktlinjer och vårdprogram för de patientgrupper som är vanliga på vårdcentralen.

”För att nå resultat på patientsidan måste medarbetare känna sig trygga, trygga i att här lyssnar ledningen och här kan jag göra skillnad. Kompetensutveckling och tid för att lära sig nya saker, det är centralt för att personalen ska känna att de har bra förutsättningar i arbetet.”

Svårt att rekrytera och hög arbetsbelastning kan öka personalomsättningen

Utmaningarna när det gäller kompetensförsörjningen i primärvården är väl kända, och framkommer också i våra intervjuer. Specialistläkare i allmänmedicin, men även andra yrkesgrupper, beskrivs som svåra att rekrytera. Ytterligare en fråga som berörs är den höga arbetsbelastningen som enligt flera vårdcentralschefer kännetecknar vårdcentraler i områden med socioekonomiska utmaningar, och ökar risken för att personal slutar och söker sig vidare.

”Resurser, vi behöver mer resurser, för att möta våra patienter [...] Det spelar roll för oss, vi som jobbar här. Vi ska ju alltid finnas för dem, våra patienter, vi ska förstå hur situationen är för dem, vi ska möta dem. Men det är påfrestande för oss också, man får inte glömma oss, många av vår personal slutar för att de inte riktigt orkar.”

6.5.5 Exempel på kunskapsunderlag för vårdgivare i områden med socioekonomiska utmaningar och många utrikes födda patienter

Kunskapsstöd är en mer prioriterad utvecklingsinsats bland chefer för vårdcentraler i områden med socioekonomiska utmaningar, än i andra områden. Vi har därför kartlagt tillgången till kunskapsstöd som särskilt fokuserar på behov hos patienter som lever med socioekonomiska utmaningar. En stor andel av de boende i områden med socioekonomiska utmaningar är utrikes födda, och därför har vi också kartlagt kunskapsstöd för vårdgivare som möter utrikes födda patienter.

Vår kartläggning bygger på sökningar på de statliga myndigheternas hemsidor och en del kontakter med tjänstemän på nationell nivå för att ställa frågor om specifika projekt eller regeringsuppdrag. Vi har haft kontakt med representanter för den nationella kunskapsstyrnings-organisationen, både inom specifika insatsområden och med handläggare på SKR. Vi har också sökt efter kunskapsstöd som utvecklats på regional nivå och varit i kontakt med flera personer vid regionala kunskapscentrum som arbetar med frågor om jämlikhet och utrikes födda patienter.

Nedan presenterar vi ett urval av de kunskapsstöd och vägledningar som har utvecklats på nationell och regional nivå. Vi vill betona att vår kartläggning inte ska ses som heltäckande.

Exempel på kunskapsunderlag och vägledande instruktioner finns hos statliga myndigheter inom sjukvårdsområdet

Det övergripande målet för folkhälsopolitiken är en god och jämlik hälsa i hela befolkningen. Folkhälsomyndigheten har till uppgift att följa upp folkhälsan och i sin årliga Folkhälsorapport beskrivs utvecklingen av folkhälsan samt skillnader i hälsa mellan grupper, exempelvis hur socioekonomiska utmaningar kan påverka hälsan. Vissa av myndighetens kunskapsunderlag belyser utvecklingen av hälsa i specifika grupper, exempelvis personer som är födda utanför Sverige, och kan ge viss vägledning om behoven av sjukvård och hälsofrämjande insatser för olika grupper.

Exempel på kunskapsunderlag från Folkhälsomyndigheten

- Hälsorelaterad livskvalitet bland nyanlända barn från Afghanistan, Irak och Syrien bosatta i Sverige (2022)
- Hälsa, livskvalitet och levnadsförhållanden bland asylsökande barn och unga i Sverige. Resultat från en enkätstudie (2021)
- Hälsa hos personer som är utrikes födda – skillnader i hälsa utifrån födelseland. Ett kunskapsunderlag om hälsa, livsvillkor och levnadsvanor bland utrikes födda personer boende i Sverige (2019).

På Socialstyrelsens hemsida (www.socialstyrelsen.se) finns vägledande instruktioner för vårdgivare som möter asylsökande och nyanlända, exempelvis beskrivningar av vad som gäller när dessa personer söker vård eller tandvård. Socialstyrelsen har också tagit fram en föreskrift om hälsoundersökning av asylsökande, som enligt massflyktsdirektivet ska erbjudas av regionerna till alla som söker asyl eller har erbjudits uppehållstillstånd.

Exempel på kunskapsunderlag från Socialstyrelsen

- Vård och omsorg för asylsökande och andra flyktingar (www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/asylsokande-och-andra-flyktingar/)
- SOSFS 2013:25 Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2011:11) om hälsoundersökning av asylsökande m.fl. (artikelnummer 2013-9-5)
- Att samtala genom tolk – en kort vägledning (artikelnummer 2016-4-17).

På hemsidan för Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) (www.sbu.se) finns ett par exempel på kartläggningar som delvis berör effekter av insatser i områden med socioekonomiska utmaningar.

Exempel på kunskapsunderlag från SBU

- Främjande av psykiskt välbefinnande hos barn och ungdomar (2022)
- Uppsökande arbete i socialt utsatta bostadsområden (2018).

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att gruppen patienter med socioekonomiska utmaningar och utrikes födda patienter är en heterogen patientgrupp som kan ha varierande behov av stöd från sjukvården. Det behövs därmed både specifika kunskapsstöd som riktar sig till specifika patientgrupper, såsom tortyrskadade, och mer generella kunskapsstöd som stärker vårdgivares färdigheter, exempelvis när det gäller att arbeta med tolk. Beskrivningen av de hälsoproblem som kännetecknar patienter som lever med socioekonomiska utmaningar (i exempelvis Folkhälsomyndighetens folkhälsorapporter) ger en övergripande bild, vilket ger begränsad vägledning om hur vårdgivare bör prioritera sina insatser och arbeta i praktiken.

Få utvecklingsprojekt fokuserar på socioekonomiska förutsättningar eller utrikes födda patienter inom det nationella systemet för kunskapsstyrning

Utifrån kontakter med tjänstemän på SKR har vi inte kunnat identifiera någon särskild grupp eller funktion inom den nationella organisationen för kunskapsstyrning som har ett övergripande ansvar för frågor om jämlik vård, med fokus på specifika patientgrupper såsom utrikes födda eller personer med socioekonomiska utmaningar.

Vi har också fått beskrivet att det inte heller finns specifika instruktioner om att sådana perspektiv ska beaktas i utformningen av kunskapsstöd. Arbetet med att utveckla kunskapsstöd bedrivs självständigt inom ramen för de nationella programområdena (NPO), så det är svårt att bedöma i vilken utsträckning dessa perspektiv präglar kunskapsstyrningen i stort.

Vi har försökt att identifiera pågående projekt inom de nationella programområdena med koppling till socioekonomiska förutsättningar eller utrikes födda patienter. Inom NPO barn och ungdomars hälsa finns ett konkret exempel, där en nationell arbetsgrupp ska arbeta med implementeringen av det nationella barnhälsovårdsprogrammet. Där anges särskilt att man ska samverka med Socialstyrelsen i syfte att stärka förutsättningarna för god och jämlik hälsa i utsatta områden.

Vi har också kontaktat Nationellt primärvårdsråd, som representerar primärvårdsperspektivet i kunskapsstyrningen, och fått besked om att det inte pågår något projekt om patienter som är utrikes födda eller som lever med socioekonomiska utmaningar.

Flera exempel på regionala centrubildningar som erbjuder kunskapsstöd med fokus på jämlik vård, migration och hälsa

Kartläggningen av kunskapsstöd visar att det finns flera regionala centrum som på olika sätt utvecklar kunskapsstöd för vårdgivare när det exempelvis gäller att bemöta utrikes födda patienter eller migranter.

Västra Götalandsregionen driver *Kunskapscentrum för jämlik vård*, som genom utbildning och verksamhetsutveckling stödjer sjukvårdens verksamheter i att utjämna omotiverade skillnader i hälsa. Centrumet har exempelvis utarbetat arbetsmaterialet Riva hinder, som vänder sig till medarbetare och chefer som vill öka sin kulturella medvetenhet i mötet med patienter från andra kulturer.

Exempel på kunskapsunderlag från Kunskapscentrum för jämlik vård

- Riva hinder – <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/varldgivarwebben/amnesomraden/jamlik-varld/riva-hinder/>

I Region Skåne finns den regionala enheten *Utveckling Migration och hälsa*, som framför allt ska stödja primärvårdens verksamheter i frågor om migration. De har tagit fram kunskapsunderlag om bland annat tolkanvändning, tortyrskador och uppföljning av jämlikhet i vården, vilka finns tillgängliga på Region Skånes hemsida för vårdgivare <https://vardgivare.skane.se/>. Enheten har också utvecklat en rad mer handfasta metodstöd för yrkesverksamma, bland annat en vägledning för omhändertagandet av nyanlända och ett vårdprogram för att utreda och behandla tortyrskador.

Exempel på kunskapsunderlag från Utveckling Migration och hälsa

- Vad vi vet om tortyr och dess konsekvenser. En kunskapskartläggning inom hälso- och sjukvården i Region Skåne (2020)
- Språktolkning inom hälso- och sjukvård – en fråga om mänskliga rättigheter (2019)
- Jämlik hälso- och sjukvård ur ett migrationsperspektiv – Rapport om möjliga indikatorer för kvalitetsuppföljning i Region Skåne (2018)
- Vårdprogram om vård och stöd efter tortyr (2022)
- En liten skrift om det goda tolksamtalet (2019)
- En viktig bok om omsorg - metodhandbok för att stötta ensamkommande unga (2019).

Region Stockholm driver *Transkulturellt centrum*, som har i uppdrag att stärka vårdpersonal i transkulturella frågor genom att bland annat erbjuda utbildning, handledning och metodutveckling. På deras hemsida (www.transkulturelltcentrum.se) finns filmade föreläsningar som vänder sig till yrkesverksamma i vården och skriftliga material till stöd för vårdpersonal som exempelvis möter människor som befunnit sig på flykt.

6.6 Strukturella skillnader mellan olika kommuntyper och områden med olika socioekonomiska förutsättningar

För att beskriva tillgången till vårdcentraler i olika kommuntyper och områden med olika socioekonomiska förutsättningar har vi kartlagt etableringen av vårdcentraler.

Vi har utgått från en förteckning över alla Sveriges vårdcentraler, där vi lagt till information om områdets socioekonomiska förutsättningar och kommuntyp. För kommuntyp har vi använt Tillväxtverkets indelning i landsbygdskommuner, blandade kommuner och storstadskommuner. Vi har vidare utgått från SCB:s indelning i fem områdestyper (Delegationen mot segregation 2022a), vilka bygger på invånarnas ekonomiska standard, utbildningsnivå och andel personer som har haft ekonomiskt bistånd eller varit arbetslösa. Områdestyp 1 och 2 har socioekonomiska utmaningar och områdestyp 4 och 5 har goda socioekonomiska förutsättningar.

Vi har undersökt hur många vårdcentraler som i genomsnitt finns etablerade i varje kommun- och områdestyp i Sverige och hur antalet vårdcentraler förhåller sig till befolkningsmängden i respektive kommun- och områdestyp (SCB 2021).

Med utgångspunkt i denna indelning i kommuntyper och olika områdens socioekonomiska förutsättningar har vi vidare analyserat uppgifter från vår vårdcentralschefsenkät (se bilaga 1), som beskriver storleken på vårdcentralerna (antalet listade invånare) aktuell bemanning och anställningsbehov.

6.6.1 I landsbygd finns färre vårdcentraler per kommun men befolkningsunderlaget är mindre

I landsbygdskommuner finns det i genomsnitt två vårdcentraler i varje kommun och 7 225 invånare per vårdcentral. I blandade kommuner finns det i genomsnitt 4,6 vårdcentraler och 9 193 invånare per vårdcentral. Storstadskommuner har flest vårdcentraler per kommun, 13,5 stycken i genomsnitt, och 8 689 invånare per vårdcentral.

Tabell 5. Beskrivande statistik för kommuntyper.

	Landsbygdskommuner	Blandade kommuner	Storstadskommuner
Antal kommuner	148	116	26
Folkmängd	2 138 637	4 927 332	3 386 357
Antal vårdcentraler	296	536	351
Invånare per vårdcentral	7 225	9 193	9 648
Vårdcentraler per kommun	2	5	14

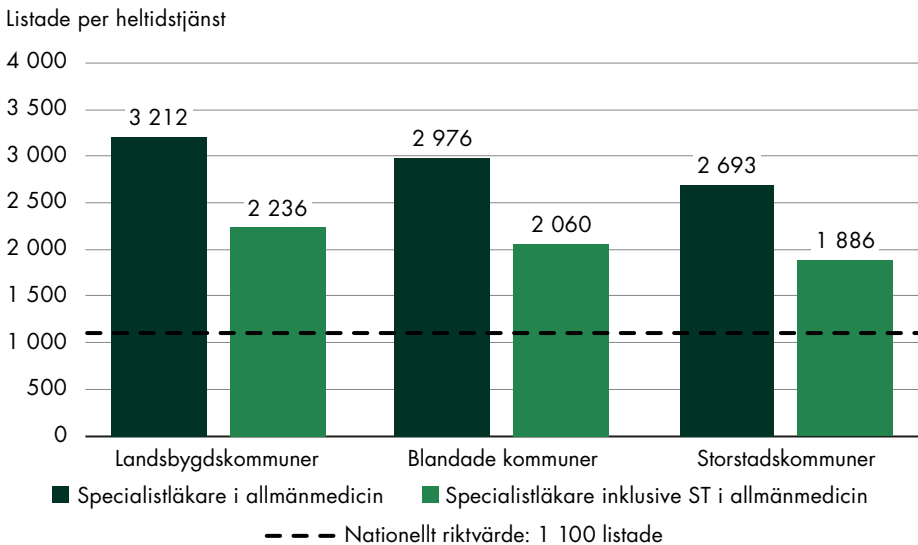
Källa: SCB 2021, Vård- och omsorgsanalys enkät till vårdcentralschefer 2022.

6.6.2 I landsbygd är det färre specialistläkare i allmänmedicin per invånare men fler sjuksköterskor och undersköterskor

Med data från enkäten till vårdcentralschefer har vi analyserat antalet specialistläkare i allmänmedicin (räknat som heltidstjänster) i relation till antalet listade invånare och ser att den genomsnittliga vårdcentralen inte klarar Socialstyrelsens riktvärde om 1 100 listade invånare per specialistläkare i allmänmedicin, oavsett vilken kommuntyp vi undersöker.

Vårdcentraler i storstadskommuner har fler specialistläkare i allmänmedicin i förhållande till invånare, med 2 693 listade invånare per heltidstjänst och i tätaste kommuner är det 2 976 listade per heltidstjänst. Landsbygdskommuner har lägst läkartäthet med 3 212 listade invånare per heltidstjänst för specialistläkare i allmänmedicin.

Figur 28. Antal listade invånare per heltidstjänst, specialistläkare i allmänmedicin i jämförelse med samtliga specialistläkare inklusive ST-läkare i allmänmedicin, uppdelat efter kommuntyp.



Not: Antal vårdcentraler: 670. ST-läkare inkluderade med antagandet om att de i genomsnitt har en tjänstgöringsgrad på 94 procent.

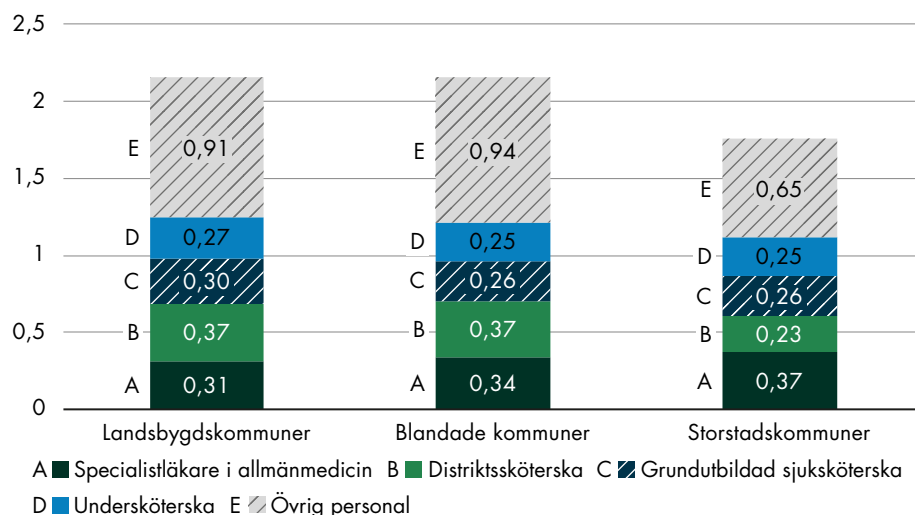
Källa: Vård- och omsorgsanalys enkät till vårdcentralschefer 2022.

Samtidigt finns det förhållandevis fler distriktssköterskor i landsbygdskommuner och blandade kommuner (0,37 heltidstjänster per 1 000 listade invånare) än i storstadskommuner (0,23 heltidstjänster).

Figur 29 visar att det finns fler specialistläkare i allmänmedicin i storstadskommuner, men den totala bemanningen per 1 000 listade är högre i landsbygdskommuner och blandade kommuner. En bidragande orsak är att storstadsregionerna Västra Götaland och Stockholm har flera separata vårdval inom exempelvis rehabilitering och fysioterapi, vilket gör att flera yrkesgrupper arbetar på andra vårdenheter än på vårdcentraler.

Figur 29. Antal heltidstjänster per 1 000 listade invånare för flera yrkesroller uppdelat efter kommuntyp.

Heltidstjänster per 1 000 listade



Not. Antal vårdcentraler 670. Övrig personal är en sammanslagning av svarsalternativen: Dietist, Annan specialistläkare, Ej leg. läkare, Arbetsterapeut, Övrig personal, Specialistsjuksköterska, Leg. läkare, ej specialist, Fysioterapeut, Psykolog och Medicinsk sekreterare.

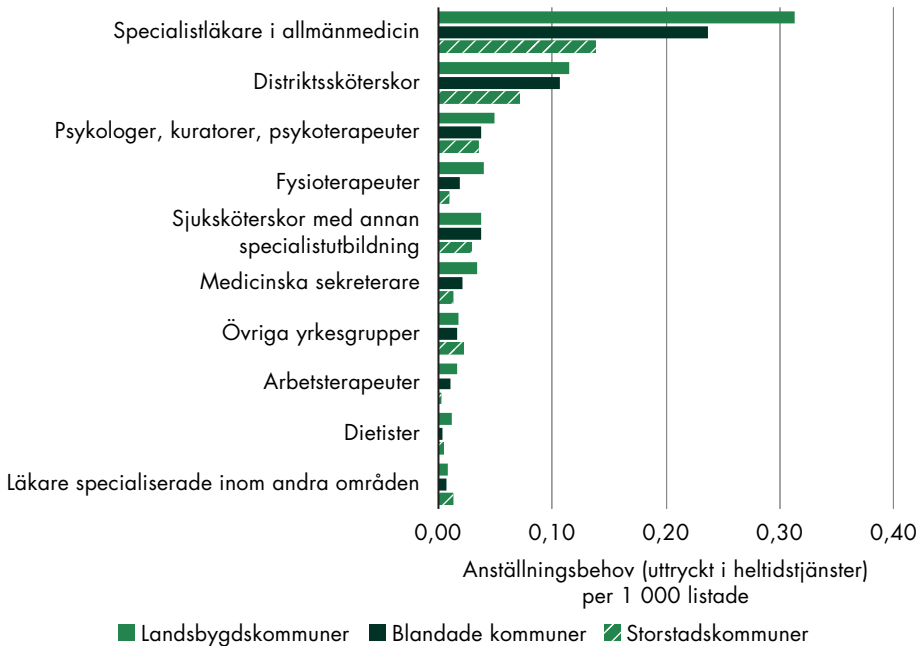
Källa: Vård- och omsorgsanalys enkät till vårdcentralsschefer 2022.

6.6.3 I landsbygdskommuner är anställningsbehovet högre för de flesta yrkeskategorier

Enkätundersökningen tog upp vårdcentralernas anställningsbehov och svaren visar att vårdcentraler i landsbygdskommuner och tätaste kommuner överlag har ett större anställningsbehov jämfört med storstäder. När det gäller specialistläkare i allmänmedicin har landsbygdskommuner störst behov medan det är lägst i storstadskommuner. Som framgår i figur 30 gäller samma mönster för distriktssköterskor samt psykologer, kuratorer och psykoterapeuter.

Det är också specialistläkare i allmänmedicin och distriktssköterskor som genomgående fattas i högst grad. För övriga yrkesroller är anställningsbehovet i genomsnitt mindre än 0,1 heltidstjänst per 1 000 listade invånare, oavsett kommuntyp.

Figur 30. Anställningsbehov per 1 000 listade invånare för flera yrkesroller uppdelat efter kommundyp.



Not. Antal vårdcentraler 589.

Källa: Vård- och omsorgsanalys enkät till vårdcentralschefer 2022.

6.6.4 I områden med socioekonomiska utmaningar finns fler vårdcentraler

Områden med goda socioekonomiska förutsättningar (områdestyp 4), är den vanligaste typen med 1 720 områden i landet, och drygt 5,5 miljoner invånare. Den minst vanliga typen är områden med stora socioekonomiska utmaningar (områdestyp 1), och där finns också minst antal invånare med drygt 0,5 miljon.

I områden med stora socioekonomiska utmaningar finns dock fler vårdcentraler i förhållande till invånarantal, med knappt 7 300 invånare per vårdcentral, jämfört med över 16 600 invånare per vårdcentral i de mest välmående bostadsområdena. I socioekonomiskt blandade områden (områdestyp 3) finns drygt 6 000 invånare per vårdcentral, alltså färre än i områden med stora socioekonomiska utmaningar.

Som framgår i tabell 6 finns det fler vårdcentraler i områden med socioekonomiska utmaningar (områdestyp 1 och 2). I strax under hälften finns en vårdcentral, jämfört med runt en tredjedel av alla bostadsområden med goda socioekonomiska förutsättningar (områdestyp 4) och runt var femte område med mycket goda socioekonomiska förutsättningar (områdestyp 5).

Tabell 6. Beskrivande statistik för socioekonomiska områdestyper.

	Områdestyp 1	Områdestyp 2	Områdestyp 3	Områdestyp 4	Områdestyp 5
Antal områden	152	302	861	1 720	328
Folkmängd	547 159	853 695	2 305 603	5 564 041	1 181 828
Antal vårdcentraler	75	141	362	534	71
Invånare per vårdcentral	7 295	6 055	6 369	10 420	16 645
Vårdcentraler per område	0,49	0,47	0,42	0,31	0,22

Not. 1 – områden med stora socioekonomiska utmaningar, 2 – områden med socioekonomiska utmaningar, 3 – socioekonomiskt blandade områden, 4 – områden med goda socioekonomiska förutsättningar och 5 – områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.

Källa: SCB 2021, Vård- och omsorgsanalys enkät till vårdcentraler 2022.

6.6.5 I områden med socioekonomiska utmaningar finns färre specialistläkare i allmänmedicin i relation till antalet listade invånare

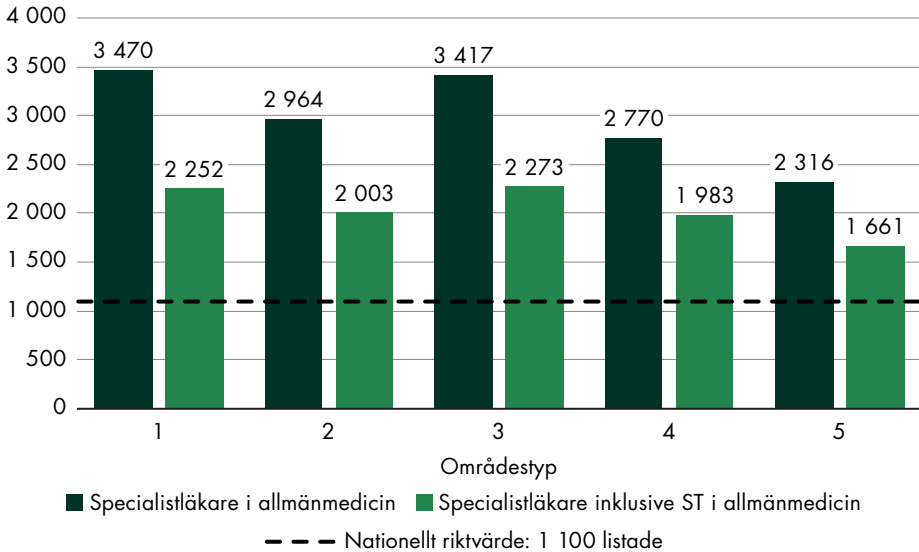
Enkätundersökningen har gett information om antalet listade invånare, antal anställda och anställningsbehovet på vårdcentralerna. Bortfall gör att uppgifterna blir något mer osäkra, men vi kan ändå ge en övergripande bild av vårdcentralerna i olika socioekonomiska områden.

Det finns alltså fler vårdcentraler i områden med socioekonomiska utmaningar, men de är mindre sett till antalet listade invånare. Vårdcentraler i områden med stora socioekonomiska utmaningar (områdestyp 1) har i genomsnitt 8 369 listade, vilket kan jämföras med 10 185 listade vid vårdcentraler i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar (områdestyp 5). Minst antal listade invånare har vårdcentraler i områden med blandade socioekonomiska förutsättningar (7 589 stycken i områdestyp 3). Områden med socioekonomiska utmaningar har i snitt 7 749 listade (områdestyp 2) och områden med goda socioekonomiska förutsättningar har i snitt 9 465 listade invånare (områdestyp 4). Vårdcentralerna i områden med socioekonomiska utmaningar är alltså fler men eftersom de är mindre har de också lägre kapacitet att ta emot patienter.

Ytterligare en tillgänglighetsaspekt är vilka möjligheter vårdcentralens personal har att ta emot sina listade invånare. I områden med goda och mycket goda socioekonomiska förutsättningar har vårdcentralerna betydligt fler specialistläkare i allmänmedicin, jämfört med områden som har socioekonomiska utmaningar och stora socioekonomiska utmaningar, räknat som heltidstjänster. I genomsnitt finns 1 661 listade invånare per heltidstjänst i områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar, 2 252 listade i områden med stora socioekonomiska utmaningar, och 2 273 listade per specialistläkare i allmänmedicin i socioekonomiskt blandade områden.

Figur 31. Antal listade invånare per heltidstjänst, specialistläkare i allmänmedicin i jämförelse med samtliga specialistläkare inklusive ST-läkare i allmänmedicin, uppdelat efter områdestyp.

Listade per heltidstjänst



Not. Antal vårdcentraler: 670. 1 – områden med stora socioekonomiska utmaningar, 2 – områden med socioekonomiska utmaningar, 3 – socioekonomiskt blandade områden, 4 – områden med goda socioekonomiska förutsättningar och 5 – områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.

Källa: Vård- och omsorgsanalys enkät till vårdcentralschefer 2022.

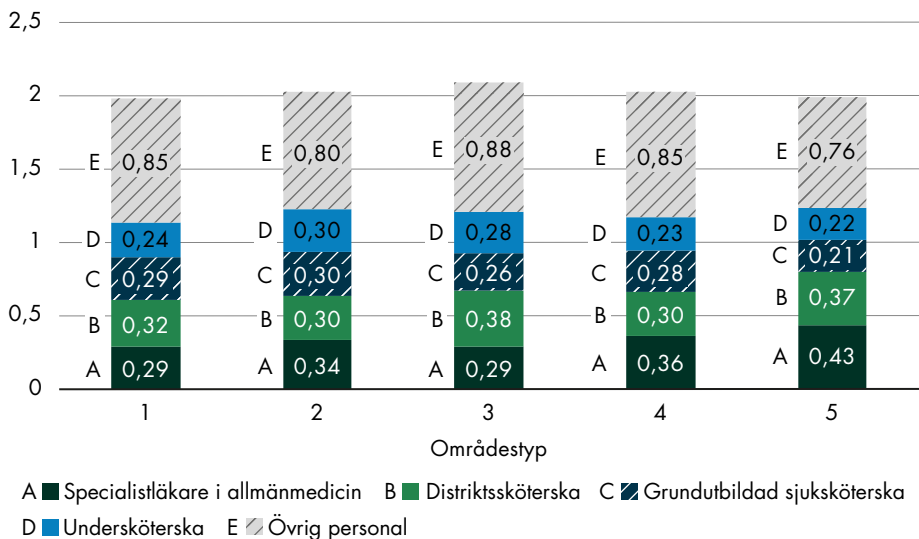
I figur 32 ger vi en samlad bild av tillgången till olika yrkesgrupper i de olika områdestyperna, beräknat per 1 000 listade invånare. Figuren visar bland annat att tillgången till generalistkompetens är betydligt bättre i områden med goda och mycket goda socioekonomiska förutsättningar, särskilt för specialistläkare i allmänmedicin men även distriktssköterskor.

Totala antalet anställda på vårdcentraler per 1 000 listade är störst i socioekonomiskt blandade områden och lägst i områden med stora socioekonomiska utmaningar.

För att göra figur 32 mer överblickbar har vi slagit ihop flera yrkesroller till ”övrig personal”. Det gäller dietist, annan specialistläkare, ej legitimerad läkare, arbetsterapeut, övrig personal, specialistsjuksköterska, legitimerad läkare, ej specialist, fysioterapeut, psykolog och medicinsk sekreterare.

Figur 32. Antal heltidstjänster per 1 000 listade invånare för flera yrkesroller uppdelat efter områdestyp.

Heltidstjänster per 1 000 listade



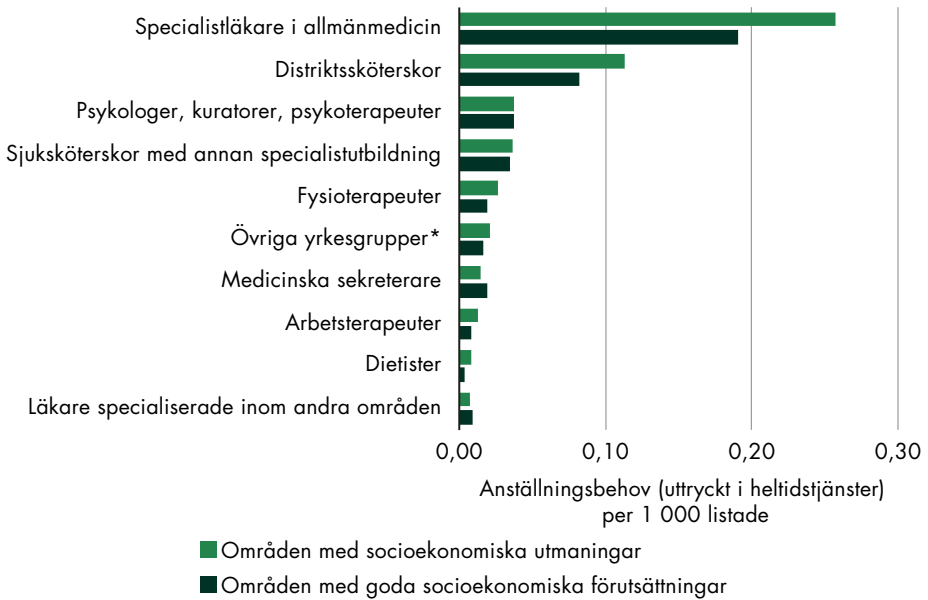
Not. Antal vårdcentraler: 670. Områdestyp. 1 – områden med stora socioekonomiska utmaningar, 2 – områden med socioekonomiska utmaningar, 3 – socioekonomiskt blandade områden, 4 – områden med goda socioekonomiska förutsättningar och 5 – områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar. Övrig personal är en sammanslagning av svarsalternativen: Dietist, Annan specialistläkare, Ej leg. läkare, Arbetsterapeut, Övrig personal, Specialistsjuksköterska, Leg. läkare, ej specialist, Fysioterapeut, Psykolog och Medicinsk sekreterare.
Källa: Vård- och omsorgsanalys enkät till vårdcentraler 2022.

6.6.6 I områden med socioekonomiska utmaningar är anställningsbehovet av specialistläkare i allmänmedicin och distriktssköterskor högre

Enkätundersökningen visar att vårdcentraler i områden med socioekonomiska utmaningar generellt har större behov än andra av att anställa fler specialistläkare i allmänmedicin och fler distriktssköterskor.

Figur 33 visar att det är små skillnader mellan områden med socioekonomiska utmaningar och områden med goda socioekonomiska förutsättningar när det gäller behovet av att anställa specialister inom andra områden än allmänmedicin, specialistsjuksköterskor utöver distriktssköterskor, dietister, fysioterapeuter/sjukgymnaster, arbetsterapeuter, medicinska sekreterare och övriga yrkesgrupper. I figuren har vi exkluderat områdestyp 3 och slagit ihop områdestyp 1 och 2 (benämns som områden med socioekonomiska utmaningar), och områdestyp 4 och 5 (benämns som områden med goda socioekonomiska förutsättningar), för att lättare jämföra anställningsbehovet på vårdcentraler i olika områden.

Figur 33. Anställningsbehov per 1 000 listade invånare för flera yrkesroller uppdelat efter områdestyp.



Not. Antal vårdcentraler: 589. Y-axis avser anställningsbehov för "yrkesroll" per 1000 listade, x-axel avser områdestyp. Områden med socioekonomiska utmaningar är en sammanslagning av områdestyp 1 och 2, områden med goda socioekonomiska förutsättningar är en sammanslagning av områdestyp 4 och 5. Värden som är mindre än 0,02 har exkluderats.
Källa: Vård- och omsorgsanalys enkät till vårdcentralsschefer 2022.

6.7 Regionerna har inte ökat fokus på vårdcentraler i områden med socioekonomiska utmaningar

I överenskommelsen om god och nära vård mellan regeringen och SKR nämns insatser för att möta de utmaningar som finns i glesbefolkade områden och i socioekonomiskt utsatta områden, bland de generella insatser som regionerna bör vidta för att utveckla den nära vården. Vi har därför undersökt om sådana insatser nämns av regionerna i deras åiterrapportering till Socialstyrelsen om insatser inom omställningen. Vi har också undersökt om dessa områden i övrigt prioriteras ekonomiskt av regionerna i deras styrning genom ersättningssystemen för primärvården.

Utifrån redovisningar av regionernas insatser kan vi konstatera att mindre än hälften av regionerna nämner specifika satsningar i områden med socioekonomiska utmaningar. När det gäller satsningar på vården i landsbygd är de redovisade insatserna något fler, ungefär hälften av regionerna beskriver sådana aktiviteter. När det gäller regionernas styrning av primärvården genom vårdcentralernas ersättningssystem ser vi inga tydliga prioriteringar av landsbygd eller områden med socioekonomiska utmaningar.

6.7.1 Regionernas handlingsplaner innehåller få beskrivningar av insatser i landsbygd eller områden med socioekonomiska utmaningar

I regionernas rapportering 2022 till Socialstyrelsen inom ramen för överenskommelsen om en god och nära vård, ombads regionerna att *ge exempel på insatser som påbörjats eller genomförts i glesbygd och socioekonomiskt utsatta områden*. Regionernas rapportering har analyserats och sammanfattats på övergripande nivå av Socialstyrelsen (Socialstyrelsen 2022b). Vi har studerat Socialstyrelsens sammanfattning men också tagit del av regionernas egna rapporter, för att mer i detalj kartlägga regionernas arbete med insatser som rör landsbygd eller områden med socioekonomiska utmaningar.

Få insatser i områden med socioekonomiska utmaningar

Utifrån de ofta övergripande redovisningarna är det svårt att få en tydlig bild av regionernas arbete i områden med socioekonomiska utmaningar, och bara nio regioner beskriver någon typ av aktivitet i dessa områden eller för utsatta grupper. Två regioner skriver att de har utökat sin samverkan med civilsamhället och en annan region har hälsoinformatörer som informerar om patientkontrakt. Exempelvis skriver Region Jönköpings län så här:

”Hälsokommunikatörer har integrerat stödinformation om patientkontrakt med den modersmålsbaserade hälsokommunikationen. Broschyr med patientinformation har översatts på språken: engelska, arabiska, somaliska och dari. Lärdomar är att kulturskillnader påverkar inställning och förväntningar på vad vårdens ansvar är vad det egna ansvaret innebär.”

Region Västernorrland ger följande mer övergripande beskrivning:

”Förutsättningar, arbetssätt och konkreta tjänster utvecklas med personcentrerat förhållningssätt i fokus. Ofta kombineras i samma insats både digitalisering, glesbygdssatsning och fokus på socioekonomiskt utsatta, liksom nya sätt att samarbeta och kompetensväxla.”

Något fler av regionernas insatser kan relateras till landsbygd

Hälften av regionerna beskriver insatser som rör vården i landsbygd. Till exempel nämner fem regioner olika typer av digitaliseringsarbeten, såsom digitala konsultationer mellan vårdcentraler och sjukhuset i Region Gotland. Fyra regioner nämner satsningar på vårdenheter belägna i landsbygd, särskilt när det gäller införande av mobila team. Tre regioner nämner satsningar på egenmonitorering, till exempel pågår pilotverksamheter för att ta reda på hur utvecklade interprofessionella arbetssätt, med stöd av distans- och egenmonitorering, kan leda till ökad person-

centrering och en mer tillgänglig och effektiv vård-och omsorg. Satsningar på kompetensförsörjningen i landsbygden nämns av ett fåtal regioner.

Två regioner beskriver ändringar i styrningen av vården. Region Stockholm skriver att krav på digifysisk vård ska läggas in i nya vårdval och Region Jönköping beskriver en extra ersättning till vårdcentraler på landsbygden.

6.7.2 Inga tydliga prioriteringar av landsbygd eller områden med socioekonomiska utmaningar i regionernas styrning av primärvården genom ersättningssystemen

En viktig del av regionernas styrning av primärvården är ersättningssystemen. Grunden för ersättningssystemen till vårdcentraler är en fast ersättning baserad på antalet listade invånare vid vårdcentralen, så kallad kapiteringsersättning (SOU 2018:55). Den utgör den absolut största delen av ersättningen och har över tid ökat i betydelse jämfört med andra delar av ersättningssystemen, såsom prestationsbaserad ersättning. År 2021 stod kapiteringsersättningens i genomsnitt för 87 procent av den totala ersättningen i primärvården (SKR 2021).

Ett sätt att prioritera vårdcentraler i landsbygd eller områden med socioekonomiska utmaningar är att på olika sätt ge ekonomiska tillägg till vårdcentralerna, utifrån geografiskt läge eller utifrån patienternas socioekonomiska förutsättningar. Vi har utgått från den senaste tillgängliga kartläggningen av ersättningssystemen (SKR 2021) för att undersöka om dessa områden prioriteras av regionerna.

Drygt hälften av regionerna ger ett tillägg för vårdcentraler i ekonomiskt ogynnsamma lägen

År 2021 använde 15 regioner tilläggsersättning till vårdcentraler på ekonomiskt eller demografiskt ogynnsamma platser, för att skapa tillgänglighet där det annars skulle saknas ekonomiska förutsättningar eller utbud. Det är allt fler regioner som ger tillägg för vårdcentraler utifrån geografiskt läge (SKR 2021). Men tillägget är i många fall ganska litet, det varierar mellan 1–11 procent av regionernas totala ersättning till vårdcentralerna.

Oförändrat låg justering av ersättningen utifrån socioekonomiska förutsättningar

Alla regioner justerar i dagsläget kapiteringsersättningen till vårdcentraler utifrån de listade invånarnas socioekonomiska förutsättningar. Vårdcentraler som har en stor andel patienter som lever med socioekonomiska utmaningar listade hos sig får högre ekonomisk ersättning, men samtidigt är det en relativt liten andel av ersättningen som justeras på det sättet. I genomsnitt för alla regioner justeras kapiteringsersättningen med 12 procent utifrån socioekonomiskt index. Denna andel har varit i stort sett oförändrad över tid, men variationen mellan regionerna

har minskat. SKR bedömer att den låga andelen ersättning som är knuten till socioekonomiska index kan spegla en osäkerhet från regionernas sida när det gäller hur en högre ersättning används i verksamheten eller vilka effekter det får för patienter som lever i större socioekonomisk utsatthet (SKR 2021).

7 Diskussion och slutsatser

Omställningen till en god och nära vård befinner sig i ett inledande skede. Vi har sett att det finns ett stort stöd för omställningens mål men också att reformen hittills haft tyngdpunkt på strategiskt arbete och att omställningen ännu inte är särskilt synlig i vårdens verksamheter. Det är därför inte realistiskt att på nationell nivå förvänta sig att se effekter för patienter och befolkning. Men därmed är det särskilt viktigt att uppmärksamma primärvårdens förutsättningar för att både klara av sitt nuvarande uppdrag och bedriva det förväntade utvecklings- och omställningsarbetet och se hur dessa förutsättningar utvecklas för att på sikt ge utrymme för förbättringar som skapar effekter för patienterna.

En väsentlig del i omställningen hittills är de många projekt som startats med stöd av omfattande riktade statsbidrag på området. Erfarenheter från sådana satsningar visar att det är avgörande att i ett tidigt skede skapa långsiktiga förutsättningar. Det blir grunden för långsiktigt hållbara resultat när projekten är avslutade (Vård- och omsorgsanalys 2022c).

I denna rapport har vi belyst verksamheternas förutsättningar och de yrkesverksammas perspektiv på den nära vården och omställningen till en god och nära vård. Den sammantagna bilden är att det är en svår arbetssituation på vårdcentralerna och att det ännu inte finns förutsättningar att nå omställningens mål, till exempel att primärvården ska vara navet i vården, att patienten får en samordnad vård som stärker hälsan och att hälso- och sjukvårdens resurser används mer effektivt, framförallt på grund av en bristande kompetensförsörjning och knappa ekonomiska resurser. I rapporten har vi inte särskilt fördjupat oss i patientperspektivet men enligt tidigare rapporter upplever patienterna ingen förändring eller till och med en försämring när det gäller tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet under de senaste åren. Det hänger sannolikt samman med det som vi sett i denna rapport (Vård- och omsorgsanalys 2021d, 2022b).

Vi lämnar inga rekommendationer i denna delrapport men det kunskapsunderlag vi bidrar med kan användas i regionerna och kommunerna för att konkretisera och prioritera insatser inom omställningen.

Vidare är kunskapen i denna delrapport ett viktigt underlag för Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet som nyligen fick i uppdrag av regeringen att ta

fram förslag till en nationell plan för att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning (Socialdepartementet 2023). Vi ser att det arbetet behöver utgå från omställningen till en god och nära vård. En central fråga är *hur* förutsättningarna i primärvården ska stärkas och vilken effekt det får för kompetensförsörjningen i andra delar av vården.

7.1 Förutsättningarna för primärvården att ställa om till en god och nära vård har fortfarande inte förbättrats

Mycket arbete med att genomföra omställningen till en god och nära vård pågår i regioner och kommuner, både på strategisk nivå och i projektform. Men omställningen syns ännu inte tydligt i verksamheterna och det finns få tecken på att förutsättningarna för att nå målen har stärkts.

7.1.1 Ännu inga synliga resultat i verksamheter eller för patienter

I vår tidigare delrapport om omställningen drog vi slutsatsen att omställningen befinner sig i ett inledande skede och konstaterade följande (Vård- och omsorgsanalys 2021d):

- Det finns få indikationer på att omställningen så här långt har lett till måluppfyllelse, oavsett vilket perspektiv vi utvärderar.
- En mängd aktiviteter pågår men omställningen tycks inte hittills lösa grundproblemen i primärvården, till exempel åstadkomma en finansiering som motsvarar uppdraget, en rimlig arbetsbelastning och tillräcklig tillgång till kompetens.
- Hos patienter och yrkesverksamma finns ett brett stöd för omställningens mål och en stor efterfrågan på förbättringar.

Resultaten i denna rapport stärker våra tidigare slutsatser. Det finns ett brett stöd för omställningens mål, och verksamheter i vården menar att reformens inriktning mot bland annat ökad personcentrering och kontinuitet ligger nära hur man vill arbeta. På regional och kommunal nivå har fokus fortsatt legat på att ta beslut om gemensamma övergripande strategier för omställningen, och man arbetar för att omsätta strategierna i till exempel handlingsplaner. Men ännu syns få effekter av det i verksamheterna, till exempel i form av förändrad styrning eller ändrade uppdrag, ökade resurser, ökad tillgång till personal eller förändringsarbete i verksamheterna på bred front.

I flera verksamheter pågår projekt eller initiativ som är kopplade till omställningen, men i primärvården i stort är det mer oklart vad som ska göras.

Regioner och kommuner verkar ha mycket arbete kvar för att konkretisera och synliggöra omställningen till en god och nära vård för dem som ska utföra arbetet.

Det nationella grunduppdraget har tydliggjort förväntningarna på primärvården men förutsättningarna finns inte

År 2022 infördes ett nationellt grunduppdrag för primärvården, för att förtydliga vad som förväntas av primärvården och vilka grundläggande krav som ställs samt för att uppnå en likvärdig vård över landet. Samtidigt infördes också en ny definition av primärvård i lagen, som bland annat betonade behovet av generalistkompetens i primärvården (prop. 2019/20:164).

I denna rapport har vi berört flera delar av grunduppdraget och definitionen – kompetensförsörjning, samverkan, förebyggande arbete och medverkan i forskning. Vår samlade bild är att primärvården har stora utmaningar på samtliga dessa områden, framför allt beroende på otillräckliga förutsättningar, men också att det finns stora regionala variationer.

Vi kan ännu inte se att grunduppdraget bidragit till att minska skillnaderna mellan regionerna eller medfört tydliga prioriteringar på dessa områden. Det finns en kartläggning av regionernas styrning i form av förfrågningsunderlagen för primärvården, och den visar att grunduppdraget ännu inte haft någon inverkan på hur uppdragen definieras och preciseras hos huvudmännen eller bidragit till att styrningen blivit mer likartad över landet (Praktikertjänst 2022).

Med dagens förutsättningar kan grunduppdraget innebära svåra prioriteringar i primärvården, till exempel mellan vårdande insatser och förebyggande arbete eller forskning.

Det är oklart vilken roll andra delar av hälso- och sjukvården har i omställningen

I förarbetena till omställningen till en god och nära vård betonar regeringen att den inte bara är en primärvårdsreform utan en strukturomvandling av hela sjukvården och att detta är viktigt att ta höjd för (prop. 2019/20:164). Vi har inte ännu en fullständig bild av om regioner och kommuner tar höjd för en sådan strukturomvandling i sitt strategiska arbete, men enligt våra fallstudier är det hittills oklart vilken roll sjukhusen eller annan specialiserad vård kommer att spela i omställningen. I arbetet med att konkretisera och synliggöra omställningen är det viktigt att definiera den specialiserade vårdens roll, till exempel sjukhusens, och den specialiserade vårdens representanter behöver bli mer involverade i arbetet med omställningen och dess påverkan på deras processer och arbetssätt. Hur hälso- och sjukvården som helhet ska planeras har betydelse också för andra aktuella strukturfrågor, såsom tillgången till vårdplatser på sjukhusen. I den pågående nationella sjukhustillsynen konstaterar Inspektionen för vård och omsorg att:

”Den långsamma takten i vårdens omställning får konsekvenser för utrymmet för vårdplatserna på sjukhusen. IVO bedömer att regionerna har dragit ner på vårdplatserna i alltför hög utsträckning på sjukhusen, utan att ha säkerställt att vården kan ges i andra delar av vårdssystemet.” (IVO 2023)

7.1.2 Kompetensförsörjningen är fortsatt en utmaning i primärvården – trots bredd av kompetenser

Primärvården ska stå för en bred kompetens som kan tillgodose individens allra flesta vårdbehov. Den allmänmedicinska specialistkompetensen är central inom primärvården, och regeringen har beskrivit att tillgången till en fast läkarkontakt är kärnan i kontinuiteten för patienten och i primärvården (prop. 2019/20:164). Regeringen och SKR har dessutom kommit överens om mål för tillgången till fast läkarkontakt och kontinuiteten i primärvården. Socialstyrelsen har med utgångspunkt i det allmänmedicinska arbetssättet och förhållningssättet tagit fram ett stöd med kompetensmål för fast läkarkontakt (Socialstyrelsen 2023). Samtidigt krävs det en mängd andra kompetenser som samverkar kring patienten, för att klara primärvårdens omfattande uppdrag. Vi har tidigare konstaterat vikten av att primärvården har en ändamålsenlig och långsiktig kompetensförsörjning och resurser som motsvarar dess uppdrag. Annars går det inte att nå omställningens mål, och vi har rekommenderat regeringen och regionerna att säkerställa detta (Vård- och omsorgsanalys 2017, 2021d, 2022b).

Också i denna rapport framgår det att mer personal och ekonomiska resurser ses som centralt för att nå omställningens mål, enligt både vårdcentraler och företrädare för kommuner och sjukhusvård. Men resultaten ger på många sätt en negativ bild av situationen när det gäller kompetensförsörjningen.

Med en minskad generalistkompetens är det svårt för vårdcentralerna att bli navet i vården och möta patienternas behov av kontinuitet

När det gäller kompetensförsörjningen vid vårdcentralerna går utvecklingen på flera sätt åt fel håll. Till exempel har både andelen specialistläkare i allmänmedicin och distriktssköterskor minskat och vårdcentraler uppger att de har ett stort anställningsbehov – särskilt av dessa yrkeskategorier. Det är också de yrkesgrupperna som har den bredaste generalistkompetensen av personalen som arbetar vid vårdcentralerna.

Idag finns färre specialistläkare och ST-läkare i allmänmedicin i relation till antalet listade jämfört med 2017. Vi ser stora skillnader mellan regionerna men ingen region når riktvärdet om 1 100 listade invånare per fast läkarkontakt. För att nå det skulle dessa yrkesgrupper nästan behöva dubblas i riket. Det är ett problem för primärvården i stort men också för omställningens genomförande.

Den här utvecklingen får stora konsekvenser för patienterna, bland annat för att kontinuiteten blir lidande. I våra tidigare undersökningar har vi sett att andelen personer i befolkningen som anger att de har en fast läkarkontakt ligger oförändrat eller minskat över tid (Vård- och omsorgsanalys 2021b och 2022b). Vi har i flera tidigare rapporter beskrivit vikten av god kontinuitet och hur det hänger samman med positiva utfall inom en rad kvalitetsdimensioner. Vi har också beskrivit att det finns ett stort gap mellan behovet av fast läkarkontakt och tillgången till sådana (Vård- och omsorgsanalys 2021b, 2022b). Det visar hur angeläget det är att stärka kompetensförsörjningen i primärvården.

Att antalet specialistläkare och ST-läkare i allmänmedicin är färre i relation till antalet listade invånare i dag än 2017 beror på att antalet specialistläkare i allmänmedicin har minskat. När det gäller ST-läkare ser vi istället en ökning i antal mellan 2017 och 2022. Tillskottet av antalet ST-läkare är positivt och viktigt att hålla i för den framtida kompetensförsörjningen, men är i dag ändå inte tillräckligt för att möta behoven enligt riktvärdet om 1 100 listade per läkare och 550 listade per ST-läkare.

Utbildningsnivån hos primärvårdsläkarna är i genomsnitt lägre än tidigare

Våra enkätresultat visar att andelen tillsvidareanställda specialistläkare vid vårdcentralerna har minskat. Deras tjänstgöringsgrad har också minskat sedan 2017. För legitimerade läkare utan specialistutbildning ser vi en motsatt utveckling, med en ökad andel tillsvidareanställda och en högre tjänstgöringsgrad jämfört med 2017.

Totalt 4 procent av vårdcentralerna har varken tillsvidareanställda, vikarierande eller inhyrda specialistläkare i allmänmedicin. Vi har inte fördjupat oss i konsekvenserna av detta men ser att det är anmärkningsvärt.

Utbildningsnivån bland primärvårdsläkare har alltså sjunkit, vilket kan hänga ihop med att läkare i Sverige i lägre utsträckning anser att deras vårdcentraler är väl förberedda med kompetens och erfarenhet för att möta personer med kronisk sjukdom, jämfört med läkare i andra länder. Andelen läkare som anser att vårdcentralen är väl förberedd har dessutom minskat något sedan 2019. Även om utbildningsnivån hos läkare i primärvården har sjunkit är det ett resultat som kan verka förvånande eftersom svenska vårdcentraler i ett internationellt perspektiv har en större bredd av kompetenser och till exempel har antalet fysioterapeuter vid vårdcentralerna ökat. Men intervjuade professionsföreträdare (Vård- och omsorgsanalys 2021d) har tryckt på att primärvården successivt fått ett bredare ansvar och uppdrag – att primärvården är mer ”spindeln i nätet” än tidigare – men inte ökade ekonomiska resurser, kompetensutveckling eller fler anställda. Intervjupersonerna upplevde att uppgifter förflyttas från slutenvården utan att primärvården har rätt kompetens, och liknande synpunkter framfördes vid ett möte med professionsförbunden för att diskutera resultaten i denna rapport.

Kompetensmixen har förändrats – bredden av yrkesgrupper möjliggör teamarbete men oklart hur vårdcentralerna tar tillvara det

Kompetensmixen vid vårdcentralerna har förändrats över tid. Andelen specialistläkare och distriktssköterskor har minskat, medan flera andra professioner blir allt vanligare. Vår enkätundersökning visar att det finns bredd i vårdcentralernas personal; utöver specialistläkare i allmänmedicin och distriktssköterskor finns där till exempel många grundutbildade sjuksköterskor, psykologer och fysioterapeuter. Andra källor vi tagit del av visar att dessa yrkesgrupper har ökat i primärvården.

Vi har tidigare konstaterat att Sveriges relativt stora primärvårdsmottagningar innebär goda förutsättningar för teamarbete och att uppgifter som i andra länder utförs av läkare tas om hand av sjuksköterskor, undersköterskor eller andra yrkesgrupper. Men vi vet för lite om hur detta går till i praktiken (Vård- och omsorgsanalys 2017). Vårdkompetensrådet ställer sig tveksamma till hur väl teamarbetet egentligen fungerar och rekommenderar att man ska se över och definiera teamarbetets roll, funktion och förutsättningar i primärvården (Socialstyrelsen & Nationella vårdkompetensrådet 2022b).

Regionernas styrning påverkar personalsammansättningen i primärvården

I vilken omfattning vårdcentraler har specifika yrkeskategorier anställda påverkas bland annat av vilka krav som regionerna ställer i sin styrning av primärvården. Professionsföreträdare beskriver att styrningen (förfrågningsunderlagen) på många sätt skiljer sig åt mellan regionerna, när det gäller både vårdcentralernas uppdrag och kraven på vilka kompetenser och yrkeskategorier som ska finnas på vårdcentralerna. En kartläggning av regionernas styrning genom förfrågningsunderlagen för primärvården visar att regionernas krav på vårdgivare skiljer sig åt inom flera av de områden som ingår i primärvårdens grunduppdrag (Praktikertjänst 2022).

Ambitionen om primärvårdens roll som ett nav i sjukvårdssystemet syns inte alltid tydligt i den regionala styrningen. Ett exempel är vårdcentralernas utökade ansvar för att möta patienter med psykisk ohälsa. En stor majoritet av patienter med ångest- och depressionssjukdomar söker vård i primärvården och det är också i primärvården som förskriver cirka 65 procent av alla antidepressiva läkemedel i Sverige (Socialstyrelsen 2021). Socialstyrelsens nationella riktlinjer ställer tydliga krav på att vårdgivare som möter dessa patienter ska ha kompetens inom utredning, diagnostik och psykologisk behandling, för att kunna genomföra de utrednings- och behandlingsinsatser som har starkt vetenskapligt stöd och hög prioritet. Samtidigt är det bara fem regioner som ställer konkreta krav på att vårdcentralerna ska ha tillgång till psykolog (Praktikertjänst 2022).

Om vårdcentralerna själva har en viss yrkeskategori anställd eller inte påverkas också av en mängd andra faktorer, inte minst hur vården i övrigt är organiserad (till exempel i olika vårdval) och hur pass tillgänglig den personalen är för att möta patienternas behov.

Med begränsade ekonomiska resurser och bristande tillgång till olika kompetenser är det viktigt att bemanningen planeras utifrån analyser av vilken vård befolkningen behöver och vilka kompetenser (och var i vårdssystemet) som bäst möter det, samt hur man kan ta tillvara patienter och anhörigas resurser genom till exempel stöd till egenvård. Sådana analyser behöver ligga till grund för beslut om vilka yrkeskategorier som behövs på vårdcentralerna och i andra verksamheter, och hur många personer av varje kategori som behövs.

7.1.3 Det saknas resurser för att klara uppdraget och driva omställningen

En väl utbyggd primärvård bidrar till ett kostnadseffektivt hälso- och sjukvårdssystem och det är viktigt att regionerna säkerställer att primärvården har resurser som motsvarar dess uppdrag (Vård- och omsorgsanalys 2017). Vi har tidigare beskrivit att det finns både stora upplevda behov och höga förväntningar på en resursförstärkning av primärvården inom ramen för omställningen (Vård- och omsorgsanalys 2021d). Men vår sammantagna bild är att det finns ett stort gap mellan vad verksamhetsföreträdare lyfter fram som viktigt och reformens genomförande hittills.

Vår uppföljning visar att primärvårdens ekonomiska resurser under den senaste femårsperioden endast har ökat marginellt (med en halv procentenhet), mätt som andel av hela hälso- och sjukvårdens resurser. I en majoritet av regionerna har resursandelen stått stilla eller till och med minskat. Det är också otydligt om, och i så fall hur, regionerna avser att förstärka primärvårdens resurser framöver, till exempel genom att öka budgeten för vårdcentralerna eller ändra uppdragen till övriga delar av vården för att öka samarbetet med primärvården. Socialstyrelsen konstaterar att regionernas och kommunernas redovisningar om insatser inom ramen för överenskommelsen om en god och nära vård generellt inte visar ifall regionerna och kommunerna arbetat med de ekonomiska resurserna till primärvården, och i så fall hur (Socialstyrelsen 2022b).

I en tidigare rapport konstaterade vi att kommunernas kostnader för hälso- och sjukvård ökade kraftigt under perioden 2017–2019, troligen på grund av att kommunerna fått fler patienter med stora och komplexa vårdbehov (Vård- och omsorgsanalys 2021d). Det stämmer med den bild vi nu fått i intervjuer med kommunala verksamheter. Men det saknas ännu möjligheter att löpande följa kommunernas kostnader för hälso- och sjukvård, så vi kan inte redovisa hur kommunernas kostnader fortsatt att utvecklas.

Enligt chefer för vårdcentraler är ekonomiska resurser det viktigaste för att klara målen med omställningen. Cheferna uppger att resurserna behövs till att anställa mer personal och få en bättre bemanning, men även till att bekosta medicinteknik och ändamålsenliga lokaler. Detta är väntat med tanke på det stora anställningsbehovet, som vi diskuterat tidigare.

Våra fallstudieintervjuer med företrädare för primärvård, kommun och sjukhus visar också tydligt att vårdcentralerna behöver mer ekonomiska resurser för att klara omställningen, jämfört med de ekonomiska förutsättningar som finns idag. Idag finns inte den tid och personal som behövs för att driva utvecklingsarbete, utan man måste prioritera bemanningen av den ordinarie verksamheten. Enligt vårdcentralschefer är det till exempel svårt att genomföra de utbildnings- och utvecklingsinsatser som omställningen kräver, med befintliga ekonomiska resurser. Vår IHP-undersökning visar också att läkarna i låg grad upplever att de får den utbildning som de behöver för att kunna ändra arbetssätten.

De bristande resurserna innebär också att primärvården har svårt att prioritera det förebyggande arbetet och att vara ett nav för patienter som behöver insatser från flera aktörer, till exempel när de skrivs ut från slutenvård för vård i hemmet eller på särskilt boende.

7.1.4 Bristande arbetsmiljö är ett hot mot kompetensförsörjningen och primärvårdens roll som navet i omställningen

Det är tydligt att de knappa ekonomiska och personella resurserna i primärvården också leder till en ansträngd arbetsmiljö. Flera yrkesgrupper i primärvården är högriskyrken för sjukskrivning till följd av psykiatriska diagnoser och specialistläkare och ST-läkare i allmänmedicin har fler sjukdagar än läkare och ST-läkare i andra delar av hälso- och sjukvården. Vår IHP-undersökning visar också att läkarna i primärvården är oerhört stressade, många har symptom på utmattning och många överväger att byta arbete. Det är en allvarlig situation, eftersom arbetsmiljön är den enskilt viktigaste faktorn för att utveckla, motivera och behålla medarbetare inom primärvården (Socialstyrelsen & Nationella vårdkompetensrådet 2022a).

För stort ansvar och hög arbetsbelastning försvårar kompetensförsörjningen

Med för få läkare i primärvården behöver många ta ett alltför stort ansvar – långt över det riktvärde på 1 100 listade invånare per läkare som Socialstyrelsen tagit fram. Många primärvårdsläkare uppger också att de inte kan ta det ansvar som fast läkarkontakt för sina listade invånare som den rollen kräver (Vård- och omsorgsanalys 2022b). Vi ser ett tydligt samband mellan ansvaret (listans storlek) och stressnivån; läkare med fler listade invånare svarar i högre utsträckning att de är mycket eller oerhört stressade. Läkare som har mindre tid för sina patientbesök är också mer stressade än läkare som har längre besökstid, vilket är ytterligare ett tecken på att ett mer intensivt arbetstempo under mottagningstid är en riskfaktor. Många som arbetar i primärvården väljer att arbeta deltid och i kommentarer till vår enkät ser vi att det bland annat handlar om stressförebyggande strategier för att orka med den höga arbetsbelastningen. Vidare är stressnivån lägre bland läkare som arbetar mindre än 40 timmar i veckan och bland läkare som får den medicinska fortbildning de behöver.

Bristande arbetsmiljö och upplevd stress tycks vara ett stort problem i primärvården, och de förhöjda riskerna för sjukskrivning syns också i sjukskrivningsstatistiken. Risken för sjukskrivning verkar vara särskilt stor i grupper med hög kompetens, såsom specialistläkare i allmänmedicin, och som tar stort ansvar för många av vårdcentralens patienter. På längre sikt underminerar det vårdcentralernas möjligheter att klara sitt uppdrag. En tredjedel av svenska primärvårdsläkare planerar att sluta, vilket är ett hot mot vårdcentralernas kompetensförsörjning på sikt.

Behövs mer kunskap om orsakerna till stress

Det är dock ännu lite oklart vad som är mest stressframkallande i vårdcentralernas arbetsvardag. Internationella jämförelser visar att svenska primärvårdsläkare i genomsnitt träffar färre patienter och har längre patientbesök jämfört med läkare i andra länder, samtidigt som de är mer stressade. Detta kan tyda på att läkare i svensk primärvård har en högre belastning i form av ytterligare arbetsuppgifter utöver patientarbetet. Våra undersökningar visar inte säkert vad den höga stressnivån i svensk primärvård beror på, men det finns sannolikt skillnader i primärvårdens samlade uppdrag mellan olika länder, vilket kan påverka arbetets innehåll och arbetsbelastningen. Empiriska studier från Sverige och andra länder visar vidare bland annat att det finns för lite tid för nödvändig administration och dokumentation i primärvården (Ivarsson Westerberg et al 2021; Region Stockholm, 2019). Det framgår också att orimliga arbetsuppgifter (så kallade *illegitimate tasks*), som inte är en del av personens huvudsakliga arbetsuppgifter och ansvar, är en starkt bidragande orsak till upplevd stress och stressrelaterad sjukfrånvaro (Kilponen et al, 2021; Thun, Halsteinli & Lövestedt, 2018).

En hög belastning på primärvården är dock inte bara ett svenskt fenomen utan flera internationella studier visar att det finns ett glapp mellan primärvårdens resurser och uppdrag (Johansson, Guyatt & Montori 2023). En amerikansk simuleringsstudie kom exempelvis fram till att det skulle krävas en arbetsdag på 27 timmar för att primärvårdsläkare skulle ha möjlighet att implementera och dokumentera tillämpliga riktlinjer (Porter, Boyd, Skandari & Laiteerapong 2022).

7.2 Primärvården behöver utvecklas på områden som är centrala för omställningens mål

Två centrala mål för omställningen är att primärvården ska vara navet i hälso- och sjukvården och att vården ska bli mer hälsofrämjande och förebyggande. I primärvårdens grunduppdrag ingår också samverkan och samordning för de patienter som behöver insatser från olika aktörer, liksom förebyggande insatser. Våra intervjuer visar att både samverkan och förebyggande arbete ses som centrala för att nå omställningens mål, men att det saknas resurser för att tillräckligt kunna prioritera dessa uppdrag.

7.2.1 Primärvårdens roll som navet i vården i samverkan med andra aktörer behöver stärkas

Det ska finnas en fungerande samverkan och samordning för de patienter som behöver insatser från olika aktörer. Det ingår i primärvårdens grunduppdrag och är en del i omställningens mål att primärvården ska vara navet i hälso- och sjukvården. Våra intervjupersoner ser samverkan på verksamhetsnivå som en nyckelfaktor för att omställningen ska lyckas, men det finns flera hinder för samverkan mellan omställningens olika aktörer, och den specialiserade vårdens roll i omställningen behöver få mer uppmärksamhet.

Vårdcentralerna behöver bättre förutsättningar för samverkan

Samverkan mellan den regionala primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården verkar fungera relativt väl. Samverkan tycks fungera bäst för väldefinierade patientgrupper och processer, eller där det redan finns uppbyggda strukturer för samverkan. Det tydligaste exemplet är personer som har hemsjukvård eller bor på särskilt boende. Verksamhetschefer, primärvårdsläkare och företrädare för kommuner ser positivt på denna samverkan. Samverkan mellan sjukhusen och kommunerna för dessa grupper uppges också fungera väl, medan det finns brister i samverkan mellan regional primärvård och sjukhus.

När det gäller andra patientgrupper ser verksamhetsföreträdare att vårdcentralerna inte har tillräckliga förutsättningar för att fullt ut delta i samverkan. Det handlar till exempel om brister i planeringen för personer som är utskrivningsklara från slutenvård, där primärvården har viktig koordinerande roll enligt lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Det kan också handla om att vårdcentralerna inte har möjligheter att driva utvecklingsprojekt i samverkan med kommunen. Många av vårdcentralscheferna ser också att det ekonomiska utrymmet inte räcker för samverkan.

Samverkan med den specialiserade vården har större brister

Samverkan fungerar sämre när det inte finns etablerade samverkansstrukturer eller en tydlig rollfördelning. Till exempel menar våra intervjupersoner att samverkan mellan regionernas primärvård och den specialiserade vården fungerar mindre bra. En av tre vårdcentralschefer uppger också att samverkan med den specialiserade vården fungerar dåligt eller mycket dåligt. De flesta ser otydlig roll- och ansvarsfördelning som det främsta hindret för en god samverkan, men det finns också andra strukturella hinder, såsom tekniska lösningar för informationsutbyte och sekretess. Ytterligare en aspekt är att samverkansstrukturerna inte fångar upp privata vårdgivare i tillräckligt stor utsträckning.

7.2.2 Det förebyggande arbetet behöver stärkas

Ökat förebyggande och hälsofrämjande arbete ses som centralt för omställningen, men det saknas resurser för att arbeta mer förebyggande och hälsofrämjande i primärvården.

Våra fallstudier visar att vårdcentralerna har svårt att hinna med det förebyggande arbetet, eftersom man tvingas prioritera mer akuta behov. Men det är inte en entydig bild: En majoritet av vårdcentralscheferna anser att förutsättningarna för att förebygga ohälsa är bra eller mycket bra. De som anser att förutsättningarna är mindre bra lyfter brist på ekonomiska resurser som det största hindret, följt av brist på personal med rätt kompetens.

Samtidigt anser flera intervjupersoner att mer förebyggande och hälsofrämjande arbete skulle vara resurseffektivt, till exempel att ökade kunskaper om egenvård i befolkningen skulle kunna minska antalet kontakter för mindre allvarliga besvär. Men IHP-undersökningen visar också att läkare i Sverige i mindre utsträckning ger stöd till egenvård eller tar fram vårdplaner för personer med kroniska sjukdomar som patienterna kan använda sig av i vardagen, jämfört med andra länder. Det bekräftar bilden i vår tidigare undersökning, där många patienter ansåg att de inte fått någon hjälp av vården att själva hantera eller förbättra sin hälsa, till exempel genom stöd till egenvård (Vård- och omsorgsanalys 2021d).

Flera av vårdcentralscheferna problematiserar primärvårdens hälsofrämjande uppdrag. Det förebyggande arbetet ses som viktigt för att minska behoven av sjukvård på lång sikt, samtidigt som man ifrågasätter om vårdcentralerna kommer att ha resurser för att axla det ansvaret. Flera betonar att det hälsofrämjande uppdraget innebär behov av nya kompetenser och arbetssätt. Vi har inte närmare undersökt vårdcentralernas roll i det hälsofrämjande arbetet i stort, men vi tolkar resonemanget som en del av den upplevda obalansen mellan primärvårdens uppdrag och dess tilldelade resurser.

7.2.3 Förutsättningar för att medverka i forskning behöver stärkas

I primärvårdens grunduppdrag har det förtydligats att verksamheter i primärvården ska kunna medverka i forskningsarbete. Genom förtydligandet ville regeringen framhålla primärvårdens ansvar på området, som en följd av den starkare rollen som första vårdnivå. Forskningskulturen i primärvården beskrevs dock som svag och det är svårt att få forskningsfinansiering (prop. 2019/20:164). Vi har tidigare belyst att möjligheter till professionell utveckling och forskning skulle vara en viktig insats för kompetensförsörjningen i primärvården (Vård- och omsorgsanalys 2021c), men bara drygt hälften av vårdcentralscheferna svarar att de på något sätt medverkar i forskning. Många skulle vilja vara mer forskningsaktiva men kan inte på grund av brist på personal.

7.3 Ibland behövs specifika förutsättningar för den nära vården

Vår analys av vården på landsbygd och i områden med socioekonomiska utmaningar visar att det finns strukturella skillnader, som behöver uppmärksammas i organiseringen av den nära vården. Samtidigt är patienternas erfarenheter när det gäller tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet relativt likartade oavsett var de bor eller vilka socioekonomiska förutsättningar de har, och en del av de skillnader vi ser beror antagligen på att vissa grupper, till exempel de med högre utbildning, har högre förväntningar på vården.

7.3.1 Den nära vården i områden med socioekonomiska utmaningar

Områden med socioekonomiska utmaningar är ett generellt begrepp, och analyserna fångar sannolikt inte den komplexitet och variation av behov som kännetecknar människorna som bor i dessa områden. Gruppen utrikesfödda patienter är också heterogen, med individer som kan ha väldigt olika förutsättningar när det gäller hälsa och behov av sjukvård. Detta är komplexa frågor men vi har identifierat några faktorer som kännetecknar patienters behov och vårdgivares förutsättningar i områden med socioekonomiska utmaningar.

Patienters behov i områden med socioekonomiska utmaningar ställer större krav på vården

Våra underlag pekar på att patienter i områden med socioekonomiska utmaningar generellt har större behov när de söker vård, vilket ställer högre krav på vårdgivarna.

Generellt sett är hälsan sämre och vårdbehovet större hos patienter som lever under socioekonomiskt utmanande förhållanden (Folkhälsomyndigheten 2022). En stor andel av de boende i områden med socioekonomiska utmaningar är dessutom utrikes födda, en grupp som generellt har sämre livsvillkor än andra. Bilden i våra underlag är dock delvis motstridig. Exempelvis är det mindre vanligt med livsstilssjukdomar och alkoholmissbruk bland utrikes födda, men vanligare med psykisk ohälsa (Folkhälsomyndigheten 2019).

Yrkesverksamma i områden med socioekonomiska områden bekräftar att deras målgrupp har mer omfattande problematik. Dessa svårigheter förstärks av ekonomiska och sociala problem, som påverkar patienternas förmåga att ta hand om sin hälsa. Yrkesverksamma i dessa områden har också ett större behov av kunskapsstöd och kompetensutveckling, vilket kan ha att göra med gruppens komplexa behov som vi själva konstaterat i vår kartläggning av kunskapsstöd.

Andra faktorer än hälsa påverkar också behoven

Arbetet runt utrikesfödda patienter i områden med socioekonomiska utmaningar tar mer resurser i anspråk. Exempelvis behövs ofta språkstöd via tolk, vilket kräver

planering och samordning. Arbetet med tolk fungerar överlag bra, men yrkesverksamma betonar att den typen av patientmöten ändå kräver mer tid för dialog, för att säkerställa att patienten verkligen förstår den information som förmedlas.

En annan faktor är kulturella skillnader i hur patienter pratar om sina hälso-
besvär, eller att vissa frågor kan vara tabubelagda. Detta ställer krav på att personalen har tillräcklig tid för att lyssna och sätta sig in i patientens perspektiv. Empiriska studier från Sverige bekräftar också att patienternas upplevelser av vården är bättre om tolksamarbetet fungerar och personalen försöker förstå sina utrikes födda patienter (Nejati, Svenningsson, Björkelund & Hange 2022; Wiking, Saleh-Stattn, Johansson & Sundquist 2009).

Våra intervjuer visar att många utrikes födda patienter upplever att inte blir tagna på allvar när de söker vård, och svensk forskning på området styrker detta (Hamed, Thapar-Björkert, Bradby & Ahlberg 2020). Vi kan inte säkert veta varför det är så, men vårdcentralschefer betonar att man måste ha gott om tid för patienter som tidigare haft mindre bra upplevelser eller som inte har förstått hur det svenska sjukvårdssystemet fungerar. Våra resultat visar också att patientbesöken i områden med socioekonomiska utmaningar i genomsnitt tar längre tid.

Tecken på att personer i områden med socioekonomiska utmaningar har sämre förutsättningar för att få vård

Personer i områden med socioekonomiska utmaningar verkar ha något sämre förutsättningar när det gäller att få sina vårdbehov tillgodosedda på vårdcentraler i närområdet. Vårdcentralschefer i dessa områden uppger att de har färre specialistläkare i allmänmedicin i relation till antalet listade invånare och ett betydligt större behov av att anställa läkare och distriktssköterskor jämfört med vårdcentraler i socioekonomiskt välmående områden. Dessutom är det generellt svårt att rekrytera och behålla personal i dessa områden på grund av den höga arbetsbelastningen.

Uppgifterna från vårdcentralschefer om förhållandevis färre specialistläkare i allmänmedicin motsägs till viss del av uppgifterna från IHP-undersökningen. Svenska primärvårdsläkare i områden med socioekonomiska utmaningar uppger där att de har färre listade invånare jämfört med läkare i andra områden. Detta gäller dock enbart situationen för de läkare som svarade på enkäten och ger ingen information om hur situationen gällande listade invånare per läkare ser ut på den svarandes vårdcentral i stort, så dessa resultat bör tolkas med viss försiktighet.

Förutsättningarna för vårdcentraler i områden med socioekonomiska utmaningar behöver stärkas

Sammanfattningsvis visar våra underlag att det är angeläget att stärka förutsättningarna för vårdgivare i områden med socioekonomiska utmaningar som möter en hög andel utrikes födda patienter. Vårdcentralernas resurser, till exempel tillgången till generalistkompetens, behöver vara i linje med patientgruppens

faktiska vårdbehov. Det handlar också om tillgången till språkstöd, löpande kompetensutveckling för personalen och relevanta kunskapsstöd till vårdpersonal. När det gäller kunskapsstöd som rör utrikes födda patienter och patienter med utmanande socioekonomiska förhållanden finns goda exempel inom vissa områden, men frågan bör ha en tydlig plats i arbetet med kunskapsstyrning på både nationell och regional nivå. Patienterna behöver också få anpassad information om hälso- och sjukvården men också mer grundläggande information om det svenska välfärdssystemet.

7.3.2 Den nära vården i landsbygd

Vi har nyligen kartlagt vården på landsbygden i en annan rapport (Vård- och omsorgsanalys 2021c) där vi bland annat konstaterade att det inte finns några större skillnader mellan patienter på landsbygden och i andra områden när det gäller upplevelsen av vården. Vi har fått en liknande bild i denna rapport, och går inte närmare in på detta här. Våra nya mätningar visar att det bara finns mindre skillnader i hur patienter upplever vården beroende på var man bor, men personer i landsbygd har något mer positiva erfarenheter av vården än andra, till exempel när det gäller samordning.

Brister i kompetensförsörjningen är dock ett större problem i landsbygdskommuner jämfört med andra kommuntyper. Tillgången till specialistläkare i allmänmedicin är fortsatt klart sämre i landsbygd, men vår analys indikerar att man till viss del kompenserar det med andra yrkeskategorier, såsom distriktssköterskor. Även andra resultat liknar de i vår tidigare kartläggning, till exempel behovet av mer digitala lösningar för patientmöten och samverkan mellan verksamheter, liksom en utbyggd infrastruktur, till exempel robusta internetuppkopplingar och bättre tillgång till service, utbildning och arbete (Vård- och omsorgsanalys 2021c).

7.4 Uppföljningen behöver stärkas

Flera statliga myndigheter har i uppdrag att följa upp eller utvärdera omställningen, och Socialstyrelsen och Inspektionen för vård och omsorg har pågående uppdrag. Socialstyrelsen har till exempel föreslagit indikatorer för att följa omställningen (Socialstyrelsen 2022c). En inriktning i förslaget är att fokusera på resultat, snarare än enbart processer, bland annat därför att ”tillvägagångssätt för att utveckla hälso- och sjukvården i riktning mot målbilden för nära vård kan skilja sig mellan regioner och över tid, medan de effekter som eftersträvas i form av förbättrad tillgänglighet, personcentrering och samordning är desamma” (Socialstyrelsen 2022c).

Våra fallstudier visar dock att arbetet med uppföljning i regioner och kommuner bara är påbörjat. På flera håll efterfrågades tydligare vägledning på nationell nivå

om hur omställningen ska följas upp, men Socialstyrelsens förslag till indikatorer kan sedan dess ha bidragit till det (den rapporten publicerades efter att vi genomförde intervjuerna i fallstudierna). Samtidigt ser vi att den regionala och lokala uppföljningen behöver anpassas till regionernas och kommunernas egna strategier och mål. Till exempel verkar regioner ha olika syn på om omställningen ska lägga fokus på hela befolkningen eller vissa grupper. Det påverkar resultaten som kan förväntas och även uppföljningen.

Viktigt med långsiktig och samordnad regional uppföljning

Våra fallstudier tyder på att mycket av omställningsarbetet bedrivs i form av initiativ och projekt för att testa nya arbetssätt, såsom mobila team eller olika samverkansmodeller. Det är viktigt att regioner och kommuner tar reda på vilka långsiktiga effekter dessa arbetssätt får, och hur arbetet kan tas tillvara och skalas upp. Det verkar också finnas en stor efterfrågan på forum för att dela erfarenheter från det lokala omställningsarbetet.

Utvärderingar av reformer och statliga satsningar inom vård och omsorg och visar att det ofta saknas långsiktiga åtaganden för att ta tillvara de projekt som startas (Vård- och omsorgsanalys 2022c). Hittills ser vi även här en risk för att huvudmännen inte skapar sådana långsiktiga förutsättningar. Vi ser också att det behövs fortsatt nationellt stöd och dialoger med regionerna om vilka metoder för uppföljning som är mest ändamålsenliga.

Det saknas nationella data för centrala områden

I tidigare rapporter inom ramen för detta uppdrag har vi konstaterat att det saknas nationell statistik på flera områden som är centrala för omställningen. Det handlar om uppgifter som kan ge en heltäckande bild av kostnader, patientbehov och konsumtion av vård, liksom omfattningen av och innehållet i de insatser som görs i regionernas primärvård och kommunernas hälso- och sjukvård och socialtjänst. Dessutom saknas information om vilka yrkeskategorier som möter vilka patienter och centrala mått för att beskriva utvecklingen av kontinuitet. Det är särskilt tydligt i denna rapport att det saknas heltäckande data om kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården, vilket innebär att det är svårt att beskriva utvecklingen. En annan konsekvens är att vårdens huvudmän saknar uppgifter för att planera kompetensförsörjningen.

Vi får återigen konstatera att det behövs nationellt heltäckande data som beskriver olika perspektiv på primärvården, till exempel genom ett nationellt primärvårdsregister. Det behövs även data som visar hur primärvården klarar av sitt utökade uppdrag att i högre grad behandla psykisk ohälsa och arbeta hälsofrämjande. Detta understryker behovet av information om vårdens innehåll och utfall i primärvården, och information om vilka yrkeskategorier som möter patienterna för olika typer av insatser.

8 Det fortsatta arbetet med uppdraget

I denna delrapport har vi fördjupat kunskapen om några delar av vårt uppdrag, med särskilt fokus på kompetensförsörjningen och yrkesverksammas och verksamheters perspektiv på omställningen. Men rapporten fångar inte alla delar i uppdraget och ger inte heller en heltäckande beskrivning av omställningen till en god och nära vård. Under 2023 och 2024 återkommer vi med våra årliga kartläggningar av måluppfyllelsen när det gäller kontinuitet, utifrån överenskommelsen om god och nära vård. Därefter överlämnar vi vår slutrapport till regeringen i mars 2025, där vi samlat kommer att utvärdera omställningen ur patienternas perspektiv, ur de yrkesverksammas och verksamheternas perspektiv och ur ett systemperspektiv.

8.1 Omställningen ur ett patientperspektiv

I slutrapporten kommer vi att redovisa en ny uppföljning av patienters erfarenheter av hälso- och sjukvården, av samma slag som vi återkommande genomfört sedan 2014. Tillsammans med våra kommande IHP-undersökningar till äldre över 65 år (2023) och till befolkningen (2024) kommer den uppföljningen att ge en samlad beskrivning av hur patienternas och befolkningens erfarenheter av hälso- och sjukvården har utvecklats, med särskilt fokus på inriktningsmålen för omställningen och på om hälso- och sjukvården i högre grad bidrar till målet att stärka hälsan.

Vi kommer också överväga hur vi kan nå grupper med stora behov för att beskriva deras erfarenheter av vården, utifrån erfarenheterna från intervjustudien med utrikes födda patienter samt annat pågående metodutvecklingsarbete på myndigheten för att bättre nå svårnådda grupper.

8.2 Omställningen ur yrkesverksammas och verksamheternas perspektiv

Till slutrapporten planerar vi att göra en ny kartläggning av hur omställningen konkret genomförs i regioner och kommuner, till exempel hur länsgemensamma

strategier för omställningen har omsatts i handling genom ändrade uppdrag eller annan styrning.

Vi vill också belysa hur omställningen på mer bred front bidrar till ändrade arbetssätt eller förändrade prioriteringar. Vi skulle till exempel vilja undersöka om omställningen bidrar till att uppdrag flyttas över till primärvården, exempelvis för behandling av kroniska sjukdomar och psykisk ohälsa, om uppgifter flyttas från vårdcentraler till andra delar av vården eller om flöden i vården ändras, exempelvis för remisser och förskrivning.

Vi kommer också att följa forskning och andra kartläggningar om de mest centrala insatserna inom ramen för omställningen och deras bidrag till måloppfyllelse. Det kan till exempel handla om digitaliseringens bidrag till omställningen, eller ändrade arbetssätt för att samverka runt patienter med stora behov, till exempel genom mobila team.

Slutligen vore det angeläget att belysa den nationella kunskapsstyrningens stöd till omställningen. Det kan till exempel handla om kunskapsstyrningens stöd till primärvården i att arbeta enligt standardiserade vårdförlopp och samtidigt individanpassa vården till patienter med komplexa behov.

8.3 Omställningen ur ett systemperspektiv

Till slutrapporten avser vi att bidra till en bättre förståelse för system-effekter och hur de kan följas upp. Vi vill till exempel anpassa de produktivitets- och effektivitetsanalyser som vi gjort i vår nationella uppföljning av hälso- och sjukvården, med fokus på primärvården (Vård- och omsorgsanalys 2022d). Vi avser också att återkomma med en analys av kommunernas kostnader, behov, insatser och styrning.

En strukturell fråga som kan ha betydelse för omställningen är primärvårdens organisering genom vårdvalsystemen med fri etablering av vårdgivare, konkurrens mellan vårdgivare och stora möjligheter för patienter att välja vårdgivare. Där det är möjligt kommer vi att beakta hur organiseringen påverkar omställningens målsättningar om kontinuitet, samverkan och fördelning av resurser till patienter med stora behov men också hur den stora andelen privata utförare i primärvården involveras i omställningen.

Vi ser vidare behov av att samlat analysera statens insatser inom ramen för omställningen, till exempel genomförandet av de riktade statsbidragen.

Referenser

- Delegationen mot segregation (2022a). *Platsens betydelse. Årsrapport 2022 om den socioekonomiska boendesegregationens utveckling i Sverige*. Delegationen mot segregation.
- Delegationen mot segregation (2022b). *Skillnader och likheter mellan polisens lista och områdestyperna*. Delegationen mot segregation.
- Distriktssköterskeföreningen i Sverige (2021). *Kompetensbeskrivning för distriktssköterskor*. Distriktssköterskeföreningen i Sverige.
- Folkhälsomyndigheten (2019). *Hälsa hos personer som är utrikes födda – skillnader i hälsa utifrån födelseland. Ett kunskapsunderlag om hälsa, livsvillkor och levnadsvanor bland utrikes födda personer boende i Sverige*. Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten (2022). *Folkhälsans utveckling. Årsrapport 2022*. Folkhälsomyndigheten.
- Fysioterapeuterna (2021). *Fysioterapeuters förutsättningar för livslångt lärande. En enkätundersökning genomförd i september 2021*. Fysioterapeuterna.
- Försäkringskassan (2020). *Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. En registerstudie av Sveriges arbetande befolkning i åldern 20–69 år*. Socialförsäkringsrapport 2020:8. Försäkringskassan.
- Försäkringskassan (2022). *Antal sjukdagar i befolkningen 2016–2020*. <http://www.forsakringskassan.se/statistik-och-analys/sjuk/statistik-om-sjukpenning-och-rehabiliteringspenning> [2021-12-01].
- Glesbygdsverket (2009). *Fakta om gles- och landsbygd*. Glesbygdsverket.
- Hagqvist, E., Ekberg, K., Lidwall, U., Nyberg, A., Landstad, B. J., Wilczek, A., Bååthe, F., & Sjöström, M. (2022). The Swedish HealthPhys Study: Study Description and Prevalence of Clinical Burnout and Major Depression among Physicians. *Chronic Stress*, 6, ss. 1–8.
- Hamed, S., Thapar-Björkert, S., Bradby, H. & Ahlberg, B.M. (2020). Racism in European Health Care: Structural Violence and Beyond. *Qualitative Health Research*. 30(11), ss. 1662–1673.
- Ivarsson Westerberg, A., Andersson, A., Anskär, E., Castillo, D., Falk, M., & Forssell, A. (2021). *Papper, pengar & patienter: Primärvården i administrationssamhället*. Lund: Studentlitteratur.

- IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2023). *Delredovisning av den nationella sjukhustillsynen*. Inspektionen för vård och omsorg.
- Johansson, M., Guyatt, G., & Montori, V. (2023). Guidelines should consider clinicians' time needed to treat. *BMJ*, 380.
- Nejati, S., Svenningsson, I., Björkelund, C., & Hange, D. (2022). How can a care manager at the primary care centre support foreign-born female patients suffering from common mental disorders? – An interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 36(2), ss. 456–467.
- Porter, J., Boyd, C., Skandari, M. R., & Laiteerapong, N. (2022). Revisiting the time needed to provide adult primary care. *Journal of general internal medicine*, 38, ss. 147–155.
- Praktikertjänst (2022). *Hur styr regionerna? En kartläggning och analys av förfrågningsunderlag i primärvården 2021–2022*. Praktikertjänst.
- SCB – Statistiska centralbyrån (2021). *Befolkningsstatistik för år 2021*. <https://scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/> [2022-01-01]
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021). *Ersättningsmodeller i primärvården. Delrapport 1 – en nulägesbeskrivning av ersättningsmodeller och andra ekonomiska villkor inom svensk primärvård 2021*. Sveriges Kommuner och Regioner.
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2022). *Ekonomi- och verksamhetsstatistik*. <https://skr.se/skr/halsasjukvard/ekonomiavgifter/ekonomiochverksamhetsstatistik.46542.html> [2022-11-24].
- Socialdepartementet (2020). *Uppdrag att utvärdera omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård. Regeringsbeslut I:6 den 16 april 2020*.
- Socialdepartementet (2023). *Pressmeddelande – Förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning ska tas fram*. <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2023/01/forslag-till-nationell-plan-for-halso--och-sjukvardens-kompetensforsorjning-ska-tas-fram> [2023-01-27].
- Socialdepartementet och SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2019). *God och nära vård. En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting 2019*. Socialdepartementet.
- Socialdepartementet och SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020). *God och nära vård 2020. En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården*. Socialdepartementet.
- Socialdepartementet och SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2021). *God och nära vård 2021. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav*. Socialdepartementet.

- Socialdepartementet och SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2022). *God och nära vård 2022. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav*. Socialdepartementet.
- Socialdepartementet och SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2023). *God och nära vård 2022. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav*. Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen (2015). *Föreskrifter och allmänna råd. Läkarnas specialiserings-tjänstgöring*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2021). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2022a). *Nationellt riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2022b). *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2021. Utvecklingen i regioner och kommuner*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2022c). *Uppföljning nära vård. Deluppdrag II. Nationella indikatorer slutrapport*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2023). *Kompetensmål för fast läkarkontakt i primärvården – Stöd för utveckling och bedömning av kompetens*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet (2022a). *Kompetensförsörjning inom primärvården. Delrapport*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet (2022b). *Kompetensförsörjning inom primärvården. Slutrapport*. Socialstyrelsen.
- SOU 2018:55 (2018). *Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv – Kartläggning av socioekonomiska skillnader i vårdutnyttjande och utgångspunkter för bättre styrning*. Delbetänkande. Socialdepartementet.
- Svensk förening för allmänmedicin (2023). *Om allmänmedicin för allmänheten*. <https://sfam.se/foreningen/organisation/om-allmanmedicin-for-allmanheten/> [2023-02-02].
- Sveriges läkarförbund (2021). *Arbetsmiljö. Delrapport 5: Primärvårdsenkäten*. Sveriges läkarförbund.
- Sveriges läkarförbund (2022). *6 av 10 läkare längtar bort – Arbetsmiljöenkäten 2022*. Sveriges läkarförbund.
- Sveriges läkarförbund (2023). *Tiden räcker inte till – återhämtning och patient-säkerhet. Läkarförbundets arbetsmiljöenkät 2022*. Sveriges läkarförbund.
- Tillväxtverket (2021). *Uppdatering av indelningen städer och landsbygder 2021*. <https://tillvaxtverket.se/statistik/regional-utveckling/regionala-indelningar/stader-och-landsbygder.html> [2023-02-02].
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017). *En primär angelägenhet – Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum*. Rapport 2017:3. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018). *Allmän tillgång? Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård*. Rapport 2018:5. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020). *Primärt i vården. En studie om befolkningens syn på kontinuitet vid vårdcentraler*. Rapport 2020:9. 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. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021b). *Fast kontakt i primärvården. Patienters uppfattning om tillgången till fast läkarkontakt och fast vårdkontakt i primärvården*. PM 2021:1. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021c). *Långt bort men nära. Kartläggning av primärvården i landsbygden*. Rapport 2021:11. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021d). *Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport*. Rapport 2021:8. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2022a). *Besök via nätet – Resursutnyttjande och jämlikhet kopplat till digitala vårdbesök*. Rapport 2022:1. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2022b). *Kontinuitet och fast läkarkontakt – Kartläggning av måluppfyllelse i överenskommelserna om en god och nära vård 2022*. PM 2022:5. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2022c). *I rätt riktning? – Användningen av riktade statsbidrag inom vård och omsorg*. Rapport 2022:3. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2022d). *Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården 2022 – Indikatorer på kvalitet, jämlikhet och effektivitet*. PM 2022:3. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2023a). *Utrikesfödda patienters erfarenheter av vården: en intervjustudie. En underlagsrapport i utvärderingen av omställningen till en god och nära vård*. PM 2023:1. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2023b). *Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv 2022 – International Health Policy Survey (IHP) 2022*. Rapport 2023:1. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

- Wamala, S., Merlo, J., Boström, G. & Hogstedt, C. (2007). Perceived discrimination, socioeconomic disadvantage and refraining from seeking medical treatment in Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, ss. 409–415.
- Wiking, E., Saleh-Stattn, N., Johansson, S. E., & Sundquist, J. (2009). Immigrant patients' experiences and reflections pertaining to the consultation: a study on patients from Chile, Iran and Turkey in primary health care in Stockholm, Sweden. *Scandinavian journal of caring sciences*, 23(2), ss. 290–297.

Bilaga 1. Enkätundersökning till vårdcentralschefer 2022

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har genomfört en enkätundersökning till chefer för samtliga vårdcentraler i Sverige.

Undersökningen besvarades under perioden 5 april–15 juni 2022. Totalt svarade chefer för 758 vårdcentraler på enkäten, vilket motsvarar cirka 64 procent. Svarsfrekvensen i regionerna var 34–86 procent. Det interna bortfallet i specifika frågor varierar dock och vissa frågor har ett betydligt större bortfall än andra.

Målgrupp och insamling av respondentuppgifter

Undersökningen utformades som en totalundersökning till de vårdcentraler, hälsocentraler eller motsvarande som är godkända i regionen och ingår i vårdvalet (inte filialer).

Under november–december 2021 samlade vi in uppgifter om samtliga vårdcentraler i Sverige. Underlaget från regionerna inkluderade vårdcentralernas namn och adress samt e-postadress till vårdcentralscheferna.

E-postuppgifterna uppdaterades i takt med att vi fick information om chefsbyten. Vi fick även uppdaterade uppgifter (om nya verksamhetschefer och nya eller nedlagda vårdcentraler) från samtliga regioner i maj 2022. Undersökningen kompletterades med ett antal nya vårdcentraler i samband med det. Det innebär att en del chefer inte fick lika många påminnelser om att besvara enkäten. Ett villkor för att en ny vårdcentral skulle inkluderas var att verksamheten hade startat innan undersökningen påbörjades. Vårdcentraler som lagts ned exkluderades från undersökningen.

När enkätundersökningen stängdes i juni 2022 omfattade undersökningen totalt 1 183 vårdcentraler.

Enkätens utformning

Enkäten utvecklades i dialog med yrkesverksamma i primärvården och Socialstyrelsen, och efter samråd med SKR (enligt förordning 1982:668). I ett pilottest av enkäten och enkätverktyget besvarades även enkäten av två vårdcentralsschefer vars synpunkter vi också använde för att justera enkäten.

Frågorna fokuserade på kompetensförsörjningen vid vårdcentralerna, inklusive anställningsbehov. Enkäten innehöll även frågor om hur vårdcentralsscheferna ser på sina förutsättningar för att klara målen och intentionerna med omställningen till en god och nära vård. Vidare inkluderade vi frågor med "bakgrundsinformation" såsom antalet listade invånare vid vårdcentralen och om vårdcentralen var i offentlig eller privat regi. De flesta chefer fick svara på totalt 18 frågor, varav en del hade flera underfrågor.

Chefer för vårdcentraler i områden med socioekonomiska utmaningar (områdestyp 1 och 2) och i landsbygdskommuner fick totalt 21 frågor. En fråga löd: "Kan du tänka dig att ställa upp på en intervju kopplat till era särskilda förutsättningar att uppnå målen med omställningen till en god och nära vård?", och den använde vi för att kunna göra ett urval av intervjupersoner till fallstudien.

Enkäten i sin helhet finns publicerad på vår webbsida.

Genomförande – mejl med länk till webbenkät samt påminnelser

Undersökningen var utformad så att varje chef fick ett mejl med information om undersökningen och en länk till själva webbenkäten. Vi skickade ett unikt mejl till varje vårdcentral, så en del verksamhetschefer fick flera. Om en verksamhetschef var chef över fler än fyra vårdcentraler riktade vi i stället undersökningen till vårdcentralsschefer. Mejlet med enkätinbjudan och webblänken kunde även vidarebefordras, till exempel om det på grund av chefsbyten kommit till fel person, eller om mottagaren var verksamhetschef för flera vårdcentraler och själv valde att vidarebefordra enkäten till vårdcentralsscheferna.

Efter det första utskicket med inbjudan om att besvara enkäten skickade vi ut fyra påminnelser. Vi hade även löpande kontakt med en mängd personer såsom verksamhetschefer och företrädare för lokala professionsföreningar i regioner där svarsfrekvensen var relativt låg. De uppmuntrade personer som inte hade besvarat enkäten att göra det.

Svarsfrekvenser, bortfall och representativitet

Den totala svarsfrekvensen var 64 procent (758 av 1 182 vårdcentraler). I fyra regioner var svarsfrekvensen under 50 procent. Svarsfrekvensen var totalt sett något lägre (51 procent) i den undersökning som vi utförde i slutet av 2017. Tabell 7 visar svarsfrekvenser per region för undersökningarna 2022 och 2017.

Tabell 7. Svarfrekvens per region och år.

Region	Svarsfrekvenser	
	2017	2022
Region Kronoberg	61 %	34 %
Region Dalarna	61 %	43 %
Region Västmanland	57 %	46 %
Region Kalmar	43 %	49 %
Region Västerbotten	46 %	58 %
Västra Götalandsregionen	50 %	60 %
Region Jönköping	64 %	60 %
Region Norrbotten	52 %	62 %
Region Sörmland	74 %	62 %
Region Jämtland Härjedalen	46 %	64 %
Region Västernorrland	36 %	65 %
Region Gävleborg	51 %	65 %
Region Örebro	52 %	66 %
Region Blekinge	62 %	67 %
Region Gotland	83 %	67 %
Region Stockholm	53 %	68 %
Region Östergötland	36 %	69 %
Region Uppsala	46 %	69 %
Region Halland	65 %	71 %
Region Skåne	45 %	73 %
Region Värmland	52 %	86 %
Totalsumma	51 %	64 %

Not: År 2022 fanns det totalt 1 183 vårdcentraler och år 2017 fanns det totalt 1 158 vårdcentraler.

Vårdcentraler i landsbygdskommuner har en något högre svarsfrekvens, men överlag är fördelningen mellan kommuntyper relativt jämn och ingen kommuntyp har under 50 procent i svarsfrekvens, se tabell 8.

Tabell 8. Svarfrekvens per kommuntyp.

Kommuntyp	Besvarad	Obesvarad	Totalsumma	Svarsfrekvens
Mycket glea landsbygdskommuner	11	9	20	55 %
Glesa landsbygdskommuner	88	35	123	72 %
Tätortsnära landsbygdskommuner	104	49	153	68 %
Glesa blandade kommuner	60	30	90	67 %
Täta blandade kommuner	272	174	446	61 %
Storstadskommuner	223	128	351	64 %
Totalsumma	758	425	1 183	64 %

Vårdcentraler i områden med goda socioekonomiska förutsättningar är något överrepresenterade, men även utifrån ett socioekonomiskt perspektiv stämmer fördelningen relativt väl med totalurvalet (tabell 9).

Tabell 9. Svarsfrekvens per områdestyp.

	Besvarad	Obesvarad	Totalsumma	Svarsfrekvens
Områdestyp 1 – områden med stora socioekonomiska utmaningar	41	34	75	55 %
Områdestyp 2 – områden med socioekonomiska utmaningar	94	47	141	67 %
Områdestyp 3 – socioekonomiskt blandade områden	228	134	362	63 %
Områdestyp 4 – områden med goda socioekonomiska förutsättningar	348	186	534	65 %
Områdestyp 5 – områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar	47	24	71	66 %
Totalsumma	758	425	1 183	64 %

Not. Områdesindelningen baseras på 2019 års kategorisering.

Cirka 53 procent av svaren avser vårdcentraler i offentlig regi medan resterande 47 procent gäller vårdcentraler i privat regi. Privata vårdcentraler är därför något överrepresenterade i svaren, vilket troligen beror på att regioner med en högre andel privata vårdcentraler (såsom regionerna Stockholm och Skåne) har högre svarsfrekvens än genomsnittet i riket. Vi saknar information om driftsform för de vårdcentraler som inte svarade, och därför har vi jämfört fördelningen av vårdcentraler i offentlig kontra privat regi per region med hjälp av SKR:s verksamhetsstatistik. Jämförelsen visar ingen betydande skillnad i svarsfrekvenser baserat på driftsform på nationell nivå, men en del regionala skillnader (tabell 10).

Tabell 10. Svarsfrekvens per driftsform och region i jämförelse med SKR:s verksamhetsstatistik.

Region	Svarsfrekvens	Andel vårdcentraler som svarat som är i privat regi	Andel vårdcentraler som är i privat regi enligt SKR:s verksamhetsstatistik
Region Kronoberg	34 %	30 %	34 %
Region Dalarna	43 %	36 %	18 %
Region Västmanland	46 %	77 %	57 %
Region Kalmar	49 %	17 %	30 %
Region Västerbotten	58 %	9 %	13 %
Västra Götalandsregionen	60 %	51 %	50 %
Region Jönköping	60 %	45 %	30 %
Region Norrbotten	62 %	28 %	15 %
Region Sörmland	62 %	32 %	39 %
Region Jämtland Härjedalen	64 %	29 %	25 %
Region Västernorrland	65 %	45 %	39 %
Region Gävleborg	65 %	39 %	40 %
Region Örebro	66 %	11 %	14 %
Region Blekinge	67 %	25 %	33 %
Region Gotland	67 %	50 %	33 %
Region Stockholm	68 %	67 %	69 %
Region Östergötland	69 %	28 %	27 %
Region Uppsala	69 %	47 %	54 %
Region Halland	71 %	45 %	49 %
Region Skåne	73 %	58 %	50 %
Region Värmland	86 %	27 %	28 %
Total	64 %	47 %	45 %

Datahantering efter export av rådata från enkätundersökningen

För att fåtal vårdcentraler saknades uppgifter om antal listade invånare (en av frågorna i enkäten). För att få heltäckande information kompletterade vi de uppgifterna med information från regionerna. Vidare rättade vi uppenbara fel i svaren på kompetensförsörjningsfrågorna:

- Vissa svar på frågor om antal heltidstjänster var angivna i procent av en heltidstjänst (exempelvis 150), i stället för heltidstjänster i antal (alltså 1,5). I dessa fall har vi rättat uppgiften så att den uttrycks som 1,5 i stället för 150.
- I andra fall kunde vi genom att titta på svarsmonstret avgöra att svaren på frågorna om antal tillsvidareanställda i personer och antal tillsvidareanställda uttryckt i heltidstjänster hade blandats ihop, och då bytte vi plats på värdena.

För en del kompetensförsörjningsfrågor har det varit svårt att avgöra vad som är ett bortfall och vad som är ett faktiskt uttryck för att man saknar den aktuella kompetensen på vårdcentralen. Om det för en fråga fanns svar på minst en av yrkeskategorierna medan andra lämnats tomma har vi antagit att vårdcentralen saknar dessa kompetenser.

Vi har jämfört resultaten beroende på vilka vårdcentraler vi inkluderar i våra analyser, exempelvis om vi exkluderar de vårdcentraler som vi har rättat uppgifter för. I dessa jämförelser ser vi marginella skillnader i resultat för riket.

Skillnader mellan vårdcentraler i olika kommuntyper

Varje vårdcentral har länkats till sin kommun, och utifrån Tillväxtverkets (2021) kommuntyper har kommunerna delats in i landsbygdskommuner, blandade kommuner och storstadskommuner. Genom att kombinera datakällorna har vi kunnat undersöka hur många invånare som finns per vårdcentral och hur många vårdcentraler som finns i varje kommuntyp.

Skillnader mellan vårdcentraler i områden med olika socioekonomiska förutsättningar

Vi har även undersökt vårdcentraler i områden med olika socioekonomiska förutsättningar. För att definiera områden har vi använt Regionala statistikområden (RegSO) som delar in landet i 3 363 geografiska områden för att kunna följa socioekonomisk segregation (Delegationen mot segregation 2022a). Med hjälp av ett socioekonomiskt index, som har tagits fram av SCB, klassificeras varje RegSO som en av fem områdestyper:

1. områden med stora socioekonomiska utmaningar
2. områden med socioekonomiska utmaningar
3. socioekonomiskt blandade områden
4. områden med goda socioekonomiska förutsättningar
5. områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar.

Indexet bygger på tre variabler: andel personer med låg ekonomisk standard, andel personer med förgymnasial utbildning och andel personer som har haft ekonomiskt bistånd i minst tio månader och/eller har varit arbetslösa längre än sex månader. Variablerna multipliceras och delas sedan på tre och bildar ett index 0–100. Områdestyperna beräknas sedan utifrån den genomsnittliga avvikelsen från medelvärdet i indexet. Ju högre värde ett område har i detta index, desto större socioekonomiska utmaningar har området (Delegationen mot segregation 2022a). Med uppgifterna vi samlade in från regionerna har vi med hjälp av SCB matchat varje vårdcentralens adress till en av dessa områdestyper. Vi har använt områdesklassificeringen för 2019 i matchningen.

Bilaga 2. Intervjuer om omställningens genomförande i tre län

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har genomfört fallstudier i tre län, i syfte att få en ökad kunskap om vad omställningen till en god och nära vård innebär i praktiken och hur man arbetar med omställningen i regioner och kommuner. Inom ramen för fallstudierna gjorde vi under februari–maj 2022 intervjuer med företrädare för olika verksamhetsområden inom region och kommun i tre län: Kronobergs län, Västra Götalands län och Västernorrlands län. Länen valdes för att få en god geografisk spridning över landet, en varierad sammansättning av exempelvis storstads- och glesbygdsområden, och variation i resurserna som länen lägger på primärvården och i effektiviteten sett till utfallet för en rad centrala indikatorer i förhållande till de ekonomiska resurser som läggs på sjukvården.

Urval av intervjupersoner

Till studien ville vi rekrytera deltagare som har professionella roller och därmed erfarenheter som kunde hjälpa oss att besvara studiens syfte och frågeställningar. Vi ville också inhämta flera perspektiv på omställningen från företrädare för olika typer av verksamheter inom både regioner och kommuner. Intervjupersonerna är främst tjänstemän och professionsföreträdare, och av resursskäl har vi helt avstått från att intervjua region- och kommunpolitiker. Således har intervjustudien ett tydligt verksamhetsperspektiv och inkluderar både företrädare som arbetar både relativt centralt och strategiskt med omställningen, och företrädare som leder vård- och omsorgsverksamheter av olika slag.

I rekryteringen av intervjupersoner tillämpade vi en snöbolls-sampling-metod, där vi i varje län inledde rekryteringen med att kontakta tjänstemän som jobbar strategiskt med omställningen. Utifrån vår dialog med dessa personer kontaktade vi sedan chefer inom kommunal förvaltning inom vård- och omsorgsområdet, i ett antal kommuner i varje län. Valet av kommuner styrdes framför allt av att vi ville ha både större och mindre kommuner och både storstads- och glesbygdsområden.

Genom dialogen med cheferna inom de kommunala förvaltningarna fick vi tips på ytterligare chefer på verksamhetsnivå (framför allt inom kommunal hälso- och sjukvård), och medicinskt ansvariga sjuksköterskor, som var lämpliga att kontakta.

Vi sökte också kontakt med ett antal vårdcentralschefer i varje region, utifrån vägledning från tjänstemännen i regionerna. Vi försökte inkludera chefer för både offentliga och privata vårdcentraler, och i varje region försökte vi få kontakt med en vårdcentral i ett område med socioekonomiska utmaningar.

Slutligen sökte vi kontakt med representanter för den specialiserade vården, där vi kontaktade verksamhetschefer inom områden såsom internmedicin och geriatrik på något av de största sjukhusen i länen som ingick i fallstudien.

Utöver intervjuerna har vi för varje län också tagit del av strategidokument med koppling till omställningen, men vi har inte i övrigt studerat budgetar eller andra skriftliga underlag. Se bilaga 2 för en förteckning över deltagarna.

Intervjustudiens deltagare och genomförande

Totalt tackade 25 personer ja till att delta i intervjustudien, och varje län representeras av 8–9 personer, se tabell 11. En person tackade nej på grund av tidsbrist.

Intervjuerna genomfördes under februari–maj 2022 via videolänk och var cirka 60 minuter långa. Totalt 21 av intervjuerna genomfördes individuellt, och i två av intervjuerna deltog två personer samtidigt. Två personer från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys deltog i varje intervju, och innehållet dokumenterades genom utförliga anteckningar.

Intervjuerna utgick från en semi-strukturerad intervjuguide som var anpassad efter intervjupersonens befattning och roll. Frågorna berörde exempelvis vad som görs i praktiken för att genomföra omställningen och vilka insatser som pågår för att bidra till omställningens olika inriktningsmål, samt hur intervjupersonerna tolkar omställningen och ser på förutsättningarna för att genomföra den på regional och kommunal nivå.

Den skriftliga dokumentationen från intervjuerna analyserades av en av projektmedarbetarna genom en kvalitativ innehållsanalys. Skriftliga resultat-sammanställningar lästes vid flera tillfällen av övriga projektmedarbetare som deltog i intervjuerna, och innehållet har därefter diskuterats och reviderats utifrån gruppens samlade bild av intervjuernas innehåll. Samtliga citat i den här rapporten har godkänts av intervjupersonen.

Tabell 11. Deltagare i intervjustudie om omställningen till en god och nära vård i tre län.

	Namn	Befattning	Region/kommun
Kronobergs län	Thomas Aronsson	Verksamhetschef medicinkliniken, Växjö sjukhus	Region Kronoberg
	Lena Bodin	Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Uppvidinge kommun
	Ewa Ekman	Förvaltningschef omsorgsförvaltningen	Växjö kommun
	Magnus Frithiof	Programchef Nära vård	Region Kronoberg
	Senada Hodzic	Vårdcentralschef	Älmhults kommun
	Annie-Lie Jarhult	Förvaltningschef socialförvaltningen	Uppvidinge kommun
	Linda Broberg Pantzar	Vårdcentralschef	Växjö kommun
	Carina Yngvesson	Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Växjö kommun
Västra Götalands län	Lone Dockered	Strateg Nära vård, koordinatör regionalt primärvårdsråd	Västra Götalandsregionen
	Babbs Edberg	Förvaltningsdirektör för äldre förvaltningen samt vård- och omsorgsförvaltningen	Göteborgs stad/kommun
	David Gembäck	Biträdande verksamhetschef Medicin, geriatrik, akutmottagning på Östra/Sahlgrenska sjukhuset	Västra Götalandsregionen
	Tina Holmberg	Vårdcentralschef	Äle kommun
	Susanne Johnsen	Verksamhetschef vård och omsorg (under socialförvaltningen)	Herrljunga kommun
	Berith Källerklint	Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Herrljunga kommun
	Ann Martinus	Vårdcentralschef	Göteborgs stad/kommun
	Anne-Marie Svensson	Strateg Nära vård (mot kommun)	Västra Götalandsregionen
	Annika Thoren	Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Göteborgs stad/kommun
Västernorrlands län	Susanne Backström Näsman	Medicinskt ansvarig sjuksköterska	Örnsköldsviks kommun
	Karin Dunberg Smeds	Verksamhetschef geriatrik, neurologi och rehabilitering Södra/Sundsvalls sjukhus	Region Västernorrland
	Ylva Ekman	Verksamhetschef kommunal hälso- och sjukvård	Örnsköldsviks kommun
	Katarina Jensstad	Förvaltningschef välfärdsförvaltningen	Örnsköldsviks kommun
	Jennie Näslund	Medicinskt ansvarig sjuksköterska (samordnare Nära vård i Ånge kommun)	Ånge kommun
	Katarina Persson	Socialchef	Ånge kommun
	Linda Strid	Programledare Nära vård	Region Västernorrland
	Pernilla Wikudd	Vårdcentralschef	Sundsvalls kommun/ Ånge kommun

Bilaga 3. Möten och intervjuer

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har haft möten med en lång rad aktörer, för att diskutera olika delar i uppdraget och få kunskap och perspektiv på omställningen till en god och nära vård. Bland dem finns Socialstyrelsen, Nationella vårdkompetensrådet, Inspektionen för vård och omsorg, E-hälsomyndigheten, professionsförbund, forskare, SKR och flera nätverk inom SKR med företrädare för regioner och kommuner, samt representanter för patient- och brukarrådet vid Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Vi har också haft möten med företrädare för regionala kunskapscenter och intervjuat hälsokommunikatörer och vårdcentralschefer, som en del i vår fördjupning om den nära vården i områden med socioekonomiska utmaningar. Samtliga citat i rapporten har godkänts av intervjupersonen.

Tabell 12. Intervjuer med hälsokommunikatörer.

Namn	Tjänst	Region
Dina Markos	Hälsokommunikatör	Region Jönköping
Mohamoud Suldán	Hälsokommunikatör	Region Jönköping
Tekie Mussa	Hälsokommunikatör	Region Jönköping
Zakia Shams	Hälsokommunikatör	Region Jönköping

Tabell 13. Intervjuer med vårdcentralschefer.

Namn	Tjänst	Region
Lilian Issa	Vårdcentralschef Järva vårdcentral, Stockholm	Region Stockholm
John Blivik	Vårdcentralschef Kungsmarkens vårdcentral, Karlskrona	Region Blekinge
Linda Björklund	Vårdcentralschef Vårdcentralen Näsby, Kristianstad	Region Skåne

Ordnat för omställning?

Utvärdering av omställningen till en
god och nära vård: delrapport

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har regeringens uppdrag att utvärdera omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård. I den här rapporten fördjupar vi analysen av de yrkesverksammas och verksamheternas perspektiv på omställningen. Vi belyser också den nära vården i landsbygd och i områden med socioekonomiska utmaningar. Det här är den fjärde delrapporten och i mars 2025 ska vi lämna en slutrapport över uppdraget till regeringen.

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