

PM 2023:3

# Kontinuitet och fast läkarkontakt

Kartläggning av måluppfyllelsen  
i överenskommelserna  
om en god och nära vård: 2023

# Vård- och omsorgsanalys PM-serie

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys produkter redovisas i olika serier. Vård- och omsorgsanalys analyser, slutsatser och rekommendationer publiceras i rapporter i myndighetens rapportserie. Promemorior, metodresonemang och liknande material som utgör underlag eller stöd för myndighetens rapporter samlas i myndighetens PM-serie.

De underlag som ingår i PM-serien anses vara av relevans för kunskapsbildningen på respektive ämnesområde. De kan exempelvis vara intressanta för en vidare läsarkrets men inte rymmas inom ramen för planerade eller utgivna rapporter. De kan vara mer tekniskt orienterade texter eller bidra med en fördjupning i ett ämne.

Syftet med varje promemoria framgår av respektive förord. I de fall myndigheten har anlitat externa författare står författarna själva för innehållet.

Promemorior i PM-serien går att ladda ner från [www.vardanalys.se](http://www.vardanalys.se). Där kan även Vård- och omsorgsanalys övriga publikationer laddas ner.

Citera gärna ur Myndigheten för vård- och omsorgsanalys publikationer, men ange alltid källa.

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys  
ISBN 978-91-88935-86-1  
[www.vardanalys.se](http://www.vardanalys.se)

# **Kontinuitet och fast läkarkontakt**

Kartläggning av måluppfyllelsen  
i överenskommelserna  
om en god och nära vård: 2023

# Beslut

Beslut om denna promemoria har fattats av generaldirektören Jean-Luc af Geijerstam. Utredaren Cecilia Dahlgren har varit föredragande. Analyschefen Caroline Olgart Höglund och projektdirektören Marianne Svensson har deltagit i den slutliga handläggningen.

Stockholm 2023-10-16

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Jean-Luc af Geijerstam

*Generaldirektör*

Cecilia Dahlgren

*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 tillgängligheten, delaktigheten och kontinuiteten ska öka. Som en del av omställningen har regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner kommit överens om mer specifika mål när det gäller kontinuiteten, till exempel att 55 procent av befolkningen ska ha en namngiven fast läkarkontakt i primärvården. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har regeringens uppdrag att utvärdera omställningen ur ett patient- och systemperspektiv. Den här promemorian är en delrapportering av uppdraget och syftar till att på nationell nivå analysera graden av måluppfyllelse när det gäller målen om fast läkarkontakt och kontinuitet i överenskommelserna om en god och nära vård. Som en del i vårt uppdrag har vi kartlagt olika perspektiv på tillgången till fast läkarkontakt, bland annat genom en enkät till personer i vår befolkningspanel. Vi vill rikta ett varmt tack till alla som tagit sig tid att svara på våra enkäter och till alla regioner som har bidragit med data. Arbetet med promemorian har gjorts av utredarna Cecilia Dahlgren, Siri Bokvist, Peter Nilsson och Daniel Zetterberg, samt analytikerna Erik Antonsson och Sara Korlén Schalling. I arbetet har även projektdirektören Marianne Svensson deltagit.

Stockholm i oktober 2023

Jean-Luc af Geijerstam  
*Generaldirektör*

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

# Sammanfattning

Vård- och omsorgsanalys har regeringens uppdrag att utvärdera omställningen till en god och nära vård. I denna pm kartlägger vi uppfyllelsen av de fyra mål om fast läkarkontakt och kontinuitet som regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner formulerat i överenskommelserna om en god och nära vård 2021, 2022 och 2023.

**Mål 1:** Andelen i befolkningen som har en namngiven fast läkarkontakt i primärvård ska utgöra minst 55 procent.

**Mål 2:** En 20-procentig ökning av kontinuitetsindex till läkare samt kontinuitetsindex för patientens totala kontakter ska ha skett i primärvården i regionen.

**Mål 3:** För dem i befolkningen som bor på ett särskilt boende för äldre och som där får sin huvudsakliga hälso- och sjukvård ska andelen som har en fast läkarkontakt utgöra minst 80 procent.

**Mål 4:** En betydande ökning av kontinuitetsindex till läkare ska ha skett för personer i särskilt boende.

## Befolkningsundersökningar och journaldata visar ingen ökning av kontinuiteten eller tillgången till fast läkare i primärvården

Vår kartläggning visar inga tecken på ökad kontinuitet eller tillgång till fast läkarkontakt i primärvården, utifrån journaldata och enkätundersökningar till befolkningen. Däremot ökar andelen som har en fast namngiven läkarkontakt i regionernas verksamhetsstatistik. För mål 3 och 4 går det fortfarande inte att kartlägga måluppfyllelsen på grund av brist på data.

**Mål 1** om andel i befolkningen med en namngiven fast läkarkontakt i primärvården är enligt verksamhetsstatistiken uppfyllt i cirka hälften av regionerna. Allt fler regioner kan redovisa hur många individer som är listade på en namngiven fast läkare, och antalet ökar i de flesta av de regioner som kan rapportera uppgifter för flera år. Det finns emellertid stora regionala variationer och jämförbarheten i uppgifterna är osäker. Ur befolkningens perspektiv är målet dock inte uppnått och vi ser inga tecken på förbättringar. I våra enkäter svarar cirka en tredjedel av befolkningen att de har en fast läkarkontakt. Andelen är marginellt högre bland kvinnor än bland män.

**Mål 2** om en ökning av kontinuitetsindex har inte uppnåtts, och på nationell nivå ser vi ingen förbättring. Könsskillnaderna när det gäller kontinuitetsindex är mycket små.

**Mål 3** om fast läkarkontakt för personer på särskilt boende för äldre kan vi för närvarande inte följa upp ur ett patientperspektiv, på grund av att det saknas data. Ur ett verksamhetsperspektiv rapporterar regionerna och verksamhetschefer att tillgången till fast läkare är god på särskilda boenden. Inspektionen för vård och omsorgs tillsynsgranskning av särskilda boenden tyder dock på brister i kontinuiteten.

**Mål 4** kan vi för närvarande inte följa upp på grund av att det saknas data.

## Tillgången till data behöver öka för att alla mål ska gå att följa upp

Tillgången på data begränsar möjligheten att följa upp målluppfyllelsen. Förutsättningarna för uppföljning är bättre för mål 1 och 2 och sämre för mål 3 och 4 som rör personer på särskilt boende för äldre.

För att få mer kunskap om tillgången till fast läkarkontakt och kontinuiteten på särskilda boenden ser vi ett behov av att både utöka befintliga datakällor och använda nya mätningar. För att fånga patienternas perspektiv skulle en möjlighet vara att utöka Socialstyrelsens äldreundersökning, som riktar sig till målgruppen, med frågor om fast läkarkontakt. För att fånga de yrkesverksammas perspektiv skulle ett alternativ kunna vara att rikta en återkommande undersökning till personal och verksamhetsansvariga på särskilda boenden. För att överhuvudtaget kunna mäta kontinuitetsindex (mål 4) skulle det vara nödvändigt att samköra journaldata om kontinuitetsindex med registeruppgifter om personer i särskilt boende, eller att markera i journalen att en patient bor på ett särskilt boende, så gruppen går att särskilja.

## Målen behöver revideras för att bli mer ändamålsenliga

Ändamålsenliga mål är tydligt definierade, tidsatta, mätbara, relevanta, realistiska och påverkbara. Vår analys utifrån dessa kriterier visar att målen behöver revideras på flera sätt för att bli mer ändamålsenliga.

Målen är i flera avseenden **tydligt definierade** men i alla finns delar som kan bli tydligare:

- mål 1 – ur vilket perspektiv och med vilken metod mätningarna ska göras
- mål 2 – vad som avses med kontinuitetsindex för totala kontakter
- mål 3 – vad fast läkarkontakt innebär för personer i ett särskilt boende
- mål 4 – vad som avses med betydande ökning.

Målen skulle också bli mer ändamålsenliga om de på nytt **tidsattes**.

När det gäller **mätbarhet** är förutsättningarna förhållandevis goda för mål 1 och 2, men det finns stora kunskapsluckor när det gäller mål 3 och 4 om fast läkarkontakt och kontinuitet för personer på särskilda boenden för äldre. Ovan beskriver vi flera möjliga sätt att öka mätbarheten av dessa mål.

Samtliga mål i överenskommelserna är **relevanta** och förankrade i lagstiftning och forskning. Det behövs dock vidare uppföljningar för att se i vilken utsträckning de specifika målen inom överenskommelserna bidrar till omställningens övergripande mål. Möjliga revideringar som skulle kunna öka relevansen är till exempel:

- fokusera på en minskning av gapet mellan befolkningens behov och tillgången till fast läkarkontakt, i stället för att ange en strikt nivå för andelen med fast läkarkontakt (mål 1)
- sätta olika mål för kontinuitetsindex utifrån patientgruppers olika behov av kontinuitet (mål 2)
- anpassa samtliga mål om fast läkarkontinuitet och kontinuitet till huvudmännens olika utgångspunkter, till exempel genom förbättringsmål som utgår från respektive huvudmans utgångsläge (mål 1–4). Med förbättringsmål är det dock viktigt att fastställa starttidpunkten.

Primärvården har flera utmaningar som gör att målen blir svårare att **påverka** och mindre **realistiska** att uppnå. I omställningens nuvarande fas kan det vara meningsfullt att komplettera med mål baserade på strukturmått som riktar in sig på förutsättningarna för att erbjuda kontinuitet och fast läkarkontakt, exempelvis konkreta mål för kompetensförsörjningen.

## Mål underlättar uppföljning och ger tydligare styrning

Trots utmaningarna ser vi ett värde i att det finns tydliga mål i överenskommelserna om en god och nära vård. Målen skapar en tydligare styrning och ökar möjligheterna att utvärdera satsningen för att avgöra om målen uppnåtts och därmed om satsningen har medfört eftersträlvade effekter. Samtidigt kan områden som inte målsätts hamna i skymundan. I den framtida revideringen kan det därför också vara aktuellt att se om det finns områden och patientgrupper som inte täcks av de nuvarande målen, men som har stor nytta av fast läkarkontakt och kontinuitet, till exempel patienter med hemsjukvård.

## Patient- och medborgarperspektivet är centralt i vår fortsatta uppföljning av god och nära vård

I denna pm visar vi att befolkningens erfarenheter skiljer sig stort från verksamhetsstatistiken och att det saknas datakällor som fångar åsikter från patienter i särskilt boende. Det betonar vikten av att mäta patient- och medborgarperspektivet även i kommande uppföljningar och utvärderingar av omställningen till en god och nära vård, inte minst när det gäller att följa omställningens samtliga mål.

Detta är den andra av tre planerade publikationer för att kartlägga målen om kontinuitet och fast läkarkontakt i överenskommelserna om en god och nära vård. I mars 2025 överlämnar vi vår slutrapport till regeringen, där vi samlat kommer att utvärdera omställningen utifrån samtliga målsättningar och utifrån flera perspektiv och där patient- och medborgarperspektivet kommer att vara centralt.



# Innehåll

<b>1</b>	<b>Uppdrag att kartlägga fast läkarkontakt och kontinuitet i primärvården.....</b>	<b>11</b>
1.1	Vi ska årligen kartlägga måluppfyllelsen för fasta läkarkontakter och kontinuitet.....	11
1.2	Målen i överenskommelserna mellan regeringen och SKR .....	12
1.3	Vi har tidigare konstaterat svårigheter med att kartlägga måluppfyllelsen .....	12
1.4	Så har vi gått tillväga för att kartlägga måluppfyllelsen .....	13
<b>2</b>	<b>Måluppfyllelse för fast läkarkontakt och kontinuitet.....</b>	<b>15</b>
2.1	Mål 1 är uppfyllt i hälften av regionerna enligt verksamhetsstatistiken, men inte utifrån befolkningens erfarenheter .....	16
2.2	Mål 2 om en ökning av kontinuitetsindex har inte uppnåtts .....	27
2.3	Mål 3 kan inte följas upp ur ett patientperspektiv och måluppfyllelsen ur ett verksamhetsperspektiv är osäker .....	36
2.4	Mål 4 går inte att följa upp .....	37
<b>3</b>	<b>Tillgång till data och för- och nackdelar med olika datakällor .....</b>	<b>38</b>
3.1	Tillgången på data begränsar möjligheten att följa upp måluppfyllelsen .....	38
3.2	Register och verksamhetsstatistik ger möjlighet till snabb och omfattande uppföljning .....	39
3.3	Enkätundersökningar bidrar med viktiga perspektiv och ger flexibilitet i frågeställningar.....	39
3.4	Kvalitativa undersökningar ger fördjupad kunskap .....	40
3.5	Behov av nya mätningar .....	40
<b>4</b>	<b>Målen formulering och inriktning.....</b>	<b>41</b>
4.1	Vad kännetecknar ändamålsenliga mål? .....	42
4.2	Målen ändamålsenlighet varierar .....	42
4.3	Målen behöver revideras och bli lättare att följa upp .....	50
<b>5</b>	<b>Referenser .....</b>	<b>53</b>

<b>6</b>	<b>Bilaga 1: Enkätundersökning i Vård- och omsorganalys befolkningspanel.....</b>	<b>55</b>
	Population och urval .....	55
	Datainsamling .....	56
	Svars- och bortfallsredovisning .....	56
	Viktning .....	56
	Resultat från logistiska regressioner visar att behov av och tillgång till fast läkare skiljer sig mellan grupper.....	58

# 1 Uppdrag att kartlägga fast läkarkontakt och kontinuitet i primärvården

Regeringen tog under 2018 initiativ till en reform för att ställa om hälso- och sjukvården till en god och nära vård. Det övergripande målet med omställningen är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Som inriktningsmål för reformen har regeringen angett ökad tillgänglighet, mer delaktiga patienter och en personcentrerad vård, samt ökad kontinuitet i primärvården (prop. 2019/20: 164). 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. I överenskommelserna för 2021 och 2022 formulerades fyra specifika mål om fast läkarkontakt och kontinuitet som skulle vara uppfyllda vid utgången av 2022 (Socialdepartementet och SKR 2021, 2022). Målen står kvar även i 2023 års överenskommelse, men utan specificerat slutdatum (Socialdepartementet och SKR 2023).

## 1.1 Vi ska årligen kartlägga måluppfyllelsen för fasta läkarkontakter och kontinuitet

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vård- och omsorgsanalys) har regeringens uppdrag att utvärdera omställningen till en god och nära vård ur både ett patient- och ett systemperspektiv (Socialdepartementet 2020). En av delarna i uppdraget är att årligen genomföra kvantitativa kartläggningar av patienternas tillgång till fast läkarkontakt och att på nationell nivå analysera graden av måluppfyllnad för målen om fast läkarkontakt och kontinuitet i överenskommelserna mellan regeringen och SKR. Denna pm är den andra i ordningen i redovisningen av detta deluppdrag. Rapporten behandlar följande frågeställningar:

- Hur är måluppfyllelsen för målen om fast läkarkontakt och kontinuitet i överenskommelserna mellan regeringen och SKR?
- Hur ser tillgången till data ut för att belysa måluppfyllelsen ur ett verksamhetsperspektiv och ur ett patient- och befolkningsperspektiv? Vilka för- och nackdelar finns med de olika datakällorna?
- Är målen ändamålsenliga, utifrån vår tidigare kunskap om målformuleringar inom ramen för statliga satsningar?

## 1.2 Målen i överenskommelserna mellan regeringen och SKR

De fyra målen om fast läkarkontakt och kontinuitet i överenskommelserna mellan regeringen och SKR är formulerade på följande sätt:

**Mål 1:** Andelen i befolkningen som har en namngiven fast läkarkontakt i primärvård ska utgöra minst 55 procent.

**Mål 2:** En 20-procentig ökning av kontinuitetsindex till läkare och kontinuitetsindex för patientens totala kontakter ska ha skett i primärvården i regionen.

**Mål 3:** För dem i befolkningen som bor på ett särskilt boende för äldre och som där får sin huvudsakliga hälso- och sjukvård ska andelen som har en fast läkarkontakt utgöra minst 80 procent.

**Mål 4:** En betydande ökning av kontinuitetsindex till läkare ska ha skett för personer i särskilt boende.

Utöver målen finns det i överenskommelserna flera andra insatser som regionerna ska göra och som är relaterade till frågan om fast läkarkontakt och kontinuitet i primärvården. Regionerna ska:

- utarbeta rutiner för att dokumentera och registrera uppgifter om en patients fasta läkarkontakt och fasta vårdkontakt, så att data kan samlas in effektivt och likvärdigt och det blir möjligt att följa den nationella utvecklingen
- säkerställa att patienter får information om vem som är deras fasta läkarkontakt och fasta vårdkontakt, i möjligaste mån via 1177.se
- redovisa hur man avser arbeta för att nå Socialstyrelsens nationella riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården om 1 100 invånare per specialisläkare och 550 invånare per ST-läkare.

## 1.3 Vi har tidigare konstaterat svårigheter med att kartlägga måluppfyllelsen

I vår tidigare kartläggning av målen i överenskommelserna, som publicerades 2022, konstaterade vi att det ännu saknas datakällor för att kunna kartlägga måluppfyllelsen på ett tillräckligt bra sätt, att utfallen varierar beroende på hur man mäter och att det för några av målen helt saknas data för att göra en analys (Vård- och omsorgsanalys 2022b). I denna pm kompletterar vi tidigare publicerade uppgifter om fast läkarkontakt och kontinuitetsindex med nya data. Vi kompletterar dessutom tidigare uppgifter med information från regionernas verksamhetsstatistik. De tidigare lyfta problemen med att kartlägga måluppfyllelsen kvarstår emellertid i hög utsträckning.

## 1.4 Så har vi gått tillväga för att kartlägga måluppfyllelsen

I likhet med vår tidigare uppföljning av målen kartlägger vi måluppfyllelsen ur både ett befolkningsperspektiv och ett verksamhetsperspektiv. För förbättringsmålen utgår vi från 2020. Vi använder en kombination av enkätundersökningar och verksamhetsstatistik för att kartlägga måluppfyllelsen.

### 1.4.1 Vi utgår från både befolkningens och verksamheternas perspektiv

Enligt uppdraget ska kartläggningen ha två perspektiv. Den ska dels belysa befolkningens uppfattning om tillgången till fast läkarkontakt, dels belysa vårdgivares tillhandahållande av fast läkarkontakt. Befolkningsperspektivet handlar till exempel om i vilken utsträckning invånarna upplever att de har en fast läkarkontakt och om de får träffa den personen vid sina vårdbesök. Vårdgivarnas tillhandahållande, det vill säga verksamhetsperspektivet, handlar om i vilken utsträckning verksamheterna erbjuder fast läkarkontakt eller fast vårdkontakt, till exempel genom att ”lista” patienter på en namngiven läkare. I överenskommelsernas målformuleringar anges inte ur vilket perspektiv målen ska mätas, men det framgår att båda perspektiven är viktiga att belysa. Vi utgår i vår uppföljning från både befolkningens och verksamheternas perspektiv.

### 1.4.2 Vi följer målen från 2020 och framåt

Överenskommelserna anger i vissa fall förbättringsmål, till exempel att kontinuitetsindex ska ha ökat. Men det anges inte från vilken tidpunkt förbättringen ska ha skett. Vi bedömer att 2020 är en lämplig startpunkt för mätningarna när det gäller att analysera förändringar över tid. Det året tydliggjorde regeringen omställningens inriktning, bland annat med särskilt fokus på kontinuitet (prop. 2019/29:164), och kontinuitet lyftes särskilt fram i överenskommelsen mellan regeringen och SKR.

### 1.4.3 Vi använder flera olika datakällor

För att kartlägga måluppfyllelsen använder vi både enkätundersökningar till befolkningen och verksamhetsstatistik från regionerna. Vi använder också uppgifter om kontinuitetsindex som baseras på journaldata.

Styrkan med befolkningsenkäter är att vi får en bild som bygger på befolkningens egna uppfattningar och erfarenheter. En svaghet är att enkätundersökningar inte fångar hela befolkningens upplevelser eftersom vissa grupper är svårare än andra att nå.

Verksamhetsstatistik ger möjligheter till snabb uppföljning som täcker en hel population, men det kan vara svårt att avgöra vad uppgifterna innebär i praktiken. I statistiken framgår det exempelvis inte alltid om de individer som är listade på en fast läkarkontakt själva har gjort ett aktivt val av läkare eller om de har blivit tilldelade en fast läkarkontakt (Socialstyrelsen 2022a).

Våra viktigaste datakällor för att kartlägga de fyra målområdena för kontinuitet redovisas i figur 1.

**Figur 1.** Datakällor i kartläggningen av måluppfyllelsen

<b>Mål 1:</b> Andelen i befolkningen som har en namngiven fast läkarkontakt i primärvård ska utgöra minst 55 procent.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Regionernas verksamhetsstatistik.</li><li>• International Health Policy Survey (IHP-undersökningen) till befolkningen 18 år eller äldre år 2020 och 2023.</li><li>• Vård- och omsorgsanalys befolkningspanel.</li></ul>
<b>Mål 2:</b> En 20-procentig ökning av kontinuitetsindex till läkare samt kontinuitetsindex för patientens totala kontakter ska ha skett i primärvården i regionen.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kontinuitetsindex enligt Primärvårdskvalitets definitioner baserat på journaldata.</li><li>• Vård- och omsorgsanalys befolkningspanel.</li></ul>
<b>Mål 3:</b> För dem i befolkningen som bor på ett särskilt boende för äldre och som där får sin huvudsakliga hälso- och sjukvård ska andelen som har en fast läkarkontakt utgöra minst 80 procent.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inte möjligt att följa upp, eftersom data saknas.</li></ul>
<b>Mål 4:</b> En betydande ökning av kontinuitetsindex till läkare ska ha skett för personer i särskilt boende.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inte möjligt att följa upp, eftersom data saknas.</li></ul>

**Regionernas verksamhetsstatistik** har vi fångat genom att samla deras registeruppgifter om antal individer som har en namngiven fast läkare. Uppgifterna är i regel hämtade ur listningsdatabaser.

The Commonwealth Fund's **International Health Policy Survey (IHP-undersökningen)** är en av våra källor för att kartlägga befolkningsperspektivet på tillgång till fast läkarkontakt. IHP-undersökningen är en återkommande enkätundersökning som vart tredje år riktar sig till hela befolkningen över 18 år, vart tredje år till personer 65 år och äldre, och vart tredje år till primärvårdsläkare. Undersökningarna som vi redovisar i denna pm är från 2020 och 2023, och riktar sig till befolkningen över 18 år. Båda dessa undersökningar skickades ut till cirka 9 000 personer med en svarsfrekvens på cirka 30 procent. Uppgifterna från undersökningen 2023 bygger på ett förhandsmaterial från IHP-rapporten som publiceras i mars 2024. Fördjupade metodbeskrivningar för tidigare års undersökningar finns i anslutning till de IHP-rapporter som vi tidigare har publicerat: <https://www.vardanalys.se/rapporter/?sok=IHP>

**Vård- och omsorgsanalys befolkningspanel** används för att fördjupa analysen av befolkningens uppfattning om tillgång till fast läkare och kontinuitet i primärvården. En enkätundersökning skickades ut till 1 500 paneldeltagare och besvarades av cirka 68 procent. I bilaga 1 beskrivs undersökningen i mer detalj.

För att mäta kontinuitetsindex är vår källa **journaldata**. De har bearbetats av företaget Medrave som har tagit fram indexvärden enligt Primärvårdskvalitets definitioner.

## 2 Måluppfyllelse för fast läkarkontakt och kontinuitet

I det här kapitlet kartlägger vi måluppfyllelsen för de fyra målen om fast läkarkontakt och kontinuitet.

**Mål 1:** Andelen i befolkningen som har en namngiven fast läkarkontakt i primärvård ska utgöra minst 55 procent.

**Mål 2:** En 20-procentig ökning av kontinuitetsindex till läkare samt kontinuitetsindex för patientens totala kontakter ska ha skett i primärvården i regionen.

**Mål 3:** För dem i befolkningen som bor på ett särskilt boende för äldre och som där får sin huvudsakliga hälso- och sjukvård ska andelen som har en fast läkarkontakt utgöra minst 80 procent.

**Mål 4:** En betydande ökning av kontinuitetsindex till läkare ska ha skett för personer i särskilt boende.

Det här är våra viktigaste resultat:

- Mål 1 om andel med en namngiven fast läkarkontakt i primärvården är utifrån verksamhetsstatistiken uppfyllt i cirka hälften av regionerna, men inte utifrån befolkningens erfarenheter. Allt fler regioner kan rapportera andelen listade på vårdcentralerna som också är listade på en fast läkarkontakt, och andelen ökar i de regioner som kan rapportera uppgifter för flera år. Det finns emellertid betydande regionala variationer. Ur befolkningsperspektivet är målet inte uppnått och vi ser inga tecken på förbättringar. Enligt våra enkätresultat svarar cirka en tredjedel av befolkningen att de har en fast läkarkontakt. Andelen är något högre bland kvinnor än män.
- Mål 2 om en ökning av kontinuitetsindex har inte uppnåtts. I dagsläget finns det inget samlat kontinuitetsindex för patienters totala kontakter, men det finns index för läkarbesök och sjuksköterskebesök. På nationell nivå ser vi ingen tydlig förbättring oavsett mått. Könsskillnaderna när det gäller kontinuitetsindex är mycket små.
- Mål 3 om fast läkarkontakt för personer på särskilt boende för äldre kan vi för närvarande inte följa upp ur ett patientperspektiv, på grund av att det saknas data. Ur ett verksamhetsperspektiv rapporterar verksamheterna att nästan alla har en fast läkarkontakt och vårdcentraler anser att de i hög grad kan tillgodose behovet att

läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har dock gjort en tillsynsgranskning som tyder på brister i kontinuiteten.

- Mål 4 kan vi för närvarande inte följa upp på grund av att det saknas data.

## 2.1 Mål 1 är uppfyllt i hälften av regionerna enligt verksamhetsstatistiken, men inte utifrån befolkningens erfarenheter

**Mål 1:** Andelen i befolkningen som har en namngiven fast läkarkontakt i primärvård ska utgöra minst 55 procent.

För att kartlägga måluppfyllelsen för mål 1, om befolkningens tillgång till fast läkarkontakt, har vi dels samlat uppgifter över fasta kontakter ur regionernas verksamhetsstatistik, dels använt två enkätundersökningar. Enkäterna består av vår internationella IHP-undersökning, som vart tredje år riktar sig till ett slumpmässigt urval av befolkningen i Sverige och nio andra länder, och en enkät till vår befolkningspanel. Detta är de viktigaste resultaten:

- Mål 1 om andelen med en namngiven fast läkarkontakt i primärvården är utifrån verksamhetsstatistiken uppfyllt i hälften av regionerna, men inte utifrån befolkningens erfarenheter.
- Allt fler regioner kan rapportera andel listade på vårdcentralerna som också är listade på en fast läkarkontakt. För de regioner som har uppgifter för flera år ser vi att andelen med fast läkarkontakt ökar. Det finns emellertid betydande regionala variationer.
- Ur befolkningsperspektivet är målet inte uppnått. Två av tre deltagare i vår befolkningspanel svarar att de behöver en fast läkarkontakt, men bara en av tre har tillgång till en. Även IHP-undersökningen visar att en tredjedel har en fast läkarkontakt i primärvården, utan tecken på en ökning.
- Hög ålder ökar sannolikheten för att ha en fast läkarkontakt, liksom att ha ett långvarigt sjukdomstillstånd och att bo i en storstadskommun. Det tyder på att fast läkarkontakt i viss utsträckning fördelas efter behov, men också att tillgången påverkas av läkartillgången i stort.

### 2.1.1 Andelen listade på fast läkare ökar enligt verksamhetsstatistiken

För att följa måluppfyllelsen för mål 1 ur ett verksamhetsperspektiv har vi frågat regionerna hur många individer som är listade på en fast namngiven läkare och hur många som totalt är listade på vårdcentralerna. Resultaten visar att knappt hälften av regionerna uppnår målet om att 55 procent av befolkningen ska ha en namngiven fast läkarkontakt i primärvården, enligt verksamhetsstatistiken. Det finns emellertid stor variation mellan regionerna.

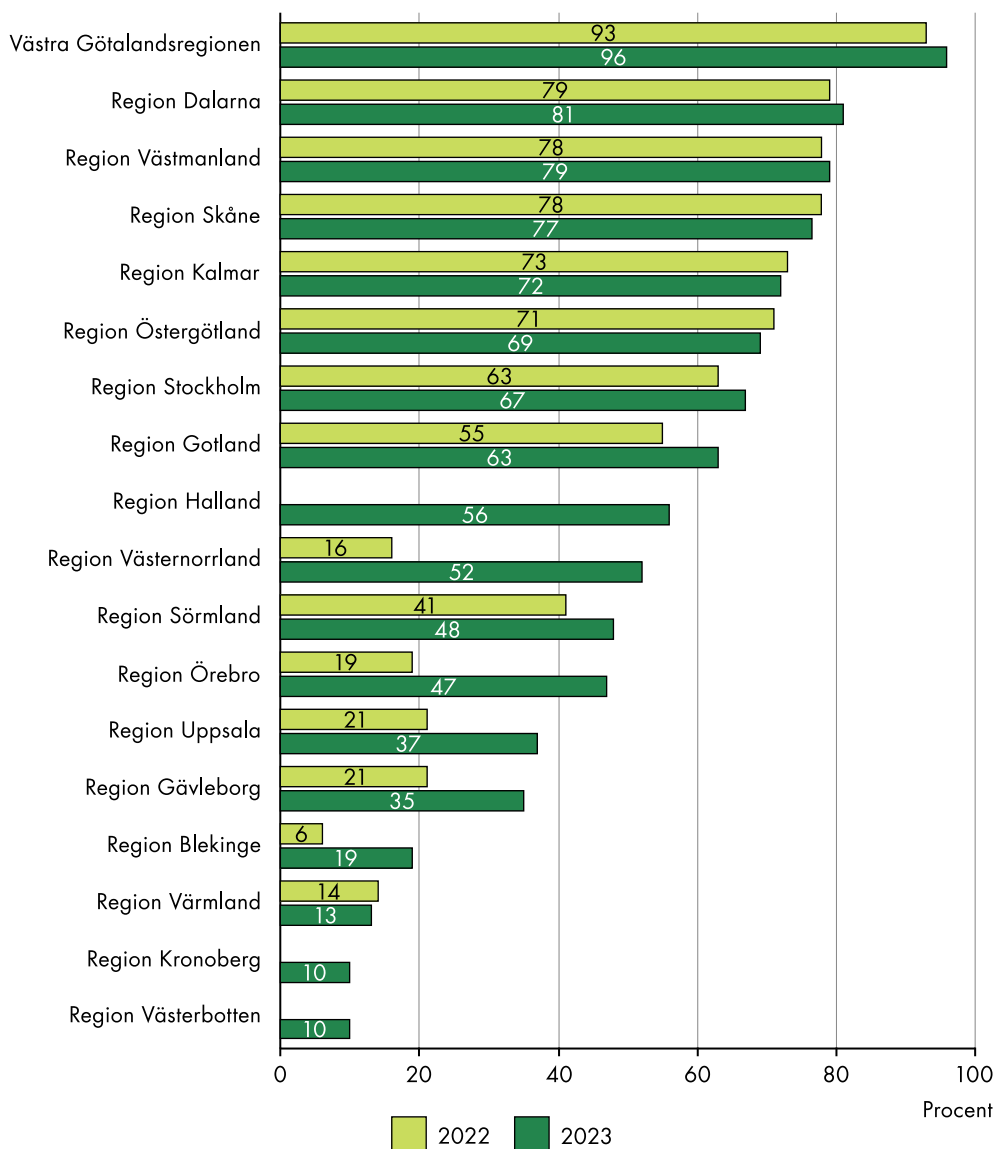
Figur 2 visar andelen av det totala antalet listade som är listade på en namngiven fast läkare, per region 2022 och 2023. Uppgifterna avser april för respektive år. Totalt 18



av 21 regioner kunde ta fram uppgifter för april 2023, två regioner kunde inte ta fram underlaget och en region rapporterade så låga värden att vi inte redovisar dem. För april 2023 redovisade 9 regioner att över 55 procent var listade på en fast läkare. Totalt bland alla svarande regioner var andelen 65 procent (viktat genomsnitt som tar hänsyn till skillnad i befolkningsstorlek i olika regioner), men flera regioner påtalade att uppgifterna är underskattade på grund av eftersläpning i registreringen av fast läkarkontakt.

Andelen som är listad på en fast läkare ökar, enligt verksamhetsstatistiken. Av de 15 regioner som levererade data för både 2022 och 2023 ser vi en ökning i 11 regioner, och minskningen i övriga 4 var som högst 2 procentenheter. För dessa 15 regioner ökade den genomsnittliga andelen med fast läkarkontakt från 63 procent i april 2022 till 69 procent i april 2023 (viktade genomsnitt). I vissa regioner syns en kraftig ökning som delvis kan förklaras av att fler individer har tilldelats en fast läkarkontakt, och delvis av att registreringen successivt har kompletterats.

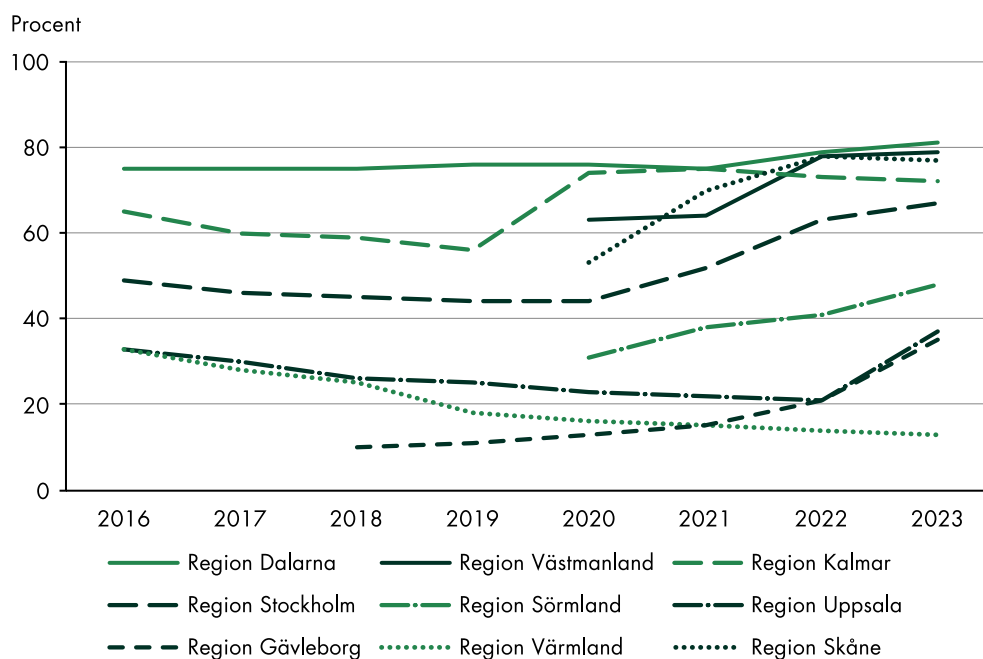
**Figur 2.** Andel listade som är listade på en fast läkarkontakt enligt regionernas verksamhetsstatistik, 2022 och 2023, per region.



Not: Uppgifterna avser april månad respektive år med undantag för Blekinge där 2022 års värde avser augusti.  
 Källa: Regionernas verksamhetsstatistik.

Figur 3 visar utvecklingen av andelen som är listade på en fast läkarkontakt för de regioner som hade möjlighet att redovisa fyra år eller fler. För de flesta regioner ökar andelen över tid, enligt verksamhetsstatistiken. Skillnaderna mellan de olika regionerna tyder dock på att uppgifterna om fast läkarkontakt är definierade och framtagna på olika sätt. Flera regioner lyfter också i sina svar att det finns kvalitetsbrister i statistiken.

**Figur 3.** Andel listade som är listade på en fast läkarkontakt enligt regionernas verksamhetsstatistik, 2016–2023, per region.

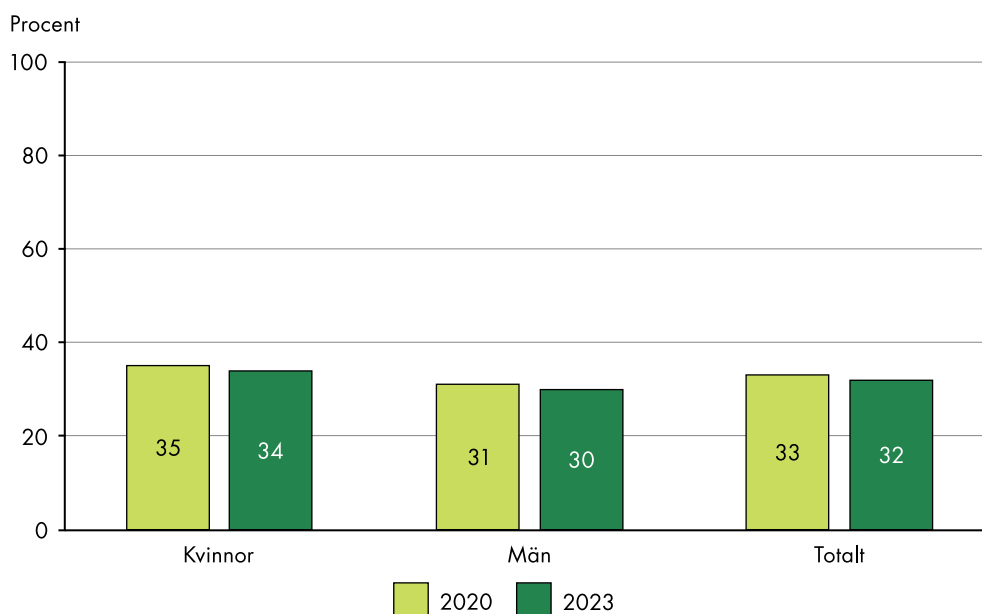


Källa: Regionernas verksamhetsstatistik.

### 2.1.2 Enligt befolkningens erfarenheter ligger andelen med fast läkarkontakt under målnivån

För att undersöka andelen med fast läkarkontakt ur befolkningens perspektiv använder vi de svenska resultaten från IHP-undersökningarna 2020 och 2023. År 2023 svarar en av tre (32 procent) att de har en fast läkare på sin vårdcentral, se figur 4. Målnivån om 55 procent är därmed inte uppfylld ur ett befolkningsperspektiv. Andelen är också densamma som i 2020 års undersökning. Kvinnor svarar i något högre utsträckning än män att de har en fast läkarkontakt. Skillnaden kvarstår över tid.

**Figur 4.** Andel som har en fast läkarkontakt på sin vårdcentral enligt IHP-undersökningarna, 2020 och 2023, per kön



Not: Frågan i sin helhet löd: "Har du någon ordinarie läkare som du vanligtvis går till för vård?  
Det vi undrar över är om du brukar kontakta en särskild person på din vårdcentral när du behöver vård."  
Exkluderade svar: "Vet inte".  
Antal svar: 2 411 år 2020, 2 255 år 2023.  
Källa: IHP befolkningen 2020 och 2023.

I undersökningen 2020 användes begreppet "ordinarie läkare" i stället för fast läkare, och för att kunna jämföra resultaten användes samma begrepp även 2023. Frågan är därmed formulerad på samma sätt och jämförbarheten mellan de två datapunkterna är god. I den löpande texten i denna rapport använder vi i huvudsak begreppet fast läkare, men till varje figur redovisar vi den aktuella frågans exakta formulering. Vi använder också genomgående begreppet vårdcentral som ett samlingsbegrepp för vårdcentraler, hälsovårdscentraler och motsvarande inrättningar.

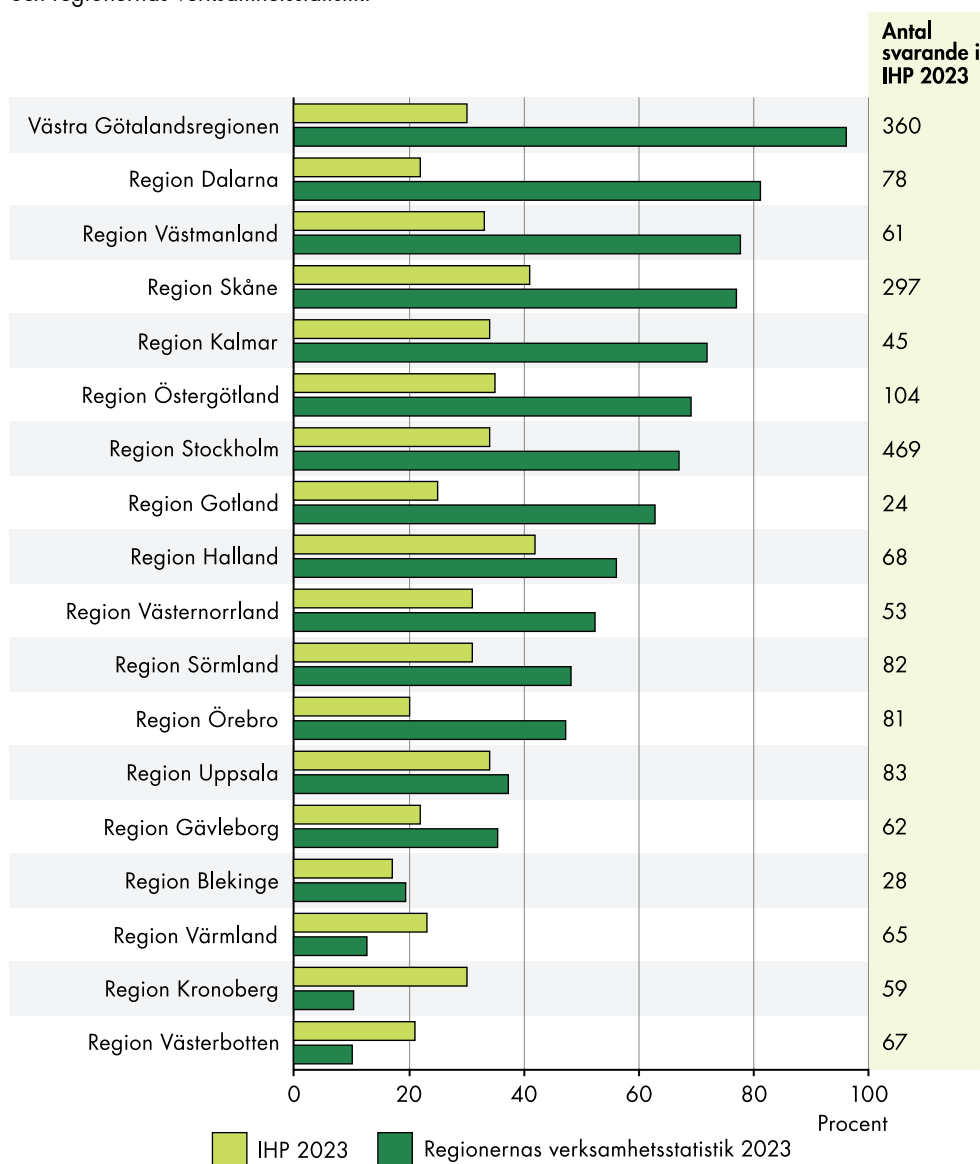
### 2.1.3 Varför ger verksamhets- och befolkningsperspektivet olika bilder?

Måluppfyllelsen för mål 1 varierar beroende på perspektiv. Enligt verksamhetsstatistiken är målet uppfyllt i hälften av regionerna, och det viktade genomsnittet för alla regioner ligger över målnivån på 55 procent. IHP-undersökningen visar samtidigt att endast 32 procent har en fast läkare i primärvården.

Figur 5 redovisar andelen med fast läkarkontakt enligt de båda datakällorna på regionnivå. I vissa regioner är antalet svarande få i IHP-undersökningen (se kolumnen längst till höger i figur 5) och resultaten bör därför tolkas med försiktighet eftersom det innebär att osäkerheten är stor. Som figur 5 visar finns det stora skillnader i de flesta regioner mellan andelen med fast läkarkontakt enligt respektive datakälla. Den exakta

statistiska osäkerheten i resultatet är svår att beräkna i den här typen av undersökningar, men våra uppskattningar av osäkerheten visar att det ändå är osannolikt utifrån det här materialet att någon region skulle vara i närheten de cirka 70–90 procent som några regioner rapporterar.

**Figur 5.** Andel med fast läkarkontakt, jämförelse av resultat från IHP-undersökningen 2023 och regionernas verksamhetsstatistik.



Källa: IHP befolkningen 2023 och regionernas verksamhetsstatistik.

Det finns flera tänkbara förklaringar till att verksamhetsstatistiken och befolkningsperspektivet ger så olika bilder av tillgången till fast läkare. Våra analyser visar att det är mindre än hälften av individerna med en fast läkare som också fick påverka valet av läkare (se figur 7 i kommande avsnitt). Det tyder på att det oftast är vårdgivaren som

utser den fasta läkaren och att det inte kommuniceras till patienten. Det kan i sin tur innebära att en individ är tilldelad en fast läkare utan att känna till det. Den bristfälliga informationen om fast läkarkontakt framgår också av resultaten från IHP-undersökningen 2023. I undersökningen frågade vi om de svarande hade fått information om möjligheten att få en fast läkarkontakt på vårdcentralen. Endast en av fyra (26 procent) svarade att de fått sådan information.

En annan förklaring till de olika bilderna kan vara att en individ får träffa andra läkare än sin fasta läkarkontakt när hen besöker vårdcentraler och att det då inte är tydligt att man är tilldelad en fast läkare.

Att det finns en registrering av vilka individer som en läkare har på sin lista är en viktig grundförutsättning för att etablera en fast läkarkontakt. Men för att registreringen ska avspegla sig i patientens upplevelse behöver det också följas av rätt förutsättningar och arbetssätt som möjliggör en kontinuerlig kontakt. Gapet mellan perspektiven synliggör att det fortfarande inte är på plats. Vi har tidigare konstaterat att en stor andel primärvårdsläkare inte har tillräckliga förutsättningar för att klara sin roll som fast läkare (Vård- och omsorgsanalys 2023b) och att antalet specialistläkare i allmänmedicin skulle behöva nästan dubbleras för att nå Socialstyrelsens riktvärde 1 100 patienter per läkare (Vård- och omsorgsanalys 2023a).

Det är sannolikt svårt att genom övergripande administrativa register fånga de aspekter om kontinuitet, samordning och trygghet som en fast läkarkontakt syftar till även om de formella kompetenskraven på läkaren är uppfyllda. Vi bedömer därför att befolkningsperspektivet är det mest relevanta perspektivet för att mäta tillgången till fast läkarkontakt, men att båda perspektiven är viktiga att fortsatt följa.

#### **2.1.4 En fördjupad befolkningsundersökning bekräftar att målnivån inte är nådd**

För att ytterligare analysera behovet av och tillgången till fast läkare fick även Vård- och omsorgsanalys befolkningspanel svara på frågan om tillgång till fast läkarkontakt. I panelenkäten ställde vi även frågor om behovet av en fast läkarkontakt och om de svarande hade haft möjlighet att påverka valet av sin fasta läkare.

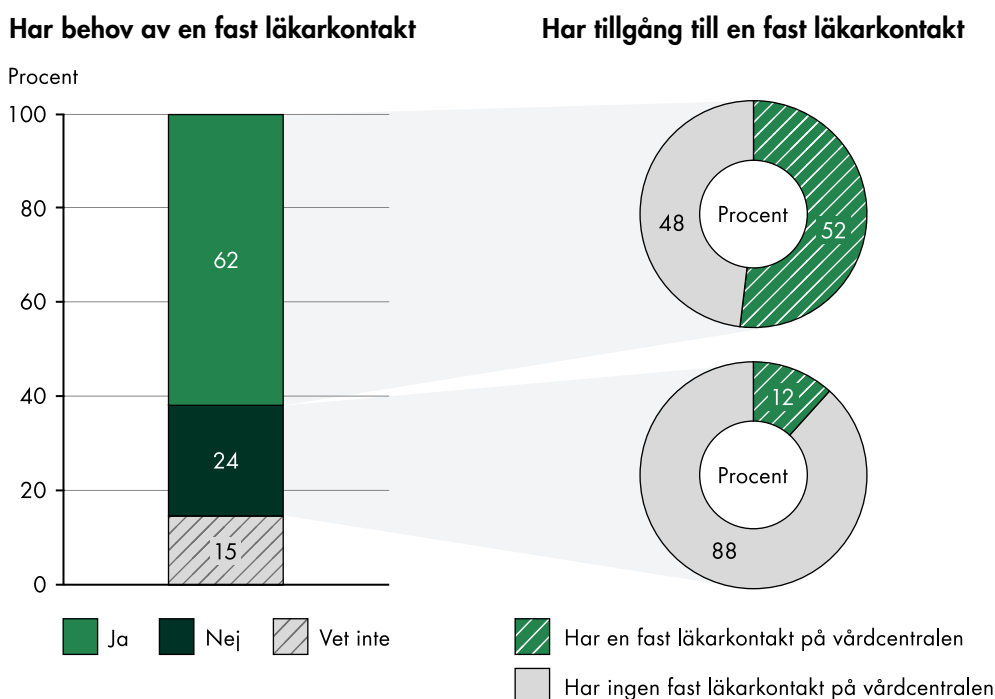
Totalt 37 procent i befolkningspanelen svarade att de har en fast läkare på sin vårdcentral. Det är en något högre andel än enligt IHP-undersökningen från 2023, men skillnaden ligger inom felmarginalen. Även här förekommer en skillnad mellan könen där 44 procent av kvinnorna svarar att de har en eller fler ordinarie läkare jämfört med 30 procent av männen. Denna skillnad är dock inte signifikant när vi tar hänsyn till fler bakgrundsfaktorer (tabell 1).

#### **Två av tre behöver en fast läkare, men bara hälften av dem har tillgång till en**

I enkäten till befolkningspanelen fick svarspersonerna även uppge om de behöver en fast läkare på sin vårdcentral. Som figur 6 visar svarade nästan två av tre (62 procent) att de har ett sådant behov medan en av fyra (24 procent) inte har det. Andelen osäkra är förhållandevis hög: Cirka 15 procent svarade att de inte vet om de behöver en fast läkare eller inte.

Figur 6 visar även hur väl behovet av fast läkare matchar tillgången till fast läkare. Av de som svarar att de har ett behov av att ha en fast läkare är det endast hälften (52 procent) som har tillgång till en. Bland de som svarar att de inte behöver en fast läkare är andelen ännu lägre (12 procent). Resultaten tyder på att tillgången till en fast läkarkontakt i viss utsträckning fördelas efter behov, men att det är långt ifrån alla som har ett behov som också har tillgång till en fast läkarkontakt.

**Figur 6.** Andel med behov av fast läkarkontakt samt andel av dessa som har tillgång till en fast läkarkontakt



Not: Frågorna i sin helhet löd: "Upplever du att du behöver ha en ordinarie läkare på din vårdcentral/hälsocentral" respektive "Har du någon ordinarie läkare som du vanligtvis går till för vård? Det vi undrar över är om du brukar kontakta en särskild person på din vårdcentral när du behöver vård."

Exkluderade svar i frågan om tillgång: "Vet inte".

Antal svar: 925.

Källa: Vård- och omsorgspanelen 2023.

### Behov av och tillgång till fast läkare styrs av delvis samma faktorer

Det är i hög utsträckning samma bakgrundsvariabler som styr behovet av fast läkare och tillgången till fast läkare. I tabell 1 redovisar vi utfallet från regressionsanalyser där vi har undersökt vilka bakgrundsfaktorer som påverkar behov respektive tillgång till fast läkarkontakt. Ett plus- eller minustecken i tabellen innebär att den gruppen svarar i signifikant högre respektive lägre utsträckning än referensgruppen att de har behov av respektive tillgång till en fast läkarkontakt.

Äldre personer och personer med långvariga sjukdomstillstånd svarar i högre utsträckning att de både behöver och har tillgång till en fast lärare. Det talar för att personer med större sjukdomsbehov både har ett större behov av en fast läkarkontakt och att de också i större utsträckning får tillgång till det.

Det finns också en del skillnader mellan förklaringsfaktorerna: Män svarar i lägre utsträckning än kvinnor att de har behov av en fast läkarkontakt, men det finns inte någon signifikant skillnad mellan könen i tillgång. Det finns inte heller någon signifikant skillnad i tillgång för personer med olika utbildningsbakgrund, men individer med gymnasial utbildning som högsta avslutade utbildningsnivå uppger att de behöver fast läkare i högre utsträckning än de med eftergymnasial utbildning. När det gäller boendekommun ser vi att boende i storstadskommuner inte uppger ett högre behov av fast läkarkontakt, men att de i högre utsträckning svarar att de har tillgång till en fast läkarkontakt än boende i andra kommuntyper. Sannolikt beror det på att tillgången på specialistläkare i allmänmedicin är högre i storstadskommuner än i övriga kommuntyper. I bilaga 1 redovisar vi mer detaljerade resultat från regressionsanalyserna.



**Tabell 1.** Faktorer som påverkar tillgång till och behov av fast läkare.

		Behov av fast läkare	Tillgång till fast läkare
<b>Kön</b>	Kvinna	Referens	Referens
	Man	-	Inte signifikant
<b>Ålder</b>	16–29 år	-	-
	30–39 år	-	Inte signifikant
	40–49 år	Inte signifikant	Inte signifikant
	50–59 år	Referens	Referens
	60–69 år	Inte signifikant	Inte signifikant
	70–79 år	Inte signifikant	+
	80+ år	+	+
<b>Utbildningsnivå</b>	Förgymnasial	Inte signifikant	Inte signifikant
	Gymnasial	+	Inte signifikant
	Eftergymnasial	Referens	Referens
<b>Kommuntyp</b>	Landsbygdskommuner	Inte signifikant	Inte signifikant
	Blandade kommuner	Referens	Referens
	Storstadskommuner	Inte signifikant	+
<b>Utländsk bakgrund</b>	Nej	Referens	Referens
	Ja	Inte signifikant	Inte signifikant
<b>Långvarigt sjukdomstillstånd</b>	Nej	-	-
	Ja	Referens	Referens
<b>Antal svar</b>		880	925
+		Signifikant positivt samband, $p < 0,05$ .	-
			Signifikant negativt samband, $p < 0,05$ .

Not: Utbildningsnivå avser högsta avslutade utbildning. Utländsk bakgrund är definierat som att ha två utrikes födda föräldrar. Frågorna i sin helhet löd: "Har du någon ordinarie läkare som du vanligtvis går till för vård? Det vi undrar över är om du brukar kontakta en särskild person på din vårdcentral när du behöver vård." och "Upplever du att du behöver ha en ordinarie läkare på din vårdcentral/hälsocentral?".  
Exkluderade svar: "Vet inte".

Källa: Vård- och omsorgsanalyspanelen 2023.

### Enklare kommunikation och ökad trygghet med fast läkarkontakt

I enkätundersökningen till befolkningspanelen fick de svarande även möjlighet att specificera varför de upplever att de behöver en fast läkarkontakt. Många lyfte fram fördelarna med att läkaren känner till ens sjukdomshistoria och att de själva då slipper att berätta om den på nytt vid varje besök. Enligt flera svarande leder en fast kontakt och en kontinuerlig relation till ökad trygghet, sparad tid, enklare kommunikation och bättre vård. En del menar också att en fast läkarkontakt kan leda till ökad tillgänglighet eftersom det är lättare att kontakta vården när man vet vem man kan vända sig till. Liknande resultat har vi också sett i vår rapport *Primärt i vården* (Vård- och omsorgsanalys 2020b).

” Man vill ha samma läkare för att slippa förklara sina hälsoproblem för olika läkare varje gång man besöker vårdcentralen. Det skapar bättre förståelse mellan läkare och patient och bättre kontinuitet vid behandlingen. Man vill också känna förtroende för läkaren man träffar, därför är det viktigt att man får göra ett aktivt val av ordinarie läkare.”

” Läkaren känner till min medicinska historia och det blir då ett mer effektivt möte. Jag behöver inte förklara och berätta så mycket. Kan också vid vissa tillfällen klara av mitt ärende via telefon, som besparar mig att behöva ta mig till vårdcentralen. Känner en större trygghet med samma läkare.”

” För att när det inte finns blir jag som patient projektledare för min egen vård.”

### **God hälsa vanlig anledning till att inte behöva fast läkarkontakt**

Av de som svarade att de inte behöver en fast läkarkontakt var den vanligaste orsaken att de upplever sig ha så pass god hälsa att de inte är nödvändigt. God hälsa förekom ofta i kombination med andra aspekter, exempelvis att man inte gör tillräckligt många vårdbesök på vårdcentralen för att behöva en fast läkare.

Andra svarande menar att tillgång till vård inom rimlig tid är viktigare än att ha en fast läkare på sin vårdcentral. Vissa fritextsvar gör det tydligt att man litar på läkarna som tjänstgör på vårdcentralen, och tycker att alla har en grundkompetens som är tillräcklig för de besvär som personerna söker för.

” Det finns många mycket bra läkare på min vårdcentral! När jag har varit där så har det varit av olika orsaker så då tycker inte jag att det är nödvändigt med en och samma läkare.”

” Jag tycker att det är viktigare att jag får tid snabbt istället för att vänta på 'min' läkare.”

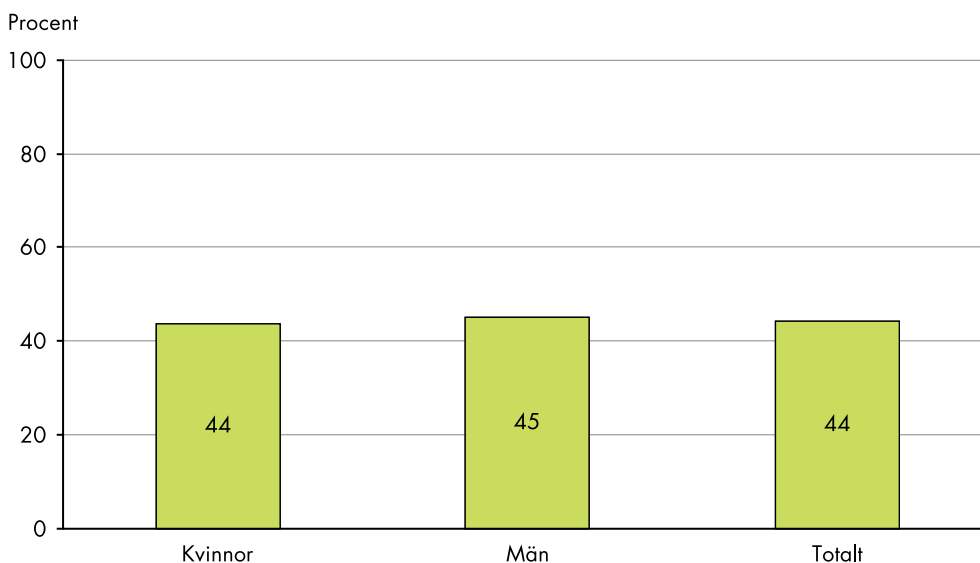
” Jag tycker att jag mår bra både fysiskt och psykiskt och har därför inte just nu något behov av en ordinarie läkare. Om jag i framtiden blir mer beroende av vård hade det känts tryggt att ha en ordinarie läkare som känner mig och mina behov.”

### **Över hälften har inte fått möjlighet att påverka valet av ordinarie läkare**

I enkäten ställde vi också frågan om personerna med en fast läkarkontakt också hade haft möjlighet att påverka valet av läkare. Mindre än hälften (44 procent) uppgav att de haft möjlighet att påverka valet, se figur 7. Som figuren visar är det inga nämnvärda skillnader mellan könen. Att det är mindre än hälften av de som har en fast läkare som

har fått påverka valet tyder på att det i många fall är vårdgivarna som tilldelar patienter en fast läkarkontakt. Detta kan, som vi tidigare varit inne på, vara en bidragande orsak till att vissa individer inte är medvetna om att de har en fast läkarkontakt. Det är även viktigt att notera att möjligheten för patienter att själva välja en specifik läkare som sin fasta kontakt inte är absolut. I praktiken kan denna möjlighet vara begränsad av primärvårdens organisatoriska aspekter, bemanning, och arbetsbelastning, bland annat.

**Figur 7.** Andel som anger att de haft möjlighet att påverka valet av fast läkare, fördelat på kön.



Not: Frågan i sin helhet löd: "När du fick en ordinarie läkare, hade du möjlighet att påverka valet av läkare?". Frågan ställdes endast till personer som har svarat att de har en eller flera ordinarie läkare på vårdcentralen/hälsocentralen.

Exkluderade svar: "Vet inte".

Antal svar: 347.

Källa: Vård- och omsorgspanelen 2023.

## 2.2 Mål 2 om en ökning av kontinuitetsindex har inte uppnåtts

**Mål 2:** En 20-procentig ökning av kontinuitetsindex till läkare samt kontinuitetsindex för patientens totala kontakter ska ha skett i primärvården i regionen.

För att kartlägga måluppfyllelsen för mål 2, om en 20-procentig ökning av kontinuitetsindex, har vi analyserat besöksdata från vårdcentraler som inkluderar nästan 90 procent av befolkningen. Vi redovisar också resultat från enkätundersökningen till Vård- och omsorgspanels befolkningspanel. Detta är de viktigaste resultaten:

- Målet om en 20-procentig ökning av kontinuitetsindex till läkare har inte uppnåtts.
- På nationell nivå ser vi ingen tydlig förbättring oavsett vilken grupp vi analyserar.

- Det finns små skillnader i kontinuitetsindex mellan män och kvinnor. Äldre patienter har ett högre kontinuitetsindex till läkarbesök, men inte till sjuksköterskebesök.
- Patienter med kroniska sjukdomar har högre kontinuitetsindex än andra.
- I dagsläget finns det inget sätt att mäta ett samlat kontinuitetsindex för patienters totala kontakter.
- Bara 15 procent av deltagarna i befolkningspanelen får alltid träffa samma läkare vid besök på vårdcentralen.

### 2.2.1 Om kontinuitetsindex

Kontinuitetsindex är ett internationellt index som beräknas för patienter som har gjort tre eller fler besök under de senaste 18 månaderna, på den vårdcentral som de är listade på. Indexvärdena varierar från 0 till 1. Om patienterna träffar samma person varje gång blir indexvärdet 1. Indexvärdet blir lägre ju fler olika personer patienten har träffat, och det påverkar också hur stor andel av besöken som gjorts hos den person som patienten har träffat oftast.

Kontinuitetsindex beräknas för läkarbesök eller för sjuksköterskebesök. För patienter med kronisk sjukdom beräknas även kontinuitetsindex för besök till fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Det finns dock inget samlat kontinuitetsindex för en patients totala kontakter eftersom det inte går att inkludera flera olika personalkategorier vid beräkningen.

Flera faktorer påverkar värdet på kontinuitetsindex. Små vårdcentraler tenderar att få högre index än stora, i och med att personalstyrkan är mindre. Andra faktorer som kan påverka är personalomsättning och antalet utbildningsläkare samt hur man organiserat arbetet på vårdcentralen och i vilken utsträckning man anlitar hyrpersonal. Kontinuitetsindex kan minska om vårdcentralen tar in vikarier eller har brist på planerade tider, vilket ökar antalet oplanerade eller akuta besök till någon annan än den ordinarie vårdkontakten. Kontinuitetsindex kan också minska om korta väntetider prioriteras framför kontinuitet. Indexet blir alltså sämre om läkaren som patienten brukar gå till är upptagen och patienten i stället bokas in till en läkare med kortare väntetider, medan tillgängligheten mätt i kortare väntetider förbättras.

Kontinuitetsindex används inom Primärvårdskvalitet, ett nationellt system för kvalitetsindikatorer och tekniska lösningar för automatisk datahämtning, se SKR (2022) för mer detaljerad information om indikatorerna.

### 2.2.2 Underlaget vi analyserat täcker omkring 86 procent av befolkningen

Majoriteten av alla regioner och vårdcentraler är i dag anslutna till Primärvårdskvalitet, och de vårdcentraler som vi har hämtat ut data från täcker omkring 86 procent av befolkningen. Kontinuitetsindex beräknas dock bara för de personer som har gjort minst tre besök hos den vårdgivarprofession som indexet beräknas för under den senaste 18-månadersperioden. För läkarbesök handlar det om cirka 1,6 miljoner individer och för sjuksköterskebesök knappt 1 miljon individer för den senaste mätperioden som redovisas i rapporten (december 2021–maj 2023).

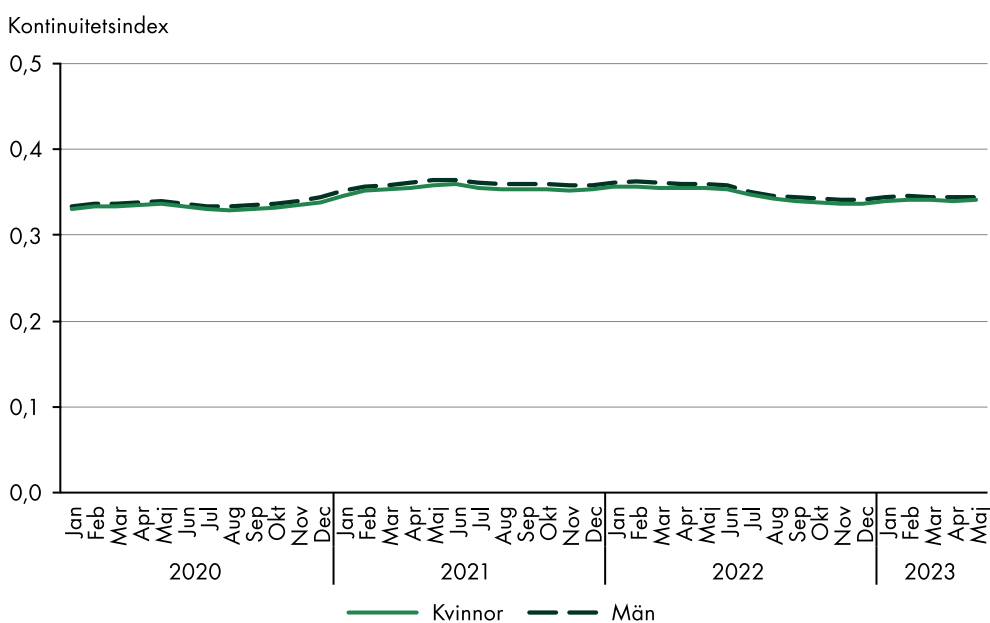
### 2.2.3 Kontinuitetsindex till läkare och sjuksköterska har inte ökat

Det finns sammantaget inga tydliga tecken på förbättringar när det gäller kontinuitetsindex för vare sig läkarbesök eller sjuksköterskebesök och målet om en 20-procentig ökning har därmed inte uppnåtts.

Kontinuitetsindex för läkarbesök låg på samma nivå i maj 2023 som det gjorde i januari 2020 och förändringarna i indexet däremellan har varit marginella. Skillnaderna mellan könen i indexvärdena är små (figur 8).

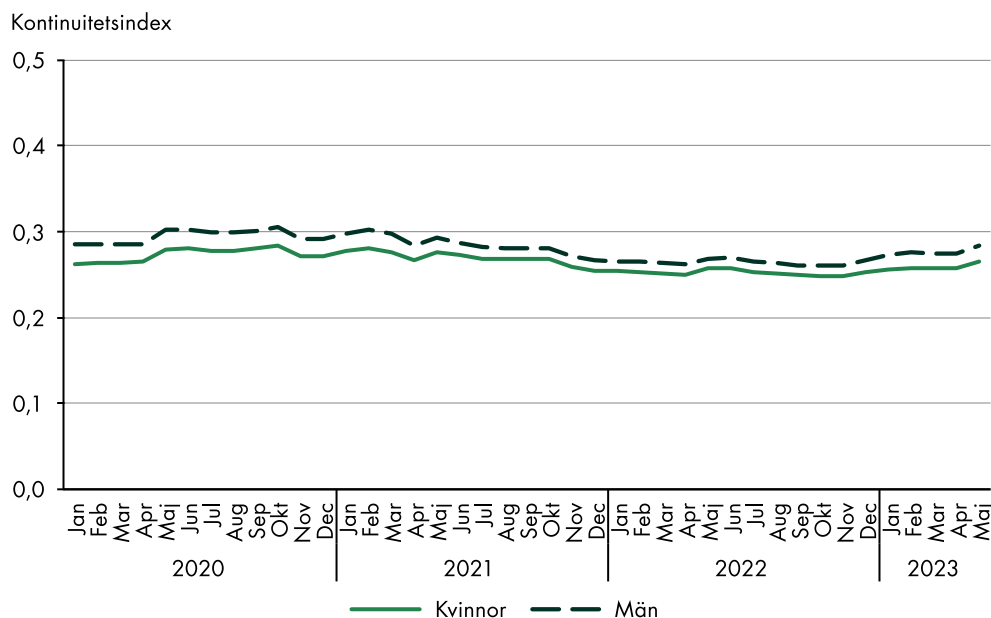
För sjuksköterskebesöken ligger kontinuitetsindex något lägre än för läkarbesöken och det finns en liten skillnad mellan könen. Män har ett något högre kontinuitetsindex för sjuksköterskebesök än kvinnor (figur 9).

**Figur 8.** Kontinuitetsindex för besök till läkare, uppdelat på kön.



Not: Kontinuitetsindex består av 18 månaders rullande värden. Det innebär till exempel att värdet för maj 2023 baseras på besök under perioden december 2021–maj 2023.

Källa: Medrave.

**Figur 9.** Kontinuitetsindex för besök till sjuksköterska, uppdelat på kön.

Not: Kontinuitetsindex består av 18 månaders rullande värden. Det innebär till exempel att värdet för maj 2023 baseras på besök under perioden december 2021–maj 2023.

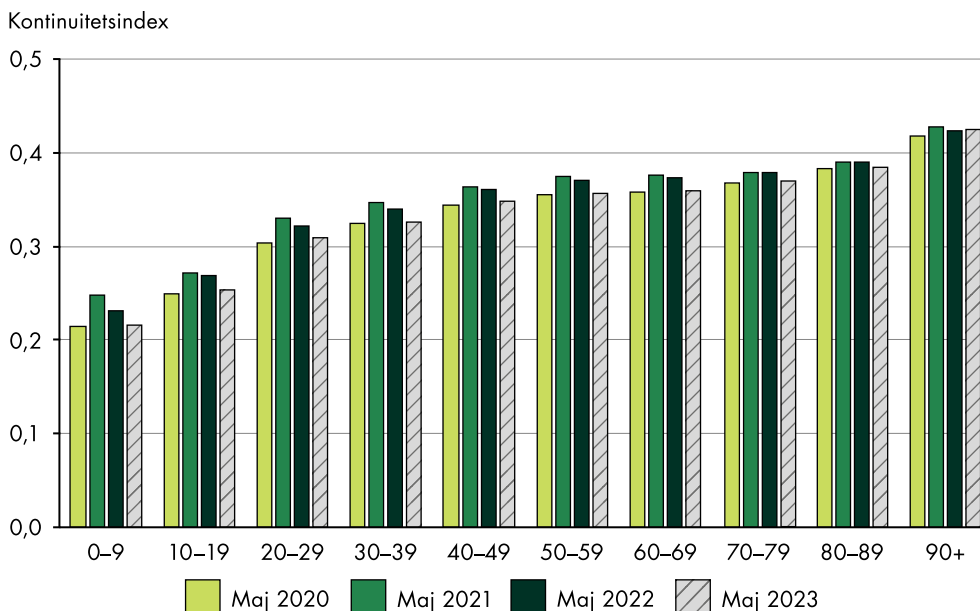
Källa: Medrave.

#### 2.2.4 Äldre patienter har högre kontinuitetsindex för läkarbesök men inte för sjuksköterskebesök

Nivån på kontinuitetsindex för läkarbesök skiljer sig åt mellan olika åldersgrupper. Den äldsta gruppen, patienter som är 90 år och äldre, har det högsta genomsnittliga indexet för sina besök medan det lägsta indexet gäller åldersgruppen 0–9 år. Figur 10 visar kontinuitetsindex för läkarbesök uppdelat på åldersgrupp för maj månad under perioden 2020–2023. För samtliga åldersgrupper låg index på samma nivå eller lägre 2023 i jämförelse med 2020.

Figur 11 visar motsvarande data för sjuksköterskebesöken och det framgår att kontinuitetsindexet är högst för den yngsta åldersgruppen. I övrigt finns det ingen tydlig ålderseffekt och heller ingen tydlig förändring i indexnivån.

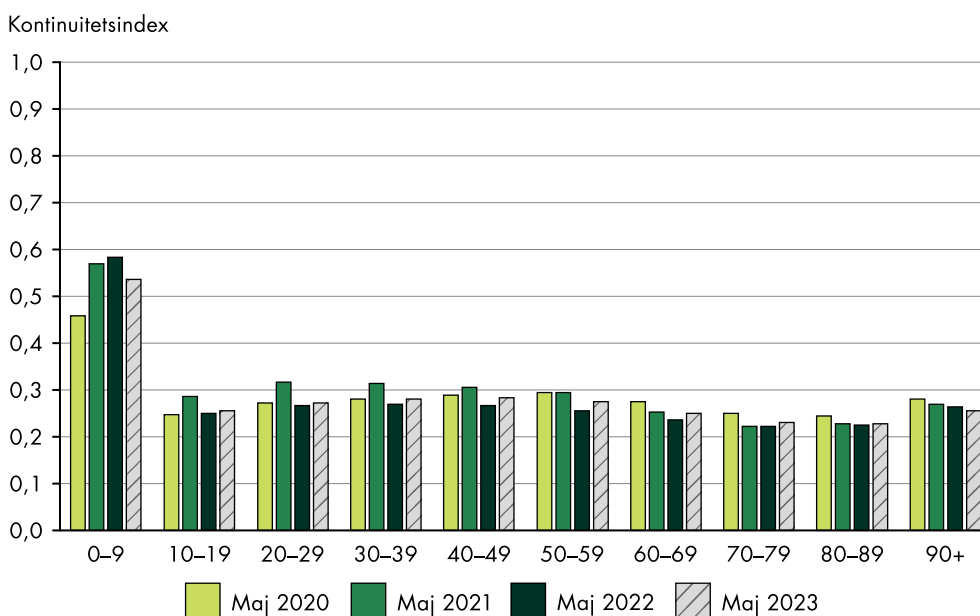
**Figur 10.** Kontinuitetsindex för besök till läkare, per åldersgrupp.



Not: Kontinuitetsindex består av 18 månaders rullande värden. Det innebär till exempel att värdet för maj 2023 baseras på besök under perioden december 2021–maj 2023.

Källa: Medrave.

**Figur 11.** Kontinuitetsindex för besök till sjuksköterska, per åldersgrupp.



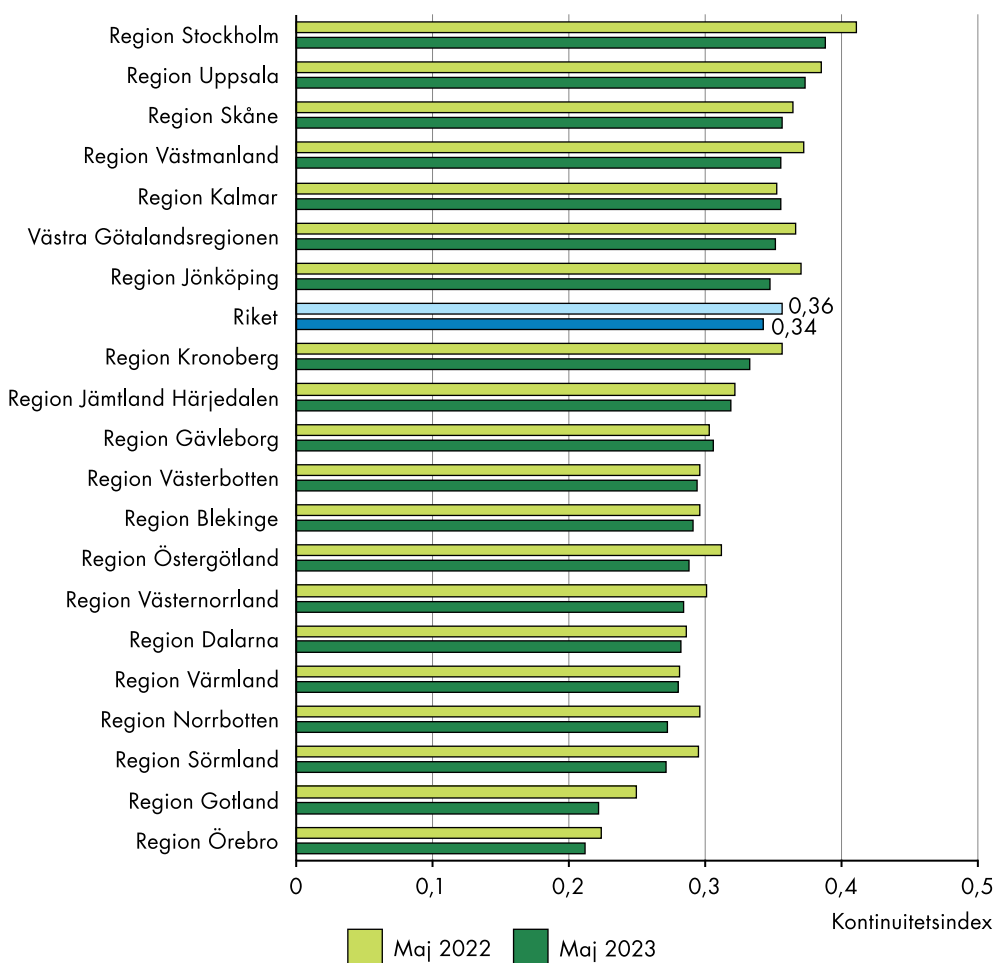
Not: Kontinuitetsindex består av 18 månaders rullande värden. Det innebär till exempel att värdet för maj 2023 baseras på besök under perioden december 2021–maj 2023.

Källa: Medrave.

### 2.2.5 Kontinuitetsindex till läkarbesök och sjuksköterskebesök varierar mellan regionerna

Nivån på kontinuitetsindex varierar mellan regionerna både för läkarbesök och för sjuksköterskebesök. Som figur 12 visar är indexet för besök till läkare som högst i Region Stockholm och Region Uppsala. När det gäller sjuksköterskebesök finns de högsta nivåerna i stället i Region Västernorrland och Region Sörmland (figur 13).

**Figur 12.** Kontinuitetsindex för besök till läkare, per region.

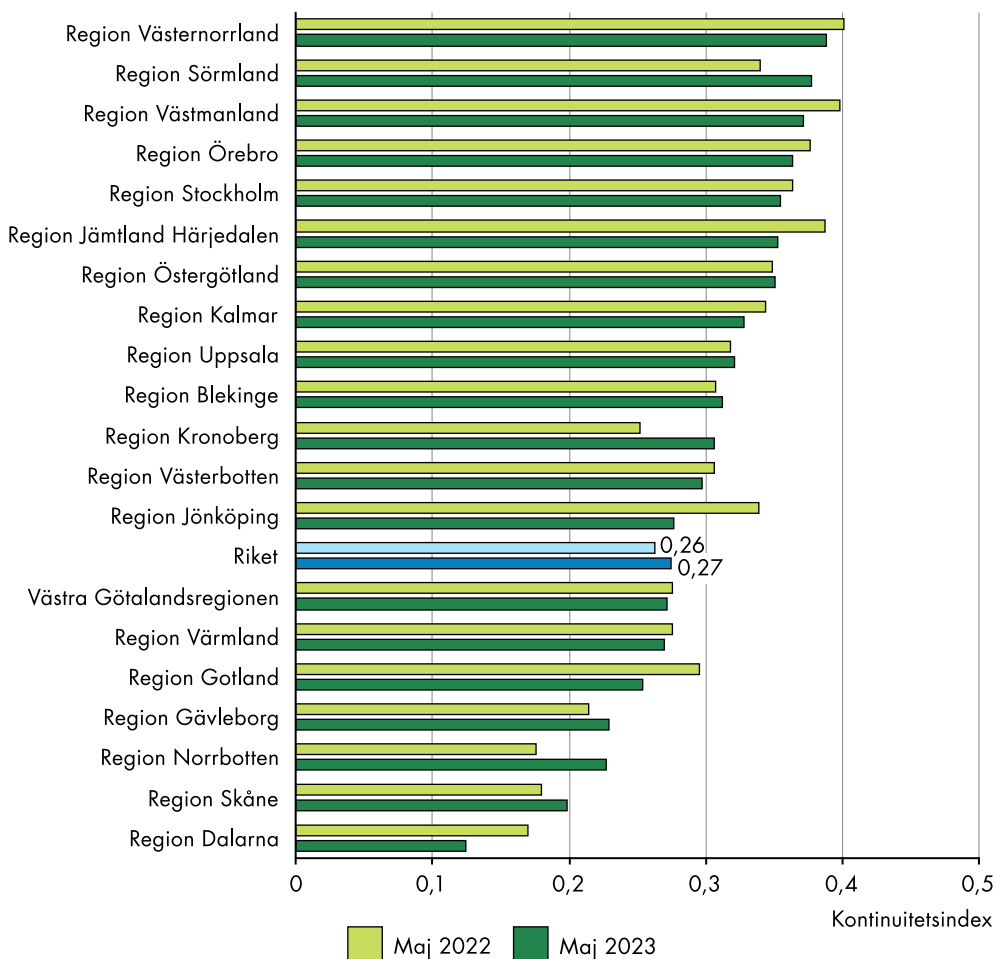


Not: Kontinuitetsindex består av 18 månaders rullande värden. Det innebär till exempel att värdet för maj 2023 baseras på besök under perioden december 2021–maj 2023.

Källa: Medrave.



**Figur 13.** Kontinuitetsindex för besök till sjuksköterska, per region.



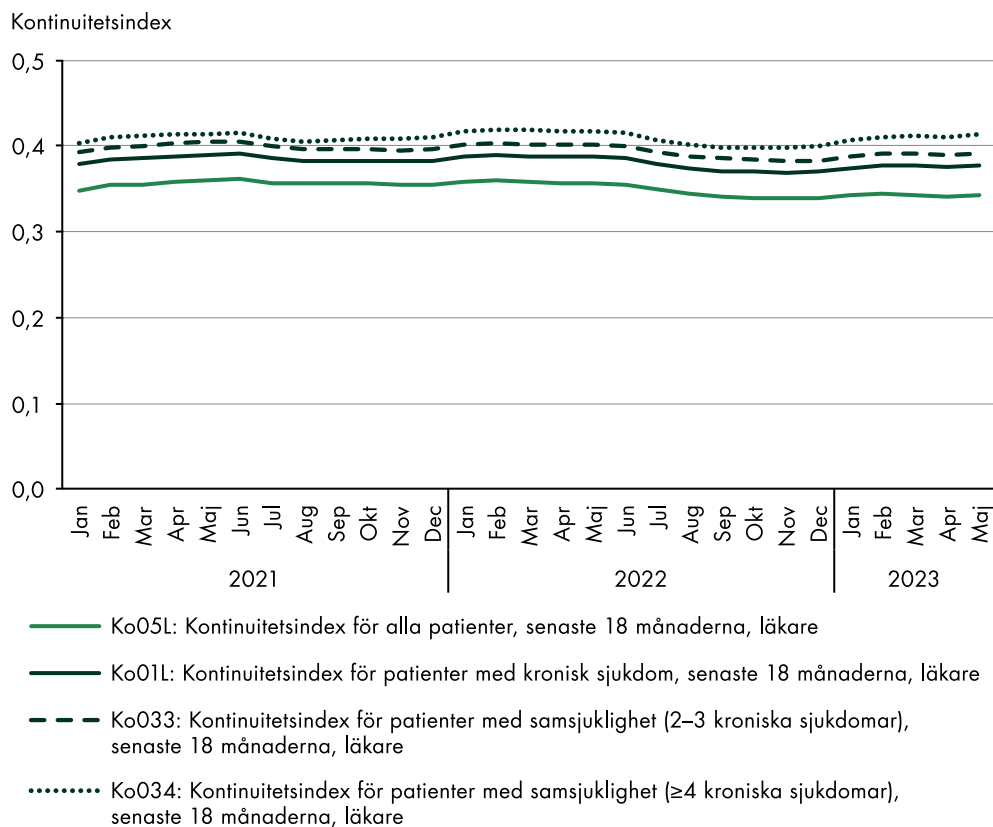
Not: Kontinuitetsindex består av 18 månaders rullande värden. Det innebär till exempel att värdet för maj 2023 baseras på besök under perioden december 2021–maj 2023.

Källa: Medrave.

### 2.2.6 Kontinuitetsindex är högre för patienter med samsjuklighet

Kontinuitetsindex hos läkare ligger högre för patienter med kroniska sjukdomar och samsjuklighet än för genomsnittspatienten, se figur 14. Högre samsjuklighet, med fler kroniska sjukdomar, är också förknippat med högre kontinuitetsindex. Indexvärdena har dock inte ökat för någon av grupperna 2021–2023.

**Figur 14.** Kontinuitetsindex för besök hos läkare för olika patientgrupper, riket



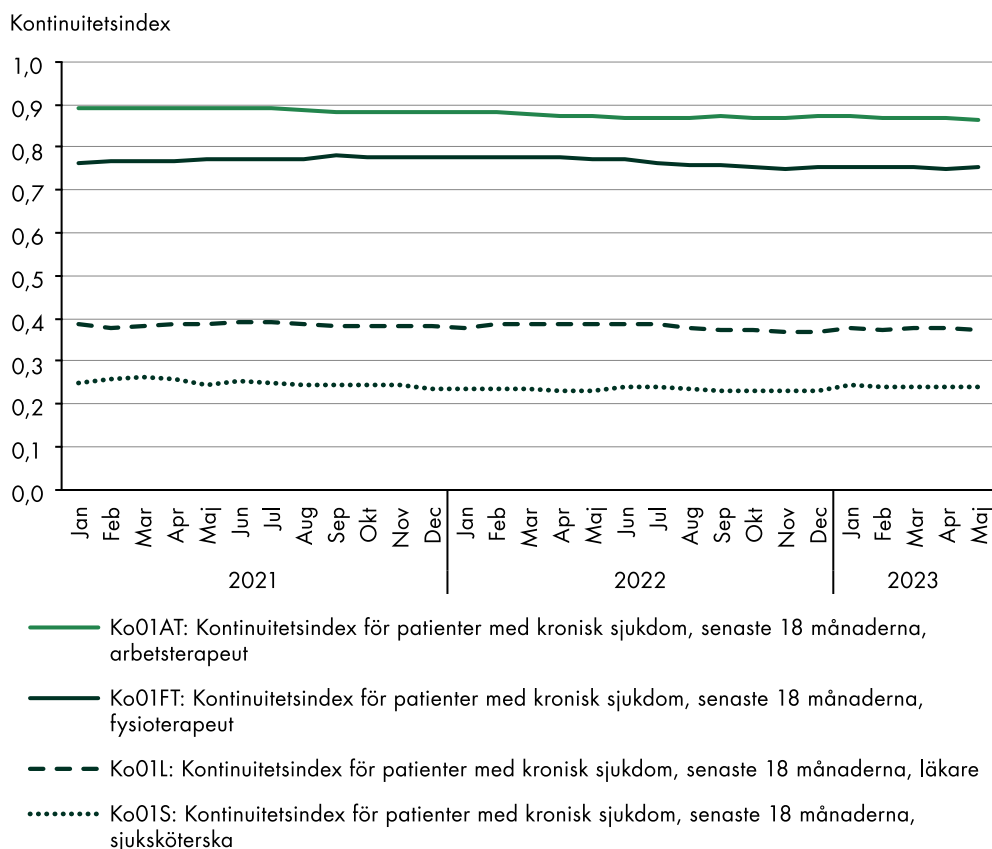
Not: Kontinuitetsindex består av 18 månaders rullande värden. Det innebär till exempel att värdet för maj 2023 baseras på besök under perioden december 2021–maj 2023.

Källa: Medrave.

### 2.2.7 Betydande variation i kontinuitetsindex för olika yrkesgrupper

För patienter med kronisk sjukdom beräknas kontinuitetsindex för besök till fysioterapeuter och arbetsterapeuter, utöver till läkare och sjuksköterskor.

Figur 15 visar en stor variation i kontinuitetsindex mellan olika yrkesgrupper. Nivån ligger som högst för besök till arbetsterapeut och som lägst för besök till sjuksköterska.

**Figur 15.** Kontinuitetsindex för patienter med kronisk sjukdom: olika yrkeskategorier på vårdcentral.

Not: Kontinuitetsindex består av 18 månaders rullande värden. Det innebär till exempel att värdet för maj 2023 baseras på besök under perioden december 2021–maj 2023.

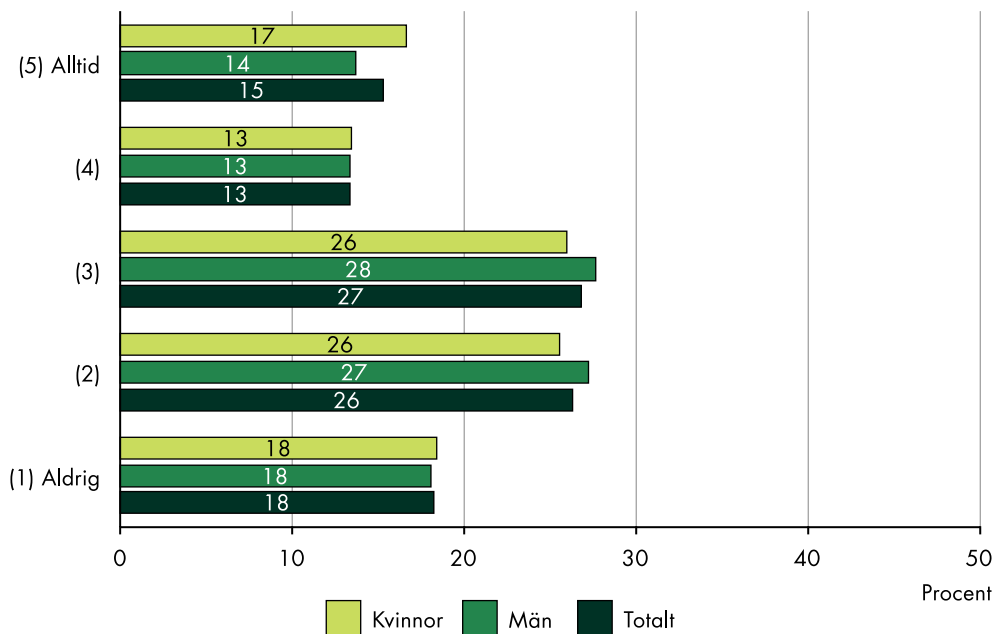
Källa: Medrave.

### 2.2.8 Endast 15 procent får alltid träffa samma läkare på vårdcentralen

Vi ställde även en fråga om kontinuitet i enkätundersökningen till Vård- och omsorgsanalys befolkningspanel. De som gjort minst två besök på vårdcentral under de senaste 12 månaderna fick ange om de träffade samma läkare vid sina besök, på skalan 1–5 där svarsalternativ 5 innebär att de alltid träffat samma läkare. Endast 15 procent gav det svaret och endast tre av tio (28 procent) angav antingen svarsalternativ 4 eller 5, vilket tyder på en låg läkarkontinuitet på vårdcentralerna.

När vi analyserar resultaten uppdelat på kön ser vi endast marginella skillnader. Kvinnor svarar i något högre utsträckning att de alltid får träffa samma läkare vid sina besök på vårdcentralen.

**Figur 16.** Andel av de som besökt en vårdcentral två eller fler gånger under det senaste året, som fått träffa samma läkare.



Not: Frågan i sin helhet löd: "Får du träffa samma läkare vid dina besök på din vårdcentral/hälsocentral". Frågan ställdes endast till personer som besökt en vårdcentral eller hälsocentral två eller fler gånger under det senaste året.

Exkluderade svar: "Vet inte".

Antal svar: 557.

Källa: Vård- och omsorgsanalyspanelen 2023.

## 2.3 Mål 3 kan inte följas upp ur ett patientperspektiv och måluppfyllelsen ur ett verksamhetsperspektiv är osäker

**Mål 3:** För dem i befolkningen som bor på ett särskilt boende för äldre och som där får sin huvudsakliga hälso- och sjukvård ska andelen som har en fast läkarkontakt utgöra minst 80 procent.

För mål 3 om fast läkarkontakt för personer på särskilda boenden finns det svårigheter med att kartlägga måluppfyllelsen ur ett patientperspektiv. Det finns inga patientundersökningar till personer på särskilt boende som frågar specifikt om de har en fast läkarkontakt, vilket gör det svårare att följa upp målet.

Ur ett verksamhetsperspektiv är måluppfyllelsen osäker. Det finns undersökningar som tyder på hög tillgång till fast läkarkontakt i särskilda boenden och god samverkan mellan vårdcentraler och den kommunala hälso- och sjukvården, men också flera undersökningar som tyder på brister i läkartillgången och kontinuiteten.

Som vi rapporterade i vår förra pm gjorde SKR 2021 en punktmätning av tillgången till fast läkarkontakt på särskilda boenden för äldre, och den visade att 93 procent av de boende har en fast läkarkontakt. Resultaten bör dock tolkas försiktigt eftersom det är svårt att kontrollera deras tillförlitlighet. Även vårdcentralsschefer rapporterar i hög grad att de kan tillgodose behovet av läkarmedverkan inom kommunal hälso- och sjukvård (Vård- och omsorgsanalys 2022b). I IHP-undersökningen 2022 som riktade sig till primärvårdsläkare svarade de svenska läkarna i högre utsträckning än läkare i andra länder att deras vårdcentral regelbundet kommunicerar med kommunen om patienters behov (Vård- och omsorgsanalys 2023b).

Det finns dock andra undersökningar som tyder på brister i tillgången till läkare på särskilda boenden. Socialstyrelsens äldreundersökningar visar att de boende tycker att det har blivit svårare att få träffa läkare vid behov, och av fritextsvaren framgår att de boende upplever en bristande kontinuitet och tillgång till personal (Socialstyrelsen 2022b). Även IVO har i sin tillsyn av särskilda boenden rapporterat om stora brister i den medicinska vården av de boende (IVO 2022). Bristerna omfattade svag efterlevnad till reglerna om vård i livets slutskede, avsaknad av individuell medicinsk bedömning, avsaknad av vård och behandling enligt ordination, brister i läkemedelshantering, olämplig läkemedelsanvändning och brister i personalkompetens, personalkontinuitet och dokumentation.

## 2.4 Mål 4 går inte att följa upp

**Mål 4:** En betydande ökning av kontinuitetsindex till läkare ska ha skett för personer i särskilt boende.

Mål 4 går för närvarande inte att följa upp, eftersom det inte finns någon möjlighet att särskilja personer som bor på särskilt boende i de journaldata som beskriver kontinuitet. Därmed går det inte heller att ta fram ett separat kontinuitetsindex för denna grupp.

# 3 Tillgång till data och för- och nackdelar med olika datakällor

I detta kapitel redovisar vi tillgången till data för att belysa måluppfyllelsen ur ett verksamhetsperspektiv och ur ett befolkningsperspektiv. Vi redovisar även för- och nackdelar med de olika datakällorna. Detta är våra viktigaste resultat:

- Brist på data begränsar vår möjlighet att följa upp måluppfyllelsen. Förutsättningarna för uppföljning är bättre för mål 1 och 2 än för mål 3 och 4 som rör personer på särskilt boende.
- Registerdata skapar möjlighet till snabb och omfattande uppföljning, men tolkningen av data kan vara utmanande. Den regionala statistiken om fast läkarkontakt på vårdcentralen är fortfarande inte tillräckligt tillförlitlig eller jämförbar, och i regel finns inga uppgifter om fast läkarkontakt och kontinuitetsindex för personer på särskilt boende i statistiken.
- Enkätundersökningar ger möjlighet att kartlägga patienters och yrkesverksammas upplevelser och erfarenheter, men benägenheten att svara på enkäter minskar och vissa grupper i befolkningen svarar i lägre utsträckning än andra, vilket i viss mån begränsar tillförlitligheten.
- Kvalitativa undersökningar kan ge fördjupad kunskap om tillgången till fasta kontakter, men resultaten från sådana studier bör inte betraktas som allmängiltiga.
- Tillgången till data behöver öka för att det ska vara möjligt att följa upp alla mål i överenskommelsen. Vi ser ett behov av att komplettera befintliga datakällor för att på ett bättre sätt kunna kartlägga målen i överenskommelserna, men också ett behov av nya typer av undersökningar.

## 3.1 Tillgången på data begränsar möjligheten att följa upp måluppfyllelsen

För samtliga mål i överenskommelserna begränsar tillgången på data möjligheten att följa måluppfyllelsen. För mål 1 och 2 är tillgången på data bättre än för mål 3 och 4 som riktar sig till personer på särskilda boenden för äldre.

För mål 1 om tillgång till fast läkarkontakt har mätbarheten förbättrats och allt fler regioner kan rapportera andelen listade med en fast läkare. Uppgifterna är dock inte tillräckligt tillförlitliga eller jämförbara. Ur befolkningsperspektivet kartläggs tillgången till fast läkarkontakt i vår IHP-undersökning, som vi kompletterar med årliga befolkningsundersökningar om fast läkarkontakt inom vårt uppdrag.

För mål 2 kan kontinuitetsindex till läkarbesök fångas med hjälp av journaldata som företaget Medrave sammanställer utifrån Primärvårdskvalitets definition. Medraves journalunderlag täcker nästan 90 procent av befolkningen, men kontinuitetsindexet beräknas bara för de individer som har gjort tre besök eller fler under den senaste 18-månadersperioden.

Tillförlitliga data för mål 3 och 4 om personer på särskilda boenden saknas i hög utsträckning. Uppgifter om fast läkarkontakt och kontinuitetsindex på särskilt boende saknas i regel helt i regionernas verksamhetsstatistik och det finns inga patientundersökningar till denna målgrupp med en specifik fråga om fast läkarkontakt.

### **3.2 Register och verksamhetsstatistik ger möjlighet till snabb och omfattande uppföljning**

Register och verksamhetsstatistik är viktiga datakällor för att följa upp fast läkarkontakt och kontinuitet. Fördelarna är att de ger möjligheter till att fånga uppgifter för en hel population utan att behöva göra ett urval, och att de skapar förutsättningar för snabb uppföljning. Brister i tillförlitlighet, jämförbarhet och tillgång minskar emellertid möjligheterna att dra slutsatser av data.

Under de senaste åren har verksamhetsstatistiken förbättrats när det gäller antal regioner som kan rapportera andel listade med en fast läkarkontakt. Det är dock inte alltid tydligt vad informationen egentligen står för. Våra enkätundersökningar visar att befolkningens upplevelser i hög utsträckning skiljer sig från uppgifterna i verksamhetsstatistiken. Andelen som är listade på vårdcentraler och har en fast läkare ökar i verksamhetsstatistiken medan andelen med fast läkare i princip är oförändrad när vi utgår från befolkningens perspektiv. Ett av våra tidigare metodtest visade också att det inte fanns något tydligt samband mellan andelen invånare som är "listade på en läkare" på en vårdcentral enligt verksamhetsstatistiken, och patienternas uppfattning om läkarkontinuiteten vid samma vårdcentral (Vård- och omsorgsanalys 2021b). Därför är det viktigt att följa kontinuitet och tillgång till fast läkarkontakt ur flera perspektiv och att sätta resultaten från register och verksamhetsstatistik i relation till patient-, brukar- och medborgarerfarenheter genom exempelvis enkätundersökningar.

### **3.3 Enkätundersökningar bidrar med viktiga perspektiv och ger flexibilitet i frågeställningar**

Enkätundersökningar kan belysa befolkningens uppfattning om kontinuitet och fast läkarkontakt, och bidrar därför med ett viktigt perspektiv i uppföljningen av målen. En annan fördel är att de kan utformas på ett flexibelt sätt för att besvara specifika frågeställningar i utvärderingar och utredningar. När registerdata saknas kan enkäter också vara det enda sättet att samla in information.

Samtidigt finns nackdelar med enkätundersökningar. Den kanske största utmaningen med enkätundersökningar till befolkningen är att svarsfrekvenserna har blivit allt lägre under de senaste decennierna. Detta kan göra att underlagen blir mindre representativa, och det blir svårare att dra generella slutsatser från dem. Det är även känt att vissa

grupper är mer benägna att delta i enkätundersökningar än andra, vilket kan leda till att resultaten blir snedvridna. Vidare är enkätsvar ofta subjektiva till sin natur vilket gör att resultaten kan vara svåra att bedöma.

### 3.4 Kvalitativa undersökningar ger fördjupad kunskap

I underlaget till denna pm har vi inte använt kvalitativa undersökningar, utöver våra analyser av fritextsvar, men vi vill ändå lyfta fram sådana undersökningar som en möjlig källa till fördjupad kunskap och lärande. Kvalitativa underlag, exempelvis intervjuer, fallstudier, dokumentstudier och fokusgrupper, är visserligen inte generaliserbara, men kan synliggöra och öka förståelsen för eventuella mekanismer bakom måluppfyllelsen. Kvalitativa undersökningar kan även vara ett sätt att nå grupper som i andra fall är svåra att nå i enkätundersökningar. De kan också vara ett viktigt verktyg för att öka förståelsen om hur och vad som är viktigt att mäta på områden där datatillgången idag brister, till exempel när det gäller tillgången till fast läkarkontakt och kontinuiteten på särskilda boenden för äldre. Eftersom underlag från kvalitativa undersökningar inte nödvändigtvis är allmängiltiga behöver man överväga hur man presenterar sådana underlag. Man behöver även problematisera hur urvalet av exempelvis intervjupersoner kan påverka resultaten.

### 3.5 Behov av nya mätningar

För att bättre kunna följa upp målen behövs både bättre datakällor och nya mätningar. Framför allt behövs bättre möjligheter att mäta uppfyllnaden av mål 3 och 4. Vi ser flera möjliga sätt att öka kunskapen om tillgången till fast läkarkontakt och kontinuitet på särskilda boenden för äldre:

- fånga de boendes perspektiv på kontinuitet och tillgång till fast läkarkontakt genom att exempelvis utöka Socialstyrelsens befintliga äldreundersökning, som riktar sig till målgruppen, med frågor om fast läkarkontakt
- rikta en återkommande undersökning till personal och verksamhetsansvariga på särskilda boenden
- skapa möjligheter att samköra journaldata om kontinuitetsindex med registeruppgifter om personer i särskilt boende, eller att markera i journalen att en patient bor på ett särskilt boende, så att gruppen går att särskilja i framtagandet av kontinuitetsindex.



## 4 Målen formulering och inriktning

I detta kapitel diskuterar vi om målen formulering och inriktning gör dem ändamålsenliga, utifrån vår tidigare kunskap om statlig styrning genom riktade statsbidrag. Syftet med kapitlet är att bidra med ett kunskapsunderlag inför kommande revideringar av målen. Detta är våra viktigaste slutsatser:

- Ändamålsenliga mål behöver vara tydligt definierade, tidsatta, mätbara, relevanta, realistiska och påverkbara.
- Målen om fast läkarkontakt och kontinuitet i överenskommelserna om god och nära vård kan bli mer ändamålsenliga.
  - Samtliga målformuleringar skulle kunna förtydligas. Målen blir också mer ändamålsenliga om de tidsätts på nytt.
  - Mätbarheten behöver förbättras, i synnerhet för mål 3 och 4, exempelvis genom att ta fram nya undersökningar eller utöka befintliga datakällor.
  - Målen är förankrade i både forskning och lagstiftning och har därmed hög relevans, men mer kunskap behövs om ifall det är just dessa mål som är mest relevanta att följa. Relevansen kan möjligen öka om målsättningar anpassas utifrån regioners olika förutsättningar och patientgruppers olika behov.
  - Målen är relativt nya, och det är osannolikt med så snabba resultat eftersom vårdcentralerna saknar resurser för att driva det utvecklingsarbete som omställningen kräver och eftersom primärvården fortfarande har problem med kompetensförsörjningen. Kompletterande mål som riktar in sig på att stärka verksamheternas förutsättningar för att erbjuda fast läkarkontakt och kontinuitet skulle kunna vara mer påverkbara och mer realistiska att uppnå i omställningens nuvarande fas.
- Tydliga mål i överenskommelserna om en god och nära vård är värdefulla, trots de omfattande utmaningarna med att mäta och följa målen och de bristande förutsättningarna för att kunna påverka måluppfyllelsen. Målen ökar möjligheterna för uppföljning och skapar tydlighet i styrningen.
- Resultaten i denna pm betonar vikten av att fortsätta att mäta patient- och medborgarperspektivet i kommande uppföljningar och utvärderingar av omställningen till en god och nära vård.

## 4.1 Vad kännetecknar ändamålsenliga mål?

Genom att sätta tydliga, mätbara mål för statliga satsningar och följa utvecklingen ökar förutsättningarna för att de riktade statsbidragen används så effektivt och ändamålsenligt som möjligt. Vi har även tidigare belyst hur regeringen kan förbättra arbetet med satsningarnas målsättningar (Vård- och omsorgsanalys 2022a).

Målen för statliga satsningar kan inkludera både processmått och resultatmått, men de bör ha störst fokus på mått som belyser kvalitet och resultat ur patienters och brukares perspektiv (Vård- och omsorgsanalys 2022a). Processmått fångar de aktiviteter som genomförs eller sättet som de genomförs på, och inom hälso- och sjukvård kan det exempelvis handla om aktiviteter som visar följsamhet till riktlinjer. Resultatmått visar i stället utfall av aktiviteterna, exempelvis hälsoutfall eller patientnöjdhet. Det finns även strukturmått som anger de resursmässiga förutsättningarna för en verksamhet, såsom hur stora ekonomiska resurser en verksamhet tilldelas (Donabedian 1988; Socialstyrelsen 2020b).

Det finns en rad aspekter som påverkar om ett mål blir ändamålsenligt och styr verksamheter eller individer i rätt riktning. Bland annat behöver individen eller gruppen som berörs av målet ha en viss kontroll över resultaten, så att målet går att påverka (Locke & Latham 2006). För att mål ska vara ändamålsenliga har vi i våra tidigare analyser också identifierat att de bör vara tydligt definierade, tidsatta, mätbara, relevanta och realistiska (Vård- och omsorgsanalys 2022a). Dessa kriterier återkommer även helt eller delvis i andra ramverk för att analysera mål och indikatorer (Campbell, Braspenning, Hutchinson, & Marshall 2002; Doran 1981; Socialstyrelsen 2020b).

I nästa avsnitt analyserar vi de nuvarande målen om fast läkarkontakt och kontinuitet utifrån vår samlade kunskap om vad som är viktigt när man formulerar mål inom ramen för statliga satsningar. Syftet är att visa hur målen kan justeras för att bli mer ändamålsenliga inför kommande revideringar av målen.

## 4.2 Målen ändamålsenlighet varierar

Tabell 2 summerar vår analys av i vilken utsträckning målen är tydligt definierade, tidsatta, mätbara, relevanta, realistiska och påverkbara.

**Tabell 2.** Analys av målen i överenskommelserna mellan staten och SKR om god och nära vård utifrån kriterierna tydlighet, tidsättning, mätbarhet, relevans, realism och påverkbarhet

	Tydligt definierat?	Tidsatt?	Mätbart?	Relevant?	Realistiskt?	Påverkbart?
<b>Mål 1:</b> Andelen i befolkningen som har en namngiven fast läkarkontakt i primärvård ska utgöra minst 55 procent.	Nivån är definierad, men hur det ska mätas är inte specificerat.	Ja tidigare, men inte sedan 2023.	Ja.	Mer kunskap behövs.	Högt ställt mål ur ett befolkningsperspektiv. Uppfyllt ur ett verksamhetsperspektiv.	Ja.
<b>Mål 2:</b> En 20-procentig ökning av kontinuitetsindex till läkare samt kontinuitetsindex för patientens totala kontakter ska ha skett i primärvården i regionen.	Ökningen och måttet är definierade, men startpunkt saknas.	Ja tidigare, men inte sedan 2023.	Ja och nej. Det finns inte ett kontinuitetsindex för totala kontakter.	Mer kunskap behövs.	Nej.	Ja, men kan finnas målkonflikter med tillgänglighet.
<b>Mål 3:</b> För dem i befolkningen som bor på ett särskilt boende för äldre och som där får sin huvudsakliga hälso- och sjukvård ska andelen som har en fast läkarkontakt utgöra minst 80 procent.	Nivån är definierad, men hur det ska mätas är inte specificerat.	Ja tidigare, men inte sedan 2023.	Nej, inte i register eller i löpande undersökningar med kontrollerad metod.	Mer kunskap behövs.	Vet ej.	Ja.
<b>Mål 4:</b> En betydande ökning av kontinuitetsindex till läkare ska ha skett för personer i särskilt boende.	Nej.	Ja tidigare, men inte sedan 2023.	Nej.	Mer kunskap behövs.	Vet ej.	I princip ja, men svårt att påverka det som inte går att mäta.

Mål 1 och 2 uppfyller flera av kriterierna för ändamålsenliga mål, helt eller delvis, men skulle kunna förtydligas ytterligare. När det gäller hur realistiska mål 1 och 2 är ser vi att de är högt ställda med tanke på dels att de är relativt nya, dels att vårdcentralerna behöver hantera bristande resurser och stora utmaningar med kompetensförsörjningen (Vård- och omsorgsanalys 2023a).

Mål 3 och 4 går inte att följa upp genom tillgängliga data i register eller i löpande undersökningar. Kunskapsluckan om nuläget minskar också möjligheten att påverka utfallet och bedöma om målnivåerna är realistiska.

Samtliga mål rör områden som är förankrade i lagstiftning men också i forskning som visar att fast läkarkontakt och kontinuitet bidrar till patientnytta. Det behövs emellertid mer kunskap om i vilken utsträckning just dessa mått är relevanta och faktiskt leder till ökad nytta för patienterna.

När det gäller tidsättning stod det i överenskommelserna 2021 och 2022 att målen skulle uppfyllas före utgången av 2022 (Socialdepartementet och SKR 2021, 2022). Överenskommelsen 2023 anger dock ingen ny tidpunkt (Socialdepartementet och SKR 2023).

I följande avsnitt analyserar vi målen i mer detalj, utifrån kriterierna för ändamålsenliga mål.

#### 4.2.1 Tydligt definierat

För att mål ska kunna bidra till förändringar bör de vara tydligt definierade för de verksamheter eller individer som berörs. Vi har i tidigare granskningar av statliga satsningar påvisat att många mål är för otydliga för att det ska vara möjligt att uttala sig om måluppfyllelse (Vård- och omsorgsanalys 2022a). Målen i överenskommelserna om god och nära vård är i flera avseenden tydligt definierade men kan bli tydligare när det exempelvis gäller perspektiv, startpunkter, definitioner och datakällor.

##### **Mål 1 har en tydligt definierad målnivå men valet av perspektiv styr bedömningen av måluppfyllelsen**

För mål 1 är målnivån tydligt definierad, men det är inte specificerat ur vilket perspektiv eller med vilken metod tillgången till en fast namngiven läkarkontakt ska mätas. Våra analyser av måluppfyllelsen visar att det fortsatt finns ett betydande gap mellan befolkningsperspektivet och verksamhetsperspektivet. Att verksamhetsuppgifterna om fasta läkarkontakter inte avspeglas i hur befolkningen upplever det tyder på att det finns en stor andel patienter som är registrerade på en fast läkarkontakt utan att känna till det. Det styrks också av ett metodtest i *Nära vård i sikte?*, vår tidigare delrapport i uppdraget att utvärdera omställningen (Vård- och omsorgsanalys 2021b). Testet visade inget signifikant samband mellan andelen listade med fast läkarkontakt på vårdcentralerna och två andra mått på kontinuitet – vårdcentralernas resultat på kontinuitetsindex enligt Primärvårdskvalitet och svar på frågan i Nationell patientenkät om man får träffa samma läkare.

Det betydande gapet mellan de olika perspektiven tydliggör vikten av att fortsatt mäta tillgången till fasta läkarkontakter ur flera perspektiv. Gapet bör minska med tiden om en del av förklaringen är att vissa invånare redan har en fast läkarkontakt utan att vara medvetna om det, på grund av att de ännu inte behövt söka vård. Det är dock viktigt att följa upp och verifiera om detta faktiskt sker i praktiken. För att minska gapet kan regionerna också ge patienterna tydligare information om vem som är den fasta läkarkontakten, exempelvis genom att informationen finns tillgänglig på 1177.se eller i den nya listningstjänsten. Det går även att sätta upp ett delmål för att följa i vilken utsträckning patienterna får information om sin fasta läkarkontakt. Redan nu står det i överenskommelserna att regionerna ska säkerställa att patienter får information om vem som är deras fasta läkarkontakt, men att lyfta upp det som ett mål skulle betona vikten av det ytterligare.

Gapet mellan perspektiven tydliggör också vikten av att fortsatt följa primärvårdsläkares uppfattning om förutsättningarna för att leva upp till förväntningarna på en fast läkarkontakt i praktiken. Det gjordes till exempel i IHP-undersökningen till primärvårdsläkare 2022. Resultaten visade att omkring fyra av tio primärvårdsläkare inte alls eller i liten utsträckning instämmer i att de utifrån rollen som fast läkarkontakt har möjlighet att ansvara för vården för sina listade patienter (Vård- och omsorgsanalys 2023b).

##### **Mål 2 är delvis odefinierat**

För mål 2 om kontinuitetsindex hos läkare är den önskade ökningstakten tydligt specificerad och måttet finns framtaget som ett definierat mått inom Primärvårdskvalitet.

Formuleringen är dock mindre tydlig när det gäller målets andra del, om en ökning av kontinuitetsindex för en individs totala kontakter. Ett sådant samlat kontinuitetsindex är inte ett definierat mått i Primärvårdskvalitet, till skillnad från kontinuitetsindex för läkarbesök och för sjuksköterskebesök. Rent principiellt skulle det vara möjligt att beräkna ett index för flera vårdprofessioner, med samma formel som för besök hos en profession, men det skulle behöva definieras tydligare vilka yrkesgrupper och vilken typ av besök det i så fall rör sig om.

### **Mål 3 och 4 skulle kunna förtydligas men framför allt brister uppföljningsmöjligheterna**

För både mål 3 och 4 finns flera aspekter som skulle kunna förtydligas. För mål 3 skulle det exempelvis kunna tydliggöras vad en fast läkarkontakt innebär för personer i ett särskilt boende, exempelvis om det syftar på en individuell fast läkarkontakt eller om det kan det räcka med att en fast läkarkontakt är kopplad till boendet. För mål 4 skulle det behöva förtydligas vad som avses med betydande ökning. Ett större problem är emellertid att det är svårt att följa upp både tillgång till fast läkarkontakt och kontinuitet för personer på särskilda boenden för äldre.

#### **4.2.2 Tidsatt**

Ett mål måste vara tidsatt för att måluppfyllelsen ska gå att följa upp. Alla fyra mål har varit tidsatta genom att överenskommelserna 2021 och 2022 angav när målen skulle vara uppnådda. I överenskommelsen för 2023 saknas emellertid en ny sluttid för måluppfyllelsen. I mål 2 och 4 saknas även en tydligt definierad startpunkt för de ökningarna av kontinuitetsindex som definieras i målen.

#### **4.2.3 Mätbart**

Tillgång till data och indikatorer är en förutsättning för att reformer och statliga satsningar ska gå att följa upp, något som vi i tidigare uppföljningar identifierat som en återkommande brist (Vård- och omsorgsanalys 2022a). Mätbarheten är förhållandevis god för mål 1 och 2, men det finns stora kunskapsluckor när det gäller mål 3 och 4 om fast läkarkontakt och kontinuitet för personer på särskilda boenden för äldre. Det finns alltså mindre information om de grupper som har särskilt stora behov av kontinuitet, eftersom de har omfattande medicinska behov och vårdas av personal med olika huvudmän (Socialstyrelsen 2023).

#### **Mätbarheten av mål 1 har ökat**

För mål 1 har andelen med fast läkarkontakt blivit lättare att mäta ur ett verksamhetsperspektiv. I Socialstyrelsens kartläggning av möjligheterna att följa upp fast läkarkontakt från 2020 bedömdes det vara möjligt att inhämta tillförlitliga uppgifter om listning på namngiven läkare i cirka en tredjedel av regionerna (Socialstyrelsen 2020a). Våren 2023 kunde dock 18 av 21 regioner lämna uppgifter ur sina system om andel listade som också är listade på en fast läkarkontakt, även om vissa regioner fortfarande rapporterar kvalitetsbrister i uppgifterna.

Även ur ett befolkningsperspektiv finns det relativt goda möjligheter att följa tillgången till fast läkarkontakt, tack vare IHP-undersökningen (Vård- och omsorgsanalys 2021c).

Det saknas dock en årlig undersökning till befolkningen om detta, för exempelvis Nationell patientenkät för primärvården innehåller inte någon fråga om exakt fast läkarkontakt (och den vänder sig bara till individer som har besökt vården). Därför genomför vi inom uppdraget också årliga enkätundersökningar om tillgången till fast läkarkontakt.

### **Kontinuitetsindex för totala kontakter kan inte följas upp**

För mål 2 är det möjligt att ta fram uppgifter om kontinuitetsindex för läkare, men uppgifterna finns inte publikt tillgängliga. För fyra regioner finns uppgifter om kontinuitetsindex på webbplatsen Vården i siffror där Primärvårdskvalitet redovisar sina indikatorer. Om kontinuitetsindex för fler regioner skulle göras tillgängligt där skulle det vara lättare att följa utvecklingen och göra kontinuerliga jämförelser.

När det gäller kontinuitetsindex för det totala antalet kontakter saknas i dag en nationell konsensus om hur det ska mätas. Måttet finns inte heller framtaget som en av indikatorerna inom Primärvårdskvalitet, så det är mycket svårt att ta fram informationen även om det principiellt skulle vara möjligt.

### **Påtaglig brist på data om fast läkarkontakt och kontinuitet på särskilda boenden för äldre**

För mål 3 och 4 är bristen på data påtaglig. Det finns ingen kontinuerlig undersökning där personer på särskilt boende får svara på frågor om kontinuitet och fast läkarkontakt. När det gäller verksamhetsstatistik är det endast en region som anger att de kan se om en person på särskilt boende är listad på en fast läkare.

SKR:s punktmätning 2021 visade att 93 procent av personerna i särskilt boende har en namngiven fast läkarkontakt, men det är svårt att veta hur tillförlitliga uppgifterna är (Vård- och omsorgsanalys 2022b). Resultatet står dessutom i skarp kontrast till de brister som IVO konstaterade i sin nationella tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (IVO 2022), bland annat svag efterlevnad till reglerna om vård i livets slutskede och brister i läkemedelshantering.

I dagsläget går det inte heller att på nationell nivå särskilja individer som bor på särskilt boende i beräkningar av kontinuitetsindex.

#### **4.2.4 Realistiskt**

Mål behöver också sättas i relation till de tillgängliga resurserna och ha en realistisk tidsram (Vård- och omsorgsanalys 2015).

När det gäller mål 1 är vår bedömning att det är realistiskt att minst 55 procent av befolkningen är tilldelade en fast läkare enligt verksamhetssystemen. Vi ser att det finns regioner där nästan 100 procent har blivit tilldelade en fast läkare, och flera regioner arbetar också med särskilda ersättningar till vårdcentraler för att öka andelen.

Sett till befolkningsperspektivet ser vi det inte som realistiskt att 55 procent av befolkningen också ska uppleva att de har en fast läkare (även om det är önskvärt). I IHP-undersökningen 2023 svarade endast 32 procent av befolkningen att de har en fast läkare, utan ökning sedan 2020. Undersökningen 2022 visade vidare att en stor andel primärvårdsläkare inte har förutsättningar för att klara sin roll som fast läkare (Vård-

och omsorgsanalys 2023b). Vi ser också i vår pågående utvärdering av omställningen att verksamheterna inte har fått bättre förutsättningar för att nå omställningens mål. Kompetensförsörjningen är fortfarande en stor utmaning i primärvården, och generalistkompetensen i form av specialistläkare i allmänmedicin och distriktsköterskor har minskat över tid. För att nå Socialstyrelsens riktvärde om 1 100 patienter per läkare (Socialstyrelsen 2022a) skulle antalet specialistläkare i allmänmedicin behöva öka med 80 procent. Vidare har primärvårdens ekonomiska resurser bara ökat marginellt sedan omställningens start (Vård- och omsorgsanalys 2023a).

Den 20-procentiga ökningen av kontinuitetsindex till läkare i mål 2 ser vi inte som en realistisk ökningstakt. Våra analyser visar att indexvärdet knappt förändrades alls under mätperioden januari 2020–maj 2023. Förändring tar lång tid eftersom indexet baseras på ett rullande 18-månaderssnitt, men möjligheten att erbjuda kontinuitet begränsas också av att primärvården inte har de resurser och den kompetens som behövs för att nå omställningens mål om bland annat kontinuitet.

Mål 3 och 4, om kontinuitet och tillgång till fast läkarkontakt för personer som bor på särskilda boenden för äldre, är svåra att bedöma eftersom vi vet så lite om nuläget.

#### **4.2.5 Relevant**

För att mål på ett effektivt sätt ska bidra till en önskad förändring krävs att de är relevanta för den förändring som ska uppnås (Vård- och omsorgsanalys 2020a, 2022a). De behöver ha en tydlig koppling till insatsens mål (Vård- och omsorgsanalys 2015) och vara förankrade hos mottagarna av medlen (Vård- och omsorgsanalys 2022a).

Målområdena om kontinuitet och fast läkarkontakt är tydligt förankrade i lagstiftningen, men också i forskning som visar att en god kontinuitet har klara fördelar för patienterna. Det behövs dock vidare uppföljningar för att se i vilken utsträckning de specifika målen inom överenskommelserna bidrar till omställningens övergripande mål.

#### **Kontinuitet och fast läkarkontakt är förankrat både i lagstiftning och i forskning**

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär bland annat att vården ska tillgodose patientens behov av kontinuitet (5 kap. 1 § HSL). HSL anger också att regionen ska organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar ska kunna få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (7 kap. 3 §). Även i patientlagen (2014:821) framgår det att patienten ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården (6 kap. 3 §) och att patienten ska få information om möjligheten att välja fast läkarkontakt (3 kap. 2 §).

Forskning visar att kontinuitet i relationen till en primärvårdsläkare är kopplat till ökad patienttillfredsställelse, bättre efterlevnad av behandling och minskad sjukhusvård och användning av akutmottagningar. Med en kontinuerlig relation kan läkaren tidigare uppmärksamma patientens hälsotillstånd och det finns större möjlighet att identifiera psykosociala problem som påverkar hälsan. Dessutom har högre kontinuitet visat sig leda till en mer effektiv vård genom minskad konsultationstid, färre laboratorietester

och lägre kostnader för hälso- och sjukvård (Engström, Borgquist, Nordvall, Albinsson, & Arvidsson 2019; Sabety, Jena, & Barnett 2021; Starfield, Shi, & Macinko 2005).

I tidigare rapporter har vi också sett resultat som visar att fast läkarkontakt är viktigt både för yrkesverksamma och för patienter. IHP-undersökningen som 2022 riktade sig till läkare inom primärvården visade att läkare med en egen lista med patienter, som de är fast läkarkontakt för, är mer nöjda med sitt arbete än andra läkare, och anser i högre utsträckning att deras vårdcentral är väl förberedd på att ge vård till patienter med kroniska sjukdomar, inklusive psykisk ohälsa (Vård- och omsorgsanalys 2023b). Patienter med en fast läkarkontakt har också mer positiva erfarenheter av kontinuitet, tillgänglighet och delaktighet (Vård- och omsorgsanalys 2021b).

### **Olika behov av kontinuitet och potentiella målkonflikter**

Trots fördelarna kan behovet av kontinuitet variera mellan olika grupper. En tidigare enkätstudie från 2020 indikerade att det finns en stor grupp i befolkningen som värdesätter tillgänglighet (till exempel att snabbt få tid hos läkare) i högre utsträckning än kontinuitet (till exempel att få träffa den läkare man brukar träffa) (Vård- och omsorgsanalys 2020b). Samma sak framgår även i flera fritextsvar i enkätundersökningen till vår befolkningspanel. Flera deltagare resonerar om bristen på läkare och menar att tillgängligheten kan bli lidande om man alltid ska träffa samma läkare vid sina besök på vårdcentralen. Den möjliga målkonflikten mellan att erbjuda kontinuitet och tillgänglighet utgör en utmaning för relevansen eftersom mål blir mindre relevanta om det finns andra styr signaler som de krockar med (Vård- och omsorgsanalys 2022a).

### **Målen för kontinuitetsindex berör bara delar av befolkningen och alltför stark målstyrning kan leda till oönskade effekter**

Kontinuitetsindex baseras på de individer som besökt vården tre gånger eller fler under en 18-månadersperiod, och belyser därmed bara kontinuiteten för en delmängd av befolkningen. Detta gör kontinuitetsmålet mindre relevant, men samtidigt är det inte möjligt att beräkna kontinuitet för dem som inte besöker vården.

Det kan också finnas risker med att alltför starkt styra mot ett maximalt värde på kontinuitetsindex.

Kontinuitetsindex blir som högst när bara en individ träffar patienten, men det kan finnas situationer då det är fördelaktigt att behandlas av flera olika läkare eller av ett team med olika kompetenser. Det kan handla om läkare med olika specialkunskaper eller behov av second opinion. Ett läkarbyte kan också medföra en ny medicinsk bedömning, vilket kan leda till att nytillkomna sjukdomar upptäcks (Simonsen m.fl. 2021).

Det finns också en risk för att vårdgivaren delar upp besöken för att skapa bättre indexvärden. Ett sätt att öka kontinuitetsindex är nämligen att erbjuda fler besök (SKR 2023). Hittills har vi inte sett några sådana tendenser, eftersom indexet inte ökar. Men om höjning av indexet till exempel skulle kopplas till ekonomisk ersättning finns det en ökad risk för den typen av oönskade effekter.



### **Målens betydelse behöver fortsatt följas upp**

Det är viktigt att fortsatt undersöka betydelsen av fast läkarkontakt och kontinuitet för patienterna, särskilt utifrån hur de mått som ingår i överenskommelserna är definierade. Vår bedömning är att mål 1 och 2 ligger nära vad som kan förväntas ingå när ”ökad kontinuitet” är det övergripande inriktningsmålet för omställningen, men det är angeläget att även i fortsättningen utvärdera måtten och undersöka om de också leder till bättre hälsoutfall.

När det gäller mål 3 och 4, med stora kunskapsluckor när det gäller kontinuiteten och tillgången till fast läkarkontakt på särskilda boenden, är det ännu viktigare att undersöka om det är just dessa indikatorer som bäst beskriver de dimensioner av kontinuitet som är viktigast, både för patienten och för utfallet av vården och omsorgen.

De brister i den medicinska vården på särskilda boenden som IVO hittat (IVO 2022), trots att 93 procent av de boende hade en fast namngiven läkarkontakt enligt SKR:s punktmätning, tyder på att detta behöver undersökas vidare, och på att det behövs andra mått eller datakällor. Särskilt värdefullt vore det att kunna fånga de boendes egna erfarenheter av kontinuitet och fast läkarkontakt, liksom de närståendes erfarenheter.

### **4.2.6 Påverkbart**

För att ett mål ska vara ändamålsenligt ska individen eller gruppen som berörs av målet kunna påverka utfallet (Latham och Locke 2006). Målen sluts i överenskommelse mellan regeringen och SKR, men kan inte uppnås genom att SKR och regeringen agerar på egen hand. Målen behöver omsättas av regionerna och i förlängningen de personer som arbetar inom primärvården.

#### **Flera insatser för att arbeta mot målen**

Hur målen omsätts av regionerna framgår av de rapporter som skickas in till Socialstyrelsen och som vi också har tagit del av i underlaget till denna pm. Regionerna beskriver exempelvis att de:

- ger ersättning till vårdcentraler utifrån fast läkarkontakt och kontinuitet
- arbetar med att registrera fast läkarkontakt
- prioriterar äldre och personer med komplexa behov
- implementerar nya arbetssätt och lösningar för ökad kontinuitet
- inför patientkontrakt
- tar fram handlingsplaner för att nå riktvärdet om 1 100 listade per läkare.

Rapporteringen till Socialstyrelsen innehåller dock begränsad information om insatsernas omfattning eller effekter, vilket ger oss begränsade möjligheter att dra slutsatser om vilka insatser som haft störst påverkan på patienternas tillgång till och upplevelse av fasta läkarkontakter.

#### **Verksamheternas förutsättningar begränsar möjligheten att nå målen**

Möjligheten att tillhandahålla hög kontinuitet och erbjuda en fast läkarkontakt begränsas av bristen på resurser i stort och personal i synnerhet. Flera regioner skriver i sina

handlingsplaner att läkarbristen gör det svårt att tillhandahålla fast läkarkontakt till så många som man önskar. Även verksamhetscheferna i vår enkät lyfter ökande ekonomiska resurser och ökad bemanning som de viktigaste faktorerna för att nå målen med omställningen (Vård- och omsorgsanalys 2023).

### **Utmaningar med att styra mot ett ökat kontinuitetsindex som är trögrörligt och inte finns publikt tillgängligt**

Att arbeta för ett ökat kontinuitetsindex är förenat med flera utmaningar, vid sidan av personalbristen. En svårighet är att indexet är trögrörligt; värdet baseras på ett 18 månaders rullande genomsnitt och det dröjer innan förändringar ger genomslag. Slutligen är indexet inte publikt tillgängligt vilket gör det svårare att följa upp utvecklingen.

## **4.3 Målen behöver revideras och bli lättare att följa upp**

Vår analys visar att målen utformning behöver förbättras på olika sätt, och att det finns goda möjligheter att göra det.

För mål 1 och 2 ser vi en relativt hög uppfyllelse av kriterierna tydlighet, mätbarhet och relevans. Kriterierna realism och påverkbarhet är dock uppfyllda i lägre utsträckning. Verksamheterna har svårt att påverka måloppfyllelsen på grund av vårdcentralernas begränsade resurser och kompetensbrist, vilket också gör det mindre realistiskt att de skulle kunna uppnås på den relativt korta tidsram som ursprungligen sattes.

Även mål 3 och 4 är relevanta, och de relaterar till områden som har förankring i både lagstiftning och forskning och som visar tydliga fördelar för patienterna. Det behövs dock mer kunskap om i vilken utsträckning dessa specifika mätvärden är giltiga och faktiskt leder till mätbara fördelar för patienterna. Ett betydande problem med mål 3 och 4 är att de inte går att följa upp på ett systematiskt sätt genom register eller löpande undersökningar. Utan kunskap om den aktuella situationen är det svårt att bedöma om målnivåerna är realistiska.

### **4.3.1 Flera sätt att göra målen mer ändamålsenliga**

Vår analys av överenskommelsens mål och deras utformning tyder på att det finns flera vägar framåt för att revidera eller komplettera målen. Effekterna av sådana förändringar är inte helt enkla att förutse, men nedan diskuterar vi tänkbara för- och nackdelar med dem. Dessa tänkbara revideringar ska inte ses som rekommendationer utan som ett diskussions- och kunskapsunderlag för det fortsatta arbetet med målen.

#### **Alla mål kan bli tydligare**

Alla fyra målen i överenskommelserna skulle kunna förtydligas på något sätt:

- För mål 1 kan det förtydligas ur vilket perspektiv och med vilken metod mätningen ska göras.
- För mål 2 kan det förtydligas vad som avses med kontinuitetsindex för totala kontakter.
- För mål 3 kan det förtydligas vad fast läkarkontakt innebär för personer i ett särskilt boende.
- För mål 4 kan det förtydligas vad som avses med betydande ökning.

### **Ny tidsättning skulle göra målen mer ändamålsenliga**

I överenskommelserna 2021 och 2022 var målen tidsatta, men i den senaste överenskommelsen anges ingen ny tidpunkt för när de ska vara uppnådda. En ny tidsättning för måluppfyllelsen skulle göra målen mer ändamålsenliga.

### **Mål 3 och 4 behöver bli mer mätbara**

Mätbarheten är särskilt låg för mål 3 och 4. Vi ser flera möjliga sätt att öka kunskapen om tillgången till fast läkarkontakt och kontinuitet på särskilda boenden för äldre:

- utöka Socialstyrelsens befintliga äldreundersökning, som riktar sig till målgruppen, med frågor om fast läkarkontakt
- rikta en återkommande undersökning till personal och verksamhetsansvariga på särskilda boenden
- skapa möjligheter att samköra journaldata om kontinuitetsindex med registeruppgifter om personer i särskilt boende, eller att markera i journalen att en patient bor på ett särskilt boende, så att gruppen går att särskilja i framtagandet av kontinuitetsindex.

Kostnaden för alla dessa insatser behöver emellertid vägas mot nyttan med informationen och andra sätt att kartlägga situationen på särskilda boenden för äldre. Eftersom just dessa mått är så svåra att mäta kan det också finnas anledning att överväga om det finns andra mått som är relevanta för den här målgruppen och som är lättare att följa. Exempelvis skulle det gå att sätta mål kring möjligheterna att få träffa läkare vid behov, som är en av frågorna i Socialstyrelsens äldreundersökning.

### **Differentierade mål kan vara mer relevanta**

Samtliga mål i överenskommelserna är relevanta och förankrade i lagstiftning och forskning. Det behövs dock vidare uppföljningar för att se i vilken utsträckning de specifika målen inom överenskommelserna bidrar till omställningens övergripande mål. Det finns flera möjliga revideringar som skulle kunna öka relevansen.

- Mål 1: En möjlig revidering vore att fokusera på en minskning av gapet mellan befolkningens behov och tillgången till fast läkarkontakt, i stället för att ange en strikt nivå för andelen med fast läkarkontakt. Det skulle möjligen också ligga närmare lagens formulering om att man ska kunna välja och få tillgång till en fast läkarkontakt.
- Mål 2: En möjlig revidering vore att sätta olika mål för kontinuitetsindex utifrån patientgruppers olika behov av kontinuitet. I dagsläget är det möjligt att följa kontinuitetsindex för:
  - hela befolkningen
  - personer med kroniska sjukdomar
  - personer med 2–3 kroniska sjukdomar
  - personer med 4 eller fler kroniska sjukdomar
  - personer med en samordnad individuell plan (SIP)
  - personer med fler än 10 läkarbesök på ett år.

- Samtliga mål om fast läkarkontinuitet och kontinuitet (1–4) skulle också gå att anpassa till huvudmännens olika utgångspunkter, till exempel genom förbättringsmål som utgår från respektive huvudmans utgångsläge. Med förbättringsmål är det dock viktigt att fastställa starttidpunkten.

### **Bristande förutsättningar gör målen mindre realistiska och svårare att påverka**

Hur påverkbara målen är och hur realistiskt det är att uppnå dem begränsas av utmaningarna i primärvården. I omställningens nuvarande fas kan det vara meningsfullt att ha kompletterande mål som riktar in sig på förutsättningarna för att erbjuda kontinuitet och fast läkarkontakt, exempelvis konkreta mål för kompetensförsörjningen. Sådana mål kan vara enklare för regionerna att påverka och mer realistiska att uppnå.

#### **4.3.2 Mål underlättar uppföljningar och ger tydligare styrning**

Trots utmaningarna ser vi ett värde i att det finns tydliga mål i överenskommelserna om en god och nära vård. Målen underlättar uppföljning och gör att styrningen blir tydligare. Samtidigt kan de minska fokuset på områden som inte målsätts. I den framtida revideringen av målen kan det därför också vara aktuellt att överväga om det finns områden och patientgrupper som inte täcks av nuvarande mål, men som också har stor nytta av fast läkarkontakt och kontinuitet, till exempel patienter med hemsjukvård.

#### **4.3.3 Patient- och medborgarperspektivet är centralt i vår fortsatta uppföljning av god och nära vård**

Denna pm visar att befolkningens erfarenheter skiljer sig stort från verksamhetsstatistiken och att det saknas datakällor för att följa patienter i särskilt boende. Detta betonar vikten av att mäta patient- och medborgarperspektivet även i kommande uppföljningar och utvärderingar av omställningen till en god och nära vård. Det blir inte minst viktigt när det gäller att följa de övergripande målen med omställningen och samtliga inriktningsmål.

Detta är den andra av tre planerade publikationer för att kartlägga målen om kontinuitet och fast läkarkontakt i överenskommelserna om en god och nära vård. I mars 2025 överlämnar vi vår slutrapport till regeringen, där vi samlat kommer att utvärdera omställningen utifrån samtliga målsättningar och utifrån flera perspektiv och där patient- och medborgarperspektivet kommer att vara centralt.

## 5 Referenser

- Campbell, S. M., Braspenning, J., Hutchinson, A., & Marshall, M. (2002). Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Quality & safety in health care*, 11(4), ss. 358–364.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? *Jama*, 260(12), ss. 1743-1748.
- Doran, G. T. (1981). There's a SMART way to write management's goals and objectives. *Management review*, 70(11), ss. 35–36.
- Engström, S., Borgquist, L., Nordvall, D., Albinsson, G., & Arvidsson, E. (2019). Hög personlig läkarkontinuitet i primärvård förenad med färre besök på akutmottagning [Personal physician continuity in primary care associated with fewer emergency room visits]. *Läkartidningen*, 116.
- IVO (2022). *Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre (SÄBO). 2022-07*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- Locke, E. A., & Latham, G. P. (2006). New directions in goal-setting theory. *Current directions in psychological science*, 15(5), ss. 265–268.
- Sabety, A. H., Jena, A. B., & Barnett, M. L. (2021). Changes in health care use and outcomes after turnover in primary care. *JAMA internal medicine*, 181(2), ss. 186–194.
- SKR (2022). *PrimärvårdsKvalitets kvalitetsindikatorkatalog*. <https://skr.se/primarvardskvalitet/kvalitetsindikatorer/omkvalitetsindikatorkatalogen.58467.html> [2023-06-01]
- Socialdepartementet (2020). *Uppdrag att utvärdera omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård*. Regeringsbeslut I:6 den 16 april 2020. S2020/03320 (delvis)
- Socialdepartementet och SKR (2021). *God och nära vård 2021. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*.
- Socialdepartementet och SKR (2022). *God och nära vård 2022. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*.
- Socialdepartementet och SKR (2023). *God och nära vård 2023. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*.
- Socialstyrelsen (2020a). *Att följa utvecklingen av fast läkarkontakt. Delrapport inom ramen för regeringsuppdrag om uppföljning av omställningen till en mer nära vård. Artikelnummer 2020-12-7054*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2020b). *Handbok för utveckling av kvalitetsindikatorer. Artikelnummer 2020-8-6877*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen (2022a). *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2021 – Utvecklingen i regioner och kommuner. Artikelnummer 2022-8-8004*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2022b). *Öppna jämförelser 2022. Resultat från undersökningen Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Artikelnummer: 2022-6-7918*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2023). *Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2023. Artikelnummer 2023-3-8444*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The milbank quarterly*, 83(3), ss. 457–502.
- Tillväxtanalys (2014). *Bättre statistik för bättre regional- och landsbygdsolitik. Rapport 2014:04*.
- Vård- och omsorgsanalys (2015). *Psykisk hälsa - ett gemensamt ansvar. Rapport 2015:10*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys (2017). *Lag utan genomslag Utvärdering av patientlagen 2014–2017. Rapport 2017:2*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys (2020a). *Förlösande för kvinnohälsan. Rapport 2020:11*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys (2020b). *Primärt i vården : en studie om befolkningens syn på kontinuitet vid vårdcentraler. Rapport 2020:9*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys (2021a). *En lag som kräver omtag. Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet. Rapport 2021:10*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys (2021b). *Nära vård i sikte? Rapport 2021:8*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys (2021c). *Vården ur befolkningens perspektiv 2020. En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder. Rapport 2021:4*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys (2022a). *I rätt riktning? Användningen av riktade statsbidrag inom vård och omsorg. Rapport 2022:3*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys (2022b). *Kontinuitet och fast läkarkontakt. Kartläggning av målhoppfyllelsen i överenskommelserna om en god och nära vård: 2022. PM 2022:5*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys (2023a). *Ordnat för omställning? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport. Rapport 2023:2* Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys (2023b). *Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv. International Health Policy (IHP) 2022. Rapport 2023:1*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

# 6 Bilaga 1: Enkätundersökning i Vård- och omsorgsanalys befolkningspanel

För att fördjupa analyserna om befolkningens upplevelser av behov av och tillgång till fast läkarkontakt genomförde vi en enkätundersökning till vår egen befolkningspanel. Panelen består av personer som rekryteras genom slumpmässiga urval, och syftet är att ge oss möjlighet att snabbt och enkelt fråga en population som kan representera befolkningen om saker som rör våra områden.

Nedan beskriver vi närmare panelens sammansättning, metoden för datainsamlingen, bortfallen, viktningen av materialet och en fördjupad analys av materialet.

## Population och urval

Vård- och omsorgsanalys nyskapade befolkningspanel bestod under våren 2023 av cirka 1 500 personer. Samtliga personer som ingår i panelen har rekryterats genom slumpmässigt urval av befolkningen. Att panelen baseras på befolkningen istället för exempelvis en specifik patientpopulation passar vårt syfte väl eftersom mål 1 om andelen med en fast läkarkontakt specifikt gäller befolkningen.

Vi har i flera tidigare undersökningar undersökt förekomsten av fast vårdkontakt, bland annat i rapporterna *Lag utan genomslag* (Vård- och omsorgsanalys 2017), *En lag som kräver omtag* (Vård- och omsorgsanalys 2021a), *Nära vård i sikte?* (Vård- och omsorgsanalys 2021b), *Kontinuitet och fast läkarkontakt* (Vård- och omsorgsanalys 2022b) och IHP-undersökningen 2020 *Vården ur befolkningens perspektiv* (Vård- och omsorgsanalys 2021b). Flera av våra tidigare undersökningar har haft patienter som målpopulation och är därmed inte direkt jämförbara med den här undersökningen. IHP-undersökningen som genomförs till befolkningen 18 år och äldre vart tredje år är däremot jämförbar med den här undersökningen då målpopulationen är samma.

Rekrytering av deltagare till befolkningspanelen skedde framförallt under vintern 2022/2023 då vi genom statens personadressregister (SPAR) slumpmässigt valde ut cirka 35 000 personer som sedan fick en inbjudan om att delta i panelen. Inbjudan skickades via brev. I slutändan bestämde sig cirka 1 500 personer för att gå med i webbpanelen. I andra fall har vi rekryterat personer via vår återkommande IHP-undersökning till den vuxna befolkningen, som även den använder sig av ett slumpmässigt stratifierat urval.

De som valde att gå med i vår webbpanel fick uppge sina bakgrundsuppgifter, bland annat kön, ålder, boendekommun, hälsa och utbildningsnivå. Detta medför att vi, för de undersökningar som vi utför i webbpanelen, kan få en större förståelse för styrkor och svagheter vad gäller bortfall och representativitet.

## Datainsamling

Datainsamlingen pågick 14 april–1 maj 2023 och inbjudan om att delta i enkätundersökningen skickades ut till samtliga personer i webbpanelen, cirka 1 500 personer. Enkäten skickades ut till deltagarnas e-post och besvarades genom en digital enkät i webbläsaren på dator eller mobil.

## Svars- och bortfallsredovisning

När enkäten stängdes hade totalt 1 006 personer besvarat enkäten. Detta motsvarar en svarsfrekvens på cirka 68 procent. De allra flesta svaren inkom under de första dagarna, men fler svar inkom efter att vi skickade en påminnelse efter cirka två veckor.

I dagsläget finns vissa skillnader mellan befolkningen och populationen i webbpanelen, och därmed även i enkätundersökningen. Bland annat är det fler äldre än yngre som valt att gå med i webbpanelen, och de tenderar att vara högtbildade. Vi ser även en överrepresentation av personer med svensk bakgrund. Skillnaden beror främst på bortfall i rekryteringen.

## Vikting

Eftersom vissa grupper är över- eller underrepresenterade har vi beräknat vikter för att kompensera för skevheter. Vi har använt oss av iterativ proportional fitting, även kallat raking, för att beräkna kalibrerade vikter. Denna metod är fördelaktig om vikter ska beräknas på flera bakgrundsvariabler samtidigt.

Benägenheten att delta i undersökningar påverkas av en rad olika faktorer, och det är svårt att kompensera för alla. Ålder och kön samt interaktionen mellan dessa är kända faktorer som påverkar svarsbenägenhet, liksom utbildning och svensk kontra utländsk bakgrund. Därför är rake-vikterna beräknade på följande bakgrundsvariabler:

- ålder\*kön (sex åldersgrupper)
- kommutyp (tre kommutyper)
- utbildningsnivå (tre kategorier)
- utländsk bakgrund.

Vikterna utgår från sex åldersgrupper (18–29 år, 30–39 år, 40–49 år, 50–59 år, 60–69 år och 70+ år), fördelat på kön eftersom ålder och kön är kända för att interagera vad gäller svarsbenägenhet. De tre kommutyperna utgår från Tillväxtanalys kommutypsindelning (Tillväxtanalys 2014). Utbildningsnivå kategoriseras som grundskola eller lägre, gymnasial utbildning och eftergymnasial utbildning. Utländsk bakgrund definieras som att ha två utrikesfödda föräldrar. När vi beräknade vikterna exkluderade vi svarande för vilka det



saknas information om någon av bakgrundsvariablerna som vi viktat på, för att kunna beräkna så precisa vikter som möjligt. Det slutgiltiga antalet svarande är 983 personer och det är dessa personer vi utgår ifrån i våra analyser.

För att beräkna vikterna har vi utgått från den senast tillgängliga befolkningsstatiken, 2022 års data, som inhämtades från Statistiska centralbyråns (SCB:s) hemsida. Med de kalibrerade vikterna uppnår vi en fördelning för varje enskild bakgrundsvariabel, som ligger nära den fördelning vi ser i befolkningen. Tabell 3 visar den oviktade och den viktade fördelningen jämfört med fördelningen i befolkningen.

Regressionsmodellerna inkluderar samma variabler som ingick i viktningen och därmed är regressionerna oviktade. Vi använder oss av sju ålderskategorier i våra regressioner (där den äldsta ålderskategorin är 80+), eftersom vi ville mer detaljerat undersöka hur tillgång och behov av fast läkare upplevs bland de äldre.

**Tabell 3.** Sammanställning av bakgrundsvariabler, oviktade och viktade resultat i förhållande till befolkningsstatistiken.

		Oviktad	Viktad	Befolkningen
<b>Kön</b>	Kvinna	58 %	52 %	50 %
	Man	42 %	48 %	50 %
<b>Ålder</b>	18–29 år	3 %	17 %	20 %
	30–39 år	8 %	18 %	17 %
	40–49 år	10 %	16 %	15 %
	50–59 år	17 %	16 %	16 %
	60–69 år	29 %	14 %	13 %
	70–79 år	26 %	15 %	12 %
	80+ år	6 %	4 %	7 %
<b>Utbildningsnivå</b>	Förgymnasial	6 %	19 %	18 %
	Gymnasial	25 %	41 %	42 %
	Eftergymnasial	69 %	40 %	39 %
<b>Kommuntyp</b>	Landsbygdskommuner	15 %	21 %	21 %
	Blandade kommuner	46 %	48 %	47 %
	Storstadskommuner	39 %	31 %	32 %
<b>Utländsk bakgrund</b>	Nej	90 %	73 %	73 %
	Ja	10 %	27 %	27 %
<b>Självskattad hälsa</b>	Mycket dålig	1 %	2 %	–
	Dålig	7 %	8 %	–
	Varken bra eller dålig	20 %	20 %	–
	Bra	52 %	54 %	–
	Mycket bra	20 %	17 %	–
<b>Långvarigt sjukdomstillstånd</b>	Nej	64 %	61 %	–
	Ja	36 %	39 %	–

Not. Andelarna för den vuxna befolkningen är baserad på SCB:s befolkningsstatistik och avser 2022.

## Resultat från logistiska regressioner visar att behov av och tillgång till fast läkare skiljer sig mellan grupper

Vi har använt logistiska regressioner för att studera skillnader mellan olika grupper vad gäller sannolikheten för att ha behov av en fast läkare, sannolikheten för att ha tillgång till en fast läkare och sannolikheten för att få träffa samma läkare vid sina besök på vårdcentralen. Detta ger oss möjligheten att undersöka hur flera olika bakgrundsvariabler förhåller sig till den undersökta variabeln samtidigt, och dessutom kunna kontrollera för alla dessa bakgrundsvariabler samtidigt. Tabell 4 visar resultaten från de logistiska regressionerna, och i avsnitten nedan sammanfattar vi de signifikanta skillnader som vi kan observera i analyserna. Sammanfattningsvis ser vi att det förekommer signifikanta skillnader mellan olika grupper i de aktuella utfallen.

### **Kvinnor och äldre personer har ett större behov av en fast läkare**

När vi tittar på behovet av att ha en fast läkare ser vi att män i lägre utsträckning än kvinnor svarar att de har behov av en fast läkare.

Vi ser även samtidigt att behovet skiljer sig åt mellan åldersgrupper. Personer som är mellan 18 och 29 år samt 30 och 39 år svarar i lägre utsträckning att de behöver en fast läkarkontakt i jämförelse med personer som är mellan 50 och 59 år. De allra äldsta, de som är 80 år eller äldre svarar i högst utsträckning att de har behov av en fast läkarkontakt.

Vi hittar även vissa skillnader vad gäller utbildningsnivå, där personer som har gymnasieskola som sin högsta avslutade utbildning upplever ett större behov av fast läkarkontakt i jämförelse med personer som har en eftergymnasial utbildning.

Ett tydligt resultat är också att personer med långvariga sjukdomstillstånd i högre utsträckning har ett behov av en fast läkarkontakt.

Analysen ger inga signifikanta skillnader när det gäller kommuntyp eller utländsk bakgrund.

### **Tillgången till fast läkare är större för äldre och personer som bor i storstadskommuner**

När vi istället tittar på tillgång till fast läkarkontakt får vi delvis annorlunda resultat. Detta tyder på att behovet och tillgången inte matchar varandra fullt ut.

Yngre personer som är mellan 18 och 29 år har lägre sannolikhet att ha en fast läkarkontakt i jämförelse med personer som är mellan 50 och 59 år. Samtidigt ser vi att personer som är över 70 år har högre sannolikhet att ha en fast läkarkontakt i jämförelse med 50 till 59-åringarna. Personer som bor i storstadskommuner har en högre sannolikhet att ha en fast läkarkontakt i jämförelse med personer som bor i blandade kommuner.

Personer som inte har någon långvarig sjukdom är mindre sannolika att ha en fast läkarkontakt än personer som har ett långvarigt sjukdomstillstånd.

Vi hittar ingen skillnad mellan könen när det kommer till tillgång till fast läkarkontakt och inte heller några signifikanta skillnader mellan personer med olika utbildningsbakgrunder eller mellan personer med svensk bakgrund respektive utländsk bakgrund.

### Skillnader i läkarkontinuitet efterliknar skillnader i tillgång

I den tredje kolumnen i tabell 4 redogör vi för utfallet för frågan om man får träffa samma läkare vid sina besök på vårdcentralen. Svarsalternativen är på en skala mellan 1 till 5 där 5 motsvarar alltid och 1 motsvarar aldrig. I analysen har vi slagit ihop alternativen 4 och 5 som ett positivt svar. Frågan är endast ställd till de personer som har gjort minst två besök på vårdcentralen under det senaste året.

När vi tittar på om personerna i hög utsträckning får träffa samma läkare vid sina vårdbesök ser vi liknande samband som vi gör när vi tittar på tillgången. Äldre personer och personer med långvariga sjukdomstillstånd får träffa samma läkare i högre utsträckning än övriga grupper.

**Tabell 4.** Resultat från logistiska regressioner.

		Behov av fast läkare	Tillgång till fast läkare	Får träffa samma läkare
<b>Kön</b>	Kvinna	Referens	Referens	Referens
	Man	- 0,43***	0,76	0,96
<b>Ålder</b>	16–29 år	- 0,13***	- 0,22*	0,21
	30–39 år	- 0,49*	0,56	1,34
	40–49 år	0,65	0,63	- 0,33*
	50–59 år	Referens	Referens	Referens
	60–69 år	0,76	1,28	+ 2,00*
	70–79 år	0,91	+ 1,69*	+ 2,25*
	80+ år	+ 2,93*	+ 2,74**	+ 3,54**
<b>Utbildningsnivå</b>	Förgymnasial	1,64	1,54	1,13
	Gymnasial	+ 1,62*	0,89	0,92
	Eftergymnasial	Referens	Referens	Referens
<b>Kommuntyp</b>	Landsbygdskommuner	0,68	0,76	0,62
	Blandade kommuner	Referens	Referens	Referens
	Storstadskommuner	0,85	+ 1,63***	1,31
<b>Utländsk bakgrund</b>	Nej	Referens	Referens	Referens
	Ja	1,82	1,51	1,49
<b>Långvarigt sjukdomstillstånd</b>	Nej	- 0,51***	- 0,39***	- 0,49**
	Ja	Referens	Referens	Referens
<b>Konstant</b>		6,51***	0,89	0,37**
<b>Antal svar</b>		880	925	557

Not: Oddskvoter. Signifikansnivåer: \*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001. Utbildningsnivå avser högsta avslutade utbildning. Utländsk bakgrund är definierat som att ha två utrikes födda föräldrar. Frågorna i sin helhet löd: "Upplever du att du behöver ha en ordinarie läkare på din vårdcentral/hälsocentral?", "Har du någon ordinarie läkare som du vanligtvis går till för vård? Det vi undrar över är om du brukar kontakta en särskild person på din vårdcentral när du behöver vård." och "Får du träffa samma läkare vid dina besök på din vårdcentral/hälsocentral?".

Exkluderade svar: "Vet inte".

Källa: Vård- och omsorgsanalyspanelen 2023.

### **Resultaten ska tolkas med försiktighet**

I regressionsanalyserna kan vi inte fastställa orsakssamband, utan endast undersöka hur olika bakgrundsvariabler förhåller sig till den variabel vi undersöker och andra variabler vi kontrollerar för. Resultaten ska därför tolkas med försiktighet. Det är också viktigt att ha i åtanke att vissa grupper är svårare än andra att nå i enkätundersökningar, i synnerhet personer med låg utbildning, yngre personer och personer med utländsk bakgrund. Det är möjligt att en högre svarsfrekvens från dessa grupper skulle kunna ge annorlunda resultat.



# Kontinuitet och fast läkarkontakt

Kartläggning av måluppfyllelsen i överenskommelserna om en god och nära vård: 2023

Ökad kontinuitet i vården är ett av målen i omställningen till en god och nära vård. Som en del av omställningen har regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner kommit överens om mer specifika mål när det gäller kontinuiteten och tillgången till fast läkarkontakt i primärvården. I den här promemorian kartlägger vi uppfyllelsen av dessa mål. Promemorian är en delrapportering i ett bredare regeringsuppdrag till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att utvärdera omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård.

---

**Myndigheten för vård- och omsorgsanalys** uppgift är att ut 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.