

JUNI 2025

Stannar miljarderna i mötesrummen?

En uppföljning av omställningen
till God och nära vård



RAMBOLL

Bright ideas.
Sustainable change

Förord

Primärvården ska vara navet i hälso- och sjukvården. Det är kärnan i förändringarna i hälso- och sjukvårdslagen 2021 och 2022. Men i praktiken har mycket lite förändrats, trots mångmiljardsatsningar de senaste åren. Så vart har pengarna tagit vägen? Det försöker denna rapport svara på.

En sak som fått fäste över blockgränserna är synen på omställningen till en god och nära vård – en stark primärvård med hög kontinuitet, tillgänglighet och patientsäkerhet.

Men trots goda intentioner har lagstiftningen inte blivit mer än en pappers-tiger. Miljarder har flödat till regionerna, men utan att målen för omställningen har uppnåtts. Det visar Vårdanalys slutrapport från mars 2025.

Vi som följt utvecklingen blev – dessvärre – inte förvånade.

Det är oacceptabelt att så mycket resurser satsats utan förändring. Primärvården står kvar på ruta ett.

Så hur hamnade vi här? Och vart tog de cirka 35 miljarder kronorna vägen? På uppdrag av Praktikertjänst har Ramboll intervjuat nyckelpersoner och analyserat underlag för att försöka hitta svaren.

Slutsatsen är tydlig – ingen verkar veta. Redovisning saknas, uppföljningen är bristfällig och staten har inte krävt någon större insyn. Det finns inga mätbara resultat och heller inte några varaktiga kapacitetsförstärkningar.

Det är orimligt.

Det krävs nu tydligare statlig styrning och hårdare krav på spårbarhet och resultat. Ramboll föreslår bland annat tydligare syften med statsbidrag, bättre uppföljning, inkludering av alla vårdgivare samt en mer långsiktig finansiering.

Primärvårdens uppdrag har vuxit under de senaste åren samtidigt som resurserna stått still eller till och med minskat. Det är en omöjlig ekvation. Patienter och medarbetare förtjänar en primärvård som faktiskt är navet i hälso- och sjukvården – på riktigt.

Urban Englund

Styrelseordförande
Praktikertjänst

Richard Seiberlich

tf. chefsläkare
Praktikertjänst

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	4
1 Miljardreform utan styrfart – pengarna till primärvården försvann på vägen.....	8
1.1 God och nära vård – Reformen som skulle stärka primärvården.....	8
Regeringen har fördelat över 35 miljarder kronor för att stödja omställningen.....	10
1.2 En rad nationella utredningar visar att reformen inte nått sina mål, och pengarna går inte att spåra.....	11
Pengarna når inte verksamheten – behov av fördjupad uppföljning	11
2 Reformens kärna uteblir – primärvården stärks inte i praktiken.....	14
2.1 Nationella data visar på begränsade förändringar.....	14
Reformmedel har inte nått primärvården.....	15
Svårt att se några effekter i indikatorer som följer utvecklingen	15
2.2 Region Jämtland Härjedalen fortsätter omställningen utifrån en redan inslagen väg	17
2.3 Region Kalmar bedriver ett systematiskt omställningsarbete	20
2.4 Region Stockholm ser starkt ut på papperet – men verksamheterna vittnar om något annat.....	23
3 Varför händer det inte? Fyra hinder som bromsar reformen.....	28
3.1 Otydlig vision och motsägelsefulla signaler.....	29
3.2 Styrningen i regionerna är svag	30
Region Jämtland Härjedalen.....	30
Region Kalmar	32
Region Stockholm	34
3.3 Bristande uppföljning och transparens.....	37
Region Jämtland Härjedalen.....	37
Region Kalmar	40
Region Stockholm	42
3.4 Privata aktörer lämnas utanför	44
Region Jämtland Härjedalen.....	44
Region Kalmar	45
Region Stockholm	45
4 Sammanfattande slutsatser och rekommendationer.....	48
4.1 Sammanfattande slutsatser.....	48
4.2 Rekommendationer	49

Sammanfattning

Sedan 2019 har över 35 miljarder kronor fördelats från staten till regioner och kommuner för att stödja omställningen till en god och nära vård. Reformens syfte är att skapa en mer tillgänglig, samordnad och personcentrerad hälso- och sjukvård – med primärvården som nav. Trots den omfattande finansieringen visar flera nationella uppföljningar att omställningen har haft begränsat genomslag. Målen om ökad tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet är långt ifrån uppfyllda, och någon systemförändring har inte skett.

Ramboll har på uppdrag av Praktikertjänst genomfört en fördjupad uppföljning av reformens genomförande i tre regioner: Jämtland Härjedalen, Kalmar och Stockholm. Uppdraget har varit att analysera hur statsbidragen har använts, vilka resultat som faktiskt uppnåtts, samt att identifiera hinder för genomförande på regional nivå.

Statsbidragen har inte lett till strukturförändring

Analysen visar att de statliga medlen i stor utsträckning inte har omsatts i varaktiga kapacitetsförbättringar i primärvården. Primärvårdens andel av regionernas hälso- och sjukvårdsbudget är i stort sett oförändrad, och bristen på specialister i allmänmedicin kvarstår. Patienternas upplevelser av tillgänglighet och delaktighet har endast förbättrats marginellt enligt de nationella indikatorerna.

I flera fall används statsbidrag till interna processer och administrativa strukturer snarare än till verksamhetsnära insatser. Exempelvis redovisade en region 190 miljoner kronor som kostnad för att etablera en politisk styrgrupp och ta fram en samverkansöverenskommelse – utan att tydliga förbättringar i den patientnära vården kunde beläggas.

Otydlig styrning och begränsad spårbarhet

Uppföljningen visar att styrningen av omställningen ofta är otydlig. Begreppet ”nära vård” tolkas olika mellan regioner och verksamheter, och det saknas gemensamma mål och uppföljningskriterier. De tre regionerna har organiserat sitt omställningsarbete på olika sätt, men uppvisar ett gemensamt mönster: styrsignalerna är svaga, ansvarsfördelningen oklar och den operativa genomförandekraften låg.

Den ekonomiska uppföljningen är dessutom bristfällig. Regionernas redovisning till staten sker i breda kategorier som inte kopplas till genomförda insatser eller uppnådda resultat. Det går därför inte att bedöma effekterna av den finansiering som hittills tillförts.



Kortsiktighet och kultur är centrala hinder

Utöver svag styrning pekar flera regioner på två andra avgörande hinder: kortsiktig finansiering och invanda arbetssätt. De årliga statsbidragen uppmuntrar projektlogik snarare än långsiktig strukturförändring. Regionerna har svårt att planera, rekrytera och bygga kapacitet när finansieringen endast ges för ett år i taget.

Samtidigt är omställningen beroende av en djupare kulturförändring. För att primärvården ska kunna ta ett större ansvar krävs förändrade roller, samverkan och synsätt – inte bara nya styrdokument. Många professioner vittnar om att uppdrag flyttas från sjukhus till primärvård utan motsvarande resurser eller mandat.

Rambolls viktigaste slutsatser

- » Omställningen har ännu inte lett till strukturella förändringar i hur primärvården fungerar eller finansieras.
- » Statsbidragen saknar i många fall spårbarhet och koppling till konkreta resultat.
- » Den nationella styrningen är otydlig och skapar osäkerhet i genomförandet.
- » Kortsiktiga medel försvårar långsiktig planering, kompetensförsörjning och investeringar.
- » Den största omställningsutmaningen är inte teknisk – utan kulturell.

Vi föreslår att reformstödet görs mer styrbart, långsiktigt och inkluderande

Ramboll lämnar följande rekommendationer:

- » **Knyt statsbidrag till uppföljningsbara mål.** Det bör framgå vilka resultat som förväntas och hur de ska följas upp.
- » **Inför en gemensam modell för uppföljning.** Kopplingen mellan mål, aktivitet, resurser och resultat behöver bli tydlig och jämförbar.
- » **Ge regionerna flerårig finansiering.** Omställningen kräver investeringar som inte kan göras inom ett budgetår.
- » **Stärk den operativa styrningen.** Reformens intentioner måste översättas till tydliga uppdrag för samtliga vårdnivåer – även sjukhusen.
- » **Stöd kulturförändring i praktiken.** Det krävs strukturerat arbete med ansvar, samverkan och ledarskap för att bryta gamla mönster.
- » **Inkludera privata vårdgivare fullt ut.** En stor del av primärvården drivs i privat regi. Deras roll i omställningen måste tydliggöras och stödjas.



1 Miljardreform utan styrfart – pengarna till primärvården försvann på vägen

I november 2020 tog riksdagen beslut om inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform. Reformen är ett svar på flera tydliga förändringsbehov i samhället. En åldrande befolkning innebär att färre yrkesverksamma ska försörja fler, digitaliseringen förändrar både vår vardag och hur vi söker vård, patienternas behov utvecklas – och samtidigt är jämlik hälsa en allt viktigare målsättning. Reformen har haft starkt stöd och höga ambitioner: att stärka primärvården och göra vården mer tillgänglig och nära för dem som behöver den.

Till reformen har betydande ekonomiska satsningar gjorts. Nu, nästan fem år senare, har många regioner svårt att visa hur de öronmärkta miljarderna faktiskt använts. Intentionerna syns i målformuleringar – men sällan i praktiken. För att förstå varför krävs en fördjupad analys av styrning, finansiering och genomförande. Ramboll ha på uppdrag av att Praktikertjänst genomfört en uppföljning av reformen med syftet att ge en fördjupad bild av hur omställningen till god och nära vård har genomförts i praktiken – med särskilt fokus på hur resurserna har använts och vilka effekter som uppnåtts. Resultatet av uppföljningen presenteras i följande rapport.

Rapporten inleds i kapitel 1 med en genomgång av reformens bakgrund och de ekonomiska satsningar som hittills gjorts. I kapitel 2 presenteras övergripande resultat på både nationell nivå och i de tre regioner som ingår i studien: Jämtland Härjedalen, Kalmar och Stockholm. Kapitel 3 innehåller fördjupade fallstudier från dessa regioner och visar hur reformen har tolkats, styrts och omsatts i praktiken. I kapitel 4 analyseras de huvudsakliga hinder som bromsar reformens genomslag. Rapporten avslutas med slutsatser och rekommendationer för hur omställningen till en mer tillgänglig, samordnad och kapacitetsstark primärvård kan drivas vidare med större kraft och tydligare ansvarstagande.

1.1 God och nära vård – Reformen som skulle stärka primärvården

Den 1 juli 2021 trädde en lagändring för primärvårdsreformen i kraft, genom en ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Ändringen innebar att primärvårdens ansvar för första gången definierades i lagtext och tydliggjorde dess

roll som navet i hälso- och sjukvårdssystemet. Syftet med förändringen var att förbättra tillgängligheten, kontinuiteten och samordningen av vården samt att skapa en mer likvärdig vård över hela landet (prop. 2019/20:164).

Tidigare reglerades primärvårdens uppdrag främst genom beslut på regionnivå, vilket lett till variationer i vårdutbud och tillgänglighet mellan olika delar av Sverige. Med lagändringen tydliggjordes att primärvården ska vara den första instansen i vården och ansvara för en bred uppsättning insatser som inte kräver sjukhusets specialiserade resurser (SFS 2021:723, 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen).

Samtidigt har regeringen tydliggjort inriktningen för omställningen i form av tre övergripande mål:

- » Ökad tillgänglighet till primärvården,
- » Ökad kontinuitet i vårdkontakter, och
- » Mer delaktiga patienter i en personcentrerad vård (prop. 2019/20:164).

Dessa mål syftar till att forma ett vårdssystem där patienter inte bara får vård snabbare och närmare hemmet, utan också får ett större inflytande över sin behandling och en vårdrelation som är långsiktig och samordnad.

Den nya lagstiftningen förtydligade också primärvårdens ansvar att erbjuda medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan specialiserad kompetens. Dessutom infördes ett nationellt grunduppdrag för primärvården, vilket innebär att den ska:

- » Tillhandahålla medicinsk bedömning och behandling av patienter med vanligt förekommande sjukdomstillstånd.
- » Erbjuda förebyggande insatser och hälsovägledning, anpassade efter individens behov och förutsättningar.
- » Samordna vårdinsatser för patienter med komplexa behov, särskilt vid kroniska sjukdomar och multisjuklighet.
- » Säkerställa god tillgänglighet genom att erbjuda vård nära patienten, både fysiskt och digitalt. (SFS 2017:30, 5 kap. 1–3 §§).

1.1.1 Regeringen har fördelat över 35 miljarder kronor för att stödja omställningen

Fram till och med år 2025 har regeringen satsat totalt drygt 35 miljarder kronor på att stödja omställningen till en god och nära vård. Under 2019 till 2024 var regionernas totala kostnader för primärvård cirka 402 miljarder.¹ Fördelningen av reformmedlen har under perioden 2019-2024 skett genom årliga överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).² Fördelningen av medel har i huvudsak baserats på faktorer som befolkningsstorlek, demografiska sammansättningar och specifika regionala behov. Regioner med en större befolkning har erhållit en större andel av medlen, samtidigt som socioekonomiska och geografiska faktorer har påverkat resursfördelningen. Regioner med en hög andel äldre invånare och socioekonomiska utmaningar har fått extra stöd för att stärka primärvården, medan andra regioner har fått medel i relation till sin befolkningstäthet.³

Tabell 1: Statliga medel inom reformen för God och nära vård, 2019–2025 (miljoner kronor)

ÅRTAL	REGION	KOMMUNER	SKR	TOTALT
2019	2 406		24	2 430
2020	5 699	500	52	6 251
2021	5 725	900	53	6 678
2022	5 195	1 125	53	6 373
2023	5 167	1 175	52	6 394
2024	2 546	750	34	3 330
2025	2 774	900		3 674
Summa 2019–2024	26 738	4 450	268	35 130
Andel	85%	14%	1%	

Källa: SKR 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024 samt Socialstyrelsen 2025

Från och med 1 januari 2025 styrs statsbidrag för utvecklingen enligt förordning (2024:1253) om statsbidrag till kommuner och regioner för utveckling av en god och nära vård. Totalt tilldelas kommuner och regioner knappt 3,7 miljarder i statsbidrag år 2025. Av dessa medel går 2,624 miljarder kronor till regionerna och 750 miljoner kronor till kommunerna.

¹SCB (2025) Primärvård, Nettokostnader, Kostnader och intäkter för regioner efter verksamhetsområde. År 2019-2024

²SKR (2024)

³Sveriges Kommuner och Regioner (2024). Överenskommelse om en god och nära vård 2024. Socialstyrelsen (2024). Statsbidrag till regioner för utveckling av en god och nära vård.

1.2 En rad nationella utredningar visar att reformen inte nått sina mål, och pengarna går inte att spåra

Flera nationella utvärderingar visar att reformen för en god och nära vård inte har uppnått sina syften, trots att över 35 miljarder kronor har tillförts sedan den påbörjades 2019 för att stärka primärvården och göra vården mer tillgänglig och personcentrerad.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys konstaterar i sin slutrapport från 2025 att inget av omställningens mål har uppnåtts. Även om vissa förbättringar skett inom samverkan och förebyggande arbete, har patienternas upplevelser av vården inte förändrats nämnvärt. Omställningen har främst lett till avgränsade projekt snarare än strukturella förändringar i primärvården.⁴ I en rapport från mars 2025 konstaterar Socialstyrelsen att även om vissa förbättringar har skett, såsom en ökning av medicinska bedömningar inom tre dagar, så kvarstår betydande utmaningar. Tillgängligheten, kontinuiteten och patienters delaktighet i primärvården har inte förbättrats i den utsträckning som förväntats.⁵ En analys av IVO visade år 2024 att klagomålen från patienter under de senaste åren har ökat, samt att patienter inte upplever primärvården som sammanhållen och tillgänglig.⁶ Under 2025 konstaterade IVO brister i centrala områden kopplade till omställningens mål.⁷ Även ansvariga politiker har insett att reformen inte fallit väl ut, sjukvårdsminister Acko Ankarberg Johansson (KD) konstaterade i april 2025 att ”omställningen mot nära vård har inte gått som det var tänkt”.⁸

1.2.1 Pengarna når inte verksamheten – behov av fördjupad uppföljning

Denna uppföljning syftar till att fördjupa förståelsen för var pengarna faktiskt tagit vägen och varför reformens ambitioner inte realiserats i praktiken. Till skillnad från tidigare nationella analyser granskar vi medelsanvändningen på regional nivå, genom fallstudier i regionerna Jämtland Härjedalen, Kalmar och Stockholm. Regionerna har valts för att spegla olika organisatoriska modeller, befolkningsstruktur, geografiska förutsättningar – men också skilda resultat i omställningsarbetet.

Studien bygger på dokumentanalys, genomgång av tillgänglig ekonomisk redovisning och kvalitativa intervjuer med nyckelpersoner inom regionerna. Som en del av datainsamlingen har vi även begärt ut all tillgänglig dokumentation om ekonomisk uppföljning, redovisningar till staten och fördelning av statsbidrag – i syfte att skapa en mer konkret bild av hur reformmedlen har använts och hur de kopplats till regionernas styrning och prioriteringar.

⁴ Vård- och omsorgsanalys (2025), Omtag för omställning - Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: slutrapport

⁵ Socialstyrelsen (2025), Insatser för att stödja omställningen till en god och nära vård 2024

⁶ IVO (2024), Inspektionen för vård och omsorg, Patienter klagar över brist på tillgänglighet och samordning i primärvården, lakttagelser i korthet

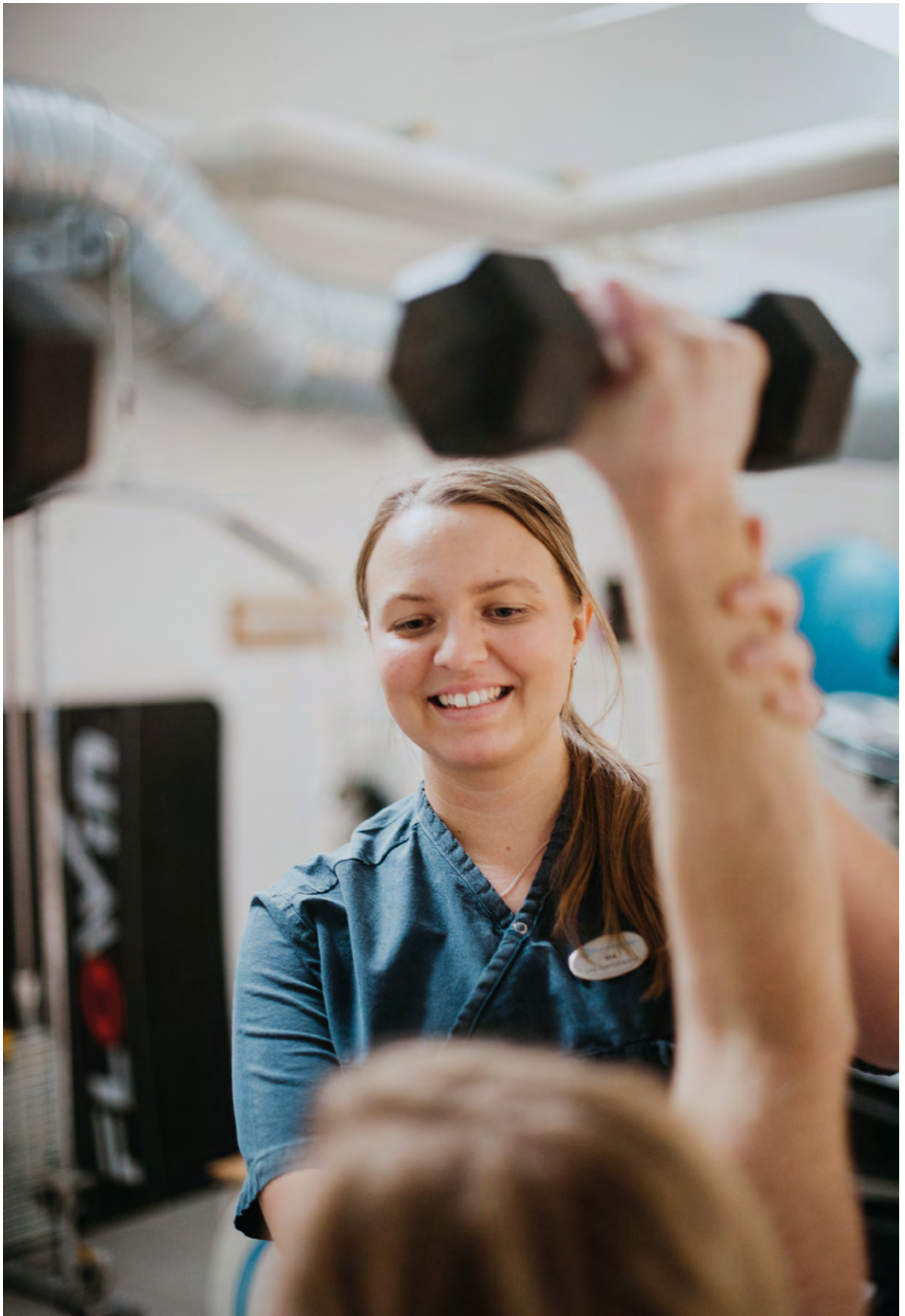
⁷ IVO (2025), Inspektionen för vård och omsorg, IVO:s tillsyn visar att primärvården kräver fortsatt utveckling

⁸ Dagens Medicin, Vårdministern om nära vård: Dags att göra annorlunda,



Intervjuer har genomförts med ett tjugotal personer på nationell och regional nivå. På nationell nivå har vi samtalat med företrädare för intresseorganisationer, vårdgivare och myndigheter. I de tre fallstudieregionerna – Jämtland Härjedalen, Kalmar och Stockholm – har vi intervjuat politiker med ansvar för hälso- och sjukvård, primärvårdschefer, verksamhetsledare, yrkesföreträdare och strateger med särskilt ansvar för omställningsarbetet.

Genom detta angreppssätt kan vi närma oss de praktiska frågorna om resursfördelning, styrning och genomslag med större precision. Denna uppföljning är ett steg mot ökad transparens och kunskap om hur framtida resurser bättre kan stödja en omställning som hittills gått långsamt.



2 Reformens kärna uteblir – primärvården stärks inte i praktiken

Primärvården har fått en tydligt uttalad roll som nav i hälso- och sjukvården, men resurser och personal har inte förstärkts i den omfattning som krävs för att omställningen ska få genomslag. Statsbidragen upplevs ofta som tillfälliga och projektinriktade, snarare än som en stabil grund för långsiktig kapacitetsuppbyggnad. I regionernas budgetar syns ingen tydlig omprioritering till primärvårdens fördel, och utan en mer varaktig resursförstärkning ser målen ut att förbli ouppfyllda.

Detta kapitel redovisar vilka resultat som hittills går att skönja av det pågående omställningsarbetet i Region Jämtland Härjedalen, Region Kalmar och Region Stockholm. Här presenteras både kvantitativa resultat baserade på Socialstyrelsens nyckelindikatorer – tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet – samt kvalitativa resultat från intervjuer med nyckelpersoner i varje region. Inledningsvis ges en överblick på nationell nivå innan de tre regionerna analyseras var för sig.

2.1 Nationella data visar på begränsade förändringar

Omställningen syftar till att patienter ska få en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan, att de är delaktiga utifrån sina förutsättningar och preferenser, samt att hälso- och sjukvårdens resurser används mer effektivt. De tre inriktningsmål som regeringen formulerat för reformen (prop. 2019/20:164) är:

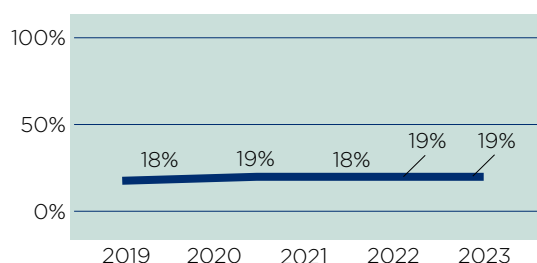
- » ökad tillgänglighet,
- » ökad kontinuitet i primärvården, och
- » mer delaktiga patienter i en personcentrerad vård.

För att följa utvecklingen används ett antal indikatorer från Socialstyrelsen, varav vissa är kategoriserade som "kärnindikatorer". Kvantitativ uppföljning utgör basen för såväl den nationella analysen som de regionala fallstudierna i detta kapitel.

2.1.1 Reformmedel har inte nått primärvården

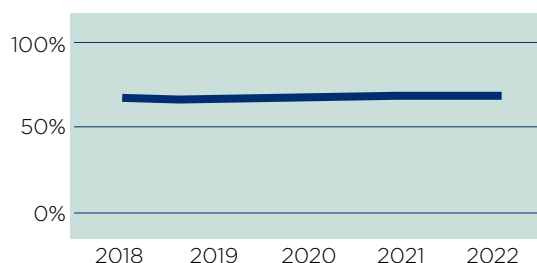
Trots regeringens ambitioner om en primärvårdsledd omställning syns ingen tydlig resursförstärkning till primärvården. Primärvårdens andel av regionernas totala kostnader ligger kvar på i princip samma nivå som före reformen, se Figur 1. Detta bekräftas både i Socialstyrelsens uppföljning och i Vårdanalys slutrapport. De preliminära uppgifter som finns för år 2024 indikerar att andelen ligger kvar på liknande nivåer.

Samtidigt kvarstår personalbristen. Antalet specialister i allmänmedicin per invånare har inte ökat nämnvärt – en utveckling som direkt begränsar primärvårdens kapacitet att ta över ansvar från annan vårdnivå. Vårdanalys konstaterar dessutom att kompetensförsörjningen försämrats, och att målet om en fast läkare till alla patienter är långt ifrån uppnått. För att nå det nationella riktvärdet om en läkare per 1100 patienter skulle antalet specialister i allmänmedicin behöva öka med över 80 procent.



Figur 1: Primärvårdens andel av regionernas totala kostnader är i princip oförändrad

Källa: SCB, Räkenskapssammandrag för regioner



Figur 2: De uppgifter som finns om antal specialistläkare inom allmänmedicin i privat och offentlig regi, per 100 000 invånare har inte förändrats nämnvärt

Källa: Socialstyrelsen, Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal

2.1.2 Svårt att se några effekter i indikatorer som följer utvecklingen

Det stora antalet indikatorer som används för att följa upp reformen, tillsammans med eftersläpning av data och variationer i hur olika aktörer följer upp reformen, gör det svårt att fullt ut följa upp effekterna. Men de nationella indikatorerna som Socialstyrelsen pekat ut visar att reformens löften om en mer tillgänglig, sammanhållen och personcentrerad vård hittills inte har infriats.

Det finns dock vissa indikatorer där en positiv utveckling kan skönjas. Till exempel har andelen patienter som får en medicinsk bedömning inom tre dagar ökat från 81 procent år 2020 till 87 procent år 2023. När det gäller patienternas delaktighet i primärvården har kärnindikatorn ”andelen som upplever sig delaktiga” ökat marginellt, från 82 till 83 procent från 2019 till 2023. Även Socialstyrelsens kärnindikator för ”God och nära vård” avseende kontinuitet - förtroendet för sjukvården i sin helhet - är i princip oförändrat mellan 2019 och 2023.

	2019	2021	2023	
Medicinsk bedömning inom 3 dagar*	81%	82%	87%	
Förtroende för sjukvården i sin helhet	60%	69%	61%	
Delaktighet, patient-rapporterat, primärvård	82%	81%	83%	
*I avsaknad av data för 2019 används 2020 års värden som referens för denna indikator				

Figur 3:
Kärnindikatorer på respektive område

En annan indikator för kontinuitet, som Vårdanalys följer upp, är andelen som upplever att de har en fast läkarkontakt. Inte heller denna har förändrats nämnvärt – enligt International Health Policy Survey var det 33 procent 2020 och 32 procent 2023.⁹ En liknande undersökning från Vårdanalys 2022 och 2024 visar att samma andel var 34 procent respektive år.¹⁰ Samtidigt har regionerna uppgett mer upplyftande siffror i Socialstyrelsens uppföljning av God och nära vård – i snitt uppger regionerna att 59 procent har en fast läkarkontakt. Alltså skiljer sig regionernas bild av andel med fast läkarkontakt från patienternas mer än 25 procentenheter.

Utöver Socialstyrelsens och Vårdanalys uppföljning genomför IVO tillsyn med koppling till omställningen. En granskning från IVO år 2025 pekar på att det finns betydande brister i centrala aspekter av reformen – en indikation på att omställningens medel inte når hela vägen ut till vårdgolvet. Tillsynen visar att 98 procent av de granskade vårdgivarna har brister i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Resultatet från tillsynen visar även att verksamheterna inte alltid känner till begreppet fast vårdkontakt, att vårdgivarna inte i tillräcklig omfattning gör patienterna delaktiga i vården samt att vårdgivarna har utmaningar avseende samverkan med både andra vårdgivare och mellan verksamheter inom samma regioner.

⁹ Vårdanalys (2023), Kontinuitet och fast läkarkontakt Kartläggning av måluppfyllelsen i överenskommelserna om en god och nära vård

¹⁰ Vårdanalys (2024), Fast läkarkontakt i primärvården 2024

2.2 Region Jämtland Härjedalen fortsätter omställningen utifrån en redan inslagen väg

Region Jämtland Härjedalen har fått **368 miljoner kronor** i statliga medel inom ramen för omställningen till God och nära vård under perioden 2019–2025. Beloppen har varierat över åren, med som mest **75,4 miljoner kronor 2023** och som minst **41,1 miljoner kronor 2025**.

Mellan 2019 och 2024 har **Region Jämtland Härjedalen årligen avsatt mellan 19,4 och 20,9 % av sin budget till primärvården**. Som jämförelse är medelvärdet för regioner **18,6 %** för åren 2019–2023.

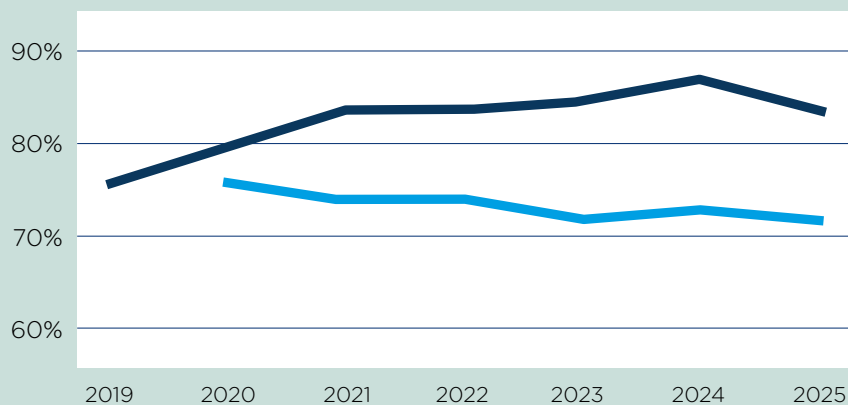
OMSTÄLLNINGSARBETET DRIVS AV LOKALA BEHOV

I Region Jämtland Härjedalen har omställningen till en mer tillgänglig, sammanhållen och personcentrerad vård i stor utsträckning byggt vidare på ett långvarigt utvecklingsarbete. Arbetet med samordnad närvård och ett geografiskt anpassat vårdssystem har pågått i regionen i över 15 år, vilket gör att mycket av det som nu omfattas av den nationella reformen redan har inletts lokalt. Flera av de intervjuade beskriver regionen som ett positivt exempel, men betonar samtidigt att förändringarna främst har drivits av lokala behov och förutsättningar snarare än av nationella styrsignaler.

TIDIGA SATSNINGAR FÖRE REFORMEN HAR GETT ÖKAD STABILITET – MEN FÖRSVÅRAR BEDÖMNING AV REFORMENS EFFEKTER

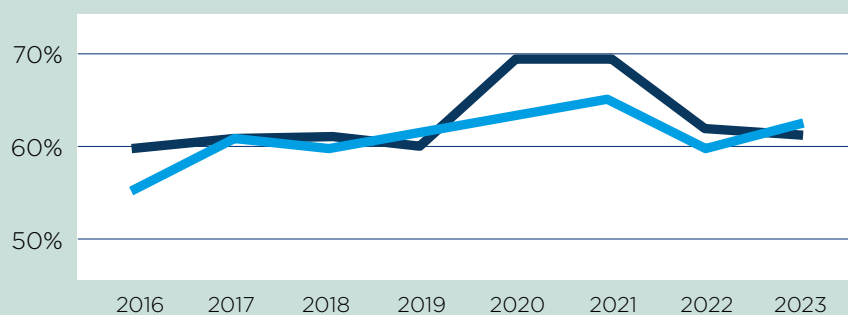
Region Jämtland Härjedalen har genomfört flera organisatoriska förändringar i syfte att förstärka primärvården och skapa bättre förutsättningar för kontinuitet och tillgänglighet. Flera av dessa satsningar inleddes dock långt före den nationella reformen, vilket innebär att dagens positiva resultat till stor del är ett uttryck för ett redan pågående omställningsarbete snarare än ett direkt utfall av reformens genomförande.

Satsningar på ST-tjänster och specialister i allmänmedicin har minskat beroendet av hyrläkare, och vissa hälsocentraler har infört fasta vårdteam och särskilda kontaktvägar för sköra patienter. Dessa insatser har skapat ökad stabilitet i primärvården och anses vara viktiga för att nå målen om kontinuitet och närhet. Samtidigt innebär det långa förarbetet att det är svårt att särskilja vad som faktiskt är en följd av reformen – och vad som är resultatet av lokala, strategiska beslut som fattats långt tidigare. Det försvårar möjligheten att fullt ut utvärdera reformens genomslag i regionen.



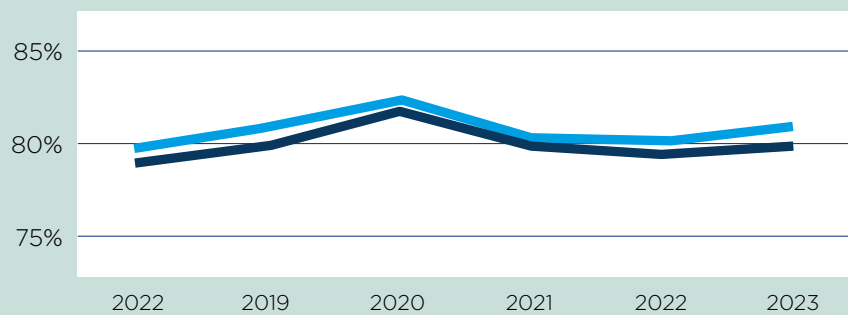
Figur 4: Andel patienter som får en medicinsk bedömning inom 3 dagar, 2019-2025

■ Riket
■ Jämtland Härjedalen



Figur 5: Andel av befolkningen med förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet

■ Riket
■ Jämtland Härjedalen



Figur 6: Andel som upplever att de är delaktiga i sin vård, 2018-2023

■ Riket
■ Jämtland Härjedalen

*Region Jämtland Härjedalen har inte rapporterat andelen med fast läkar-kontakt. I stället redovisar vi här indikatorn för förtroende för sjukvården i sin helhet, en av Socialstyrelsens kärnindikator för att följa upp reformen avseende "kontinuitet".

INSATSER FÖR ÖKAD TILLGÄNGLIGHET GENOMFÖRS, MEN ÄR FORTSATT UTMANANDE

Region Jämtland Härjedalen har länge stått inför utmaningar kopplade till tillgängligheten i primärvården, vilket i hög grad förklaras av regionens stora geografiska yta och långa avstånd – 26 procent av invånarna har över en timmes resväg till närmaste sjukhus. Regionen ligger under rikssnittet när det gäller att erbjuda medicinsk bedömning inom tre dagar (se figur 4). Trots god läkarnärvaro och ett förhållandevis lågt antal patienter per läkare, framhålls möjligheten till snabb kontakt som fortsatt utmanande.

Av våra intervjuer framgår att flera konkreta insatser har genomförts för att förbättra tillgängligheten. Vården för äldre och multisjuka har stärkts, bland annat genom ökad läkarnärvaro på särskilda boenden och genomförande av gemensamma hembesök där primärvårdsläkare och sjukhusläkare samverkar. Ett återkommande exempel är att neurologer och distriktsläkare gör hembesök tillsammans, vilket både bidrar till trygghet för patienten och ökad kunskapsöverföring mellan vårdnivåer. Flera respondenter beskriver detta som ett tydligt resultat av reformarbetet, men understryker också att omställningen sker gradvis och kräver stora resurser.

Digitalisering lyfts som en avgörande komponent i att möta tillgänglighetsutmaningarna, särskilt i glesbygden. Regionen har varit tidigt ute med att införa digitala lösningar såsom webb-tidbokning, egenmonitorering och virtuella akutrum. Samtidigt beskrivs flera hinder, bland annat juridiska processer och tekniska upphandlingar, som har försenat införandet av vissa lösningar. Trots detta ses digitala arbetssätt som en nödvändighet för att både öka tillgängligheten och avlasta vårdens resurser. Inom politiken finns en tydlig medvetenhet om tillgänglighetsproblemen, och flera respondenter beskriver hur indikatorer och resultat aktivt används i styrningen – inte minst genom att tillgänglighet prioriteras i nämndens verksamhetsplanering där behovet är som störst. För att arbetet ska få full effekt framhålls vikten av att det kombineras med fördjupad samverkan mellan primärvård och sjukhus.

PATIENTER UPPLEVER HÖG DELAKTIGHET I VÅRDEN

Patienternas upplevelse av delaktighet i vården har under lång tid varit hög i Region Jämtland Härjedalen. År 2023 uppgav 84 procent att de kände sig delaktiga i sin vård, vilket placerar regionen bland de högst rankade nationellt sett (se figur 6). I intervjuerna lyfts kontinuitet och fasta vårdkontakter som centrala förklaringar till detta resultat. Att möta samma läkare över tid beskrivs som avgörande för att skapa förtroende och förutsättningar för individanpassad vård. Satsningar på mobila team, gemensamma hembesök och digitala lösningar som egenmonitorering lyfts också fram som verktyg för att öka patientens inflytande.

Dessa resultat är samtidigt inte enbart ett direkt utslag av den nationella reformen. Region Jämtland Härjedalen påbörjade sin omställning till en mer

nära och personcentrerad vård långt innan reformens formella lansering. Regionen har sedan flera år haft en av landets högsta nivåer av specialister i allmänmedicin per 100 000 invånare, vilket har skapat strukturella förutsättningar för både kontinuitet och patientdelaktighet. De positiva utfallen bör därför ses som ett resultat av ett långsiktigt utvecklingsarbete, snarare än enbart av de senaste årens reforminsatser.

2.3 Region Kalmar bedriver ett systematiskt omställningsarbete

Region Kalmar har totalt tagit del av **635,85 miljoner kronor** i statliga medel inom ramen för omställningen till god och nära vård under perioden 2019–2025. Beloppen har varierat över åren, med som mest **135,9 miljoner kronor 2021** och som minst **59,1 miljoner kronor 2024**.

Mellan 2019 och 2024 har Region Kalmar årligen avsatt mellan **18,6 och 19,7 % av sin budget till primärvården**. Som jämförelse är medelvärdet för regioner 18,6 % för åren 2019–2023.

REGIONEN HAR ARBAT MED ATT STÄRKA PRIMÄRVÅRDEN UNDER EN LÄNGRE TID

Region Kalmar har under flera år arbetat med att utveckla en mer tillgänglig, sammanhållen och personcentrerad primärvård – och det börjar ge resultat. Regionen ligger något över rikssnittet i flera nationella indikatorer och har genomfört flera strukturella förändringar i syfte att stärka kontinuitet, samverkan och delaktighet. Enligt intervjuerna inleddes omställningsarbetet redan innan den nationella reformen God och nära vård formulerades. År 2023 genomfördes en revidering av primärvårdens uppdrag – den första genomgripande sedan 2009 – där fokus flyttades från kvantitativa mått till kvalitet, tillgänglighet och samordning. Det reviderade uppdraget tydliggör primärvårdens roll som en samordnande aktör i samverkan med både kommuner och sjukhusverksamheter.

TILLGÄNGLIGHETEN TILL PRIMÄRVÅRDEN ÄR I NIVÅ MED RIKET, MEN VISSA UTMANINGAR KVARSTÅR

Statistik visar att Region Kalmar ligger i nivå med rikssnittet när det gäller andelen patienter som får en medicinsk bedömning inom tre dagar (figur 7). I intervjuerna lyfts ändå flera exempel på lokala förbättringsarbeten och ett aktivt arbete med vådsamordnare och styrning på hälsocentralsnivå för att öka tillgängligheten. Vissa hälsocentraler beskrivs ha utvecklat goda arbets-sätt, men dessa har inte nödvändigtvis lett till ett genomslag på regionnivå vilket enligt intervjuer kan bero på utmaningar att nå en systemförändring.

Det framkommer också att uppföljningen av tillgänglighet inte är helt systematisk på enhetsnivå, vilket kan bidra till variationer inom regionen. I intervjuerna nämns att digitala besök har minskat, vilket kan tyda på att tillgängligheten via digitala kontaktvägar inte utvecklats i samma takt som andra delar av vården. Vidare pekar exemplet med en patient som haft över 150 akuta kontakter på tre år på att vissa personer med komplexa behov inte fångas upp i tid, trots flera vårdkontakter.

KONTINUITET HAR FÖRBÄTTRATS, MEN ÄR INTE JÄMNT FÖRDELAD MELLAN ENHETER

Kontinuitet är ett tydligt prioriterat område i Region Kalmar, vilket framgår i både styrdokument och intervjuer. Arbetet har särskilt fokuserats på att öka andelen patienter med fast, namngiven läkarkontakt – framför allt för de med hög vårdtyngd. Enligt regionens uppgifter hade 91 procent av personer i särskilt boende (SÄBO) en fast läkarkontakt vid utgången av 2022. På befolkningsnivå ligger regionen något över riksnittet när det gäller kontinuitet i primärvården (figur 8).

Regionen har arbetat med både organisatoriska och ekonomiska styrmedel för att driva utvecklingen, exempelvis genom Borgholmsmodellen¹¹ och justeringar i ersättningssystemet. Det lyfts fram i intervjuerna att kontinuitet har varit en central del av den reviderade primärvårdsstyrningen sedan 2023, och att det finns en bred förståelse för att detta är en nyckel för kvalitet och trygghet i vården. Samtidigt är utvecklingen inte jämn mellan vårdcentraler. Exempel som Borgholms hälsocentral visar att det är möjligt att nå mycket hög kontinuitet, medan andra enheter ännu inte har uppnått målnivåer. Enligt intervjuer är brist på specialister i allmänmedicin en återkommande utmaning, liksom behovet av att följa upp kontinuitet inte bara som en strukturell parameter, utan även som något som upplevs av patienten i praktiken.

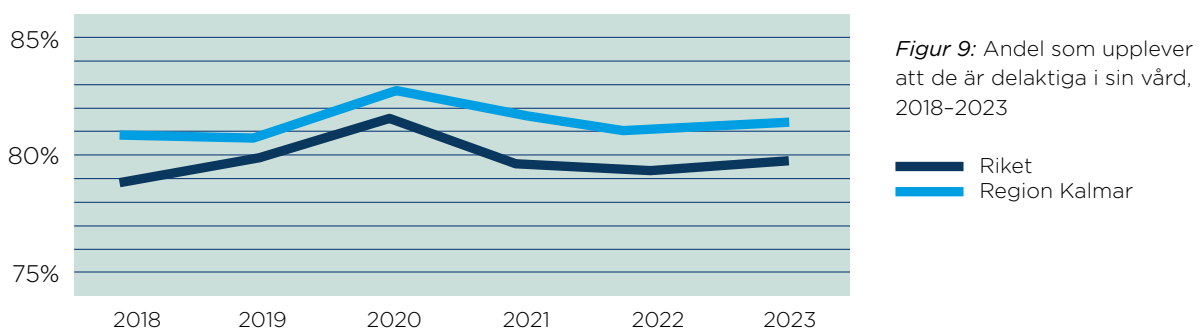
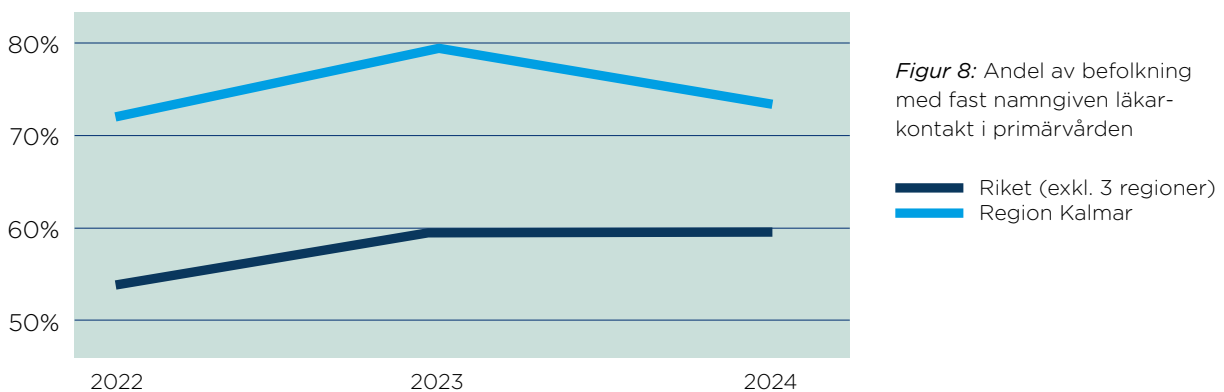
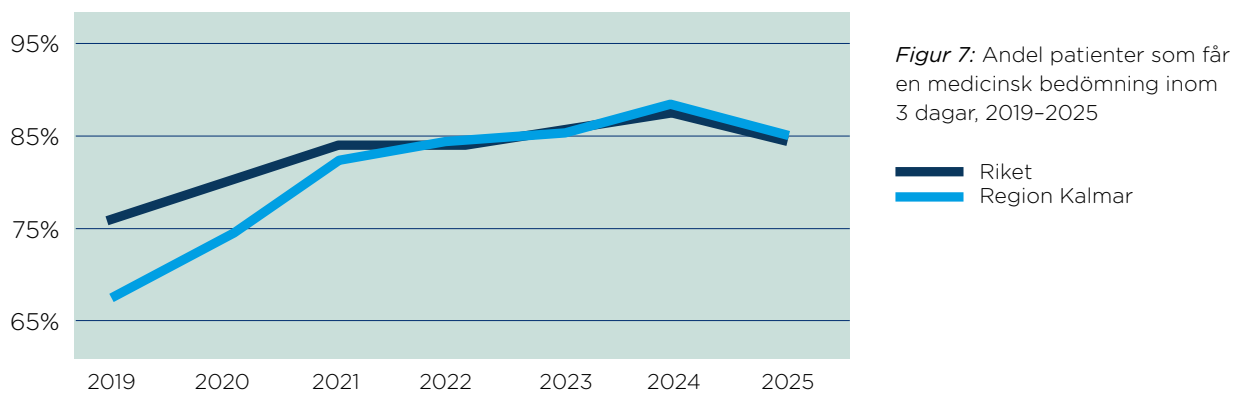
PATIENTDELAKTIGHETEN ÖKAR, MEN DET RÅDER OKLARHET KRING BEGREPPET PERSONCENTRERING

Delaktighet och personcentrering är prioriterade områden i Region Kalmar, både i styrningen av primärvården och i det praktiska utvecklingsarbetet. Enligt statistik ligger regionen något över riksnittet när det gäller andelen patienter som upplever sig delaktiga i sin vård (figur 9). I intervjuerna framkommer att flera satsningar har genomförts för att stärka detta perspektiv, bland annat genom utbildningsinsatser, utveckling av egenvårdsplaner och ökad användning av samordnade individuella planer (SIP). Samverkan med kommunerna har också strukturerats med hjälp av en gemensam målbild och handlingsplaner, där personcentrering utgör ett av fyra prioriterade utvecklingsområden.

¹¹ Borgholmsmodellen är en personcentrerad vårdmodell utvecklad vid Borgholms hälsocentral. Den bygger på Borgholmsprinciperna och samverkan mellan primärvård, hemsjukvård och hemtjänst för att erbjuda trygg, kontinuerlig vård i hemmet – särskilt för äldre och multisjuka.

Det framkommer samtidigt i intervjuer att begreppet personcentrering ofta uppfattas olika i verksamheterna. Många medarbetare anser att de arbetar personcentrerat, men utan att alltid ha ett gemensamt eller konkret förhållningssätt som utgår från individens hela behovssituation. Respondenter pekar även på att uppföljningen av delaktighet inte är tillräckligt systematisk och att det saknas verktyg för att analysera skillnader mellan grupper och vårdcentraler. Det finns därför ett behov av att tydliggöra vad personcentrering innebär i praktiken, och att stödja enheter i att omsätta detta i vardagsarbetet.

Några respondenter lyfter också att det inte räcker att förbättra samverkan mellan region och kommun – det finns behov av att förbättra sammanhanget även inom den regionala vården. Patienter rör sig mellan olika enheter och mottagningar, och det krävs en mer enhetlig syn på ansvar och samordning inom regionen för att personcentrering ska förverkligas fullt ut.





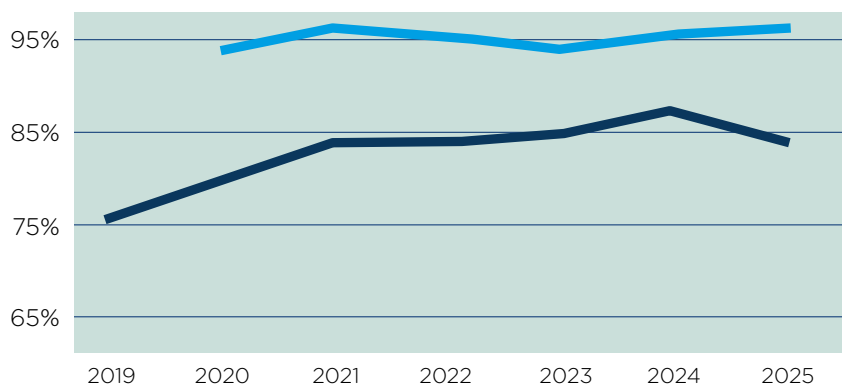
2.4 Region Stockholm ser starkt ut på papperet – men verksamheterna vittnar om något annat

Region Stockholm har totalt tagit del av 6027,1 miljoner kronor i statliga medel inom ramen för omställningen till god och nära vård under perioden 2019–2025. Beloppen har varierat över åren, med som mest 1317,5 miljoner kronor 2021 och som minst 509,6 miljoner kronor 2024.

Mellan 2019 och 2024 har Region Stockholm årligen avsatt mellan 17,2 och 18,2% av sin budget till primärvården. För 2024 uppgick andelen till 17,2%. Regionen har en målsättning att primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdskostnaden ska uppgå till 25% till år 2030.

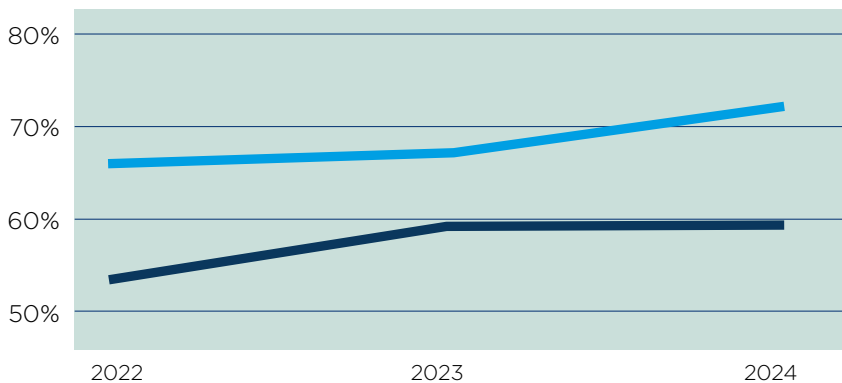
REGION STOCKHOLM: STARK STATISTIK – MEN MOTSÄGELSEFULL BILD I VERKSAMHETERNA

Region Stockholm uppvisar goda resultat i den nationella uppföljningen av omställningen till god och nära vård. Särskilt inom indikatorerna för kontinuitet, delaktighet och till viss del tillgänglighet ligger regionen över eller i linje med rikssnittet. Samtidigt framkommer i intervjuer en annan verklighet. Vårdcentralernas medarbetare beskriver hur uppdragen breddats i takt med att allt fler patientgrupper hänvisas till primärvården – ofta utan att resurser, kompetens eller tydligt stöd har tillförts. Exempelvis nämns patienter med ME/CFS och långvarig smärta, där specialistvårdens roll minskat utan att motsvarande ansvarsförskjutning har kompenserats. Samtidigt uppges det ha blivit svårare att samverka med andra vårdnivåer, särskilt inom psykiatrin där remisser allt oftare avslås. Ökad belastning, bristande resurstilldelning och oklara ansvarsförhållanden skapar stora svårigheter att omsätta omställningens ambitioner i praktiken.



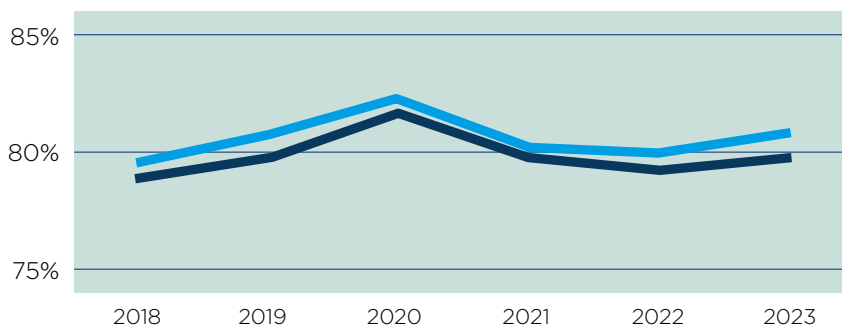
Figur 10: Andel patienter som får en medicinsk bedömning inom 3 dagar, 2019-2025

■ Riket
■ Region Stockholm



Figur 11: Andel av befolkning med fast namngiven läkar-kontakt i primärvården

■ Riket (exkl. 3 regioner)
■ Region Stockholm



Figur 12: Andel som upplever att de är delaktiga i sin vård, 2018-2023

■ Riket
■ Region Stockholm

TILLGÄNGLIGHETEN FÖRBÄTTRAS I STATISTIKEN, MEN SATSNINGARNA HAR GETT BLANDAD EFFEKT

Region Stockholm ligger i nivå med rikssnittet när det kommer till tillgänglighet mätt som andelen patienter som får en medicinsk bedömning inom tre dagar. På pappret visar detta att invånare har god tillgång till primärvård – men i intervjuer återkommer bilden att tillgängligheten i praktiken inte alltid upplevs som tillräcklig. Begränsade telefontider, snabbt slut på tider och regelverk som begränsar antalet ärenden per besök skapar frustration hos både patienter och personal.

För att förbättra tillgängligheten har Region Stockholm gjort flera strukturella och tekniska satsningar. En av dessa är införandet av geografiska samordnare – en funktion som inrättades under pandemin men som nu permanentats och integrerats i det långsiktiga reformarbetet. Syftet är att samordna vårdaktörer lokalt, bland annat genom återkommande samverkansmöten mellan vårdcentraler, kommuner och andra aktörer. Flera intervjupersoner beskriver att detta har lett till tätare kontakt med andra vårdgivare och ett bättre helhetsgrepp kring lokala behov.

Digitalisering är ett viktigt område för regionen. Regionen har infört krav på att erbjuda digifysisk vård – alltså en kombination av fysiska och digitala kontaktvägar – för att avlasta telefon och mottagning och samtidigt förbättra tillgängligheten för de med större behov. Verktyg som egenmonitorering, chattfunktioner och journalåtkomst via 1177 syftar till att både effektivisera vården och stärka patientens delaktighet. Men i intervjuer framkommer att resultaten är blandade. Medan digitala lösningar fungerar väl för vissa grupper, skapar de samtidigt en tröskel för andra – och arbetsbördan för personalen har inte alltid minskat.

SVÅRT ATT SKAPA KONTINUITET NÄR RESURSERNA INTE RÄCKER TILL

Region Stockholm presterar väl jämfört med andra regioner när det kommer till kontinuitet mätt som andelen patienter med fast läkarkontakt. Under 2024 låg Stockholm på 72 procent vilket går att jämföra med rikssnittet på 59 procent. Regionen har infört styrmedel som ska stödja förbättrad kontinuitet, såsom målet om 1:1100 (en specialist i allmänmedicin per 1100 listade patienter), förändrad ersättningsmodell och justeringar i förfrågningsunderlaget för vårdval.

Vill man nå 1:1100 måste man vara ärlig med vad det kostar – det är inte motiverande om det innebär förlust.

– Verksamhetschef
på en vårdcentral

Det är samtidigt flera intervjupersoner som uttrycker att det är svårt att uppnå målet i praktiken. Ersättningen som ges för att sänka listning per läkare upplevs inte täcka de faktiska kostnaderna, vilket gör att vårdcentraler som vill uppnå målet riskerar att gå med underskott. Vissa vårdcentraler vittnar om att de bara har råd att anställa exempelvis en 40-procentig läkartjänst, vilket gör det svårt att skapa den stabilitet och kontinuitet som efterfrågas. Dessutom beskrivs att kontinuitetsmålet i praktiken krockar med andra delar av uppdraget, såsom krav på tillgänglighet, breddade patientgrupper och oförändrade öppettider.

PATIENTER UPPLEVER HÖG DELAKTIGHET I SIN VÅRD, MEN VERKSAMHETERNA UPPLEVER SVÅRIGHETER

Region Stockholm uppvisar höga resultat i den nationella indikatorn för delaktighet, vilket tyder på att många patienter känner sig lyssnade på och involverade i sin vård. Men den bild som personalen i primärvården förmedlar är mer sammansatt. I intervjuer beskrivs hur de organisatoriska förutsättningarna ofta försvårar ett verkligt personcentrerat arbetssätt. Snäva besökstider, ökade krav och omfattande administration lämnar begränsat utrymme för gemensam planering och längre samtal – särskilt med patienter som har komplexa behov.

Flera responderar lyfter också hur möjligheterna till samordning försämrats i takt med att remisser till exempelvis psykiatrien avslås i större utsträckning. Patienter som tidigare hade sin huvudsakliga vårdinsats i specialistvården får nu stanna kvar i primärvården – utan att motsvarande resurser tillförs. Det skapar frustration hos personalen och risk för sämre kontinuitet för patienterna. Även digitala lösningar nämns i detta sammanhang. Tekniken kan visserligen stärka delaktigheten för vissa patienter, men för andra – särskilt äldre eller personer med kognitiva eller språkliga utmaningar – riskerar den att bli ett hinder snarare än ett stöd. Bristande stöd i användningen och parallella kontaktvägar bidrar till att skillnader i upplevelse av delaktighet förstärks snarare än minskar.



3 Varför händer det inte? Fyra hinder som bromsar reformen

Reformen God och nära vård har fått bred uppslutning kring målbilden, men genomförandet bromsas av svag styrning och utebliven resursförstärkning. Flera av de intervjuade beskriver statsbidragen som kortsiktiga och projekt-orienterade snarare än som ett långsiktigt stöd för kapacitetsuppbyggnad. Primärvården upplevs fortfarande som underfinansierad, och det ekonomiska utrymmet räcker inte alltid för att bära de nya ansvarsområden som successivt flyttas över från den specialiserade vården.

I flera regioner syns viljan till omställning – men utan att finansieringen fullt ut når primärvården riskerar reformen att stanna vid ambitioner. I det här kapitlet identifieras fyra centrala faktorer som bromsar reformens genomslag:

1. **Otydlig vision och motsägelsefulla signaler** – reformens mål, begrepp och ansvarsfördelning är otillräckligt definierade på nationell nivå, vilket skapar osäkerhet i genomförandet.
2. **Svag styrning i regionerna** – omställningen saknar ofta operativ förankring, vilket leder till variation i hur reformen tolkas och tillämpas.
3. **Bristande uppföljning och transparens** – målen är sällan mätbara, och det är svårt att följa upp hur resurser används och vilka resultat som uppnås.
4. **Begränsad involvering av privata aktörer** – trots att en stor del av primärvården drivs i privat regi inkluderas dessa aktörer inte fullt ut i omställningsarbetet.

För att illustrera hur dessa hinder tar sig uttryck i praktiken presenteras nedslag från Region Jämtland Härjedalen, Region Kalmar län och Region Stockholm.

3.1 Otydlig vision och motsägelsefulla signaler

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys konstaterar i rapporten Omtag för omställning (2025:1) att genomförandet av reformen mot en god och nära vård präglas av otydlig styrning, avsaknad av gemensam målbild och bristande ansvarsfördelning mellan aktörer.¹²

Avsaknaden av en tydlig nationell inriktning – såväl i begrepp, mål som ansvarsfördelning – har lett till att olika delar av vårdsystemet drar åt olika håll. Detta skapar osäkerhet på både lednings- och verksamhetsnivå och utgör ett av de största hindren för att omställningen ska få genomslag i praktiken. När målen är oklara, rollerna odefinierade och begreppen svårtolkade, bromsas genomförandet och risken ökar för splittrade och kortsiktiga insatser snarare än en samordnad och långsiktig förändring.¹³

DET SAKNAS ETT TYDLIGT OCH GEMENSAMT SYFTE FÖR OMSTÄLLNINGEN

Omställningen till en god och nära vård saknar enligt Vårdanalys ett tydligt och gemensamt formulerat syfte. Begreppet "nära vård" har aldrig definierats i konkreta termer, vilket har lett till att olika aktörer formulerar egna tolkningar och mål. Därmed blir det svårt att samordna arbetet över organisationsgränser och att följa upp utvecklingen på ett enhetligt sätt. I praktiken riskerar reformen att reduceras till ett paraplybegrepp snarare än en samlad rörelse i en bestämd riktning.¹⁴

Begreppet används i dag för att beskriva vitt skilda aspekter: fysisk närhet, digital tillgänglighet, personcentrerade arbetssätt och ökad samverkan. Denna mångtydighet gör det svårt att omsätta visionen i operativ styrning, följa upp utvecklingen och samordna arbetet över organisationsgränser. Avsaknaden av operativa mål försvårar också möjligheten att prioritera resurser och skapa tydlig ansvarsfördelning.¹⁵

SPLITTRAD STYRNING OCH OKLARA ROLLER FÖRSVÅRAR OMSTÄLLNINGEN

Avsaknaden av en gemensam målbild har lett till att olika aktörer inom vårdsystemet – såsom regioner, kommuner, sjukhus och primärvård – arbetar utifrån skilda prioriteringar och förutsättningar. Denna brist på samordning riskerar att förstärka befintliga organisatoriska stuprör och försvårar en sammanhållen utveckling av vården. Vårdanalys konstaterar exempelvis att sjukhusens roll i omställningen är oklar, vilket försvårar en samordnad utveckling där alla delar av vården drar åt samma håll.

En särskilt utmanande aspekt är den oklara rollfördelningen inom vårdsystemet. Det saknas tydlig vägledning för hur olika vårdnivåer, särskilt sjuk-

¹² Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2025). Omtag för omställning – uppföljning av omställningen till en god och nära vård. Rapport 2025:1

¹³ Ibid

¹⁴ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2025). Omtag för omställning – uppföljning av omställningen till en god och nära vård. Rapport 2025:1.

¹⁵ Ibid.

husen, ska bidra till omställningen. Samtidigt som delar av den specialiserade vården förväntas flyttas närmare patienten, finns det ingen gemensam riktning för hur detta ska genomföras. Bristen av samsyn kring hur vårdsystemets olika delar ska bidra till omställningen försvårar etableringen av långsiktiga strukturer, vilket i sin tur bromsar genomförandet av omställningen.¹⁶

3.2 Styrningen i regionerna är svag

Omställningen till en god och nära vård kräver mer än visioner och statliga styrsignaler – det kräver också tydlig och samordnad styrning i det operativa genomförandet. Vårdanalys konstaterar att den statliga styrningen är omfattande men samtidigt otydlig och utan tydligt ansvarsutkrävande. I avsaknad av nationell samordning har mycket av genomförandet överlämnats till regionerna.¹⁷

Den decentraliserade styrmodellen som många regioner tillämpar rymmer både möjligheter och risker. Lokalt anpassade arbetssätt och tillit till professionerna kan skapa engagemang och flexibilitet. Samtidigt riskerar bristen på gemensam riktning och konkret ansvarsfördelning att leda till splittrad tillämpning, svag genomslagskraft och utebliven strukturförändring. Vårdanalys pekar på just detta: att reformen i många fall lett till en rad lokala projekt – snarare än till genomgripande förändringar i hur primärvården styrs, finansieras och fungerar.¹⁸

Även i de tre regioner som studerats – Jämtland Härjedalen, Kalmar och Stockholm – syns detta mönster, om än i varierande grad. Regionerna har valt olika styrmodeller och uppvisar skilda nivåer av politisk och administrativ förankring. Vissa har kommit längre i att formulera en gemensam målbild och etablera strukturer för styrning. Samtidigt kvarstår en gemensam utmaning: att omsätta strategierna i faktisk förändring ute i verksamheterna. Det operativa genomslaget är ofta svagt, och ansvarsfördelningen otydlig, vilket försvårar genomförandet av reformens mål i praktiken.

3.2.1 Region Jämtland Härjedalen styr med en tydlig målbild, men det finns behov av ökad operativ förankring

Styrningen av omställningen till god och nära vård i Region Jämtland Härjedalen präglas av en tydlig strategisk målbild i kombination med en decentraliserad och tillitsbaserad styrfilosofi. På ledningsnivå finns ett starkt förankrat reformarbete med gemensamma styrdokument som Färdplan 2030 och en länsgemensam plan för primärvården. Dessa dokument beskrivs i intervjuer ha skapat struktur och riktning i det strategiska arbetet och har fungerat som grund för samverkan med länets kommuner.

¹⁶ Ibid.

¹⁷ Ibid.

¹⁸ Ibid.

Jämfört med andra regioner, där Vårdanalys identifierat avsaknad av en gemensam målbild och otydlig styrning som hinder för omställningen, framstår Region Jämtland Härjedalen som ett positivt exempel på strategisk samordning. Samtidigt uppvisar regionen liknande utmaningar som andra regioner när det gäller att omsätta strategin i praktiken, särskilt inom sjukhusvården och bland privata utförare. Flera respondenter uttrycker en oro för risken att en förflyttning av patienter och ansvar till primärvården sker utan att tillräckliga resurser och strukturer förstärks. Om primärvården inte får rätt stöd riskerar omställningen att leda till undanträngningseffekter – det vill säga att andra patientgrupper, såsom barn, kroniskt sjuka eller personer med lindrigare besvär, får minskad tillgång till vård när mer resurser går till att hantera komplexa ärenden som tidigare legat på sjukhusnivå. För att stärka reformens genomslagskraft krävs fortsatt arbete med att tydliggöra roller, främja samordning och stödja ett mer enhetligt genomförande i praktiken. I stället för de förbättringar som eftersträvas finns en risk för försämrad vårdkvalitet och ökad ojämlikhet.

TYDLIG STRATEGISK RIKTNING OCH SAMVERKAN I TOPPEN, MEN BEGRÄNSAT GENOMSLAG LÄNGRE UT I ORGANISATIONEN

Regionen har arbetat systematiskt med att skapa en gemensam riktning för omställningen, med stabil förankring på ledningsnivå och ett nära samspel med länets kommuner. På strategisk nivå upplevs styrningen som samordnad och långsiktig. Uppdraget vilar inom den ordinarie linjeorganisationen, vilket har bidragit till kontinuitet i arbetet snarare än splittring i tillfälliga projekt eller parallella strukturer.

Under perioden 2020–2024 har styrdokumentet uppdaterats för att allt tydligare spegla reformens innehåll. Begreppet "God och nära vård" har gått från att vara ett övergripande ideal till att bli en styrande princip i det operativa uppdraget. Exempelvis har krav på läkartid på SÄBO och samverkan med andra aktörer förtydligats i förfrågningsunderlag och uppdrag till hälsocentralerna.

Det framkommer däremot i intervjuer att denna styrning ännu inte fullt ut har fått genomslag i hela organisationen. Förståelsen för reformens innebörd minskar längre ut i verksamheterna, särskilt inom sjukhusvården och bland privata vårdgivare. Det råder i vissa fall osäkerhet om vad uppdraget konkret innebär, vilket skapar variation i hur arbetet bedrivs. Kommunikation och förankring framstår därför som fortsatt viktiga utvecklingsområden för att omställningens intentioner ska bli verklighet.

TILLITSBASERAD OCH DECENTRALISERAD STYRNING HAR SINA FÖRDELAR, MEN RISKERAR LEDA TILL OTYDLIGHET OCH SPRETIGHET

Regionen har valt att inte komplettera styrningen med nya övergripande dokument, utan har i stället förstärkt befintliga strukturer. Den rådande

modellen bygger på tillit till lokalt ledarskap: hälsocentralerna ges stor frihet att själva utforma arbetssätt och insatser utifrån lokala behov. Denna decentraliserade styrning anses särskilt viktig i ett län med stora geografiska variationer, där lokala förutsättningar skiljer sig markant mellan exempelvis Åre och Strömsund. Samtidigt ställer modellen höga krav på lokala chefer att själva tolka och omsätta uppdraget i praktiken.

Den decentraliserade modellen skapar flexibilitet men innebär också en risk för otydlig styrning. När varje verksamhet får stort tolkningsutrymme finns en risk att uppdraget uppfattas olika, vilket kan leda till variation i kvalitet, ansvarstagande och genomförandetak. Detta gäller särskilt i mötet mellan sjukhusvård och primärvård, där flera respondenter uppger att gränserna för ansvar och samordning ibland är oklara. En stärkt struktur för intern kommunikation och gemensam tolkning av uppdraget lyfts som en möjlig väg för att minska dessa variationer.

3.2.2 Region Kalmar har anpassat styrningen inom primärvården, men systemförändring tar tid

Region Kalmar har genomfört en omfattande anpassning av styrningen inom primärvården för att stödja omställningen till en god och nära vård. Arbetet har präglats av långsiktighet och bred förankring, både politiskt och administrativt. Enligt intervjuerna påbörjades omställningen redan före den nationella reformen, med ambitionen att skapa en mer samordnad och individanpassad vård.

EN GEMENSAM MÅLBILD HAR FÖRANKRATS I HELA LÄNET, MEN DET ÄR UTMANANDE ATT OMSÄTTA MÅLBILDEN I PRAKTIKEN

En tydlig målsättning i regionen har varit att få alla aktörer att arbeta mot samma riktning. En gemensam målbild har därför tagits fram tillsammans med länets samtliga 12 kommuner och beslutats av både regionfullmäktige och respektive kommuns kommunfullmäktige under 2023. Målbilden fokuserar bland annat på fyra utvecklingsområden: hälsofrämjande arbete, personcentrering, kontinuitet och samverkan.

Styrningen har enligt flera intervjupersoner successivt "sipprat ner" i organisationen, och man beskriver hur det skapats en tydligare medvetenhet i verksamheterna kring vad omställningen innebär. Samtidigt betonas att det fortfarande är utmanande att omsätta målbilden i praktiken – särskilt när det gäller att få alla verksamhetschefer att ta till sig och agera utifrån de nya kraven. En respondent uttrycker att det är svårt att få systemförflyttningen att ske.

Vi har jättemånga goda öar
– det görs mycket bra. Men
det är svårt att få det att bli
en systemförflyttning.

– Tjänsteman i regionen

STYRMODELLEN HAR JUSTERATS – BORGHOLMSMODELLEN HAR HAFT STOR BETYDELSE

Regionen har genomfört flera förändringar i styrmodellen. En av de mest betydelsefulla är integreringen av Borgholmsmodellen i förfrågningsunderlaget för primärvården. Borgholms hälsocentral har sedan tidigare arbetat med ett helhetsorienterat och team-baserat arbetssätt som nu påverkar hela regionens kravformulering i vårdvalet.

Förfrågningsunderlagen har samtidigt utvecklats stegvis mellan 2020 och 2025 för att konkretisera intentionerna med god och nära vård. Successivt har krav införts på fast vårdkontakt, samverkan vid utskrivningar, helgöppna hälsocentraler och ökat ansvar för digital tillgänglighet och riktade hälso-samtal. År 2022 infördes ett särskilt avsnitt om god och nära vård, och från 2023 har primärvårdens samordningsansvar markerats tydligare. Utvecklingen har skett gradvis, men systematiskt, med syftet att förstärka primärvårdens roll som nav i vården.

ERSÄTTNINGSMODELL OCH PRIORITERINGSVERKTYG HAR ANPASSATS FÖR ATT STÖDJA OMSTÄLLNINGEN

Regionen har förenklat ersättningsmodellen, från elva till fem huvudsakliga poster, och infört ett nytt uppdrag för primärvården med en starkare koppling till det allmänmedicinska uppdraget. Modellen styrs i högre grad av vårdtyngd och listning snarare än besöksvolym.

Ett centralt inslag är införandet av en prioriteringsmodell som bygger på diagnosklassificeringen ACG (Adjusted Clinical Groups) och vårdbehovsgrupper (RUB). Modellen används för att identifiera patienter med störst vårdbehov – exempelvis de med RUB 5 – och styra resurser därefter. I denna grupp har också andelen med fast läkarkontakt ökat, enligt uppgifter från intervjuerna. Regionen uppger att detta bidragit till mer riktad resursanvändning.

VÅRDSAMORDNARE ETABLERADES TIDIGT FÖR ATT STÄRKA HELHETEN

Redan 2018 infördes rollen som vårdsamordnare på alla hälsocentraler. Rollen har enligt intervjuerna haft stor betydelse för att förbättra samverkan med kommuner, särskilt i övergången mellan slutenvård, primärvård och hemsjukvård. Uppdraget är bredare än enbart utskrivningsansvar och omfattar även att identifiera och samordna vård för patienter med omfattande eller återkommande behov. En vårdsamordnare fungerar som en sammanhållande länk mellan läkare, hemsjukvård, biståndshandläggare och specialistvård, med målet att skapa trygghet och undvika onödiga återinläggningar¹⁹. Intervjuerna pekar på att detta varit ett konkret och uppskattat steg i riktning mot mer individanpassad vård – även om arbetssättet fortfarande är under utveckling på vissa håll.

¹⁹ Region Kalmar. (2023). Rutin för vårdsamordnare – expert på samordning

EN KULTURELL OMSTÄLLNING BROMSAR FÖRFLYTTNINGEN FRÅN SJUKHUS TILL PRIMÄRVÅRD

Utöver organisatoriska förändringar lyfter flera intervju-personer att en av de största utmaningarna ligger i den kulturella förflyttningen – särskilt när det gäller att överföra uppdrag från sjukhus till primärvård. Det inte räcker med formella förändringar; det krävs en förändrad syn på ansvar och arbetsfördelning inom hela hälso- och sjukvårdssystemet.

Flera betonar att uppdragsförskjutningen måste följas av resurser och kompetens – annars riskerar primärvården att överbelastas samtidigt som sjukhusens arbetssätt förblir oförändrade.

Det har varit svårt när saker ska flyttas från sjukhus till primärvård. Vi har haft ingångar där det länge varit ett bekymmer.

– Tjänsteman i regionen

TILLITSBASERAD UPPFÖLJNING – MEN FORTSATT BEHOV AV STÖD I GENOMFÖRANDET

I samband med det nya primärvårdsuppdraget har även uppföljningsmodellen förändrats. En mer tillitsbaserad dialoguppföljning har införts som komplement till uppföljningen via 1177. Den bygger på dialog mellan hälsocentralen och Hälsoval Kalmar, där återkoppling från både patienter, sjukhus och kommuner vägs in.

Modellen har tagits emot positivt, men det framkommer också att uppföljningen behöver stärkas med bättre stöd för analys och reflektion i verksamheterna. Intervjuerna visar att vissa enheter efterfrågar mer konkret hjälp i hur de ska omsätta mål och indikatorer i det dagliga arbetet. Flera nämner även att det finns en tröghet i att få spridning på goda exempel och att det saknas tillräcklig uppföljning på enhetsnivå för vissa mått, exempelvis tillgänglighet.

3.2.3 Region Stockholm: Avsaknad av styrning hämmar omställningen

Styrningen av omställningen till god och nära vård i Region Stockholm har under en längre tid varit begränsad. Det var först 2024 som en handlingsplan antogs av primärvårdsnämnden, vilket markerar ett tydligare steg i arbetet med att implementera reformen. Samtidigt återstår flera utmaningar kopplade till samordning, målstyrning och ekonomiska förutsättningar. Vårdcentralernas roll som nav i vården har exempelvis ännu inte definierats på ett enhetligt sätt, och det finns en risk att styrningen inte fullt ut stödjer omställningens intentioner.

REGIONREVISORERNAS GRANSKNING VISAR PÅ OTILLRÄCKLIG MÅL- OCH RESULTATSTYRNING

Regionrevisorerna har i sin granskning av omställningen till god och nära vård i Region Stockholm från 2023 lyft fram flera brister i styrningen av reformen. Enligt deras bedömning har varken hälso- och sjukvårdsnämnden eller primärvårdsnämnden formulerat tillräckligt tydliga mål för omställningen. Det saknas en konkret målstyrning som kan vägleda utvecklingen och skapa tydlighet för berörda aktörer inom vården. Särskilt framhålls att det fortfarande är oklart vad det innebär att vårdcentralerna ska fungera som nav i hälso- och sjukvårdssystemet – en åtgärd som visserligen nämns i regionens genomförandeplan men som ännu inte konkretiserats eller försetts med operativa mål. Revisorerna konstaterar också att centrala begrepp, såsom "god och nära vård" och "primärvårdens samordningsansvar", inte har definierats tillräckligt tydligt. Detta försvårar en gemensam förståelse för hur omställningen ska genomföras i praktiken och hur resurser och åtgärder bör fördelas.

Granskningen pekar även på att det visserligen pågår flera initiativ för att utveckla både primär- och specialistvård, men att dessa riskerar att bli fragmenterade i frånvaro av en samlad styrning mot ett gemensamt mål. Revisorerna varnar särskilt för att den nya strategiska plan för hälso- och sjukvården som håller på att tas fram kan bli alltför övergripande, vilket skulle minska dess värde som ett operativt styrinstrument. I förlängningen innebär detta en risk att de övergripande målen om god och nära vård inte nås.²⁰

REGIONEN HAR TAGIT FRAM EN GENOMFÖRANDEPLAN FÖR NÄRA VÅRD

Hälso- och sjukvårdsnämnden har 2022 antagit en ny genomförandeplan för nära vård²¹ som ersatte den tidigare genomförandeplanen för primärvårdsstrategin. Genomförandeplanen innehåller flera strategiska inriktningar, inklusive att tillhandahålla en primärvård med hög tillgänglighet, kvalitet och kontinuitet, samt ett mer hälsofrämjande och personcentrerad vård.

För att uppnå dessa mål krävs att effektiv resursanvändning säkerställs och att rätt kompetenser tillhandahålls, både för nuvarande och framtida behov. I intervjuerna uttrycker dock flera respondenter tveksamhet till om dessa förutsättningar verkligen finns på plats. De pekar särskilt på att personalbrist och otillräcklig finansiering försvårar möjligheten att realisera planens ambitioner i praktiken.

²⁰ Region Stockholm, Regionrevisorerna – Granskning av styrning och uppföljning inom ramen för omställningen till Nära vård, 2023

²¹ Region Stockholm. (2022). Genomförandeplan för nära vård (HSN 2021-1966)



REGIONEN HAR JUSTERAT I FÖRFRÅGNINGSUNDERLAGEN MEN ERSÄTTNINGARNA FÖR ATT NÅ 1:1100 TÄCKER INTE KOSTNADERNA

Som ett led i arbetet för att stärka primärvårdens roll har Region Stockholm antagit en handlingsplan för att uppnå målet om en fast läkarkontakt²² för varje patient, med ett riktvärde om 1:1100 listade patienter per specialist i allmänmedicin enligt Socialstyrelsens rekommendation. I linje med detta har förfrågningsunderlagen från 2024 skärpts med tydligare krav på bemanning, inklusive antal och tjänstgöringsgrad för specialister och distriktssköterskor. Ersättningsmodellen har samtidigt justerats för att främja kontinuitet, med ökad viktning av listning och vårdtyngd (CNI och ACG), och minskad andel besöksersättning.

Trots dessa åtgärder framkommer i intervjuer att den ersättning som vårdcentralerna kan få inte täcker kostnaderna för att nå målet. Att anställa tillräckligt med personal för att sänka listningstalen innebär i praktiken en merkostnad för enheterna – även om det långsiktigt ger vinster i form av ökad kontinuitet och minskad belastning.

²² Region Stockholm. (2024). Handlingsplan för fast läkarkontakt (PVN 2024-0114)

3.3 Bristande uppföljning och transparens

För att omställningen till god och nära vård ska bli mer än en vision krävs att utvecklingen kan följas upp systematiskt och transparent. Det handlar inte bara om att redovisa vilka insatser som genomförts, utan också om att bedöma deras effekter, styra resurser mot det som fungerar och skapa lärande i systemet. Utan spårbarhet mellan satsade medel, konkreta åtgärder och uppnådda resultat försvagas styrningen – både på nationell nivå och i de enskilda regionerna.

Enligt Vårdanalys rapport Omtag för omställning (2025:1) är uppföljningen av reformens genomförande svagt utvecklad på nationell nivå. Målen saknar ofta konkreta indikatorer och är sällan tidsatta, vilket gör det svårt att bedöma i vilken grad intentionerna förverkligas. Statsbidragen har därtill använts utan tydlig koppling till uppföljningsbara resultat, och återrapporteringen till staten sker i många fall på en så övergripande nivå att det inte går att följa pengarna eller utvärdera effekterna.

I denna uppföljning ser vi samma mönster. Vid granskning av återrappor-eringen från Region Jämtland Härjedalen, Region Kalmar och Region Stockholm framgår att det inte är möjligt att spåra hur medlen konkret har använts – trots att beloppen formellt redovisas. Återrapporeringen till Kammarkollegiet sker i breda kostnadsposter som ”egen personal” eller ”inhyrd vård”, medan redovisningen till Socialstyrelsen beskriver vilka tematiska insatser som genomförts. Eftersom det inte finns någon tydlig koppling mellan dessa redovisningar blir insynen begränsad och gör det svårt även för interna aktörer att förstå hur pengarna har använts. Utan gemensam struktur för uppföljning, analys och återkoppling riskerar reformen att drivas vidare utan lärande – och utan att det går att säkerställa att medlen har använts i linje med reformens syften.

3.3.1 Region Jämtland Härjedalen rapporterar insatser- men inte vad pengarna använts till

Region Jämtland Härjedalen har genomfört flera insatser i linje med omställningen till god och nära vård. Samtidigt visar vår granskning att det saknas tillräcklig systematik i uppföljningen och att det är svårt att spåra hur statsbidragen använts i praktiken. Detta försvårar uppföljning och möjligheten att bedöma om bidraget har använts i enlighet med reformens syften.

DET FINNS BEHOV AV STÄRKT SYSTEMATIK OCH MÄTBARHET

Regionrevisorerna i Jämtland Härjedalen granskade under 2024 regionens införande av reformen God och nära vård. Granskningen visar att Region Jämtland Härjedalen har påbörjat ett omfattande arbete med att ställa om

vården i linje med målbilden för god och nära vård. Nya arbetssätt, såsom ökad användning av digitala lösningar och en förstärkt primärvård, har införts på flera håll. Samtidigt är uppföljningen av omställningen bristfällig. Det saknas i många fall en tydlig systematik för att följa upp och mäta effekterna av de nya arbetssätten på ett strukturerat sätt. Varken verksamhetschefer eller enhetschefer upplever att det finns tillräckligt utvecklade verktyg för att bedöma hur förändringarna påverkar exempelvis patientflöden, patientsäkerhet eller tillgänglighet. Utan en stärkt och mer systematisk uppföljning anser regionrevisorerna att regionen riskerar att sakna underlag för att säkerställa att omställningen leder till de effekter som eftersträvas i målbilden för god och nära vård.

Regionen har samtidigt tagit viktiga steg genom att formulera en målbild för omställningen samt satt upp ett antal indikatorer för uppföljning. Bland annat följs utvecklingen genom nationella indikatorer kopplade till fast läkarkontakt, tillgänglighet och patienters delaktighet i vården. Samtidigt visar granskningen att dessa indikatorer i praktiken används i begränsad utsträckning som styrmedel i det löpande förbättringsarbetet. Det finns ett behov av att inte bara följa indikatorer, utan också systematiskt använda resultaten för styrning, prioritering och verksamhetsutveckling.²³

OTYDLIG ÅTERRAPPORTERING FÖRSVÅRAR INSYN I HUR MEDLEN ANVÄNTS

Regionrevisorerna i Jämtland Härjedalen konstaterar att beslut om hur statsbidragen ska användas har fattats av regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden, men att någon delredovisning inte har upprättats – vilket enligt revisorerna innebär att det inte varit möjligt att granska hur medlen faktiskt har använts. Detta speglas också i skillnaderna mellan återrapporteringen till Socialstyrelsen och Kammarkollegiet.

Vid en jämförelse mellan Region Jämtland Härjedalens återrapportering till Socialstyrelsen och Kammarkollegiet framträder tydliga skillnader i detaljnivå och innehåll. Återrapporteringen till Socialstyrelsen innehåller en tematisk beskrivning av insatser som genomförts med stöd av statsbidraget, inom områden som samverkan, personcentrering, digitalisering, tillgänglighet och kompetensförsörjning. Här framgår exempelvis att medel använts för att utveckla vårdteam, införa patientkontrakt, förlänga öppettider och genomföra handledarutbildningar för sjuksköterskor.

I rapporteringen till Kammarkollegiet redovisas däremot endast ekonomiska summor i breda kostnadskategorier, som "egen personal", "köpt vård", "övriga varor och tjänster" eller "inhyrd personal". Även om totalsumman motsvarar det utbetalda statsbidraget, saknas koppling mellan de ekonomiska posterna och de faktiska insatserna som beskrivs i Socialstyrelsens rapport. Det framgår exempelvis inte vilka typer av tjänster som köpts in,

²³ Region Jämtland Härjedalen, Granskningsrapport av God och Nära Vård, 2024

hur personalresurser använts eller vilka delar av verksamheten som stärkts med hjälp av medlen. Den låga detaljnivån i den ekonomiska redovisningen gör det därmed svårt att följa hur medlen konkret har använts eller vilka resultat de bidragit till. Detta försvårar inte bara uppföljning och lärande, utan även möjligheten att bedöma om bidraget har använts i enlighet med reformens syften.

Exempel på hur samtliga medel har använts år 2022 utifrån regionens rapportering till Socialstyrelsen

Styrning, ledarskap och samverkan: En läns-gemensam målbild och handlingsplan har tagits fram. Samverkan med kommuner har stärkts, bl.a. vid utskrivningar.

Arbetsätt för personcentrering, delaktighet och kontinuitet: Vårdteam, patientkontrakt och individuella planer har införts.

Digitalisering och nya arbetsätt: Egen-monitorering har testats och gemensam journalföring med kommuner inletts.

Tillgänglighet: Öppettider har förlängts, hembesök ökat och särskilda telefonlinjer införts. Mobila team har minskat antalet utskrivningsklara patienter.

Kompetensförsörjning och medarbetarutveckling: 100 handledarutbildningar har genomförts och 48 sjuksköterskor vidareutbildats med fördubblade medel.

 KAMMARKOLLEGIET		Ekonomisk redovisning för bidrag enligt regeringsbeslut	
Period som bidraget avser:		2022	
INTÄKTER		BELOPP	
Utbetalat bidrag:		64 410 035	
KOSTNADER		BELOPP	
Löner och sociala avgifter			
-Projektledare			
-Utredare/handläggare			
-Egen personal		33 777 000	
Delsumma:		33 777 000	
Kontor, resor och revision			
-Indirekta kostnader (avdelning/enhets)			
-Resor		255 000	
-Revision			
Delsumma:		255 000	
Övriga kostnader			
-Köpt vård		4 409 000	
-Inhyrd personal			
-Övriga varor och tjänster		25 969 035	
Delsumma:		30 378 035	
SUMMA KOSTNADER		64 410 035	

3.3.2 Region Kalmar saknar granskning och uppföljning av medel i omställningsarbetet

Hur statsbidragen för god och nära vård faktiskt har använts i Region Kalmar är svårt att följa. Regionen har valt en icke-projektbaserad modell där resurser integreras i ordinarie verksamhet. Det försvårar insyn i hur medlen konkret fördelats – något som även märks i de rapporter som lämnats till statliga myndigheter där detaljerad uppföljning saknas i den ekonomiska redovisningen till Kammarkollegiet.

Till skillnad från flera andra regioner har regionrevisorerna i Kalmar inte genomfört någon särskild granskning av omställningen till god och nära vård, vilket ytterligare försvårar möjligheten att utvärdera hur medlen har använts och vilka resultat som uppnåtts.

REGION KALMAR FÖLJER INTE UPP HUR STATS BIDRAGEN HAR FÖRDELATS

Region Kalmar har genomfört flera insatser för att ställa om till god och nära vård, men följer inte upp hur statsbidragen har fördelats mellan olika verksamheter. Intervjuszvaren visar att regionen medvetet valt att inte arbeta projektbaserat eller knyta finansiering till enskilda satsningar. I stället har man fördelat medlen direkt till förvaltningar och arbetat vidare inom befintliga strukturer. Detta har enligt dem bidragit till långsiktighet, samtidigt som transparensen kring medelsanvändning är låg.

Vi jobbar inte i projekt och pengasätter inte på det sättet, vilket gör att vi inte kan redovisa hur statsbidraget fördelats. Det viktiga är vad som faktiskt händer – inte varje krona.

– Tjänsteman i regionen

Fokus ligger på att bygga ett gemensamt förhållningssätt i hela vårdkedjan, snarare än att spåra exakt hur pengarna har använts. I intervjuer framkommer att arbetet med uppföljning i stället sker via verksamhetsdialoger, patientfall och tematiska utvecklingsområden. Det finns en tydlig medvetenhet om vilka grupper som ska prioriteras – men få verktyg för att bedöma om resurserna verkligen har styrts dit.

EKONOMISK REDOVISNING UTAN KOPPLING TILL INSATSER FÖRSVÅRAR UPPFÖLJNING

Region Kalmar har tagit emot 136 miljoner kronor i statsbidrag inom ramen för omställningen till en god och nära vård under 2021. I rapporteringen till Kammarkollegiet redovisas dessa medel i breda kostnadsposter som "Nära vård" (ca 52,3 miljoner), "Vårdens medarbetare" (ca 67,2 miljoner) och "Vision e-hälsa" (ca 2,2 miljoner) – utan ytterligare specifikation. Det framgår inte vilka konkreta åtgärder eller verksamheter som medlen har finansierat, vilket gör det svårt att bedöma hur resurserna faktiskt har fördelats och vad de lett till.

I rapporteringen till Socialstyrelsen ges visserligen en mer nyanserad beskrivning av de insatser som genomförts – exempelvis utveckling av vårdsamordnare, pilotprojekt för preventiva hembesök och förstärkning av personcentrerade arbetssätt. Men sambandet mellan dessa åtgärder och de redovisade ekonomiska posterna i rapporteringen till Kammarkollegiet är inte tydligt. Det krävs tolkning snarare än transparens för att koppla ihop resurser och resultat. I intervjuerna beskrivs hur medlen har integrerats i regionens ordinarie verksamhet snarare än öronmärkts för enskilda åtgärder. Det har möjliggjort ett långsiktigt och sammanhållet arbetssätt, men samtidigt inneburit att det saknas tydlig spårbarhet mellan tillförda resurser och genomförda insatser – vilket i sin tur försvårar uppföljning och utvärdering.

Exempel på hur medel inom kategorin "Nära vård" (52,2 mnkr) har använts år 2021 från regionens rapportering till Socialstyrelsen Nära vård (52,2 miljoner)

Förbättrad samverkan mellan vårdnivåer: Samarbete mellan primärvård och kommunal vård och omsorg har stärkts, bland annat genom gemensamma arbetssätt och strukturer.

Digitalisering som stöd för närhet och tillgänglighet: Digitala lösningar har utvecklats, inklusive pilotprojekt för digital symtombeskrivning, bedömning och chatt – i syfte att förenkla kontaktvägar och minska behovet av fysiska besök.

Stärkt delaktighet för patienter och medarbetare: Delaktighetsmodeller har använts för att involvera både invånare och personal i utvecklingsarbetet. Studiecirkel har genomförts med deltagande från patienter, närstående och medarbetare.

Förebyggande och personcentrerade arbetssätt: Preventiva hembesök för 79-åringar utan hemtjänst/hemsjukvård samt etablering av patient- och närståendeexpedition för ökat inflytande.

KAMMARKOLLEGIET		Ekonomisk redovisning för bidrag enligt regeringsbeslut
Period som bidraget avser: År 2021		
INTÄKTER		BELOPP
Utbetalt bidrag:		135 968 313
KOSTNADER		BELOPP
Löner och sociala avgifter		
Projektleddare och samordnare		1 095 975
-Nära vård		52 275 905
-Vårdens medarbetare inkl vidareutb sjuksköterskor, kamriärgänster specialistsjuksköterskor		67 152 416
1177		2 215 521
Ambulans		2 117 852
Vision e-hälsa		2 215 521
Delsumma:		127 073 190
Kontor, resor och revision		
-Indirekta kostnader (avdelning/enhets)		8 895 123
-Resor		
-Revision		
Delsumma:		8 895 123
Övriga kostnader		
-		
-		
-		
Delsumma:		0
SUMMA KOSTNADER		135 968 313

3.3.3 Region Stockholm saknar samlad uppföljning och tydliga indikatorer för god och nära vård

Det går i dag inte att följa hur Region Stockholm har använt de statliga medel som tilldelats inom ramen för omställningen till god och nära vård. Flera politiker och tjänstepersoner i regionen vittnar i intervjuer om att de själva försökt skapa en överblick, men att det saknas sammanhängande uppföljning som gör detta möjligt. Regionrevisorerna bekräftar bilden och konstaterar att varken hälso- och sjukvårdsnämnden eller primärvårdsnämnden har tillräcklig kontroll över hur arbetet fort-

skrider. Målen för omställningen har inte följts upp systematiskt, och inga gemensamma indikatorer har tagits fram i samverkan med kommunerna. Resultatet blir att det inte bara är svårt att bedöma framdriften – det är även oklart hur resurserna har använts eller vilka resultat som uppnåtts.

Det är jättesvårt att följa pengarna. Vad är Nära vård-pengar, vad är sektorsbidrag och så vidare? Ingen verkar riktigt veta eller kunna följa detta.

– Politiker i Region Stockholm

REGION STOCKHOLM REDOVISAR BÅDE INSATSER OCH MEDELS-ANVÄNDNING FÖR 2020 OCH 2021 – MEN PÅ EN GENERELL NIVÅ

I Region Stockholms rapportering till Kammarkollegiet för åren 2020 och 2021 finns det som komplement till redovisningen av medel även text som förklarar vilka insatser som genomförts under året. Redovisningen för dessa år särskiljer sig från andra regioner och är ett av få goda exempel på transparent redovisning som gör det möjligt att förstå hur statsbidraget har omsatts i konkret verksamhetsutveckling. För år 2022 saknas detta, och för efterföljande år återfinns enbart kvalitativ uppföljning till Socialstyrelsen.

Även om redovisningen år 2020 och år 2021 är mer detaljerad än övriga, finns utrymme för förtydligande i hur väl de redovisade kostnadsposterna kopplas till de beskrivna insatserna. I rapporteringen för år 2021 återfinns i huvudsak ett innehållsmässigt stöd för hur statsbidraget har använts, och flera av de större posterna – såsom satsningar på personcentrerad vård, målbildsarbete och digital utveckling – speglas även i den tematiska beskrivningen. Områden som patientkontrakt, geografiskt samordnande vårdcentraler och digifysisk vård redovisas med relativt god detaljnivå. Samtidigt behandlas kostnadsposter som "1177", "ambulanssjukvård" och "vision e-hälsa" mer översiktligt, utan tydlig koppling till specifika aktiviteter eller resultat. Det innebär att sambandet mellan vissa ekonomiska utgifter och konkreta genomförda insatser inte fullt ut framgår.

I redovisningen till Kammarkollegiet framkommer att Region Stockholm under 2021 använt 190 miljoner till "Målbild och process för omställningen till nära vård". I den tillhörande beskrivningen framkommer att dessa medel främst gått till att etablera den politiska styrgruppen Vård i samverkan (VIS) samt att ta fram och förankra en gemensam huvudöverenskommelse om hälsa, vård och omsorg mellan regionen och länets kommuner. Det är således inte möjligt att följa mer detaljerat hur medlen använts eller vilka konkreta åtgärder som finansierats.

Exempel på hur medel inom kategorin "Målbild och process för omställningen till en nära vård" (190 miljoner) har använts år 2021 från regionens rapportering till Socialstyrelsen

Etablering av Vård i samverkan (VIS)

– en gemensam politisk styr-grupp mellan Region Stockholm och länets kommuner, som samordnar den strategiska inriktningen för omställningen till nära vård.

Antagande av en huvudöverenskommelse om hälsa, vård och omsorg – framtagna av VIS och rekommenderad för beslut i regionen och kommunerna, med mål om en samordnad, personcentrerad och sömlös vård.

Region Stockholm		19 (19)
REDOVISNING AV ÖVERENSKOMMELSE GOD OCH NÄRA VÅRD 2021		RED 2003 RS 20220010
Överenskommelsen för God och Nära vård 2021		
Redovisning av medel		Använda medel
		2021
Utveckling av den nära vården med primärvården som näv		555
Utvecklingen av den fysiska och digitala tillgängligheten i primärvården		16
Utvecklingen av och stödet för ökad kontinuitet och relationskapande åtgärder		30
Utvecklingen av och stödet för personcentrerad hälso- och sjukvård, Fast läkarkontakt, Patientkontrakt		304
Övergripande pågående arbetet med e-hälsa och digitalisering		15
Målbild och process för omställningen till en nära vård		190
Goda förutsättningar för vårdens medarbetare		583
En ändamålsenlig kompetensförsörjning för omställning till en nära vård		
Utveckla förutsättningarna på arbetsplatsen		
Utbilda vårdens framtida medarbetare		
Vidareutbildning för sjuksköterskor		92
Insatser för vidareutbildning för sjuksköterskor		
Kamförtjänster för specialist/sjuksköterskor		23
Utveckla kamförtjänster för specialist/sjuksköterskor		
Utveckling av 1177 Vårdguiden		23
Utveckling och modernisering av 1177 Vårdguiden		
Visste E-hälsa		23
Strukturerad vårdinformation och standardisering samt trygg och säker informationshantering		
Totalt Ambulans		18
Utveckla ambulanssjukvården, göra ambulanssjukvården mer jämlik och effektiv		
Summa insatser för God och nära vård 2021		1 317

3.4 Privata aktörer lämnas utanför

Privata vårdgivare utgör en betydande del av den svenska primärvården och har därmed en viktig roll i genomförandet av omställningen till en god och nära vård. Enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys står dessa aktörer dock ofta inför särskilda förutsättningar och utmaningar. Bland annat lyfts att privata vårdgivare inte alltid inkluderas i regionala samverkansforum och att de i vissa fall saknar tillgång till gemensamma digitala system, vilket kan försvåra informationsdelning och samverkan med andra aktörer. Det framhålls även att vårdvalssystemets krav på likvärdiga villkor mellan vårdgivare kan försvåra införandet av nya arbetssätt och reformer, vilket i praktiken kan hämma innovationskraften i omställningsarbetet.²⁴

3.4.1 Region Jämtland Härjedalen har involverat privata vårdgivare i begränsad utsträckning

Privata vårdgivares involvering i omställningen till god och nära vård i Region Jämtland Härjedalen har hittills varit begränsad och varierande. Även om regionen har haft en ambition att inkludera alla utförare, oavsett huvudman, i utvecklingsarbetet, visar intervjuerna att privata aktörer i praktiken inte har varit lika delaktiga som de offentliga verksamheterna.

Privata vårdgivare har framför allt deltagit via hälsovalets gemensamma möten, där regionen återkommande informerat om förflyttningen mot en mer nära vård. Ett särskilt forum för detta, kallat Lokalt primärvårdsråd, har etablerats, där samtliga verksamhetschefer – både från privata och offentliga hälsocentraler – bjuds in. Det framgår dock att detta råd är relativt nytt och att det ännu inte hunnit etablera en stark och regelbunden samverkansstruktur.

I samverkan med kommunerna, där mycket av den praktiska vård förflyttningen drivs, har privata utförare däremot inte deltagit i samma utsträckning. Detta beror delvis på att kommunernas privata utförare inte inkluderas i samma regionala strukturer och delvis på att de privata aktörernas roll i hemsjukvård och särskilda boenden är mer begränsad.

Statsbidrag och stimulansmedel, som riktats till utveckling av primärvården, har enligt intervjuerna delats ut på lika villkor mellan privata och offentliga aktörer inom hälsovalet. Det har dock varit upp till varje utförare att själva utveckla insatser inom ramen för sitt uppdrag, vilket innebär att graden av anpassning och utveckling kan variera mellan verksamheter. Regionen har också pekat på svårigheter att fullt ut säkerställa att information och riktlinjer om nära vård når ut på samma sätt till alla privata utförare.

²⁴ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2025). Omtag för omställning – uppföljning av omställningen till en god och nära vård. Rapport 2025:1.

Generellt tyder intervjuerna på att även om privata vårdgivare är medvetna om omställningen, är deras aktiva involvering i genomförandet ännu relativt svag. Det finns en risk att utvecklingen mot en mer sammanhållen och nära vård blir ojämna om privata aktörer inte fullt ut inkluderas i dialog, styrning och gemensamma förbättringsprocesser.

3.4.2 Region Kalmar har involverat privata vårdgivare i omställningsarbetet

De privata vårdgivarna har varit en del av omställningsarbetet i Region Kalmar och omfattas av samma uppdrag, styrning och uppföljning som de offentligt drivna vårdcentralerna. Enligt intervjuerna finns det totalt elva privata hälsocentraler i länet, jämfört med 27 offentliga, vilket gör att privata aktörer utgör en betydande andel av primärvården i regionen. Flera intervjupersoner framhåller att de privata vårdgivarna generellt har varit positiva till reformens intentioner och att de ofta ligger långt framme i sitt arbete. Det beskrivs att vissa privata enheter i vissa fall till och med varit föregångare i att utveckla arbetssätt som stödjer nära vård, även om det finns variation. Samtidigt lyfts att privata aktörer ibland kan bli mer slutna i sin samverkan, framför allt i relation till kommunala aktörer. Här framhålls behovet av fortsatt dialog och stöd för att samverkan ska fungera fullt ut – inte minst i arbetet kring de mest vårdkrävande patientgrupperna.

Privata vårdgivare deltar löpande i regionens gemensamma möten och informationsinsatser och omfattas av samma krav i vårdvalets förfrågningssunderlag. Det poängteras också att det är viktigt för regionen att privata och offentliga aktörer behandlas likvärdigt – ur invånarens perspektiv är det en och samma vård, oavsett driftsform.

3.4.3 I Region Stockholm bidrar privata vårdgivare till nära vård men de efterlyser delaktighet

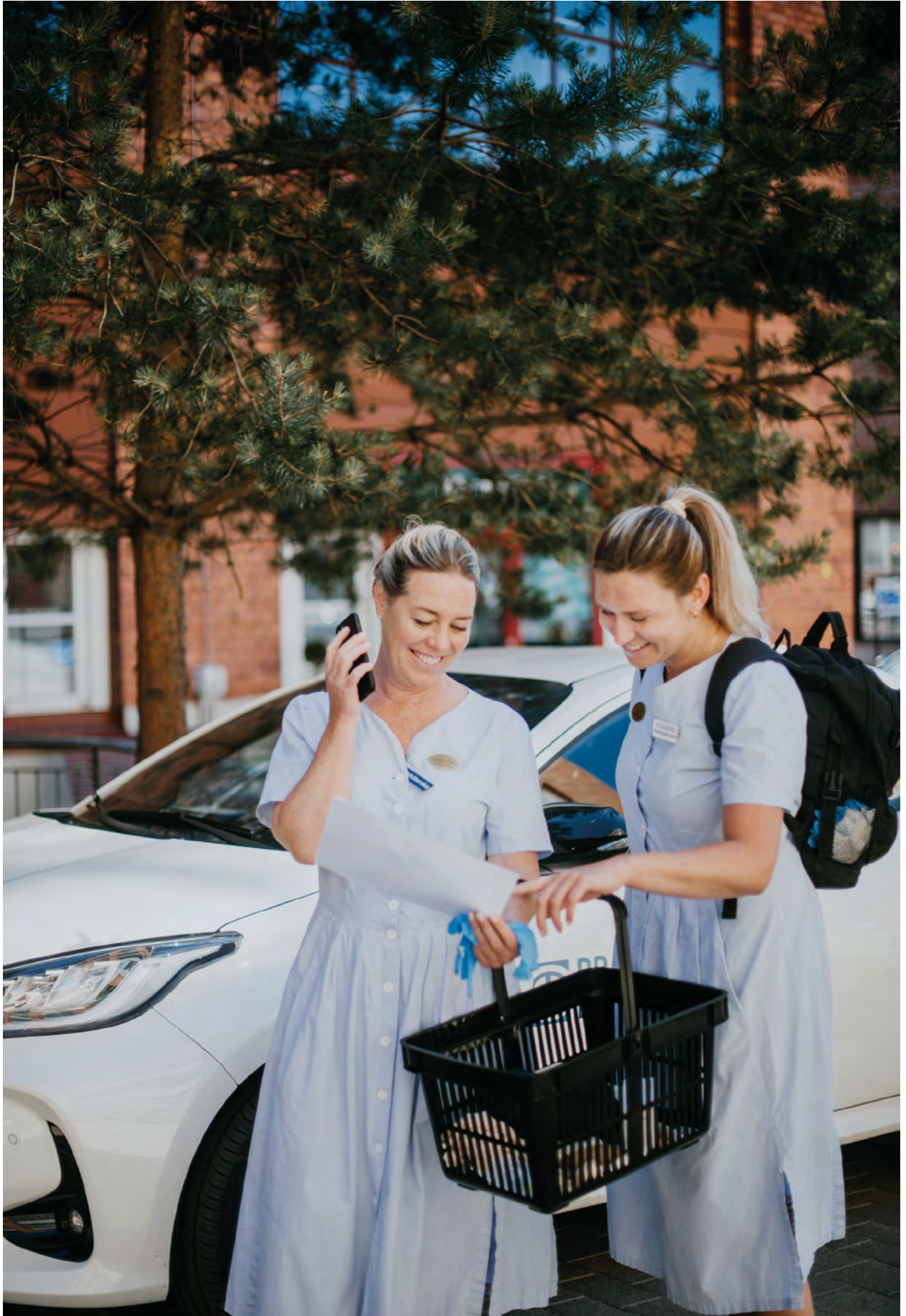
I Region Stockholm har privata vårdgivare en särskilt framträdande roll, då 71 procent av regionens vårdcentraler drivs i privat regi, vilket är den högsta siffran i landet.²⁵ Enligt flera intervjupersoner omfattas de privata vårdgivarna formellt av samma förfrågningssunderlag, uppdrag och ersättningssystem som de offentligt drivna enheterna. Samtidigt beskrivs förutsättningarna som olika, särskilt vad gäller ekonomiska marginaler och möjligheter till utvecklingsarbete. Privata vårdgivare får inte kompensation vid underskott, vilket offentliga vårdcentraler ibland kan få genom internbudget.

²⁵ SKR. 2024. Primärvård i Sverige Uppdrag, organisation, kontinuitet och prioriteringar.

Flera respondenter uttrycker frustration över att privata aktörer förväntas bidra till omställningen på samma sätt som offentliga, utan att i praktiken ges likvärdiga möjligheter till påverkan eller deltagande i utformningen av styrningen. Det nämns exempelvis att privata verksamheter sällan bjuds in i remissförfaranden eller dialogprocesser kring förändringar i vårdval och förfrågningsunderlag. Detta riskerar att skapa en skev bild av vad som fungerar i praktiken, eftersom svar och utvärderingar ofta hämtas in från regionalt drivna verksamheter.

Samtidigt lyfts att privata vårdgivare ofta producerar mer vård för samma medel och uppvisar hög patientnöjdhet. Vissa intervjuade ser det som att god och nära vård redan är verklighet i många privatdrivna verksamheter, inte minst genom lång kontinuitet bland läkare, effektivt arbetssätt och höga betyg i patientenkäter. Andra beskriver att privata vårdgivare historiskt haft mindre utrymme för att driva utvecklingsprojekt, men att det nu pågår försök att involvera dem mer – exempelvis genom geografiska samordningsstrukturer där både offentliga och privata vårdcentraler deltar.

Frågan om rättvisa villkor i omställningsarbetet uppfattas som känslig. Vissa lyfter att initiativ till pilotverksamheter eller alternativa ersättningsmodeller, om de endast erbjuds SLSO-enheter, riskerar att skapa misstro. Samtidigt uttrycks en vilja att långsiktigt skapa modeller som gynnar både privata och offentliga aktörer, med patienten i centrum.



4 Sammanfattande slutsatser och rekommendationer

I följande kapitel presenteras Rambolls slutsatser och rekommendationer.

4.1 Sammanfattande slutsatser

TROTS MILJARDSTÖD – INGA VARAKTIGA FÖRBÄTTRINGAR

Reformen har hittills kostat över 35 miljarder kronor, men än så länge har strukturförändringarna uteblivit. Andelen av regionernas budget som går till primärvård är oförändrad, och antalet specialister i allmänmedicin har inte ökat nämnvärt. Patientupplevelsen har förbättrats marginellt, men målen om ökad tillgänglighet, kontinuitet och delaktighet är långt ifrån uppfyllda. Det pekar på ett tydligt genomförandeglapp: resurserna har inte omsatts i varaktig kapacitetsuppbyggnad eller systemförändring.

MEDLEN GÅR INTE ATT FÖLJA – EFFEKTERNA UTEBLIR

Det saknas fortfarande svar på en grundläggande fråga: Var tog pengarna vägen? Trots omfattande satsningar är den ekonomiska uppföljningen bristfällig och regionernas återskott till staten ger ingen sammanhållen bild av hur medlen faktiskt har använts. En betydande del av statsbidragen saknar spårbarhet, och i många fall används resurserna utan koppling till mätbara resultat eller varaktig kapacitetsförstärkning.

Vår granskning visar också att regionerna själva i liten utsträckning efterfrågar denna uppföljning. Otydliga strukturer, frånvaro av gemensamma riktlinjer och avsaknaden av krav på resultatanalys har skapat en situation där ansvarsfördelningen är diffus och transparensen låg. Resultatet blir att miljarder kan fördelas utan att det går att följa hur resurserna använts eller om de haft önskad effekt. I den region där uppföljning varit möjlig framträder en annan problematik: en oproportionerlig användning av resurser på övergripande processer snarare än verksamhetsnära åtgärder. Ett exempel är att 190 miljoner kronor av statsbidraget under ett år redovisats som kostnad för att etablera en politisk styrgrupp (VIS) och anta en överenskommelse mellan region och kommuner. Insatserna är viktiga – men den omfattande resursåtgången står i stark kontrast till behovet av konkreta förbättringar i patientnära vård.

OTYDLIG STYRNING OCH INVANDA MÖNSTER BROMSAR OMSTÄLLNINGEN

Det går att se liknande mönster i regionerna Jämtland Härjedalen, Kalmar och Stockholm: styrningen fastnar, uppföljningen haltar, och reformens mål blir sällan mer än goda intentioner. Även där politisk samsyn och strategi finns, uteblir förändringen på vårdcentralerna. En avgörande broms är en otydlig styrning – med vaga mål, spretiga begrepp och oklara ansvar. När det saknas tydliga mål och krav från nationell nivå formas reformen lokalt utan en gemensam samsyn om vad som ska åstadkommas.

Men det största hindret sitter djupare än så. Flera regioner pekar på en kultur som håller emot: en professionell självbild, ansvarsfördelning och arbetssätt som inte förändrats för att understödja reformen. Utan ett nytt synsätt på vårdens roll, särskilt i skiftet från sjukhus till primärvård, blir reformens intention tandlös.

KORTSIKTIG FINANSIERING HINDRAR LÅNGSIKTIG OMSTÄLLNING

De kortsiktiga, årsvisa statsbidragen har ofta lett till tillfälliga satsningar snarare än långsiktig kapacitetsuppbyggnad. För regionerna försvårar detta planering, kompetensförsörjning och investeringar i strukturella förändringar. Det bidrar till att omställningsarbetet tappar fart mellan budgetcykler och gör det svårt att bygga upp varaktiga arbetssätt. Primärvården behöver inte fler projekt – den behöver stabil finansiering och strukturella förstärkningar. Utan detta riskerar reformen att reduceras till ett ambitionsdokument utan praktisk betydelse.

4.2 Rekommendationer

TYDLIGGÖR SYFTET MED STATSBRIDRAGEN, STÄRK UPPFÖLJNINGEN – OCH STÖD DEN KULTURELLA FÖRFLYTTNINGEN

Statsbidragen behöver kopplas tydligare till konkreta mål och insatser. Staten bör ställa krav på att regionerna redovisar hur medel används i relation till vad de är tänkta att uppnå – inte i efterhand, utan som en löpande process. En ny uppföljningsmodell bör utgå från en tydlig kedja: **Mål – Aktivitet – Resursanvändning – Resultat**. Det handlar inte om ökad administration, utan om att ge regionerna förutsättningar att själva följa vad som fungerar, och styra därefter.

Med stöd i den nya förordningen bör Socialstyrelsen tidigt begära in regionala planer för hur statsbidragen ska användas – och använda dessa som underlag för dialog, analys och lärande. Men styrning och uppföljning räcker inte i sig. Flera regioner vittnar om att den största utmaningen ligger i att förändra

vårdens kultur och ansvarsfördelning – särskilt i skiftet från sjukhus till primärvård. Det räcker inte med styrdokument och nya uppdrag; det krävs också ett förändrat synsätt inom hela vårdsystemet för att reformen ska bli verklighet i vardagen.

PRIMÄRVÅRDEN BEHÖVER LÅNGSIKTIG OCH FÖRUTSÄGBAR FINANSIERING

Statsbidragen för omställningen har hittills tilldelats årsvis, vilket lett till projektifiering och försvårat långsiktig planering. Om reformen ska leda till strukturell förändring krävs en mer stabil finansieringsmodell – där resurserna kan användas för att bygga upp kapacitet och inte bara tillfälliga insatser. Staten bör därför överväga att införa fleråriga statsbidrag kopplade till gemensamt definierade utvecklingsmål.

STÄLL KRAV PÅ ATT REGIONERNA INVOLVERAR VERKSAMHETERNA – INKLUSIVE DE PRIVATA VÅRDGIVARNA

Vår analys visar att reformens genomslag ofta försvagas av att styrningen stannar på ledningsnivå. För att medlen ska få effekt i praktiken bör staten ställa tydligare krav på att regionerna aktivt engagerar vårdverksamheterna i omställningsarbetet – inklusive privata aktörer. Det handlar inte om att detaljstyra, utan om att säkerställa att förändringen når hela systemet och att statsbidraget inte fastnar i mötesrum eller styrgrupper.

LÅT REGIONERNA FORTSATT UTFORMA INSATSER UTIFRÅN LOKALA FÖRUTSÄTTNINGAR

Samtidigt som styrning och uppföljning behöver skärpas, är det avgörande att regionerna fortsatt ges frihet att forma insatser utifrån sina egna behov. Det är en styrka i den decentraliserade modellen att olika lösningar kan utvecklas lokalt – så länge det finns tydliga spelregler för måluppfyllelse, lärande och transparens.

Referenser

- Dagens Medicin. (2025). Vårdministern om nära vård: Dags att göra annorlunda.
Hämtad från: <https://www.dagensmedicin.se/vardens-styrning/politik/vardministern-om-na-ra-var-d-dags-att-gora-annorlunda/> den 5 maj 2025.
- IVO. (2024). Patienter klagar över brist på tillgänglighet och samordning i primärvården. Iakttagelser i korthet, juni 2024.
- IVO. (2025). IVO:s tillsyn visar att primärvården kräver fortsatt utveckling.
Hämtad från: <https://www.ivo.se/aktuellt/nyheter/2025/ivos-tillsyn-visar-att-primarvar-den-kraver-fortsatt-utveckling/> den 20 maj 2025.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2025). Omtag för omställning – Uppföljning av omställningen till en god och nära vård. Rapport 2025:1.
- Region Jämtland Härjedalen. (2024). Granskningsrapport av God och Nära Vård.
- Region Kalmar. (2023). Rutin för vårdsamordnare – expert på samordning.
Hämtad från: <https://vardgivare.regionkalmar.se/globalassets/samverkan-och-avtal/halsoval/ovriga-dokument/rutin-var-dsamordnare-expert-pa-samordning.pdf> den 30 april 2025.
- Region Stockholm. (2022). Genomförandeplan för nära vård (HSN 2021-1966).
- Region Stockholm. (2023). Regionrevisorerna – Granskning av styrning och uppföljning inom ramen för omställningen till nära vård.
- Region Stockholm. (2024). Handlingsplan för fast läkarkontakt (PVN 2024-0114).
- SCB. (2025). Primärvård, Nettokostnader, Kostnader och intäkter för regioner efter verksamhetsområde. År 2019-2023.
- SKR. (2024a). Överenskommelse om en god och nära vård 2024.
Hämtad från: <https://skr.se/download/18.436e32a318c8af0ae994036/1703172720013/Overenskommelse-god-nara-var-d-2024.pdf> den 30 april 2025.
- SKR. (2024b). Primärvård i Sverige Uppdrag, organisation, kontinuitet och prioriteringar.
Hämtad från: https://skr.se/download/18.476206301938615cb1cb7f60/1734336431878/SKR_A4_Primarvardsrapporten_2024_webbpdf den 6 maj 2025.
- Socialstyrelsen. (2024). Statsbidrag till regioner för utveckling av en god och nära vård.
Hämtad från: <https://statsbidrag.socialstyrelsen.se/regioner/god-och-nara-var-d/> den 7 maj 2025.
- Socialstyrelsen. (2025). Insatser för att stödja omställningen till en god och nära vård 2024. Artikelnummer: 2025-3-9499.
- Vårdanalys. (2023). Kontinuitet och fast läkarkontakt. Kartläggning av måluppfyllelsen i överenskommelserna om en god och nära vård.
- Vårdanalys. (2024). Fast läkarkontakt i primärvården 2024.
- Vård- och omsorgsanalys. (2025). Omtag för omställning - Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: slutrapport, 2025:1.

