

**Hur får vi bättre
valfrihetssystem i
primärvården?**



Reformer för jämlik vård



Innehåll

Förord	<u>04</u>
--------	------------------

Om den här rapporten	<u>06</u>
----------------------	------------------

Bakgrund – valfrihet i svensk primärvård	<u>08</u>
Historiken bakom LOV	<u>10</u>
Reformens grundkonstruktion	<u>11</u>
Hur har utvecklingen sett ut över tid	<u>12</u>
LOV:s ställning i primärvården i dag	<u>12</u>

Erfarenheter av LOV i primärvården	<u>14</u>
------------------------------------	------------------

Vittnesmål från svenska regionpolitiker	<u>18</u>
En fungerande del av vardagen – men utmaningar finns	<u>20</u>
Balans mellan egenregi och privat verksamhet	<u>22</u>
Styrning, kontroll och kvalitet	<u>24</u>
Kostnadsutveckling	<u>26</u>
Socioekonomiska och geografiska utmaningar	<u>28</u>

Så utvecklar vi LOV i primärvården	<u>32</u>
Mindre omfattande upphandlingsdokument och lägre inträdeströskel	<u>34</u>
Tätare kvalitetsuppföljning och närmare dialog med vårdgivarna	<u>34</u>
Fler avgränsade och mer skräddarsydda LOV-upphandlingar	<u>34</u>
Utvecklingspotter för lokalt nytänkande i både regional och privat regi	<u>36</u>
Bättre användning av hälsodata, dra nytta av AI-potentialen	<u>36</u>
Stärk socioekonomisk styrning av ersättning och vårdutbud	<u>37</u>
Ökat fokus på geografisk anpassning för vård i glesbygd	<u>37</u>

Referenslista – fotnoter	<u>38</u>
--------------------------	------------------



Förord

Diskussionerna om vårdval och fristående vårdgivare har de senaste åren accelererat och det florerar en rad missuppfattningar och förutfattade meningar. Med den här rapporten vill vi därför ge en bredare analys, beskriva varför valfrihet är viktigt för både patienter och medarbetare samt presentera hur vårdvalet i primärvården kan utvecklas snarare än avvecklas.

Låt oss backa bandet 16 år till den 1 januari 2010. Då infördes obligatoriskt vårdval i primärvården, allmänt kallat LOV. Det innebar att landets 21 landsting – numera regioner – skulle införa valfrihetssystem som gav både patienter och medarbetare rätten att välja vård- och arbetsgivare.

Den här lagstiftning kan idag te sig som självklar, men så var det knappast när den infördes. Den har lett till att patienter och medarbetare fått ökat inflytande över sina val av såväl vårdgivare som arbetsgivare. Men intentionerna var bredare än så. Med lagstiftningen hoppades den dåvarande regeringen också kunna öka konkurrensen och vissa både kvalitet och effektivitet.

Så blev det också. Bara fyra år senare hade antalet vårdcentraler ökat från knappa tusen till omkring 1 200, en ökning på runt 20 procent. Ökningen består i princip enbart av privata vårdgivare – stora och små – som valde att etablera sig över hela landet. Den senaste tioårsperioden har antalet vårdcentraler legat

på en stabil nivå och idag drivs nära hälften av landets alla vårdcentraler av fristående vårdgivare. Det är vårdgivare som enligt SKR:s årliga undersökning ”Nationell patientenkät vårdcentraler och hälsocentraler” erbjuder märkbart högre nöjdhet jämfört med regionalt drivna vårdcentraler, framför allt i kategorin kontinuitet, men också i tillgänglighet.

Det är tydligt att fristående vårdgivare är en central del av den svenska primärvården och den uppskrivade retoriken kring lagstiftningens avskaffande känns närmast tondöv och verklighetsfrånvärd.

Nej, lagstiftningen ska inte avskaffas utan snarare utvecklas. Vilket vore helt naturligt givet att den snart fyller myndig. I den här rapporten har vi genom intervjuer med regionpolitiker – på båda sidor av blockgränsen – och branschföreträdare borrar i primärvården och vad som behöver skruvas på.

Fram träder sju reformförslag som vi tycker ska ligga till grund för en djupare diskussion om framtidens primärvård, där utgångspunkten är att den mest jämlika vården inte nödvändigtvis måste se likadan ut för alla, överallt.

Det är snarare viktigt att ta hänsyn till de olikheter som finns och anpassa sig efter dessa. En jämlik primärvård bygger inte på vårdcentralens utbud, utan snarare på utfallet för varje enskild patient. Olika kan också vara jämlikt.

Carina Olson
VD och koncernchef
Praktikertjänst

Urban Englund
Tandläkare och styrelseordförande
Praktikertjänst

*Sjukvård, och välfärd över lag,
har [...] blivit en arena för bredare
ideologiska konflikter som ofta
skymmer vardagsfrågorna.*



Om den här rapporten

Inför höstens val uppger väljarna att sjukvården – återigen – är en av de viktigaste frågorna. Det är naturligt och väntat. Hälsa- och sjukvård är en av de allra mest fundamentala funktionerna i ett modernt samhälle och Sverige lägger stora resurser på att bota allvarliga sjukdomar och ge medborgare i hela landet tillgång till jämlik vård av god kvalitet.

Samtidigt blir den nationella politiska debatten – som får mest uppmärksamhet – sällan särskilt konkret vad gäller sjukvårdens utmaningar och möjligheter. Det beror förstas på att hälso- och sjukvård är ett regionalt ansvar och inte ett nationellt. Men sjukvård, och välfärd över lag, har dessutom blivit en arena för bredare ideologiska konflikter som ofta skymmer vardagsfrågorna.

Det är synd. Den politiskt infekterade principdebatten om ”vinst i välfärden” är naturligtvis viktig i sig. Hur resurserna i samhället fördelas, och hur medborgarna kan påverka vilken vård de får del av, är fundamentalt.

De verkliga kärnfrågorna i sjukvårdsdebatten handlar om andra saker. Hur länge den som är sjuk måste vänta på att få träffa en läkare, vårdcentralernas öppettider och vilka tjänster som erbjuds. Hur vi lyckas erbjuda även de mest utsatta i samhället den vård de behöver.

Denna rapport tar avstamp just där, i vardagen i svensk primärvård. Praktikertjänst lever mitt i denna vardag, i mötet med patienter på någon av våra nästan 100 vårdcentraler i 17 av landets 21 regioner. I centrum för rapporten står Lagen om valfrihetssystem (LOV) och hur denna lagstiftning fungerar i primärvårdens vardag.

Det här är ingen stridskrift för valfrihet eller privata utförare i vården, även om det förstas är frågor som ligger oss varmt om hjärtat. Vi har istället velat fånga upp de erfarenheter som finns hos tongivande regionpolitiker av olika politisk kulör, och deras tankar. Erfarenheter och arbetssätt skiljer sig nämligen ganska mycket åt mellan regionerna, och lagstiftningen ger stora möjligheter till lokala anpassningar.

Utifrån dessa vittnesmål beskriver vi ett antal möjliga reformområden, som en uppmaning till nästa mandatperiods nationella och regionala beslutsfattare. Inspirationen har vi fått från dem som leder svensk sjukvård idag, men förslagen tar vi själva fullt ansvar för.

Vi är övertygade om att svensk primärvård skulle kunna fungera ännu mycket bättre än idag. Och att nycklarna till en sådan förbättring finns hos de som arbetar i primärvårdens vardag, offentliga såväl som privata aktörer. Därför har vi sammanställt den här rapporten.

Bakgrund – valfrihet i svensk primärvård

Hälso- och sjukvården är en av väljarnas viktigaste frågor.¹ På senare tid har primärvårdens roll lyfts fram särskilt, och omställningen till en nära vård och att primärvården ska vara navet har varit centrala i de politiska budskapen.

Reformer har antagits för omställningen till en nära vård samtidigt som vårdgarantin har förstärkts. Uppdraget har förtydligats i lagstiftningen med bland annat krav på fast läkarkontakt för att främja kontinuitet. Socialstyrelsen har dessutom fastställt ett riktvärde om 1 100 patienter per läkare.²

Listningens roll har stärkts och regionerna ska tillhandahålla en digital listningstjänst, samtidigt som antalet omlistningar per år begränsas. Förtydliganden har också gjorts om att primärvården ska tillgodose både fysiska och psykiska vårdbehov. Detsamma gäller en bättre samverkan mellan primärvården i regionen och den kommunala hälso- och sjukvården.

De senaste mandatperioderna har det uttryckts tydliga politiska ambitioner att höja primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens budget. Flera regioner³ arbetar mot målsättningen att primärvården ska motsvara 25 procent av regionernas hälso- och sjukvårdbudgetar. Regeringen har också gett Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att analysera de regionala huvudmännens resursallokering i hälso- och sjukvården på systemnivå.⁴



Historiken bakom LOV

[...] kritik mot att allt för stort fokus sattes på låga priser, vilket gick ut över kvaliteten och gjorde det svårare för små och idéburna aktörer att konkurrera.

LOV trädde i kraft 2009 och används av både kommuner och regioner som ett alternativ till upphandling enligt LOU. Sedan 2010 är det obligatoriskt för regioner att tillämpa LOV inom primärvården.⁵

Bakgrunden till reformen var svårigheterna att inom ramen för en upphandling enligt LOU definiera och kravställa kvalitet kopplad till den enskildes preferenser.

Det fanns även en kritik mot att allt för stort fokus sattes på låga priser, vilket gick ut över kvaliteten och gjorde det svårare för små och idéburna aktörer att konkurrera. Samtidigt fanns en önskan att öka patienters möjlighet

att själva välja vårdgivare och byta om man inte är nöjd.

Frågan om valfrihet i vården är ständigt återkommande i den debatten, både nationellt och regionalt. Nationellt handlar diskussionen ofta om vinstintressets konsekvenser, regionalt snarare om att reformera, införa nya eller avskaffa befintliga vårdval.

Traditionellt har borgerliga partier stöttat vårdval och partier till vänster varit mer skeptiska. Ett särskilt uppmärksammat inlägg var Produktivitetskommissionens⁶ förslag om genomgripande reformering, alternativt avskaffande, av lagen.

Reformens grundkonstruktion

På sätt och vis är grundprinciperna för LOV desamma som för upphandling enligt LOU. Den gemensamma huvudprincipen är att alla leverantörer ska behandlas på ett likvärdigt och icke-diskriminerande sätt. Samtidigt är skillnaderna stora. Till skillnad från LOU, där en upphandling annonseras för en avgränsad tid och leverantörerna lämnar anbud innan ett visst svarsdatum, annonseras vårdvalen löpande.

Ansökan kan lämnas in löpande och alla leverantörer som uppfyller grundkraven blir godkända. Det råder med andra ord etableringsfrihet. En aktör kan också säga upp sitt avtal och avsluta sin verksamhet, uppsägningstiden varierar i olika regioner. Vid misskötsel har regionen möjlighet att häva avtalet.

Ett av syftena med vårdvalsystemen är att stärka individens självbestämmande

och möjliggöra för patienten att själv välja vårdgivare. Ersättningen följer var patienten är listad och vilken vård patienten får. Tanken är att patienten väljer den bästa vårdgivaren enligt sina önskemål, vilket skapar konkurrens som leder till ökad effektivitet, kvalitet och en mångfald av aktörer.

Regelverket för respektive vårdval kallas förfrågningsunderlag och beslutas av respektive region. I förfrågningsunderlaget regleras bland annat kravställning, målsättningar och ersättning. Förfrågningsunderlagen revideras löpande och brukar återkommande diskuteras politiskt.

Värt att notera är att även den verksamhet som en region bedriver i egen regi inom ett vårdval måste följa samma regler som de privata utförarna. I de sammanhangen är regionen både beställare och utförare.

Hur har utvecklingen sett ut över tid?

Alla regioner tillämpar LOV för primärvård, men utfallet skiljer sig åt. Andelen vårdcentraler som drivs i privat regi har ökat – från 26 procent 2007 till 46 procent 2023. Andelen privata vårdcentraler var 2023 högst i Region Stockholm med 71 procent och lägst i Västerbotten med 13 procent.⁷

Det finns stora skillnader mellan regionerna i antalet vårdval. Region Stockholm har flest med 36 vårdval,⁸ att jämföras med Sveriges näst största region, Västra Götaland, som har två.⁹

Sammantaget är de privata vårdgivarna en naturlig del av den svenska hälso- och sjukvården.

Fyra av tio patientbesök sker hos en privat vårdgivare och inom primärvården sker vartannat besök hos en privat vårdcentral. Under 2024 uppgick regionernas totala kostnader för hälso- och sjukvården till 364 miljarder kronor varav 46 miljarder, alltså 13 procent, utgjordes av vård från privata vårdgivare.¹⁰

LOV:s ställning i primärvården i dag

Trots att LOV är obligatoriskt inom primärvården, används systemet på olika sätt och i olika utsträckning i olika delar av landet. En central del är ersättningssystemet och olika möjligheter till tilläggsuppdrag.

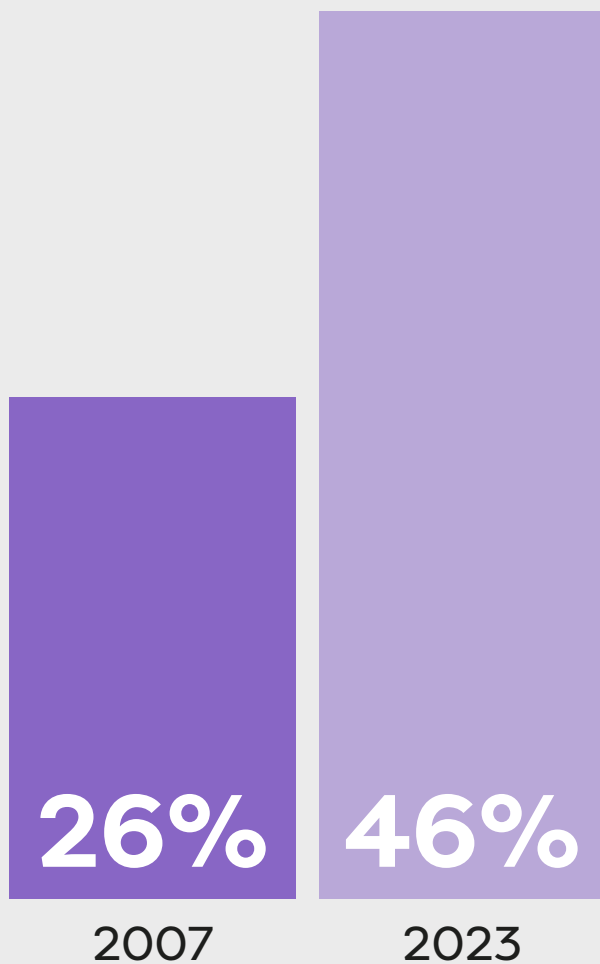
SKR har gjort en sammanställning av vad som ingår i vårdcentralernas grunduppdrag och vad som ligger utanför. Resultatet visar flera tydliga skillnader. Allmänmedicinsk verksamhet ingår i grunduppdraget i alla regioner, medan stora skillnader finns inom framför allt mödrahälsovård och BVC. Även inom SÄBO och rehabilitering finns tydliga, men inte lika stora, skillnader.¹¹

Ersättningssystemet skiljer sig också åt mellan olika regioner, både sett till hur ersättningen

beräknas och om det finns riktade ersättningar för att uppnå vissa målsättningar. Kraven på grundbemanning kan skilja sig åt, liksom andelen fast kontra rörlig ersättning. Vårdtyngden hos patienter som får behandling och socioekonomiska faktorer bland listade kan också i olika grad vara inbakade i ersättningssystemet. Ibland förekommer även geografiska ersättningar i syfte att främja etablering, ofta i glest befolkade områden.

En annan faktor som påverkar hur vårdvalet fungerar är likvärdigheten mellan vårdcentraler i egen regi respektive privat regi. Det har bland annat framförts kritik om att den offentligt drivna primärvården gör underskott, vilket påverkar likvärdigheten i vården och i vårdvalet.¹²

Andelen vårdcentraler som drivs i privat regi



Erfarenheter av LOV i primärvården

Som beskrevs inledningsvis finns tydliga skillnader mellan den nationella respektive regionala debatten om valfrihet i primärvården. På nationell nivå dominerar ofta ideologiska argument om vinster och resurser, medan den regionala nivån av naturliga skäl blir mer pragmatisk och fokuserar på hur privat respektive offentlig verksamhet fungerar i vardagen.

Alla regioner omfattas av LOV, men spännvidden är stor vad gäller hur man arbetar med valfrihetssystem i vården. Allt från regioner som har endast ett fåtal privata utförare till regioner där den privata regin står för en avgörande del av produktionen. Skillnaderna beror dels på regionens syn på valfrihet, dels på intresset från privata aktörer att etablera sig.

När vi talat med regionala företrädare är det slående att perspektiven sällan handlar om "antingen-eller", utan nästan genomgående är pragmatiska. De resonemang vi mött handlar främst om vilka möjligheter LOV ger och hur dessa kan användas för att på bästa sätt utveckla den hälso- och sjukvård som medborgarna i regionen erbjuds. Två

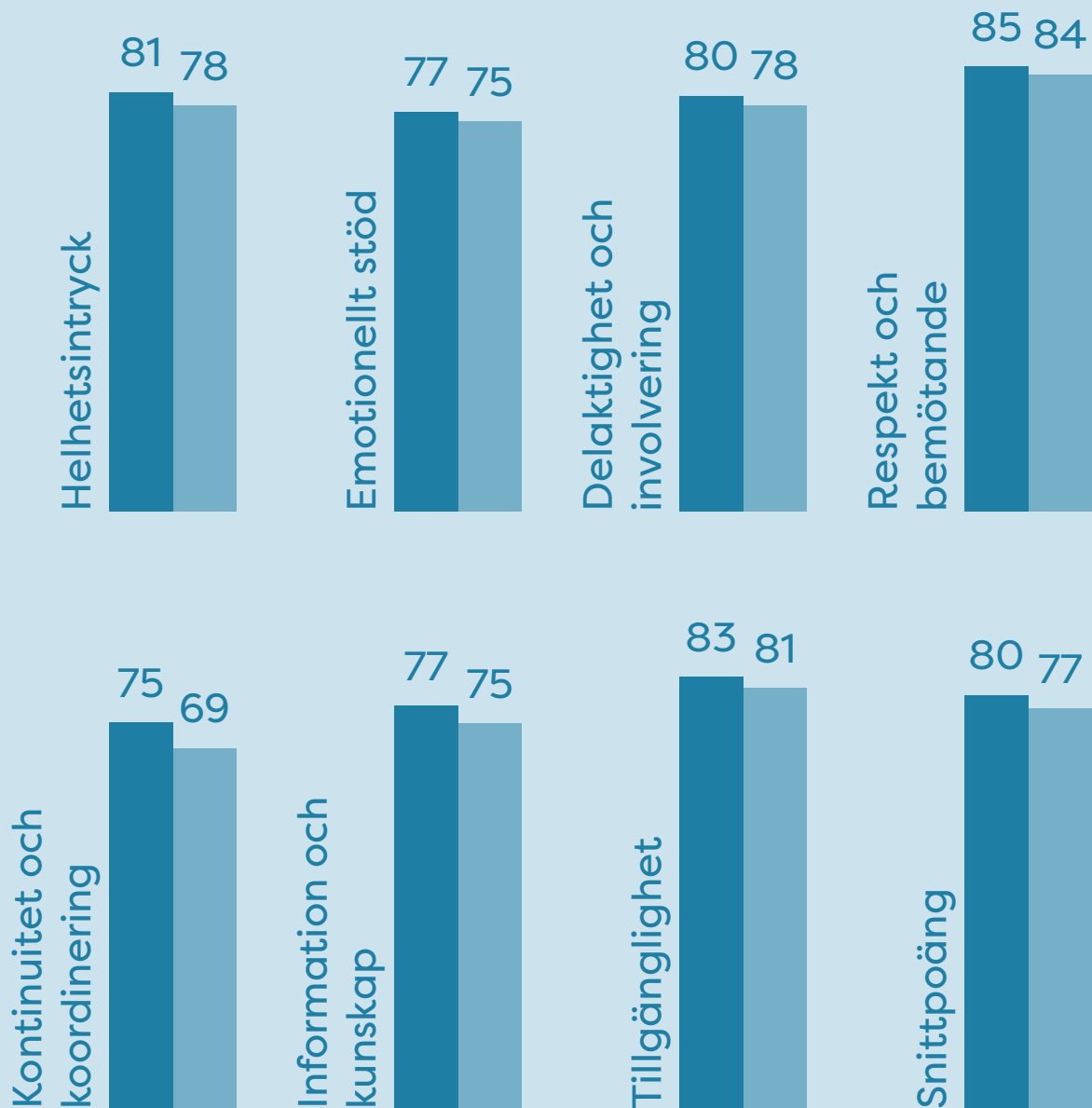


grundläggande konsekvenser av valfrihet i vården bör inledningsvis nämnas. För det första innebär möjligheten till privata utförare att utbudet av vårdgivare att välja mellan blir större. När patienter ges möjlighet att välja bland både privata och regionala utförare, istället för endast regionala, blir tillgängligheten bättre. Det blir även lättare för den enskilde att hitta en vårdgivare som lever upp till individens egna krav och förväntningar.

Samtidigt är tillgängligheten inte oproblematisk, då den också kan driva kostnaderna för regionen. Ju fler som får vård, desto högre blir helt enkelt kostnaderna för vården.

För det andra finns mätningar som tyder på att privata vårdcentraler ofta har mer nöjda patienter än offentliga. Enligt en sammanställning från branschorganisationen Vårdföretagarna är 73 av de 100 svenska vårdcentraler som har högst patientnöjdhet privata, och de privata utförarna får genomgående högre betyg i samtliga undersökta kvalitetsparametrar.

Nationellt



En aspekt som sannolikt ligger bakom dessa skillnader är att privata vårdcentraler tenderar att vara mindre än de regionala, en annan är att de generellt har en högre läkartäthet. Som bland annat Läkarförbundet har påpekat är

patientnöjdheten allra högst på privata vårdcentraler som är personalägda och läkar drivna. Den genomsnittliga läkartätheten inom respektive driftsform framgår av tabellen till höger.

Vårdcentralernas driftform	Genomsnittligt antal listade per läkare	NPE – Kontinuitet och koordinering
Privata – koncerner /större företag	1839	71
Offentliga	1785	68
Privata – ej koncerner /större företag	1640	76
Privata – varav endast idéburna	1364	76
Totalt	1750	71

14

I jämförelser mellan olika typer av vårdcentraler är det samtidigt viktigt att påpeka att förutsättningarna för att driva vårdcentral ser mycket olika ut i olika delar av landet. Många regioner upplever rekryteringsproblem, särskilt i glesbygd och utsatta områden, medan det på andra orter är betydligt lättare att rekrytera. Patientunderlaget kan skilja sig kraftigt åt mellan olika orter, vilket påverkar både vårdbehov och förmågan att ställa krav på vården.

Sammantaget talar de erfarenheter vi tagit del

av för att de privata vårdgivarna fyller en viktig funktion i den svenska primärvården. De bidrar till ett bredare utbud av vårdgivare och många patienter uppskattar möjligheten att välja.

Kärnfrågan är hur de privata vårdgivarna på bästa sätt samverkar med regionernas egen regi, och hur regionala beslutsfattare på bästa sätt kan balansera och utveckla ett primärvårdsutbud med olika typer av utförare. Detta är kärnan i denna rapport, och utgångspunkten för de intervjuer vi har gjort med regionpolitiker.



Vittnesmål från svenska regionpolitiker

Denna rapport tar, som nämndes ovan, sin utgångspunkt i intervjuer med regionala politiska företrädare. Syftet med dessa har inte varit att kartlägga situationen i respektive region, utan snarare att inventera reflektioner och erfarenheter. Intervjuerna har haft karaktären av bakgrundssamtal, varför vi inte redovisar enskilda intervjupersoners svar.

Ambitionen har varit att ge inspiration till diskussioner om hur LOV i primärvården kan utvecklas, snarare än att recensera LOV som sådant.

De vi intervjuat är regionstyrelseordföranden eller regionråd. Deras partitillhörighet finns på båda sidor blockgränsen och såväl majoritets- som oppositionsföreträdare finns representerade. Vi har även intervjuat branschföreträdare för de privata vårdgivarna. Tolkningen och sammanfattningen tar vi själva ansvar för, men utgångspunkten är vittnesmål från den regionala politiska erfarenheten.



En fungerande del av vardagen – men utmaningar finns

På det hela taget kan sägas att LOV är en integrerad, fungerande del av den vardagliga primärvårdsverksamheten i landets regioner. Naturligtvis finns skillnader mellan hur och i vilken utsträckning LOV används. Andelen privata utförare skiljer sig också tydligt åt mellan olika regioner, med generellt högre andel i storstadsregioner och regioner med borgerligt styre.

Perspektiven på LOV och vård i privat regi är generellt mer pragmatiskt på regional nivå än det som ofta kommer till uttryck i den nationella politiska debatten. LOV i primärvården är inte så mycket en ideologisk stridsfråga som en praktisk realitet. Även regioner vars politiska majoritet är kritisk till en hög andel privat regi uttrycker detta sällan som kritik mot privata utförare i sig, utan fokuserar snarare på frågor kring styrning, kontroll och kostnadsutveckling.

De utmaningar som regionala företrädare beskriver är i stort de samma, oberoende av politiska färg och andelen privat regi.

En sådan som återkommer är rekryteringssituationen. Många regioner beskriver återkommande rekryteringsproblem, särskilt i glesbygdsområden och vad gäller läkare. Andra regioner, företrädesvis i storstadsområden, pekar snarare på problem med hög personalomsättning.

Vissa regioner menar att en ökande andel privat regi innebär ökad konkurrens om en given mängd kompetens, vilket skapar konflikter, medan andra inte ser någon sådan koppling. Oavsett andelen privat regi i regionen, eller regionpolitikernas uppfattning om valfrihet, är rekryteringsproblem något som utmanar möjligheten att hålla den kvalitet och kapacitet som krävs.

En annan utmaning som ofta nämns, och delvis hänger samman med rekryteringssituationen, är kontinuiteten. Det råder bred samsyn om att det är eftersträvarsvärt att patienter i så hög grad som möjligt har en fast läkarkontakt så att vårdcentralerna kan stötta patienterna.

De utmaningar som regionala företrädare beskriver är i stort de samma, oberoende av politiska färg och andelen privat regi.

Vissa regioner beskriver att valfriheten och den fria etableringsrätten försvårar kontinuiteten, medan andra upplever att med rätt styrning ger privata utförare snarare bättre kontinuitet än egenregi. Den senare bedömningen stöds också av SKR:s nationella patientenkät.

En tredje utmaning som återkommer i många intervjuer är geografiska och socioekonomiska skillnader. Att erbjuda vård av god kvalitet och med hög tillgänglighet i tätbefolkade områden är på många sätt lättare än att göra det samma i glesbygd, både vad gäller öppettider, bemanning och vårdutbud.

På motsvarande sätt skiljer sig behoven kraftigt åt mellan grupper med svag socioekonomisk ställning från dem med bättre förutsättningar. Villkoren för att driva vårdcentral inom en och samma region kan därför se väldigt olika ut. Att erbjuda likvärdig vård i alla dessa situationer är en återkommande utmaning, som ställer höga krav på hur ersättningsmodeller och kravspecifikationer utformas.

En fjärde utmaning som nämns är växande administrativa krav. Sjukvård är till sin natur en starkt reglerad verksamhet och förekomsten av privata utförare adderar ett ytterligare lager av regler som behöver hanteras. Detta ställer ökade krav på den regionala tjänstemannaorganisationen och kan även i sig driva kostnader.

De regioner vi intervjuat uttrycker varierande grad av svårigheter att hantera de administrativa kraven. De flesta är också överens om att regelbördan har ökat, vilket är en utmaning. Regioner som är skeptiska till LOV menar att komplexa regler för privat regi är svåra att tolka, och att utfallet därför riskerar att bli svårförutsägbart.

Mer valfrihetspositiva regioner betonar istället att regionen själv har stor flexibilitet att utforma regelverket för den verksamhet som bedrivs i privat regi.

Balans mellan egenregi och privat verksamhet

Dagens ordning där regionerna erbjuder både verksamhet i egen regi och verksamhet som bedrivs av privata utförare innebär att de organisatoriskt behöver administrera två system parallellt. Regionen är både verksamhetsägare och kravställare på de verksamheter som bedriver konkurrerande verksamhet med regionen. Dessa dubbla roller återkommer i flera av de intervjuer vi har gjort.

Flera av regionerna påpekar att detta försätter de privata aktörerna i en komplicerad situation. Regionen är både aktör och systemägare, och kommunicerar i praktiken med de privata aktörerna via samma organisation som konkurrerar med dem. Detta sägs innebära risker att information faller vid sidan om, till nackdel för de privata aktörerna. Ett förslag som har framkommit är att regionerna snarare borde ha en "ren" organisation för styrning och uppföljning av verksamheten, med samma regelverk för egenregi som för privata utförare.

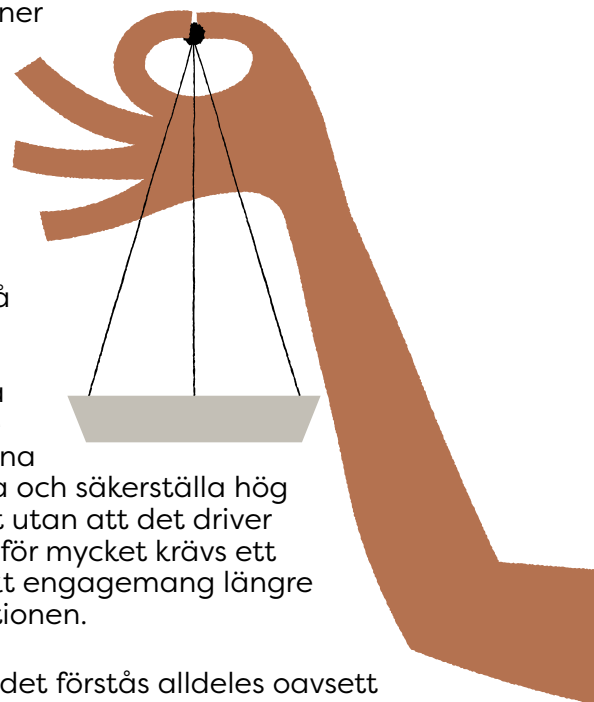
Även ur den regionala verksamhetens perspektiv finns utmaningar med de dubbla rollerna. Från vissa regioner beskrivs hur den regionala förvaltningen i system med en blandning av egenregi och privat regi behöver kunna agera utifrån två olika logiker: dels traditionell verksamhetsstyrning, dels en mer affärsutvecklande roll. Särskilt regioner med en hög andel privat regi påpekar att tjänstemännen behöver tänka på ett mer affärsmässigt sätt än man traditionellt gjort, och oftare ta ställning till den ekonomiska bärkraften hos enskilda enheter.

Dessa bedömningar kan vara svåra på flera olika sätt. Kan regionen lita på att en privat etablering kommer fylla det lokala behovet eller behöver man upprätthålla egen verksamhet, med risk för överkapacitet? Kommer de privata etableringarna att leda till att kostnaderna ökar allt för mycket? Kan kostnadsbesparingar genom sänkta ersättningsnivåer leda till att

privata aktörer avvecklar verksamhet, och tillgängligheten därmed försämras?

Det är förvisso de privata aktörerna som står för den ekonomiska risken i sina verksamheter, men då regionen har det övergripande ansvaret för både tillgänglighet och kostnader ställs höga krav på tjänstemannakompetens. Flera regioner beskriver tjänstemannakulturen som trögrörlig och att en sådan förändring av arbetssätt därför kan vara utmanande.

Många regioner beskriver hur ett vårdutbud med både regionala och privata enheter även ställer högre krav på den politiska ledningen. För att kunna balansera de olika enheterna mot varandra och säkerställa hög tillgänglighet utan att det driver kostnaderna för mycket krävs ett aktivt politiskt engagemang längre ut i organisationen.



Samtidigt är det förstås alldeles oavsett andel privata utförare önskvärt att den politiska ledningen har god förståelse för lokala förhållanden. All primärvård är i grunden lokal, och utgår från den enskilda vårdcentralens förutsättningar. Den lokala verksamhetskännsdomen lyfts fram som en orsak till att det ofta är personalägda och läkarledda vårdcentraler som fungerar bäst. Ju närmare patienterna ledningen befinner sig, desto bättre förutsättningar för att ge bästa möjliga vård.



Styrning, kontroll och kvalitet

En av de verkliga kärnfrågorna i regionernas perspektiv på LOV i primärvården är möjligheten till styrning och kontroll, och möjligheten att säkra kvalitet i den verksamhet som bedrivs. Detta är en central fråga, alldeles oavsett den privata verksamhetens omfattning och den politiska ledningens syn på valfrihet.

Även från borgerligt styrda regioner, med positiv grundsyn på valfrihet och privat regi, har emellanåt kritik framförts på temat att LOV innebär att regionen riskerar att förlora sin kontroll över verksamheten och därmed kostnaderna. Denna kritik bygger på egna erfarenheter, men också på en generell samhällstrend där frågor om kontroll har kommit att bli allt mer tongivande i den politiska debatten.

Det finns naturligtvis ett samband mellan ökad tillgänglighet och stigande kostnader. Samtidigt bör påpekas att primärvården har utvecklats i riktning mot en allt högre andel fast ersättning per listad patient, vilket inte påverkar kostnaderna på samma sätt. Den grundläggande målkonflikten är inte heller begränsad till privat regi. Även i den regionala verksamheten leder mer vård ofrånkomligen till stigande kostnader.

De intervjuer vi gjort för denna rapport ger heller inte bilden av att LOV generellt skulle uppfattas som ett system där regionerna förlorar kontrollen över verksamhet och kostnader. Däremot ställs andra krav på ledning, styrning och uppföljning än i ett system med endast egen regi.

Det dominerande intrycket av de intervjuer vi gjort är att det finns goda möjligheter inom ramen för LOV att utforma styrningen på ett sätt som ger god kontroll över både kvalitet och kostnader. Det kräver dock ett aktivt

arbete från både ansvariga politiker och på tjänstemannanivå, och avtal som är tillräckligt flexibla. Verktygen finns där, men de måste också användas.

Ett exempel som nämns är att det behöver finnas en aktiv och nära dialog mellan tjänstemän och utförare – privata såväl som egenregi – för att säkerställa att regionen får de resultat man eftersträvar. Även mycket detaljerade förfrågningsunderlag har svårt att fånga in alla aspekter som krävs för en väl fungerande verksamhet, utan detta säkerställs i dialog med utförarna. Täta uppföljningar och samtal är nödvändiga, både med egenregi och privata utförare.

Flera regioner betonar att dialog även behöver föras löpande med andra aktörer som samverkar med primärvården, såväl berörda kommuner som slutenvården på relevanta områden. Flera av de intervjuade regionpolitikerna understryker att primärvården är en del i en kedja och inte kan ses isolerat.

Flera regioner beskriver betydelsen av att regelverket ses som ett levande dokument som utvecklas successivt över tid. ”Vi skruvar och skruvar och skruvar” som en av de intervjuade formulerar saken. I detta sammanhang betonas också att LOV ger en helt annan flexibilitet i att anpassa regelverket än till exempel upphandlingar enligt LOU, där regionen riskerar att bli bunden av villkor som med tiden visar sig fungera dåligt.

En metod som nämns för att säkerställa att valfrihetssystemet successivt utvecklas är att inrätta särskilda utvecklingspottar med regionala medel, som både regionala och privata aktörer kan söka för särskilda utvecklingsprojekt. Detta beskrivs som särskilt viktigt i glesbygdsområden eller socialt utsatta

områden, där de lokala förutsättningarna ofta är mer krävande och behovet av kreativitet därför är extra stort.

Att regionen ägnar villkoren för de privata utförarna stor uppmärksamhet är avgörande för att deras verksamhet ska fungera på det sätt som är tänkt. Flera av de intervjuade betonar att förfrågningsunderlag enligt LOV behöver vara skräddarsydda för de aktuella behoven.

Som exempel nämns ett fall där förfrågningsunderlaget gällande en vårdcentral i ett utsatt område innehöll krav på en barnmorska, vilket normalt sett inte är fallet. Detta då kvinnor boende i området annars skulle riskera att avstå från att besöka barnmorska. LOV är inte "one size fits all", utan kan anpassas efter mycket specifika lokala behov.

De flesta regioner beskriver möjligheterna att kontrollera och leda verksamheten via LOV som i huvudsak goda. En utmaning som återkommer är att förfrågningsunderlagen ofta är för komplexa och omfattande. Flera regionala företrädare beskriver hur förfrågningsunderlag omfattande flera hundra sidor försvårar för både beställare och utförare.

Dessutom innebär det omfattande regelverket en nackdel särskilt för mer småskaliga privata verksamheter, som inte alltid har de juridiska resurser som krävs för att bedöma och efterleva så detaljerade och omfattande krav. Detta är särskilt problematiskt med tanke på att många uttrycker en önskan att få fler små, personalägda och läkar drivna enheter. Om dessa enheter ska kunna konkurrera framgångsrikt med stora kedjor är regelverkets omfattning och komplexitet en utmaning. Ett förslag som några av regionerna nämner är att antalet "skall-krav" i förfrågningsunderlagen

borde minskas och grunduppdraget göras smalare, men kontrollen av verksamheterna i gengäld borde vara tätare. Ett system med mycket höga inträdesbarriärer men mer sporadiska kvalitetskontroller riskerar att ge en annan sammansättning av primärvårdsutbudet än man egentligen önskar.

Vad gäller kvalitetsuppföljningar återkommer särskilt regioner som har mycket positiva erfarenheter av LOV i intervjuerna till att det inte räcker med sporadiska kontroller av kvaliteten. Det behöver istället föras en kontinuerlig dialog med både regionala och privata utförare. Det är naturligtvis resurskrävande, men flera regioner betonar att detaljerade förfrågningsunderlag aldrig kan ersätta en löpande dialog. Denna dialog behöver också integreras i avtalen, så att alla leverantörer prioriterar detta.

Ett förslag gällande kvalitet som nämns av några regioner är att tröskeln för att stänga verksamheter behöver sänkas. En beskrivning som återkommer är att kvalitetsuppföljningen riskerar att fokusera för mycket på huruvida skall-kraven i avtalet är uppfyllda, och för lite på hur verksamheten i praktiken fungerar.

Som exempel nämndes en mottagning som visserligen uppfyllde skall-kraven men hade grundläggande brister som till exempel att nödvändiga läkemedel saknades och hjärtstartarna i lokalen inte hade batterier. Enligt avtalet kunde verksamheten dock inte stängas av dessa skäl, utan först när det även visade sig att öppetiderna avvek från de avtalade. Detta som en illustration till att detaljerade avtalskrav aldrig kan ersätta noggrann kvalitetsuppföljning och dialog på plats.

Kostnadsutveckling

Nära kopplat till frågorna om styrning, kontroll och kvalitet är naturligtvis kostnadsutvecklingen. Då ökad tillgänglighet kan medföra ökade kostnader finns här en emellanåt svår balansgång för regionerna att upprätthålla.

Regioner som är mer kritiska till LOV pekar på stigande kostnader som en av de negativa konsekvenserna. De regioner som har mer positiva erfarenheter är medvetna om denna utmaning, men menar att de tack vare noggrann uppföljning och tät dialog med utförarna lyckas hålla god kontroll över kostnaderna.

Ett sätt att kontrollera kostnadsutvecklingen är att styra via ersättningsparametrarna i förfrågningsunderlagen. En region nämner som exempel att man viktade upp patienternas ålder i beräkningsunderlaget, och i gengäld höjde ersättningen. Därmed bröt man en ond cirkel där låga ersättningar drivit fram allt fler besök inte minst från patienter med små vårdbehov, med stigande kostnader som följd.

En grundläggande fråga för kostnadsutvecklingen är naturligtvis huruvida regionen ersätter utförarna per besök eller per listad patient, så kallad kapitering. Det senare beskrivs av flera regioner som mer ändamålsenligt.

Detta då modellen inte på samma sätt riskerar att leda till ”jakt på ekonomiska pinnar” med allt fler besök och ger regionen bättre förutsägbarhet i kostnadsutvecklingen. Samtidigt understryks att även denna ersättningsmodell har sina nackdelar, och att kombinationer av fasta och rörliga ersättningar kan vara nödvändig.

Just förutsägbarheten är en återkommande fråga i flera regioners sätt att beskriva kostnadsutmaningen. Att kostnaderna stiger med bättre tillgänglighet – ju fler som får vård, desto mer kostar det – är svårt att komma ifrån. Men det verkligt problematiska är om regionen upplever att man inte längre har kontroll över sina kostnader utan återkommande drabbas av negativa överraskningar i det ekonomiska utfallet.

Sammanfattningsvis ger de flesta regioner vi har talat med bilden att kostnadsutvecklingen – precis som kontrollen och styrningen i övrigt – tveklöst är en utmaning i dagens primärvård.

Men de menar samtidigt att denna kan hanteras, om förfrågningsunderlagen är väl utformade och dialogen med utförarna är tillräckligt tät. Även här understryks betydelsen av ett aktivt engagemang från den politiska ledningen långt ut i organisationen.



Socioekonomiska och geografiska utmaningar

En avslutande och mycket grundläggande utmaning som diskuteras i våra intervjuer är de skillnader i geografi och socioekonomisk situation som finns inom alla regioner. Att anpassa verksamhet och ersättningsmodell utifrån sådana behov är en naturlig del av regionernas arbete, oavsett om det gäller regionala eller privata utförare.

Alla regioner är engagerade i dessa frågor, men de inser också att det inte finns några enkla svar på hur denna utmaning ska hanteras.

Just dessa skillnader ligger bakom en av de mer principiella invändningarna mot valfrihetssystemen. Eftersom etableringsfriheten innebär att utförarna själva avgör var de etablerar sig, finns en oro för att privata aktörer i första hand söker sig till områden med gynnsamt patientunderlag och goda ekonomiska förutsättningar, medan glesbygd och socioekonomiskt utsatta områden riskerar att få ett sämre utbud.

Kritiker menar att detta i förlängningen kan motverka målet om en jämlik vård och försvaga regionens möjlighet att planera vårdutbudet utifrån befolkningens samlade behov. Denna invändning tas på allvar även av flera av de regionföreträdare vi talat med som i grunden är positiva till valfrihet. Frågan är därför inte främst om utmaningen finns, utan hur den kan hanteras inom ramen för LOV – vilket vi återkommer till i rapportens avslutande reformresonemang.

De två vanligaste verktygen för resursfördelning utifrån skillnader i vårdbehov är ACG (Adjusted Clinical Groups, som tar fasta på diagnoser och sjukdomsburda) och CNI (Care Need Index, som utgår från förväntat vårdbehov utifrån socioekonomiska faktorer).

De båda måtten mäter olika saker, och en utvärdering av 220 vårdcentraler i Region Stockholm visade att det saknas tydlig korrelation mellan de båda måtten.¹⁵ Båda modellerna har sina för- och nackdelar, varför regionerna normalt sett arbetar med en kombination av båda måtten.

Även om de båda måtten kombineras kräver den socioekonomiska anpassningen ständig utveckling för att fungera väl. Några regioner nämner exempel på när allt för tung CNI-viktning lett till överetablering i utsatta områden, med fallande lönsamhet och kvalitet som följd.

Samtidigt rymmer detta exempel en mer grundläggande lärdom: att ersättningssystemet är ett verkningsfullt styrmedel som beslutsfattarna själva förfogar över. När regionen viktade ersättningen tydligt efter socioekonomiskt behov blev det så pass attraktivt att etablera verksamhet i de utsatta områdena att utbudet till och med kom att överstiga behovet. Exemplet motbevisar därmed bilden av att valfrihetssystemet per automatik leder till att privata utförare söker sig bort från socioekonomiskt svaga områden.

Det finns en oro för att privata aktörer i första hand söker sig till områden med [...] goda ekonomiska förutsättningar.

Tvärtom kan regionen genom medveten styrning av ersättningen påverka var etablering sker, och styra utbudet dit behoven är som störst. Utmaningen ligger alltså inte i huruvida systemet går att styra, utan i att kalibrera styrningen rätt. Att få detta att fungera väl är inte lätt, och det finns ingen standardlösning.

Det är ofrånkomligen så att vårdbehoven i utsatta områden generellt är större, vilket kommer innebära högre kostnader. Allt för enhetliga ersättningssystem kommer inte att fungera, utan lokal anpassning krävs för både privata och regionala utförare.

Bland regionpolitikerna finns även mer visionära resonemang om att Sverige, som har världens mest detaljerade folkhälsodata, borde kunna hitta AI-baserade lösningar för att bättre bedöma faktiska hälsobehov och anpassa vården efter detta. Tanken är att kunna utforma mått som anger hur frisk/sjuk patienten faktiskt är, snarare än hur frisk/sjuk patienten statistiskt sett "borde" vara.

En återkommande synpunkt från flera regioner är att diskussionen om socioekonomiska skillnader i vården ofta är allt för färgad av ett Stockholmsperspektiv, medan situationen i mindre städer rent geografiskt ser annorlunda ut. I Stockholm ligger de utsatta områdena utanför staden, medan många mindre städer snarare har motsvarande områden inne i stadskärnan. Det innebär att intresset för etablering av vårdcentraler i eller nära utsatta

områden i mindre städer ofta är större än i motsvarande områden i Stockholm, vilket i flera fall lett till överetablering i stadskärnan och därmed låg lönsamhet för de privata vårdgivarna. Flera regioner, även sådana som är tydligt positiva till LOV, uttrycker en önskan att ha större kontroll över etableringarna för att undvika denna typ av problem.

I gengäld beskriver flera regioner att det är desto svårare att få till stånd etableringar av vårdcentraler i socioekonomiskt starkare områden, som ofta ligger utanför stadskärnan. Utöver den geografiska nackdelen vittnar flera av de regionpolitiker vi intervjuat om problem att få tillgång till mark och lokaler för nya vårdcentraler. Många kommuner planerar bostadsområden med ensidigt fokus på bostäder, medan de mer sällan planerar in verksamhetsmark för vårdcentraler eller annan service.

Detta illustrerar framför allt att frågor om socioekonomiska skillnader i planeringen av primärvård är komplexa, och att en god dialog med kommunerna är nödvändig.

Flera regioner understryker att frågan om socioekonomiska skillnader inte bara är en fråga om ersättningsnivåer, utan även om verksamhetsutformning och vårdutbud. Det ovan nämnda exemplet med krav på barnmorska vid vårdcentraler i utsatta områden är en illustration av detta. En annan är att vissa vårdcentraler i utsatta områden erbjuder

en högre andel dropin-tider, då just dessa patienter är mindre vana vid tidsbokning än andra grupper.

Den ovan nämnda användningen av särskilda utvecklingspotter, som både regionala och privata verksamheter kan söka medel från, beskrivs som en bra metod för att utveckla mer målgruppsanpassade former av primärvård i socioekonomiskt svaga områden. I slutänden behöver förstås primärvården anpassas efter hur den lokala patientgruppen ser ut, och där är skillnaderna ofta stora.

Motsvarande utmaningar finns även för den primärvård som bedrivs i glesbygdsområden. Flera regioner menar att diskussionen om socioekonomiska skillnader riskerar att skymma de utmaningar som finns på landsbygden, och att ersättningsnivåerna till vårdgivare i glesbygd borde höjas.

Bland utmaningarna nämns bland annat rekrytering, bemanning och därmed vårdutbud. Det är av naturliga skäl svårare att rekrytera framför allt läkare till mycket glest befolkade delar av regionerna än till städerna, samtidigt som den låga befolkningstätheten gör det svårt att upprätthålla tillräckligt brett vårdutbud. För att kunna erbjuda mer konkurrenskraftiga

ersättningsnivåer för etablering i glesbygd krävs dock sannolikt andra verktyg än ACG eller CNI, då dessa områden inte nödvändigtvis har vare sig mer vårdkrävande patienter eller svagare socioekonomisk profil.

Kompetensförsörjningen i glesbygd beskrivs av flera regioner som en av de verkligt avgörande framtidsfrågorna för primärvården. Bland de lösningar regionerna diskuterar finns bland annat lönetillägg för läkare i glesbygd, "minisjukhus" med begränsade öppettider och geografiskt tydligt uppdelade LOV-upphandlingar, utifrån särskilt anpassade driftsvillkor.

Sammanfattningsvis kan sägas att regionerna kontinuerligt arbetar med dessa frågor men att det inte finns några enkla svar på hur de skillnader i behov som finns ska kunna tillgodoses fullt ut.

Klart är i alla fall att den mest jämlika vården inte är den vård som ser likadan ut för alla, överallt. Tvärtom kommer primärvården att behöva bättre ta hänsyn till de olikheter som finns och anpassa sig till dessa. Jämlikheten ligger inte i utbudet på vårdcentralen utan i utfallet för varje enskild patient, utifrån principen att "olika är jämlikt".



Så utvecklar vi LOV i primärvården

Våra intervjuer med regionala politiska företrädare visar att det finns både för- och nackdelar med dagens LOV. Samtidigt efterfrågas inte egentligen förändringar av LOV som sådan, utan istället understryks att regionerna själva kan påverka hur valfrihetssystemet fungerar.

Det kräver ett stort mått av engagemang och aktivitet från såväl politisk ledning som tjänstemannaorganisationen, men det är fullt möjligt. LOV-modellen medger stor flexibilitet och många lokala anpassningar, som regionerna kan dra nytta av för att utveckla valfrihetssystemet till det bättre.

Här sammanfattar vi några av de möjliga reformtankar som framkommit i samtalen. Vi vill understryka att detta inte är sådant regionerna uttryckligen kräver, utan snarare vår tolkning av de möjligheter och utmaningar som de intervjuade regionala företrädarna beskriver.





Mindre omfattande upphandlingsdokument och lägre inträdeströskel

Allt för omfattande förfrågningsunderlag riskerar att skapa problem för både regionen och de privata utförarna. Ju större komplexitet, desto svårare att bedöma utfall och konsekvenser. Dessutom kommer mycket omfattande underlag med mängder av skall-krav att relativt sett gynna stora aktörer, trots att många regioner snarare vill se fler små, personalägda och läkar drivna enheter. Ett smalare grunduppdrag och färre skall-krav skulle kunna förbättra upphandlingsprocesserna och underlätta uppföljningen.



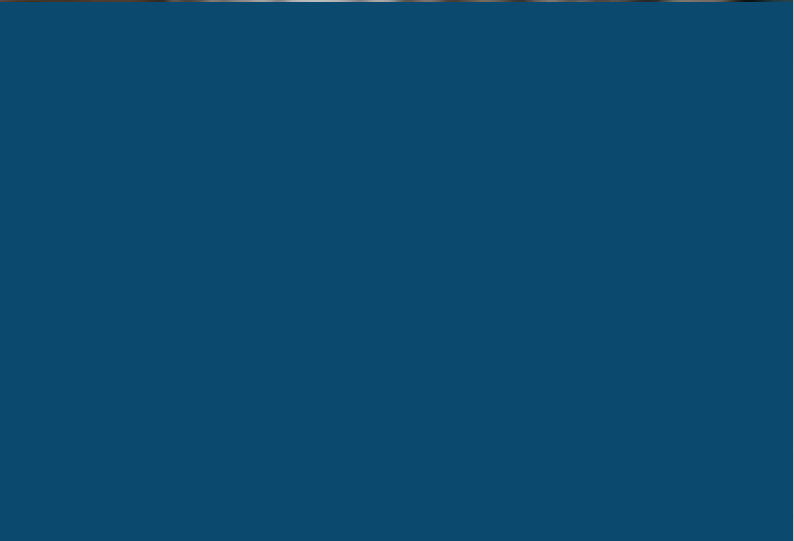
Tätare kvalitetsuppföljning och närmare dialog med vårdgivarna

Komplexa underlag kan aldrig ersätta noggrann kvalitetsuppföljning. Mycket talar för att kvaliteten oftare behöver följas upp ute i verksamheten, i nära dialog med såväl utförare som förvaltning och andra berörda aktörer. Tröskeln för att stänga verksamheter som inte fungerar väl bör sänkas, och inte begränsas till huruvida enskilda avtalsvillkor är uppfyllda.



Fler avgränsade och mer skräddarsydda LOV-upphandlingar

Förutsättningarna för att erbjuda bästa möjliga vård kan se mycket olika ut inom en och samma region. Det ställer krav även på hur valfrihetssystemet utformas. Mycket talar för att det vore positivt med fler mindre, tydlig avgränsade LOV-upphandlingar byggda på de lokala förutsättningarna. Det kan bidra till såväl bättre styrning och kostnadskontroll för regionerna som högre kvalitet och tillgänglighet för patienterna.





Utvecklingspotter för lokalt nytänkande i både regional och privat regi

Ett sätt att stimulera lokalt nytänkande, inte minst i socioekonomiskt eller geografiskt utmanande områden, är att erbjuda medel för lokala utvecklingsprojekt. Att finna bästa möjliga former för vård i särskilt krävande områden skulle kunna bli lättare om både regionala och privata utförare har möjlighet till särskilda medel för detta.



Bättre användning av hälsodata, dra nytta av AI-potentialen

Att anpassa vårdutbudet till geografiska, socioekonomiska och andra skillnader i förutsättningar kommer att kräva ett aktivt arbete med både statistiska mått för resursfördelning och särskilda krav på vårdutbud utifrån lokala behov. Sveriges närmast världsunika tillgång till detaljerad hälsodata är en tillgång i detta sammanhang. En mer aktiv användning av AI-baserade verktyg skulle kunna dra bättre nytta av detta.



Stärkt socioekonomisk styrning av ersättning och vårdutbud

En central lärdom från intervjuerna är att ersättningsystemet är kanske det viktigaste verktyg som regionerna har för att styra vården mot en mer jämlik fördelning. Genom att vikta ersättningen tydligare efter vårddyngd och socioekonomiskt behov, och kombinera detta med riktade krav på vårdutbudet, kan regionen göra det både möjligt och attraktivt att bedriva vård även i områden som annars riskerar att få sämre vård.

Det handlar inte enbart om ersättningens nivå, utan minst lika mycket om dess konstruktion: differentierade ersättningsmodeller, socioekonomiska tillägg och i vissa fall geografiskt avgränsade uppdrag kan användas för att säkra vård efter behov. Erfarenheterna visar att sådan styrning fungerar, men att den kräver fortlöpande kalibrering för att undvika såväl under- som överetablering. En mer medveten och datadriven socioekonomisk styrning framstår därmed som ett av de mest verkningsfulla sätten att stärka jämlikheten i primärvården, inom ramen för dagens valfrihetssystem.



Ökat fokus på geografisk anpassning för vård i glesbygd

Möjligheten att bedriva jämlik vård i glesbygd ställer höga krav på rekrytering och bemanning liksom öppettider och vårdutbud. Mycket talar för att regionerna skulle behöva lägga ännu större fokus på kravställning specifikt anpassad till de lokala förutsättningarna för vårdcentraler i glest befolkade områden.

Referenslista – fotnoter

1 SVT, “Väljarnas viktigaste frågor”, SVT, 11 september 2022, svt.se/datajournalistik/valu2022/valjarnas-viktigaste-fragor (hämtad 8 juni 2026).

2 Socialstyrelsen, *Insatser för att främja och stödja omställningen till en god och nära vård*, 2026, s. 21.

3 Region Stockholm, *Målbild 2040 och strategisk plan för hälso- och sjukvården*, 2025, s. 2.

4 Regeringskansliet, *Uppdrag att analysera resursallokeringen i hälso- och sjukvårdssystemet med fokus på primärvården (2026)*, regeringen.se/regeringsuppdrag/2026/06/uppdrag-att-analysera-resursallokeringen-i-halso--och-sjukvardssystemet-med-fokus-pa-primarvarden/ (Hämtad 2026-06-10).

5 Jfr Hälso- och sjukvårdslag (2017:30), 7 kap. 3 §

6 SOU 2025:96, 2025, *Fler möjligheter till ökat välbefinnande: Slutbetänkande av Produktivitetskommissionen*.

7 Katarina Wagman, “Vårdcentraler i privat regi”, *Ekonomifakta*, 22 maj 2025, ekonomifakta.se/sakomraden/foretagande/valfardsforetag/vardcentraler-i-privat-regi_1210137.html (hämtad 8 juni 2026).

8 Vårdgivareguiden, vardgivarguiden.se/avtal/avtalsomrade?catid=1009

9 Vårdgivarwebben, vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/uppdrag-och-avtal

10 Vårdföretagarna, vardforetagarna.se/privat-vardfakta/kapitel/#sjukvard

11 Vårdanalys, *Omtag för omställning: Utvärdering av omställningen till en god och nära vård. Rapport 2025:1 s. 301-305.*

12 Vårdföretagarna, 2019, via.tt.se/pressmeddelande/3250457/underskott-i-primarvarden-i-20-av-21-regioner-vardforetagarna-lamnar-i-dag-rapport-om-olika-villkor-till-den-statliga-utredningen-om-jamlik-varld?publisherId=2006808 (hämtad 8 juni 2026).

13 Vårdföretagarna, vardforetagarna.se/patienttoppen-2025 (hämtad 8 juni 2026).

14 Sveriges läkarförbund, *1 100 invånare per läkare? Vårdcentralers läkarbemanning*, september 2025.

15 Akademiskt primärvårdscentrum, 2023-10-10, akademisktprimarvardscentrum.se/om-oss/nyheter/inget-tydligt-samband-mellan-acg-och-cni-enligt-st-projekt (hämtat 8 juni 2026).



[praktikertjänst.se](https://praktikertjanst.se)

