

Rapport 2017:3

# En primär angelägenhet

Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård  
med patienten i centrum



► vårdanalys

Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,  
men ange alltid källa.

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

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

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

**Grafisk Design och produktion:** Les Creatives Sthlm

**Omslagsbild:** Getty Images

**Tryck:** TMG Sthlm, Stockholm 2017

ISBN 978-91-87213-68-7

# En primär angelägenhet

Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård  
med patienten i centrum



# Beslut

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

Stockholm 2017-04-10

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Karin Tengvald  
*Styrelseordförande*

Eva Fernvall  
*Styrelseledamot*

Mef Nilbert  
*Styrelseledamot*

Kerstin Wigzell  
*Styrelseledamot*

Fredrik Lennartsson  
*Generaldirektör*

Marianne Svensson  
*Föredragande*



## Förord

Behovet av att satsa på primärvården har diskuterats under lång tid, men fått förnyad aktualitet under det senaste året. Den fortgående utvecklingen mot att allt fler lever med kroniska sjukdomar ställer vården inför nya krav. Vården måste bli mer jämlik, det förebyggande och proaktiva arbetet måste stärkas och samordning, helhetssyn samt anpassning till individuella behov och förutsättningar blir allt viktigare. Hela hälso- och sjukvårdssystemet måste ställas om, men det framstår som alltmer tydligt att primärvården har en fullständigt central roll för att svara upp mot de nya kraven. Inte minst utredningsbetänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) har bidragit till att återigen sätta primärvården i centrum för det hälso- och sjukvårdspolitiska intresset.

Men fungerar primärvården? Klarar den av att svara för hög tillgänglighet, kontinuitet, samordning och anpassning till individuella behov och förutsättningar? Vad vet vi om vad som krävs för att primärvården ska fungera? Finns det några fungerande modeller och goda erfarenheter som vi kan dra lärdomar av? Det var frågor som dessa som låg bakom uppdraget att analysera förutsättningar för en patientcentrerad och jämlik primärvård som regeringen i december 2015 gav Vårdanalys. Följande rapport är vårt svar på detta utmanande uppdrag.

Rapporten är ett kunskapsunderlag som analyserar förutsättningarna för en jämlik, patientcentrerad och effektiv primärvård ur ett patient- och medborgarperspektiv. Vi har genomfört ett stort antal delstudier med utgångspunkt i befintlig kunskap och data, i enlighet med vårt uppdrag från regeringen. Utifrån delstudierna sammanfattar vi kunskapen och identifierar lärdomar för den fortsatta utvecklingen av primärvården. Avslutningsvis identifierar vi tre utvecklingsområden för att primärvården ska bli den tydliga

bas för svensk hälso- och sjukvård som den är ämnad att vara. Primärvårdens uppdrag och funktion behöver tydliggöras, den behöver få ändamålsenlig kompetens och resurser och dess utvecklingskraft och förutsättningar för lärande behöver stärkas. Vi hoppas att vårt kunskapsunderlag för en stärkt primärvård ska vara till nytta för alla som behöver bidra i detta arbete, inte minst utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* (Dir. 2017:24).

Rapporten har tagits fram av en projektgrupp bestående av Marianne Svensson, Simon Alfredsson, Eva Hagbjer, Nils Janlöv, Åsa Ljungvall och Emma Spånberg. Professor Anders Anell vid Lunds universitet, professor Clas Rehnberg och Sofia Sveréus vid Karolinska Institutet samt Health Navigator har bidragit med underlag.

Vi vill rikta ett varmt tack till alla som tagit sig tid att intervjuas, besvara enkäter eller på andra sätt bidra till vårt arbete. Vi vill särskilt tacka vår expertgrupp för värdefulla synpunkter på rapporten: Anders Anell, professor vid Lunds universitet, Peter Berggren, chef för Glesbygdsmedicinskt centrum i Västerbottens läns landsting, Bo Burström, professor vid Karolinska Institutet, Sofia Ernestam, verksamhetschef vid Akademiskt specialistcentrum reumatologi i Stockholms läns sjukvårdsområde, Clas Rehnberg, professor vid Karolinska Institutet, och Karin Träff Nordström, divisionschef för primärvården i Skånes universitetssjukvård.

Stockholm i april 2017

Fredrik Lennartsson  
*Generaldirektör*



# Sammanfattning

I Sverige står primärvården för drygt 18 procent av hälso- och sjukvårdens resurser, vilket är lite i en internationell jämförelse. Trots motsatta ambitioner har primärvårdens resursandel också minskat under de senaste åren. Men forskning visar att en stärkt primärvård har goda förutsättningar att bidra till en jämlik hälsa i befolkningen. Därtill är primärvården den del av hälso- och sjukvården som har bäst förutsättningar att se till personers hela vårdbehov – något som kommer att få ökad betydelse i takt med att fler lever med kroniska sjukdomar. Detta talar för att primärvården skulle kunna fylla en större roll i hälso- och sjukvården än den gör i dag.

Vårdanalys har regeringens uppdrag att ur ett patient- och medborgarperspektiv göra en fördjupad analys av förutsättningarna för en jämlik och patientcentrerad primärvård (S2015/04519/RS, S2015/08135/RS). Analysen ska även utgå från ett tydligt jämställdhetsperspektiv. Målsättningen är att generera lärdomar som kan ligga till grund för ömsesidigt lärande för hälso- och sjukvårdens samtliga aktörer. Vi analyserar även förutsättningarna för en effektiv primärvård, eftersom det ur medborgarnas perspektiv är viktigt att primärvårdens samlade resurser används på bästa möjliga sätt.

Vi har utgått från tre huvudfrågor:

1. Hur använder befolkningen primärvården och vilka behov behöver primärvården därmed möta?
2. Hur jämlik, patientcentrerad och effektiv är primärvården i dag?
3. Vilka förutsättningar har primärvården att vara jämlik, patientcentrerad och effektiv?

Vårdanalys ska enligt uppdraget utgå från befintlig data och kunskap om primärvårdens funktionssätt. Frågorna har besvarats med hjälp av flera delstudier.

- En kvantitativ beskrivning av besöksmönstren i primärvård, öppen specialistvård och akutsjukvård i Jönköping, Norrbotten, Västerbotten och Stockholm. För Stockholms del genomfördes även en analys av besöksmönstren för olika socioekonomiska grupper.
- Semistrukturerade intervjuer med verksamma och experter i primärvården om dess utmaningar samt grupper som primärvården har svårt att möta.
- En studie av internationell litteratur med målet att identifiera hur olika sätt att organisera och styra primärvården kan påverka olika kvalitetsmål.
- En jämförelse av primärvårdens förutsättningar och målluppfyllelse i landstingen med hjälp av nationell statistik samt en enkät till landstingen.
- En fallstudie av primärvårdssystemen i Norge, Danmark, Nederländerna och Storbritannien.

## SLUTSATSER

### **Primärvården är basen i hälso- och sjukvården, men fungerar inte för alla**

Närmare två tredjedelar av befolkningen besöker primärvården minst en gång under ett år, med en mycket varierad diagnosbild som omfattar både fysisk och psykisk ohälsa. Även antalet digitala vårdkontakter har ökat kraftigt på senare tid, men de utgör fortfarande en begränsad del av kontakterna med primärvården. Men vi ser skillnader i hur olika åldersgrupper kontakter vården, där telefonrådgivning hos 1177 Vårdguiden är en viktig ingång för småbarnsföräldrar och unga vuxna.

Knappt hälften av primärvårdens patienter besöker även akut- och specialistvården. Cirka en miljon personer i Sverige har komplexa samordningsbehov inom både vården och omsorgen, vilket ställer särskilda krav på samordning. Men många patienter upplever att samordningen brister.

Vi har även försökt att identifiera grupper vars kontakter med primärvården inte motsvarar deras vårdbehov. I våra intervjuer lyfts tre grupper med ett omfattande vårdbehov som inte tillfredsställs fullt ut i dagens primärvård: multisjuka personer med begränsad förmåga att själva söka vård, personer med psykisk ohälsa och personer i riskzonen för att utveckla eller förvärra en kronisk sjukdom. Vidare identifieras även två grupper som besöker primär- eller akutsjukvården ofta i förhållande till sina behov: personer i behov av stöd om hur de kan behandla sin ohälsa med egenvård och personer som behöver information om vilken vårdnivå de ska vända sig till.

## **Primärvården skiljer sig åt geografiskt samtidigt som patientcentreringen, produktiviteten och förtroendet sviktar**

- ▶ *Förtroendet för primärvården är svagt och samvarierar med såväl bristande patientcentrering och tillgänglighet som lågt vårdutnyttjande*

Befolkningens förtroende för primärvården är svagt och har legat på drygt 60 procent de senaste åren. Det går inte att isolera en enskild faktor bakom det låga förtroendet, utan förtroendet samvarierar med samtliga patientrapporterade kvalitetsdimensioner vi analyserat. Vi ser särskilt ett samband mellan högre förtroende och god tillgänglighet. Primärvården verkar även ha ett lägre förtroende bland personer som inte besökt primärvården det senaste halvåret samt bland högutbildade.

- ▶ *Primärvårdens patientcentrering brister på flera punkter*

Kontinuitet och samordning är båda centrala svagheter i primärvården. Vi ser även en förbättringspotential för de övriga patientcentreringsdimensioner som följs upp: patienters delaktighet och involvering, information och kunskap, respekt och bemötande samt emotionellt stöd.

- ▶ *Även tillgängligheten brister*

Vårdcentralerna rapporterar att 90 procent av patienterna fick besöka en läkare inom gränsen för vårdgarantin, det vill säga inom sju dagar. Men medborgare och patienter ger en betydligt mer negativ bild. Endast drygt 60 procent av befolkningen och 80 procent av patienterna tyckte att väntetiden för ett vårdcentralsbesök var rimlig.

- ▶ *Det saknas till stor del mått för att bedöma primärvårdens medicinska kvalitet*

Det är svårt att uttala sig om den medicinska kvaliteten i primärvården. De få resultat- och processmått som finns går i positiv riktning, men uppskattningar visar att svenska kvalitetsregister endast fångar en mycket liten del av primärvården.

- ▶ *Den främsta orsaken till ojämlikhet är geografiska skillnader*

Landstingen skiljer sig åt både när det gäller primärvårdens tillgänglighet och kvalitet. Exempelvis finns det vårdcentraler där endast 50–60 procent av patienterna fick träffa en läkare inom sju dagar år 2016. Vi ser även skillnader när det gäller patientrapporterad kvalitet, i synnerhet för samordning och kontinuitet. Andelen patienter som ofta träffar samma läkare när de besöker primärvården varierar mellan 35 och 67 procent.

Däremot ser vi inga tydliga skillnader i patientrapporterad kvalitet mellan olika utbildningsgrupper eller kön. Personer med lägre inkomst och utbildning respektive kvinnor tycks inte heller ha sämre tillgång till primärvården. Men våra resultat tyder på att tillgången till öppen specialistvård är ojämlig, där personer med bättre socioekonomiska förutsättningar har relativt sett fler besök i den öppna specialistvården.

► *Begränsad kunskap om viktiga kvalitetsaspekter gör det svårt att bedöma effektiviteten, men produktiviteten sjunker*

Eftersom vi har begränsad data för de flesta kvalitetsdimensioner – och särskilt medicinsk kvalitet – är det svårt att uttala oss om primärvårdens samlade effektivitet. Men om vi i stället fokuserar på produktiviteten har den genomsnittliga kostnaden per viktat besök ökat med cirka 8 procent mellan 2011–2015. Vi ser heller inte någon motsättning mellan lägre kostnader per besök och de patientrapporterade kvalitetsmått vi har tillgång till – vilket kan tala för en effektiviseringspotential.

En närmare analys visar att det finns en positiv samvariation mellan hög kontinuitet och lägre kostnader per besök. Detta motsäger farhågorna om att en hög personkontinuitet leder till högre kostnader.

**Primärvården ges inte heller förutsättningar att vara patientcentrerad, effektiv, jämlik och förtroendeingivande**

Vår genomgång av primärvårdens organisation och styrning visar på stora geografiska skillnader. Det innebär att vi kan tala om 21 olika primärvårds-system i Sverige. Detta – tillsammans med frånvaron av enhetliga beskrivningar och jämförbar data – gör det svårt att analysera vilka organisatoriska egenskaper som leder till en bättre respektive sämre måluppfyllelse. Vi ser inte heller att landstingen verkar arbeta för att dra systematiska lärdomar från sina olika arbetssätt.

På en nationell nivå kan vi se att primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens samlade resurser och personal minskar, trots ambitioner att stärka primärvården. Många landsting rapporterar brist på såväl läkare som andra personalgrupper, exempelvis sjuksköterskor och psykologer. Detta har skapat ett behov av hyrpersonal, vilket går att koppla till såväl en lägre tillgänglighet och förtroende, som en högre kostnad per besök.

- ▶ *Befintlig kunskap ger begränsad vägledning om hur primärvården bör styras och organiseras för att bli mer jämlik, patientcentrerad och effektiv*

Primärvårdsmodellerna i vår internationella fallstudie skiljer sig åt från svensk primärvård i flera avseenden. Möjligheten att få en besöks-tid samma dag är högre, patienterna har oftare en fast läkarkontakt och majoriteten av besöken sker hos läkare. Dessutom beslutas primärvårdens uppdrag och ersättningssystem centralt och ersättningssystemen är mindre fokuserade på kostnadskontroll än i Sverige. Samtidigt ser vi att jämförelseländerna i fallstudien har sina egna svagheter. Alla fyra uppvisar svaga resultat när det gäller att samordna primärvårdens insatser med andra vårdgivare. Vi ser även att flera av dem har börjat införa större primärvårdsmottagningar där sjuksköterskor och andra yrkesgrupper har en viktigare roll, i likhet med Sverige.

Vår litteraturgenomgång visar att organisatoriska egenskaper kan stärka ett av målen jämlikhet, patientcentrering eller effektivitet, men samtidigt försvaga ett annat. Exempelvis kan remisskrav och patientavgifter styra patienter mot primärvården och därmed öka vårdens produktivitet och jämlikhet, samtidigt som de upplevs som ett hinder och därmed bidrar till sämre patientrapporterad kvalitet. Denna typ av avvägning gör bland annat att en kombination av fast och rörlig ersättning är att föredra i primärvårdens ersättningssystem.

## REKOMMENDATIONER

Vårdanalys samlade bedömning är att primärvården har en mycket viktig roll att fylla för en mer jämlik, patientcentrerad och effektiv hälso- och sjukvård och att den rollen kommer att bli allt viktigare. Men primärvården behöver stärkas för att bli den tydliga bas för svensk hälso- och sjukvård som den är ämnad att vara. Regeringen bör därför genomföra en reform med målet att tydliggöra vad primärvården ska göra, att skapa de *förutsättningar* som kommer att krävas samt att stärka förmågan att fortlöpande utveckla *hur* primärvårdens organisation, styrning och arbetssätt behöver anpassas för att på bästa sätt uppfylla dess mål. Vi rekommenderar tre utvecklingsområden som utgångspunkt för reformen.

## **Utvecklingsområde 1: Tydliggör primärvårdens uppdrag och funktion i hälso- och sjukvården**

Primärvården behöver ett konkret och positivt formulerat uppdrag som klargör primärvårdens funktion i hälso- och sjukvårdssystemet. Bristen på ett sådant uppdrag och funktion har bidragit till att primärvården alltför ofta hanterats som en ”restpost” för övrig hälso- och sjukvård. Vårdanalys anser därför att regeringen, i samråd med landstingen och hälso- och sjukvårdsprofessionerna, bör skapa en större tydlighet kring vad som är primärvårdens roll och funktion. Vi tolkar det som att detta kan ske inom ramen för direktivet till utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* (Dir. 2017:24). Regeringen bör även överväga hur primärvårdens utveckling kan stöttas och drivas på med lämpliga styrmedel.

Arbetet med att formulera det nya uppdraget bör utgå från de egenskaper som har potential att vara primärvårdens fördelar i förhållande till den övriga hälso- och sjukvården:

1. Säkerställ en ökad och mer anpassad tillgänglighet till primärvården.
2. Stärk primärvårdens förutsättningar att bistå patienterna med samordning av vården.
3. Erbjud patienterna en högre och mer anpassad kontinuitet.

## **Utvecklingsområde 2: Säkerställ att primärvården har ändamålsenlig kompetens och resurser**

En grundförutsättning för en stärkt primärvård är ändamålsenlig kompetens och resurser. Det behövs en långsiktig planering och styrning av personalbehovet, kombinerat med ett ökat fokus på lärande om hur bemanning och arbetssätt kan anpassas efter befolkningens behov, förutsättningar och preferenser. Primärvården behöver även tekniska förutsättningar att dokumentera och dela information med andra vårdgivare. Slutligen bör landstingen säkerställa att primärvården har tillräckliga resurser i förhållande till sitt uppdrag. Vårdanalys bedömning är att primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens resurser måste tillåtas öka för att inte hämma möjligheterna till nya uppgifter och en höjd ambitionsnivå.

### **Utvecklingsområde 3: Stärk primärvårdens utvecklingskraft och skapa förutsättningar för lärande**

Ett tydligt nationellt uppdrag och funktion för primärvården är en viktig utgångspunkt, men bör också ge handlingsfrihet och skapa utrymme för utveckling och lärande. Samtidigt är det viktigt att nya arbetssätt även systematiskt följs upp för att utvärdera vad som fungerar. Landstingen behöver bli bättre på att sprida och ta till sig framgångsrika arbetssätt i Sverige och utomlands. Att i större utsträckning lära av varandra kan även minska omotiverade kvalitetsskillnader mellan landstingen.

En viktig utgångspunkt för lärandet är att skapa en infrastruktur som möjliggör löpande uppföljning och utvärderingar av primärvårdens resultat och förutsättningar. Till detta hör att följa upp primärvårdens kvalitet för olika befolknings- och patientgrupper. Uppföljningen bör ske på nationell nivå och vara oberoende av utförare och huvudmän.

### **Rekommendationer till regeringen och landstingen**

Med utgångspunkt i dessa tre övergripande utvecklingsområden lämnar vi följande rekommendationer till regeringen och landstingen.

#### *Rekommendationer till regeringen*

- ▶ *Regeringen bör göra en samlad översyn i syfte att tydliggöra primärvårdens uppdrag och funktion*
- ▶ *Regeringen bör se över vårdgarantin och säkerställa en ändamålsenlig uppföljning av väntetiderna ur patienternas perspektiv*
- ▶ *Regeringen bör överväga att ge primärvården det huvudsakliga ansvaret för och mandatet att säkerställa samordningen*
- ▶ *Regeringen bör säkerställa en långsiktig kompetensförsörjning i primärvården*
- ▶ *Regeringen bör stärka primärvårdens förutsättningar för en långsiktigt hållbar och samordnad utveckling och lärande*

### *Rekommendationer till landstingen*

- ▶ *Landstingen bör stärka primärvårdens tillgänglighet och förutsättningar att vara den första kontakten med och vägen in i hälso- och sjukvården*
- ▶ *Landstingen bör överväga att använda sig av en kombination av en behovsjusterad rörlig och fast ersättning för att styra både mot tillgänglighet och mot andra kvalitetsmål*
- ▶ *Landstingen bör aktivt motverka den geografiska ojämlikheten i primärvården*
- ▶ *Landstingen bör se över hur personkontinuiteten i primärvård kan stärkas och utformas på ett ändamålsenligt sätt*
- ▶ *Landstingen bör säkerställa att primärvården har resurser som motsvarar dess uppdrag*







# Innehåll

<b>1. Inledning.....</b>	<b>23</b>
1.1 Vårdanalys har regeringens uppdrag att analysera förutsättningarna för en jämlik och patientcentrerad primärvård.....	23
1.2 En väl utbyggd primärvård väntas bidra till en mer jämlik, patientcentrerad och effektiv hälso- och sjukvård .....	26
1.3 Värdet av en stärkt primärvård har diskuterats länge i sverige .....	27
1.4 Befintliga data har vissa begränsningar.....	28
1.5 Rapporten bygger på flera delstudier .....	29
<b>2. Primärvården är den första kontakten för de flesta patienter.....</b>	<b>35</b>
2.1 Första linjens vård består av primärvård, öppen specialistvård och akutsjukvård som inte leder till inläggning .....	36
2.2 Första linjens patienter rör sig mellan flera vårdnivåer, men majoriteten gör minst ett besök i primärvården.....	38
2.3 Vi ser inga tecken på att primärvården missgynnar kvinnor, äldre eller personer med sämre socioekonomiska förutsättningar .....	48
<b>3. Primärvårdsrepresentanter pekar på flera utmaningar.....</b>	<b>57</b>
3.1 Det finns patientgrupper vars kontakter med primärvården antingen är högre eller lägre än deras vårdbehov .....	58
3.2 Patienter har olika önskemål om kontaktvägar och bemötande, oavsett vårdbehov .....	64
3.3 Flera delar av primärvårdens organisation och styrning upplevs som förknippade med utmaningar .....	65

<b>4. Hur organisering och styrning påverkar jämlikhet, patientcentrering och effektivitet enligt litteraturen.....</b>	<b>71</b>
4.1 Olika primärvårdsmodeller i forskningen .....	72
4.2 Vårdanalys ramverk utgår från egenskaper istället för övergripande modeller.....	74
4.3 Jämlikhet, patientcentrering och effektivitet i primärvården utifrån internationell litteratur .....	78
<b>5. Primärvårdens organisation och styrning i dag.....</b>	<b>89</b>
5.1 Resursmässiga förutsättningar: primärvården utgör en begränsad andel av hälso- och sjukvården .....	89
5.2 Styrning: Primärvårdens styrning varierar mellan landstingen .....	97
5.3 Samordning och kontinuitet: Lagstiftningen ger lite vägledning om vad som avses med samordning och kontinuitet .....	106
5.4 Tillgång: Nya sätt att kontakta primärvården blir allt vanligare.....	109
5.5 Arbetssätt: Primärvården har goda förutsättningar för flexibla arbetsformer .....	112
<b>6. Primärvårdens måluppfyllelse i svenska landsting.....</b>	<b>119</b>
6.1 Medborgare och patienter är mer kritiska till väntetiderna än vad som ses i vårdgarantins måluppfyllelse.....	119
6.2 Patientrapporterade upplevelser tyder på att kontinuitet och samordning är viktiga utmaningar i primärvården.....	126
6.3 Bristfälliga förutsättningar att följa upp medicinsk kvalitet, men det finns tecken på en positiv utveckling .....	136
6.4 Förtroendet för svensk primärvård är lågt och skillnaderna mellan landsting ökar.....	139
6.5 Generellt försämrad produktivitet, men god produktivitet och kvalitet är möjligt att förena.....	143
6.6 Få tydliga samband mellan måluppfyllelse och primärvårdsmodell – men ett beroende av inhyrd personal verkar entydigt negativt .....	149
<b>7. Svensk primärvård i internationell jämförelse.....</b>	<b>153</b>
7.1 Resursmässiga förutsättningar .....	154
7.2 Styrning .....	156
7.3 Samordning och kontinuitet.....	161
7.4 Tillgång och omfång .....	162
7.5 Arbetssätt.....	163

<b>8. Förutsättningarna för patientcentrering, jämlikhet och effektivitet brister.....</b>	<b>167</b>
8.1 Primärvården är basen i hälso- och sjukvården, men fungerar inte för alla.....	167
8.2 Primärvården skiljer sig åt geografiskt, samtidigt som patientcentreringen, produktiviteten och förtroendet sviktar.....	170
8.3 Primärvården ges inte heller förutsättningar att vara patientcentrerad, effektiv, jämlik och förtroendeingivande.....	174
<b>9. Vi rekommenderar tre utvecklingsområden för att stärka primärvården.....</b>	<b>181</b>
9.1 Utvecklingsområde 1: Tydliggör primärvårdens uppdrag och funktion i hälso- och sjukvården .....	183
9.2 Utvecklingsområde 2: Säkerställ att primärvården har ändamålsenlig kompetens och resurser.....	187
9.3 Utvecklingsområde 3: Stärk primärvårdens utvecklingskraft och skapa förutsättningar för lärande .....	188
<b>10. Referenser.....</b>	<b>193</b>
<b>Bilagor.....</b>	<b>205</b>
Bilaga 1 – Frågor från 2016 års IHP-undersökning i kapitel 1 .....	205
Bilaga 2 – Analys av besöksmönster i kapitel 2 .....	205
Bilaga 3 – Intervjuer med verksamma och experter i primärvården i kapitel 3 .....	217
Bilaga 4 – Beräkning av behovsjusterad nettokostnad i kapitel 5 och 6 .....	220
Bilaga 5 – Beräkning av Herfindahl-Hirschman-index i kapitel 5.....	221
Bilaga 6 – Multivariat analys i avsnitt 6.1 och 6.2 .....	222
Bilaga 7 – Indikatorer i de likaviktade indexen för diabetesvård och sjukdomsspecifika processmått i kapitel 6 .....	228
Bilaga 8 – Kvantitativ analys i avsnitt 6.4.3 och 6.6.....	229
Bilaga 9 – En översikt av landstingens styrning av primärvården .....	233











## Inledning

Primärvården ska enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, svara för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper (2 kap. 6 § HSL).

Men även om primärvården ska vara basen för hälso- och sjukvården är andelen primärvård av den totala hälso- och sjukvården i Sverige låg jämfört med många andra länder (OECD Health Statistics 2016). Dessutom visar Socialstyrelsens register för Nationella planeringsstödet (NPS) att andelen allmänläkare, det vill säga specialistläkare i allmänmedicin, har minskat något över tid i förhållande till övriga specialistläkare.

Detta innebär att det finns skäl att undersöka om den nuvarande organisationen och styrningen av primärvården kan anpassas så att primärvården får bättre förutsättningar att fullgöra sitt uppdrag.

### 1.1 VÅRDANALYS HAR REGERINGENS UPPDRAG ATT ANALYSERA FÖRUTSÄTTNINGARNA FÖR EN JÄMLIK OCH PATIENTCENTRERAD PRIMÄRVÅRD

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har fått i uppdrag av regeringen (S2015/04519/RS, S2015/08135/RS) att ur ett patient- och medborgarperspektiv göra en fördjupad analys av förutsättningarna för en jämlik och patientcentrerad primärvård. Vårdanalys ska analysera primärvårdens förutsättningar att erbjuda en god vård efter behov utifrån befintlig data och kunskap om primärvårdens funktionssätt. Förutsättningarna handlar bland annat om primärvårdens uppdrag, dimensionering, bemannings- och kompetensförsörjning, ersättningssystem, styrsystemets samlade kontinuitet med mera. Analysen ska utgå från ett tydligt jämställdhetsperspektiv.



Målet är att analysen ska generera lärdomar som kan ligga till grund för ömsesidigt lärande för hur hälso- och sjukvårdens samtliga aktörer kan bidra till en jämlik och patientcentrerad primärvård i hela landet. Eftersom vi ska utgå från ett medborgarperspektiv har vi även valt att analysera primärvårdens effektivitet. Det beror på att det ur medborgarnas perspektiv är viktigt att primärvårdens samlade resurser används på bästa möjliga sätt.

### **Primärvårdens uppdrag idag**

#### **Primärvården ska erbjuda ett brett utbud av vård**

Primärvården definieras i HSL som "hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens" (2 kap. 6 § HSL).

Ett centralt motiv till bestämmelsen om primärvård var att stärka primärvårdens roll som basen i hälso- och sjukvården (prop. 1994/95:195 s.48). En utgångspunkt för primärvården skulle enligt förarbetena vara sjukvårdshuvudmannens möjligheter att utforma primärvården på det sätt som var lämpligt och mest effektivt utifrån befolkningens önskemål och behov samt utifrån lokala förutsättningar (prop. 1994/95:195 s.40). Därför definierar bestämmelsen ramarna för primärvårdens uppdrag och ansvar.

Lagens förarbeten anger också att primärvården ska erbjuda ett brett utbud av hälso- och sjukvårdstjänster där olika yrkeskategorier samverkar. Vidare är samverkan med andra service- och vårdgivare och god kännedom om lokala förhållanden av central betydelse. Flexibilitet bör också präglade primärvårdens arbetssätt för att den snabbt ska kunna möta förändrade eller nya behov av hälso- och sjukvård. Tyngdpunkten i primärvårdsläkarnas insatser ska vara att diagnostisera och behandla samt att ge individinriktade förebyggande insatser. (Prop. 1994/95:195 s.46 f.f.)

#### **Primärvården definieras som sin roll i sjukvårdssystemet**

Primärvård utgör enligt förarbetena en av två vårdnivåer inom den öppna vården. Primärvård är den vårdnivå som ska tillgodose det grundläggande behovet av hälso- och sjukvård. Övrig öppenvård är däremot en del av den specialiserade sjukvården och utgår från insatser som görs av andra specialisläkare än allmänläkare. (Prop. 1994/95:195 s.46 f.)

Primärvården ska präglas av samverkan mellan olika yrkeskategorier samt ha läkare med bred utbildning och utgå från en helhetssyn på patienten. Förebyggande arbete och rehabilitering är också ansvarsområden som i mycket högre grad ligger hos primärvården än hos den övriga öppenvården. Däremot ska primärvården inte rikta in sig mot särskilda specialiteter för olika sjukdomar eller kroppsdelar (prop. 1994/95:195 s.80). Denna typ av specialisering ligger snarare i den övriga öppenvårdens ansvar. Primärvården ska lotsa patienter till övrig öppenvård och annan specialistvård om patienten är i behov av det. (Prop. 1994/95:195 s.46 f.f.)

### 1.1.1 Vad menar vi när vi talar om en jämlik, patientcentrerad och effektiv primärvård?

Eftersom jämlikhet, patientcentrering och effektivitet är centrala begrepp för studien är det viktigt att inledningsvis definiera hur vi har tolkat dem i denna rapport.

*En jämlik primärvård* innebär i vår tolkning att vården är både horisontellt och vertikalt rättvis (Culyer och Wagstaff 1992). Horisontell rättvisa innebär att personer med lika behov ska ha samma tillgång till hälso- och sjukvård och att vården inte ska skilja sig åt beroende på exempelvis kön eller socioekonomiska förhållanden. Vertikal rättvisa innebär att vården ska prioritera personer med större behov av hälso- och sjukvård framför personer med lägre behov. Vår tolkning av jämlikhetsbegreppet liknar det mål med hälso- och sjukvården som finns i HSL. Där anges att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen samt att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. HSL anger också att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. (3 kap. 1 § HSL)

Vi betraktar i denna rapport primärvården som jämlik om den uppfyller principerna om horisontell och vertikal rättvisa, så att det inte uppstår några omotiverade skillnader mellan individer eller grupper. Omotiverade skillnader är de skillnader som inte beror på medicinska bedömningar eller som grundas i olika behov (Vårdanalys 2014a). Vi kommer i den här rapporten att fokusera på jämlikhet mellan kön, socioekonomiska grupper samt personer som bor i olika geografiska områden.

Men det är viktigt att betona att alla skillnader inte nödvändigtvis innebär att vården är ojämlig. *En patientcentrerad primärvård* innebär att vården anpassas efter varje persons behov, önskemål och förutsättningar. Det kan innebära att vården utförs annorlunda för olika personer med samma behov eftersom de har olika preferenser och förutsättningar. Därför är det viktigt att skilja på skillnader och olikheter å ena sidan, och ojämlig vård å andra sidan.

*En effektiv primärvård* innebär att primärvården använder så lite resurser som möjligt för att uppnå sina mål. Det innebär att vården behöver uppnå både inre och yttre effektivitet. Inre effektivitet, eller produktivitet, innebär att vården utförs på ett sådant sätt att den förbrukar så lite resurser som möjligt. Yttre effektivitet innebär att vården fokuserar på rätt uppgifter, det vill säga att den prioriterar de viktigaste uppgifterna högst. Primärvården ska också bidra till att hela hälso- och sjukvården blir så effektiv som möjligt, snarare än att enbart se till sin egen verksamhet. En effektiv primärvård innebär därmed att primärvården på ett så resurseffektivt sätt som möjligt utför rätt uppgifter.



## 1.2 EN VÄL UTBYGGD PRIMÄRVÅRD VÄNTAS BIDRA TILL EN MER JÄMLIK, PATIENTCENTRERAD OCH EFFEKTIV HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

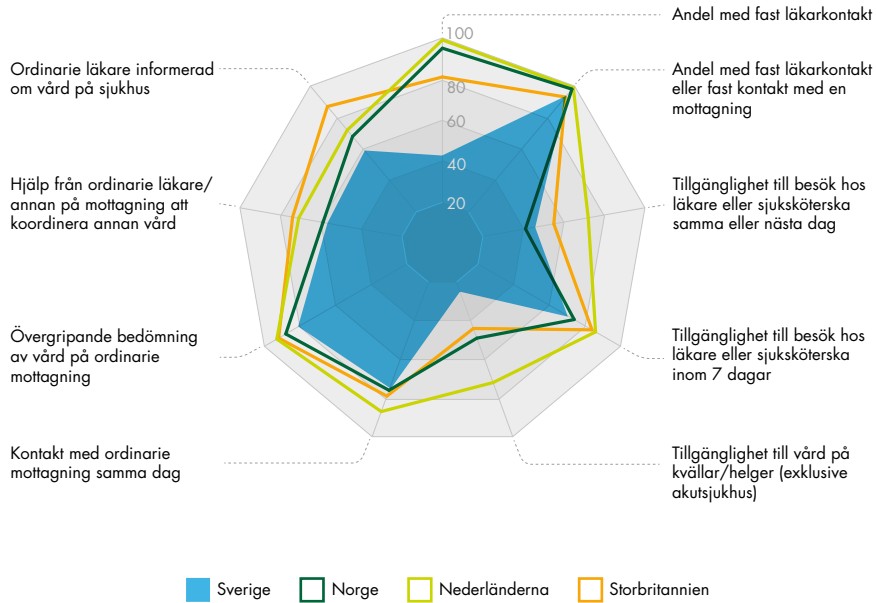
Det finns en utbredd uppfattning att primärvårdens har bättre förutsättningar att bidra till en jämlik hälsa i befolkningen än andra vårdnivåer i hälso- och sjukvården (Starfield 2006). Grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar har oftare flera sjukdomar än andra grupper (Starfield 2006). Eftersom primärvården fokuserar på personens hela sjukdomsbild snarare än enskilda diagnoser förväntas primärvården därmed bättre kunna svara mot deras behov. Primärvården anses också vara mer lättillgänglig än den specialiserade vården, vilket även det kan bidra till en mer jämlik hälsa.

Primärvården har också en viktig omfördelande roll för hälso- och sjukvårdens samlade resurser (Anell 2015). Personer med lägre inkomst har fler läkarbesök i primärvården än förväntat utifrån deras behov. Personer med högre inkomst förekommer oftare i den specialiserade vården (van Doorslaer m.fl. 2006, Deveaux 2015).

Internationellt finns det vissa primärvårdssystem som betraktas som förhållandevis starka (Kringos m.fl. 2015). Några exempel är Danmark, Norge, Storbritannien och Nederländerna, som till exempel har en större andel primärvård av de totala hälso- och sjukvårdsresurserna jämfört med Sverige (Kringos m.fl. 2015). Enligt befolkningsenkäter har de dessutom en högre patientcentrering jämfört med Sverige (figur 1). Sverige har till exempel en mycket lägre andel av befolkningen som uppger att de har en fast läkarkontakt i primärvården, respektive upplever att deras ordinarie läkare är informerad om när de fått vård på sjukhus. I jämförelse med övriga länder upplever befolkningen i Sverige att de har sämre tillgänglighet till hälso- och sjukvård på kvällar och helger. Tillsammans med Norge får Sverige också sämre betyg i tillgänglighet till vård samma eller nästa dag. Bäst profil har Nederländerna, med undantag för när det gäller information efter utskrivning, som får bäst betyg i Storbritannien.

Med en tillgänglig och väl fungerande primärvård ökar patienternas förutsättningar att få vård på rätt vårdnivå, vilket borde bidra till bättre hälsa och en mer effektiv hälso- och sjukvård. Men forskningen visar inte tydligt i vilken grad en utbyggd primärvård bidrar till hälso- och sjukvårdens effektivitet. Vissa forskningsresultat pekar mot en ökad effektivitet (Atun 2004, Starfield och Shi 2002), medan andra studier inte kan bekräfta ett sådant samband (Kringos m.fl. 2013). Men svensk forskning tyder på att investeringar i primärvården i alla fall kan bidra till en god produktivitet för hälso- och sjukvården i sin helhet (Janlöv m.fl. 2013).

**Figur 1.** Sverige har en lägre patientcentrering än Norge, Nederländerna och Storbritannien på de flesta punkter.



Not: Frågorna gäller den mottagning som patienten vanligtvis besöker, vilket inte nödvändigtvis behöver vara en primärvårdsmottagning. Frågorna i sin helhet presenteras i bilaga 1.

Källa: International Health Policy Survey, IHP, 2016 (Vårdanalys 2016a).

### 1.3 VÄRDET AV EN STÄRKT PRIMÄRVÅRD HAR DISKUTERATS LÄNGE I SVERIGE

Ända sedan 1940-talet har det funnits en politisk ambition på nationell nivå om att förstärka primärvårdens roll i hälso- och sjukvårdssystemet. I praktiken har det däremot visat sig vara svårt att omfördela resurser från sjukhusen till förmån för primärvården.

Många av de tankar som legat till grund för dagens primärvård presenterades av den så kallade Höjerutredningen på 1940-talet (Anell 2004). Förslagen om en öppenvård utanför sjukhusen möttes däremot med starkt motstånd från läkarkåren. Landstingen skulle bli huvudmän för den öppna vården och den skulle dessutom – till största del – ges vid hälsocentraler där läkarna skulle bli anställda.

Det kom att dröja cirka 20 år innan många av Höjerutredningens förslag blev verklighet. Under 1960-talet var det stor brist på läkare och majoriteten av de examinerade läkarna anställdes på sjukhusen. I ett försök att stärka

vården utanför sjukhusen flyttades ansvaret för primärvården från staten till landstingen och allmänläkarna fick en egen specialistutbildning.

Samtidigt infördes den så kallade 7-kronorsreformen. Den innebar att läkarnas möjligheter att själva bestämma i vilken omfattning de skulle ta emot patienter på sjukhusens öppna mottagningar upphörde. Att bemanna öppenvårdsmottagningarna blev nu en del av läkarnas ordinarie anställning. Den tidigare ersättning som läkarna själva fick för mottagningsbesöken togs bort. Det minskade incitamenten för läkarna att ta emot fler patienter på sjukhusen.

Socialstyrelsen och dåvarande SPRI – sjukvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut – föreslog då en primärvård med geografiskt upptagningsområde och som skulle kunna tillgodose en stor del av befolkningens vårdbehov. Beroende på befolkningsunderlag kunde mottagningarna vara olika stora. De större mottagningarna skulle kunna erbjuda en bredare kompetens och en större mångfald av tjänster – inte bara distriktsläkare utan också distriktsjuksköterskor och sjukgymnaster med flera.

Utvecklingen mot en ny primärvård i offentlig regi började ta form, men utvecklingen gick långsamt. Det var först på 1980-talet, i samband med att den nya hälso- och sjukvårdslagen trädde i kraft 1983, som primärvården förstärktes genom utbildningsinsatser och investeringar i byggnader (SOU 2016:2). Både vårdcentraler och distriktsköterskemottagningar etableras med en god spridning i landet. Bristen på läkare var däremot ett fortsatt problem. Specialistsjuksköterskor blev allt vanligare på vårdcentralerna och utvecklingen av mottagningar som leddes av dessa sjuksköterskor tog fart.

De effektiviseringar som skedde inom sjukhusen under 1990-talet innebar kortare vårdtider och att allt mer vård kunde ske i öppen vård. Denna utveckling ökade intresset för primärvården även i landstingen (Anell 2015). Ett utvecklingsarbete initierades också genom en nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården i början av 2000-talet, som bland annat hade syftet att stärka primärvården. Utvärderingar visade däremot att initiativet inte innebar någon omfördelning av resurser till primärvården (SOU 2016:2). Den vårdvalsreform som introducerades 2007 i några landsting och som lagstodgades 2010 har bland annat haft positiva effekter på tillgängligheten, men har inte förändrat den övergripande strukturen av primärvården och hälso- och sjukvården (Anell 2015).

## 1.4 BEFINTLIGA DATA HAR VISSA BEGRÄNSNINGAR

I enlighet med regeringsuppdraget utgår den här rapporten till stora delar från befintliga data. Det är därför viktigt att vara medveten om de

begränsningar som finns i datan när det gäller att jämföra primärvårdens resultat, såväl mellan landsting som mellan primärvårdsmottagningar. Svårigheterna beror främst på följande:

- Det saknas ett nationellt hälsodataregister för primärvård där varje besök registreras med tillhörande uppgifter som diagnos, personalkategori och åtgärd.
- Det saknas samlad och heltäckande bemanningsstatistik över de personalgrupper som är verksamma inom primärvården. I dag finns endast uppgifter om offentligt anställd personal.
- Endast en liten del av primärvårdens innehåll täcks av kvalitetsregistren. Ett fåtal register har viss bäring på primärvårdens verksamhet, men informationen är samtidigt mycket begränsad.
- Det är svårt att följa upp jämlik vård, eftersom exempelvis bakgrundsfrågor tagits bort i Nationell Patientenkät från och med 2015. Det är även svårt att följa den patientrapporterade kvaliteten över tid eftersom frågorna i Nationell Patientenkät ändrats.

De sammantagna bristerna när det gäller grundläggande uppgifter och nationell statistik om primärvården innebär att det i dag inte är möjligt att undersöka vårdkonsumtionen i primärvården på individnivå. Det begränsar vår möjlighet att analysera patienternas sökmönster och i vilken grad vårdkontaktarna är jämlika.

## 1.5 RAPPORTEN BYGGER PÅ FLERA DELSTUDIER

Syftet med den här rapporten är att ur ett patient- och medborgarperspektiv analysera förutsättningarna för en jämlik, patientcentrerad och effektiv primärvård. Analysen utgår från tre huvudfrågor:

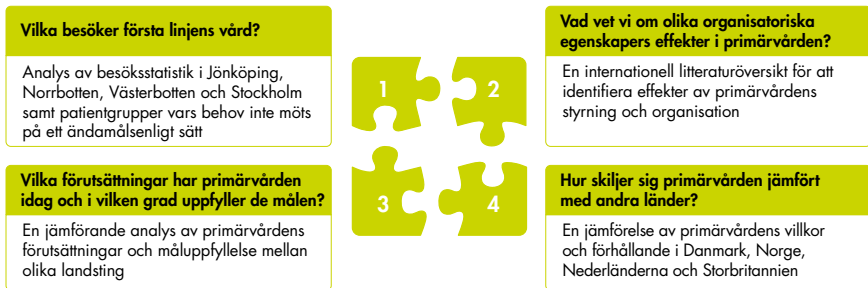
1. Hur använder befolkningen primärvården och vilka behov behöver primärvården därmed möta?
  - a. Vem besöker första linjens vård, det vill säga primärvården, öppen specialistvård eller akutmottagning?
  - b. Vad är primärvårdens utmaningar när det gäller patientgrupper som primärvården har svårt att möta samt när det gäller organisation och styrning generellt?
2. Hur jämlik, patientcentrerad och effektiv är primärvården i dag?
  - a. Hur skiljer sig primärvårdens utfall åt mellan olika landsting?




3. Vilka förutsättningar har primärvården att vara jämlik, patientcentrerad och effektiv?
  - a. Hur skiljer sig primärvårdens förutsättningar åt mellan olika landsting?
  - b. På vilka sätt kan vi förvänta oss att olika organisatoriska egenskaper i primärvården påverkar de patientrelaterade kvalitetsmålen?
  - c. Vilka lärdomar kan vi dra från primärvården i andra länder?

För att besvara våra huvudfrågor har vi gjort ett antal delstudier som tillsammans analyserar primärvårdens förutsättningar för en jämlik, patientcentrerad och effektiv primärvård. Vi har delat in dem i fyra delar beroende på vilken fråga de är tänkta att besvara (figur 2). Presentationen av resultaten i rapporten följer samma struktur i kapitel 2–7. Kapitel 8 och 9 redovisar våra slutsatser och rekommendationer. Nedan följer en kort beskrivning av var och en av dessa fyra ”pusselbitar”.

**Figur 2.** Projektet består av fyra delar baserat på olika delstudier.



 Vi har gjort en *kvantitativ beskrivning av besöksmönstren i första linjens vård i Jönköping, Norrbotten och Västerbotten*. Målet för studien var att studera vad som kännetecknar patienter i första linjens vård samt flödet mellan vårdnivåer i första linjens vård. Eftersom patienternas ingång till vården kan vara olika har vi valt att analysera primärvård, öppen specialistvård, besök på akuten samt kontakter med 1177 Vårdguiden – det vill säga första linjens vård. Studien utgick från besöksstatistik över i princip all landstingsfinansierad öppenvård i de tre landstingen under år 2014 och 2015 samt från data om kontakter med 1177 Vårdguiden och registrerade diagnoser under 2012–2015 i Jönköping. Resultaten från studien presenteras i kapitel 2.



För att få en fördjupad bild av skillnaderna i hur olika grupper besöker vården har vi även gjort en kvantitativ *socioekonomisk analys av vilka som besökt respektive inte besökt första linjens vård i Stockholm*. Målet var att jämföra sannolikheten för minst ett läkarbesök mellan olika socioekonomiska grupper, standardiserat för ålder och kön, och på så sätt fånga även dem som inte kommer i kontakt med vården. Studien utgick från befolkningsstatistik från Statistiska Centralbyrån, SCB, samt Socialstyrelsens Patientregister och Stockholms läns landstings VAL-databas. Även dessa resultat presenteras i kapitel 2.

Slutligen har vi genomfört semistrukturerade *intervjuer med primärvårdsrepresentanter i flera landsting, två privata vårdorganisationer samt nationella primärvårdsexperter*. Intervjuerna har fokuserat på vilka som är de största utmaningarna inom primärvårdens organisation och styrning, vilka lösningar de ser lokalt och nationellt samt vilka patientgrupper de tycker att primärvården har svårt att möta. Resultaten från denna studie presenteras i kapitel 3.



Vi har gjort en *litteraturöversikt* för att identifiera på vilket sätt vi kan förvänta oss att olika organisatoriska egenskaper i primärvården påverkar patientrelaterade kvalitetsmål. Studien omfattar internationell litteratur och fokuserar på litteraturöversikter. Målet var att identifiera patientrelaterade kvalitetsmål samt organisatoriska egenskaper som är påverkbara på en nationell respektive regional nivå och presentera ett ramverk för att koppla samman dem. Vi presenterar resultaten från studien i kapitel 4.



Vi har även gjort en *jämförelse av primärvårdens förutsättningar och måluppfyllelse i Sveriges landsting*. Med hjälp av det ramverk som togs fram i litteraturstudien beskriver vi förutsättningarna i svensk primärvård i dag, det vill säga vilka resurser, styrning och organisation som kännetecknar svensk primärvård och hur de skiljer sig åt mellan landstingen. Dessa resultat presenterar vi i kapitel 5. I kapitel 6 analyserar vi landstingens måluppfyllelse och hur den skiljer sig åt mellan landstingen.

Studien behandlar svensk primärvård under perioden 2011–2015. Den är kvantitativ och beskrivande samt använder en rad indikatorer för att redogöra för såväl utvecklingen i riket, som för regionala skillnader i primärvårdens förutsättningar, innehåll och resultat. Jämförelsen bygger huvudsakligen på information från SKL:s verksamhets- och ekonomistatistik, SCB, Nationell

Patientenkät för primärvård, Vårdbarometern, IHP samt olika medicinska kvalitetsregister. Vi riktade också en enkät till landstingen om primärvårdens övergripande organisation, avtal, ersättningar och bemanning.



Som en sista del gjorde vi en *fallstudie av primärvårdssystemen i Norge, Danmark, Nederländerna och Storbritannien*. Beskrivningen följer samma ramverk som för del 2 och 3 ovan. Syftet med studien var att identifiera likheter och skillnader mellan primärvårdssystemen i de fyra länderna och Sverige för att hitta eventuella framgångsfaktorer för att stärka primärvårdens jämlikhet, patientcentrering och effektivitet. Fallstudien bygger på information från *European Observatory on Health Systems and Policies*, OECD, studier, beskrivningar och statistik från respektive land, samt en tidigare litteraturoversikt (Anell 2015). Vi presenterar resultaten av den internationella jämförelsen i kapitel 7.





## Primärvården är den första kontakten för de flesta patienter

För att veta vilka behov och förväntningar som finns på primärvården behöver vi först känna till hur den används i dag. Vårt mål var att analysera hur patienter söker vård när de har fått ett nytt vårdbehov som inte kräver inläggning på sjukhus. Vi har därför studerat inte bara primärvården, utan även den öppna specialistvården, akutmottagningar eller alternativa, enklare vårdformer som 1177 Vårdguiden. Analysen utgår från patienternas sökmönster i fyra landsting och regioner (hädanefter landsting): Region Jönköpings län, Västerbottens läns landsting, Region Norrbotten och Stockholms Läns Landsting.

Vår analys visar att mellan en tredjedel och hälften av patienterna besökte mer än en vårdnivå i första linjens vård under ett år, vilket visar på behovet av samordning i vården. Även den förhållandevis stora andelen återbesök inom två veckor i akutsjukvården (12–16 procent) pekar på att det behövs mer samordning.

Samtidigt besökte en majoritet av patienterna primärvården vid åtminstone något tillfälle. Primärvården stod för den vanligaste vägen in i vården och behandlade en majoritet av mångbesökarna i första linjens vård. Primärvården hanterade även ett brett urval av diagnoser, varav cirka en tiondel var psykiatriska. Men vi såg att unga och småbarnsföräldrar i hög grad även kontaktade 1177 Vårdguiden, framför allt vid akuta ärenden, och att de hade en god följsamhet till vårdguidens rekommendationer om vart de skulle vända sig.

Vi gjorde även en närmare studie av olika gruppers kontakter med primärvården. Den visar inga tecken på att primärvården har en lägre



tillgänglighet för vare sig kvinnor, äldre eller personer med sämre socioekonomiska förutsättningar. Däremot verkar personer med bättre socioekonomiska förutsättningar vara överrepresenterade i specialistvården i förhållande till vad vi vet om deras hälsa. De besökte specialistvården i lika hög grad som personer med sämre förutsättningar, trots att personer med bättre socioekonomiska förutsättningar har bättre självskattad hälsa. I undersökningen var det även mer sannolikt att personer med bättre socioekonomiska förutsättningar besökte specialistvård som normalt kräver remiss, utan att först ha besökt primärvården för att få en remiss.

Att personer med sämre socioekonomiska förutsättningar i högre utsträckning besöker primärvården medan personer med bättre socioekonomiska förutsättningar i högre utsträckning besöker specialistvården stämmer överens med tidigare svensk och internationell forskning. Vår studie visar även att det är mer sannolikt att låginkomsttagare än höginkomsttagare gjorde minst ett besök i första linjens vård där en psykiatrisk diagnos registrerades.

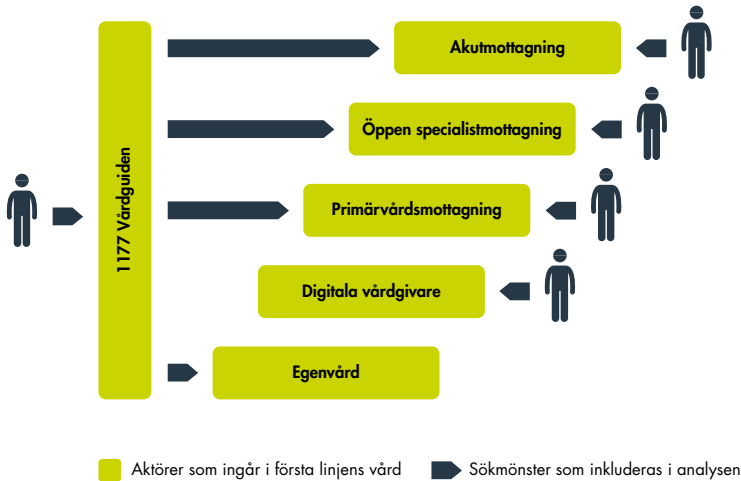
## **2.1 FÖRSTA LINJENS VÅRD BESTÅR AV PRIMÄRVÅRD, ÖPPEN SPECIALISTVÅRD OCH AKUTSJUKVÅRD SOM INTE LEDER TILL INLÄGGNING**

En person som behöver vård för ett nytt vårdbehov kan vända sig till flera olika aktörer i första linjens vård (figur 3). Vi har definierat första linjens vård som de vårdnivåer en person först söker sig till på grund av nytillkomna tillstånd eller på grund av nya behov som grundar sig i ett existerande tillstånd, utan att de har behov av akut sjukhusvård. Det innebär att definitionen omfattar primärvård, remissfri specialistvård samt de besök vid en akutmottagning som även primärvården hade kunnat hantera om patienten vänt sig dit i stället. Det innebär att akutbesök som lett till inskrivning i slutenvården inte ingår i första linjens vård, eftersom detta inte är ett alternativ till primärvården. Vi har även valt att inkludera digitala primärvårdsgivare samt den nationella sjukvårdsrådgivningstjänsten 1177 Vårdguiden i definitionen.

Däremot har vi varken kunnat inkludera apotek eller hemsjukvård i våra analyser, trots att de är en viktig del av första linjens vård för bland annat äldre personer. Här har vi begränsats av tillgången till statistiska data.

Vi har analyserat patienters sökmönster till primärvård, öppen specialiserad vård samt akutsjukvård (bilaga 2). Vi har då använt data från

Figur 3. Vi analyserar flera aktörer i första linjens vård.



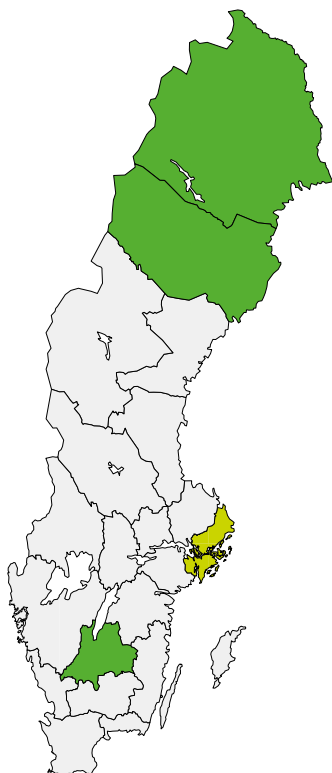
Jönköpings län, Västerbottens läns landsting och Region Norrbotten för att analysera patienternas sökmönster mellan dessa olika vårdnivåer (figur 4). Vi har också använt data från Stockholms Läns Landsting för att studera den socioekonomiska fördelningen bland patienterna i de olika vårdnivåerna. Dessutom har vi analyserat data om kontakter med 1177 Vårdguiden i Jönköping.

Informationen om remitteringar till specialistvården är begränsad. Det gör att det är svårt att dela upp besök i specialistvården efter om de har föregåtts av en remiss från någon annan vårdgivare eller inte. I våra analyser av statistiken från Jönköping, Västerbotten och Norrbotten ingår därför all öppen specialistvård utan uppdelning av om de föregåtts av en remiss eller inte. Analyserna av Stockholmsdata omfattar endast specialiteter som normalt inte kräver remiss, exempelvis öppenvårdspsykiatri och ögonsjukvård.

Slutligen är Stockholmsdatan begränsad till läkarbesök, medan datan från Jönköping, Västerbotten och Norrbotten innehåller alla fysiska besök till vården oavsett personalkategori.

Primärvården är den första kontakten för de flesta patienter

**Figur 4.** Vi utgår från besöksdata från olika delar av Sverige. Jönköping, Västerbotten och Norrbotten – där vi fokuserat på besöksmönster – är markerade med mörkgrönt, medan Stockholm – där vi fokuserat på den socioekonomiska fördelningen – är markerat med ljusgrönt.



## 2.2 FÖRSTA LINJENS PATIENTER RÖR SIG MELLAN FLERA VÅRDNIVÅER, MEN MAJORITETEN GÖR MINST ETT BESÖK I PRIMÄRVÅRDEN

I det här avsnittet analyserar vi hur besöken i första linjens vård fördelas och hur patienter rör sig mellan olika vårdnivåer. Vi undersöker även vilken typ av ohälsa patienterna söker hjälp för. Avsnitt 2.2.1 behandlar fysiska besök i första linjens vård medan avsnitt 2.2.2 fokuserar på ickefysiska besök och i synnerhet kontakter med 1177 Vårdguiden.

### 2.2.1 Primärvården är kärnan i första linjens vård

Första linjens vård gör skäl för sitt namn. Besöksstatistik från 2015 visar att tre fjärdedelar av invånarna i Jönköping, Västerbotten och Norrbotten gjorde

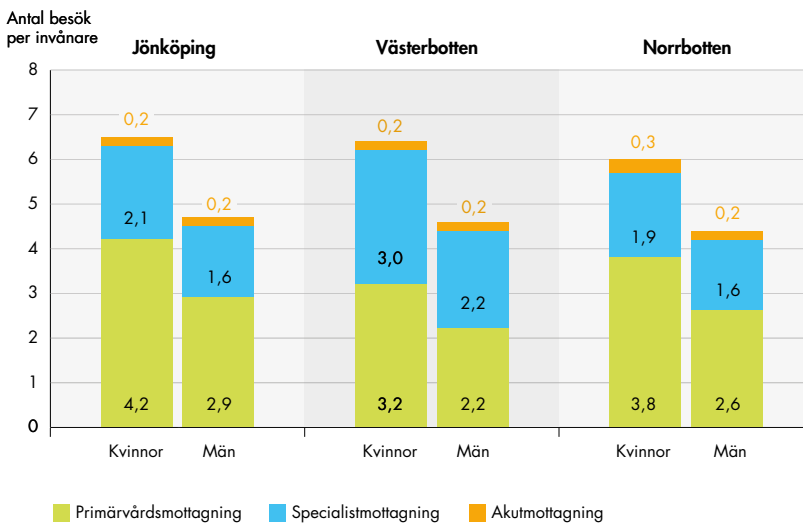


minst ett fysiskt besök i första linjens vård under året. Andelen som gjorde minst ett läkarbesök i Stockholm 2012 var lägre, 65 procent, men eftersom Stockholmsstatistiken endast innehåller läkarbesök är det naturligt att andelen besökare är lägre. Primärvården uppfyller även sin roll som första vårdinstans. En stor majoritet besökte primärvården vid minst ett tillfälle – cirka 90 procent av de som besökte första linjens vård i Stockholm och Jönköping.

Även sett till det totala antalet besök stod primärvården för 61–63 procent av de fysiska besöken i första linjens vård i Jönköping och Norrbotten, med den öppna specialistvården på andra plats med 33–35 procent. Västerbotten sticker ut med endast 50 procent primärvård och 47 procent specialistvård, vilket skulle kunna bero på vård i anslutning till Norrlands universitetssjukhus i Västerbotten. Däremot stod besök på sjukhusens akutmottagningar för en liten del av första linjens vård i alla tre landstingen (figur 5).

Befolkningen i de tre landstingen gjorde i genomsnitt mellan 5 och 5,4 besök i primärvården och den öppna specialistvården under ett år (figur 5). Det är färre än antalet öppenvårdsbesök hos läkare per invånare i de flesta andra OECD-länder 2013 (eller senaste uppgiftsår). Där ligger majoriteten mellan sex och sju besök (OECD Health Statistics 2015). Däremot ligger antalet på ungefär samma nivå som antalet öppenvårdsbesök hos läkare i

**Figur 5.** Antalet genomsnittliga besök per invånare i respektive vårdnivå.



Källa: Jönköping, Västerbotten och Norrbotten 2015.

Norge, Danmark och Storbritannien. Men det är svårt att jämföra resultaten rakt av, eftersom vi inte vet hur många besök som gjordes hos andra yrkesgrupper i de övriga OECD-länderna. Det är även svårt att tolka skillnaden utan att känna till eventuella skillnader i behov eller om det finns olika traditioner när det gäller exempelvis förnyelse av recept och om provsvar meddelas per telefon eller vid ett fysiskt besök.

Från tidigare studier vet vi att primärvårdens andel av det totala antalet besök i öppenvården inte ökade nämnvärt mellan 2006 och 2012, trots att både antalet vårdcentraler och antalet besök i vården ökade efter att vårdvalets infördes år 2010 (Vårdanalys 2014b). Det betyder att primärvården inte har tagit över besök från specialistvården, trots att detta var en uttalad ambition med att införa primärvårdsval i flera landsting.

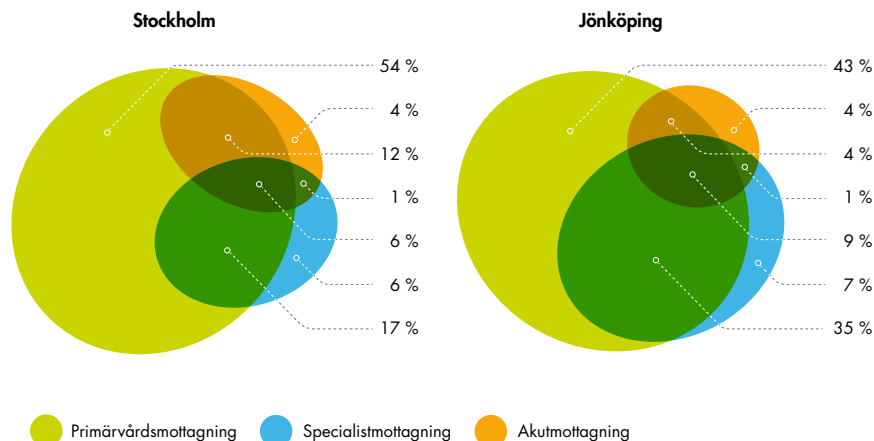
Primärvården är även den vanligaste vägen in i vården. Av fysiska ”nybesök” i första linjens vård i Jönköping, Norrbotten och Västerbotten gjordes 79–81 procent av besöken i primärvården, 11–14 procent i den öppna specialistvården och 7–8 procent på en akutmottagning. Som nybesök räknar vi då de besök som inte har föregåtts av något annat besök till vården under ett år. Vi antar då att dessa besök beror på ett nytt tillstånd som patienten inte har sökt vård för tidigare. Cirka 3–5 procent av de fysiska besöken i första linjens vård var då nybesök.

### *Många patienter besöker mer än en vårdnivå, vilket tydliggör behovet av samordning*

Vårdanalys (2016b) har tidigare visat att cirka en tiondel av Sveriges befolkning har relativt komplexa behov av samordning av sin vård och omsorg och att denna andel kan förväntas öka. Bland de patienter som besökte första linjens vård besökte 36 procent av patienterna i Stockholm och 49 procent av patienterna i Jönköping minst två vårdnivåer under de studerade åren (figur 6). En majoritet av dem besökte en kombination av primärvård och öppen specialistvård.

Även om vår statistik inte visar kontakter med den slutna specialistvården vet vi från intervjuer att primärvården även tar hand om mycket eftervård av patienter som behandlats i slutenvården. Det var 9 procent av patienterna i Jönköping och 6 procent i Stockholm som besökte samtliga tre vårdnivåer som studerades i vår besöksanalys: primärvården, den öppna specialistvården och akutsjukvården. Kontaktmönstren i Norrbotten liknar mönstren i Jönköping. Att Stockholm har en lägre andel personer som besökt flera vårdnivåer beror troligtvis på att Stockholmsstatistiken enbart inkluderar remissfri specialistvård, medan Jönköpings- och Norrbottensdatan innehåller all öppen specialistvård.

**Figur 6.** Andel patienter i första linjens vård som besökt respektive vårdnivå, fysiska besök i Jönköping och läkarbesök i Stockholm. Kontaktmönstren är likartade för Jönköping och Norrbotten.



Not: Observera specialistvården i Stockholm enbart inkluderar remissfri vård.

Källa: Jönköping 2015 och Stockholm 2012.

### *Akutsjukvården har många återbesök, vilket kan visa på ett behov av ökad samordning*

Patientflödena mellan vårdgivare i Norrbotten och Jönköping visar att primärvårdens patienter i nio av tio fall inte sökte sig vidare till någon annan vårdnivå i första linjen. En majoritet av besöken följdes antingen inte av några besök i första linjens vård inom 14 dagar eller ledde till ett nytt besök i primärvården. Endast en tiondel följdes av ett besök på en annan vårdnivå, vanligen ett besök i den öppna specialistvården. Utan mer information är det svårt att säga om det här är ändamålsenliga patientflöden, men de tyder på att primärvården färdigbehandlar en majoritet av sina patienter.

Det kan förväntas att akutsjukvården antingen färdigbehandlar sina patienter eller hänvisar dem till en mindre akut vårdnivå för vidare behandling. Men hela 12–16 procent av akutbesöken följdes av ett nytt besök på akuten inom 14 dagar. 26–31 procent av akutbesöken följdes av ett besök i primärvården, 17–19 procent av ett specialistvårdsbesök och 34–46 procent följdes inte av något besök i första linjens vård inom 14 dagar.

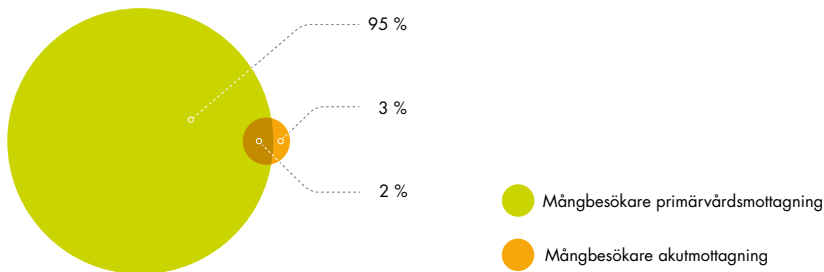
Inte heller här känner vi till anledningen bakom besöksmönstren eller hur stor del av återbesöken på akutmottagningen som gällde samma ohälsotillfälle som det första besöket. Men den stora andelen upprepade besök i akutsjukvården tyder på att det finns en potential att förebygga onödiga återbesök med hjälp av vård från primär- och hemsjukvården.

### *Första linjens vård hanterar många typer av diagnoser*

Primärvårdens uppgift är att svara för befolkningens grundläggande medicinska behov utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper (2 kap. 6 § HSL). Jönköping har den mest kompletta diagnos-sättningen, och statistiken därifrån bekräftar att primärvårdens sjukdomsbild är mycket varierad. De tio vanligaste diagnoserna står för endast 21 procent av de registrerade diagnoserna. Tre av de tio vanligaste diagnoserna var psykiatriska och stod för cirka 5 procent av diagnoserna. Även akutbesök som inte leder till inskrivning har en varierad diagnosbild, där de tio vanligaste diagnoserna står för 27 procent av de registrerade diagnoserna.

Statistiken från Jönköping visar även att cirka 10 procent av patienterna i första linjens vård kan räknas som mångbesökare. En mångbesökare är en person som gjort fyra eller fler besök på en akutmottagning eller minst tio besök i primärvården under ett år. Av dem besöker 95 procent enbart primärvården, 3 procent enbart akutsjukvården och 2 procent besöker både primärvården och akutsjukvården (figur 7). Med andra ord är en dryg tredjedel av mångbesökarna i akuten även mångbesökare i primärvården.

**Figur 7.** Mångbesökare i första linjens vård.



Källa: Jönköping 2015.

### *Psykiatrin är en viktig del av första linjens vård och primärvården tar ett stort ansvar för den psykiska ohälsan*

Statistik från Stockholm visar att 5 procent av befolkningen gjorde ett läkarbesök i primärvården där en psykiatrisk diagnos registrerades. Detta kan jämföras med att en psykiatrisk diagnos registrerades vid 3 procent av läkarbesöken i den öppna specialistvården, där psykiatrin ingår. Även om den psykiatriska diagnosen inte alltid var huvuddiagnosen för ett besök, visar statistiken att primärvården tar ett stort ansvar för personer med psykisk ohälsa. I Jönköping, som var det enda andra landstinget med tillförlitlig diagnosstatistik för primärvården, registrerades en psykiatrisk diagnos vid 9 procent av besöken som hade en registrerad diagnos.

Psykiatrin stod också för 18–30 procent av besöken i den öppna specialistvården i Jönköping, Norrbotten och Västerbotten. Detta visar att psykisk ohälsa står för en stor andel av besöken i öppenvården.

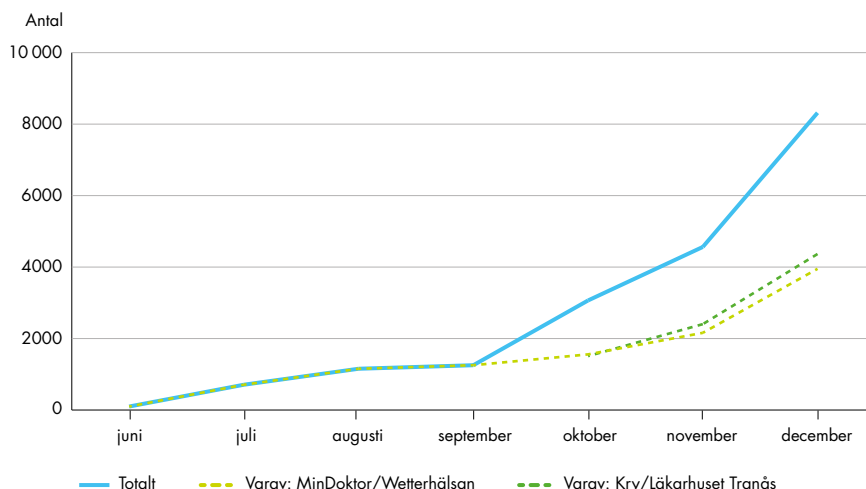
### **2.2.2 Ickefysiska besök blir allt vanligare**

Utöver att göra ett fysiskt besök hos en vårdgivare i första linjens vård kan personer även välja att besöka en digital primärvårdgivare eller att kontakta telefonrådgivningstjänsten 1177 Vårdguiden. De digitala vårdgivarna har ökat i antal sedan en lagändring gjorde det möjligt att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård utanför det egna landstinget (9 kap. 1 § patientlagen (2014:821), se även kapitel 5). Det gjorde det möjligt för digitala vårdgivare att ta emot patienter från hela Sverige. Digitala vårdgivare är de vårdgivare som enbart erbjuder vårdmöten via e-post, telefon eller videosamtal. En av vårdgivarna, Min Doktor, handlägger till exempel 80–85 procent av besöken via textmeddelanden i sin mobilapplikation, 10 procent via video och 5 procent per telefon. Antalet digitala utomlänskontakter till två av de stora digitala vårdgivarna i Sverige mångdubblades bara på några månader i slutet av 2016 (figur 8). Men de utgör fortfarande mindre än 1 procent av vårdkontaktarna i primärvården (Vårdanalys 2017).



Primärvården är den första kontakten för de flesta patienter

**Figur 8.** Antalet digitala utomlänskontakter (mejl och videobesök) för digitala vårdgivare i Jönköping.



Källa: Jönköping 2016 (Vårdanalys 2017).

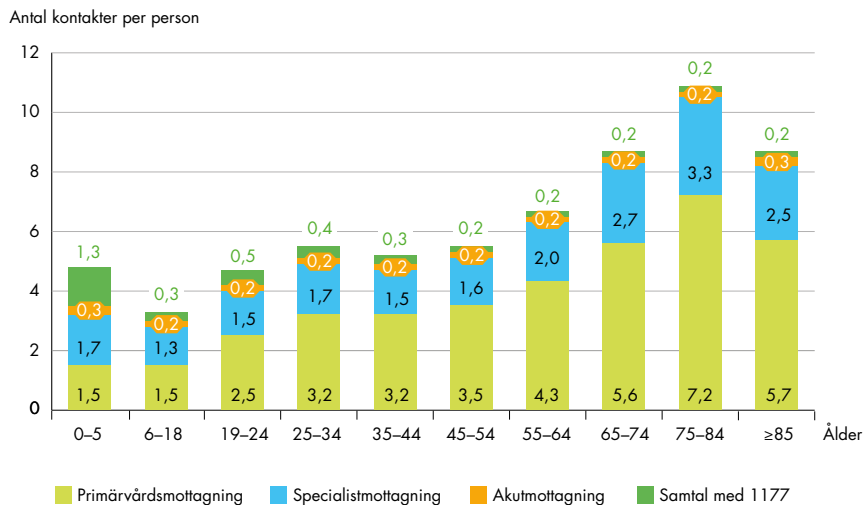
### *1177 Vårdguiden används mest av unga och småbarnsföräldrar*

Vi har ingen statistik över hur patienter kombinerar digitala och fysiska vårdbesök, men vi har information om Jönköpingspatienternas kontakter med landstingens gemensamma sjukvårdsrådgivning 1177 Vårdguiden. Statistiken från Jönköping visar att det i första hand är småbarnsföräldrar och personer i åldern 19–34 år som ringer till 1177 Vårdguiden. Det kan bero på att de känner ett större behov av stöd och råd om när de ska vända sig till hälso- och sjukvården och i så fall till vilken vårdnivå de ska vända sig.

Småbarnsföräldrar hade i genomsnitt 1,3 telefonkontakter med 1177 per person under 2015, vilket kan jämföras med att de sammanlagt gjorde 3,2 fysiska besök i primärvården och den öppna specialistvården per år (gruppen 0–5 år i figur 9). Men då saknas barnhälsovården i statistiken för Jönköpings primärvård, vilket innebär att siffrorna för primärvårdskonsumtionen är för låga för åldersgruppen. En mer rättvisande jämförelse kan vara Västerbotten och Norrbotten, som hade 5,1 respektive 7,1 besök i primärvård samt öppen specialistvård för åldersgruppen 0–5 år (se avsnitt 2.3.1).

Personer i åldern 19–34 hade i genomsnitt 0,4–0,5 telefonkontakter med 1177 beroende på åldersgrupp, jämfört med 4–4,9 fysiska besök. Kontakterna kan jämföras med personer i åldern 45+, som ringde till 1177 i genomsnitt 0,2 gånger per person och år.

**Figur 9.** Genomsnittligt antal kontakter med 1177 Vårdguiden i Jönköping per person och år, jämfört med antalet fysiska besök utom besök i barnhälsovården.



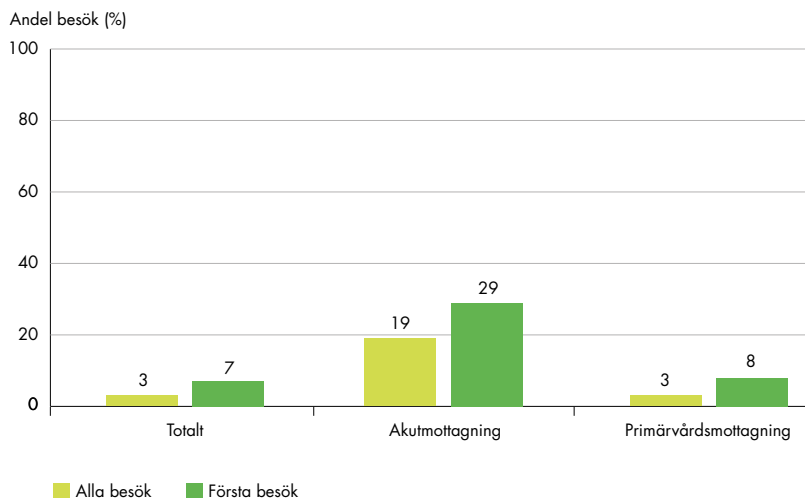
Källa: Jönköping 2015.

### *1177 Vårdguiden används framför allt vid nya eller akuta behov*

Jönköping har även följt upp hur rekommendationerna följts genom att koppla kontakten med 1177 Vårdguiden med besök i primärvård eller öppen specialiserad vård om besöket sker inom tre dygn efter samtalet. För akutsjukvård är tidsgränsen satt till ett dygn. Om patienten inte har tagit kontakt med vården inom dessa tidsintervall anses hen ha tagit hand om besväret med hjälp av egenvård. Det innebär att uppföljningen överskattar andelen egenvård om patienten inte hinner få en besökstid inom den avsatta tiden.

Om vi ser enbart till kontakterna som följdes av ett fysiskt vårdbesök inom tre respektive ett dygn ser vi att det bara är cirka 3 procent av besöken i första linjens vård som dessförinnan har haft kontakt med 1177 (figur 10). Men andelen stiger till 7 procent för ett nybesök, det vill säga ett besök som inte föregåtts av något tidigare besök i första linjens vård under det senaste året. Andelen är även betydligt högre för akutsjukvården, där 19 procent av samtliga besök och 29 procent av nybesöken varit i kontakt med 1177 innan. Det innebär att 1177 Vårdguiden framför allt verkar användas som ett stöd vid akuta tillstånd då patienten inte är säker på om det är rätt att kontakta akutsjukvården eller en annan vårdnivå. Det är även vanligare att kontakta sjukvårdsrådgivningen för nytillkomna tillstånd. Samtidigt är det viktigt att

**Figur 10.** Andel besök i första linjens vård i Jönköping som föregåtts av en kontakt med 1177 Vårdguiden.



Källa: Jönköping 2015.

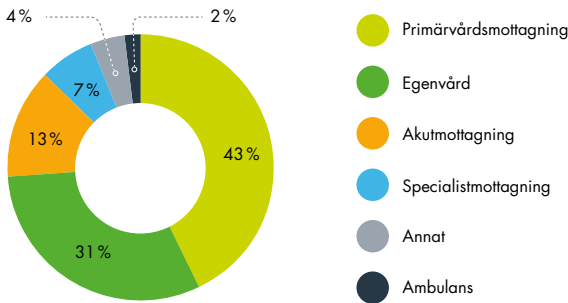
notera att drygt 80 procent av patienterna som besökte en akutmottagning inte hade haft kontakt med 1177 innan.

Resultatet ligger därmed i linje med resultaten från en tidigare studie vid akutmottagningen vid Universitetssjukhuset Örebro under november 2014 (Helmrot och Ziegler 2016). Studien registrerade patienternas sökväg till akuten för cirka 65 procent av besöken och fann att 33 procent av de svarande hade anlänt med ambulans och 21 procent haft kontakt med 1177 innan de besökte akuten. Endast 20 procent sökte akutvård helt på eget initiativ. En anledning till att något fler personer hade varit i kontakt med 1177 i Örebrostudien än i vår studie kan vara att vår studie enbart omfattar de mindre allvarliga fallen, det vill säga när patienten inte blev inskriven på sjukhuset.

Bilden av att en stor del av kontakterna med 1177 Vårdguiden gäller akuta tillstånd stöds av att telefonrådgivningen rekommenderade ett akutbesök i 13 procent av fallen (figur 11). Normalt står akutsjukvården endast för 3–5 procent av kontakterna med första linjens vård (se avsnitt 2.2.1). 1177 rekommenderade patienterna att kontakta primärvården i fyra av tio fall och egenvård i en knapp tredjedel av fallen. I två procent av fallen bedömdes situationen vara så allvarlig att personen som kontaktat 1177 fick rådet att ringa efter ambulans.



**Figur 11.** Fördelning av vilken vårdnivå som rekommenderas av 1 177 Vårdguiden i Jönköping.



Källa: Jönköping 2015.

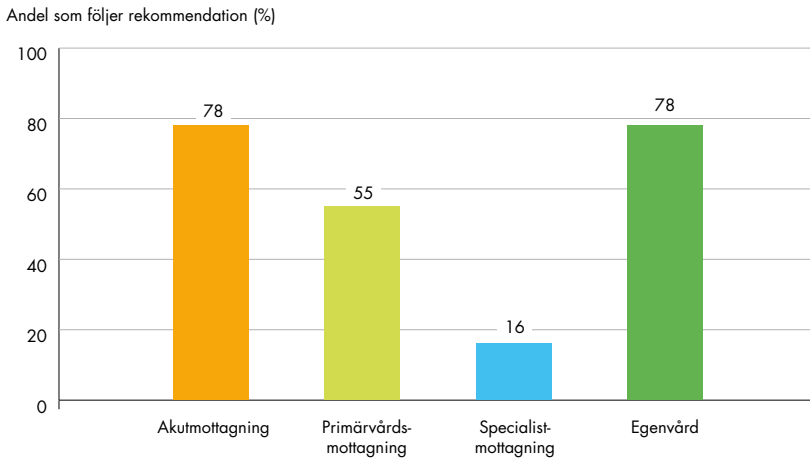
### *Följsamheten till 1177 Vårdguidens rekommendationer är relativt god*

Följsamheten till rekommendationerna från 1177 Vårdguiden skiljer sig åt beroende på vilken rekommendation patienten fick. Den högsta följsamheten är till rekommendationen att söka akutsjukvård eller att själv vårda åkomman, där knappt 80 procent följde rekommendationen (figur 12). Rekommendationen att söka primärvård följdes av drygt hälften av patienterna, medan endast 16 procent följde rekommendationen att söka specialistvård. Samtidigt är specialistvård den vårdnivå som det är mest sannolikt att underskatta följsamheten för, eftersom det kan vara svårt att få en besökstid inom tre dygn. I något lägre grad gäller samma sak i primärvården. Det fasta tidsintervallet kan också vara ett skäl till att egenvård var det överlägset vanligaste behandlingsalternativet för personer som rekommenderades att söka specialistvård. Det var också det näst vanligaste alternativet efter primärvård för personer som rekommenderades att söka primärvård.

Följsamheten skiljde sig även åt mellan olika åldersgrupper, där yngre personer var mer sannolika att följa en rekommendation att egenvärda sig, medan äldre personer var mer följsamma mot rekommendationer att uppsöka akuten. För övriga rekommendationer fanns inte ett lika tydligt åldersmönster.

Generellt är följsamheten relativt hög, vilket tyder på att tilliten till 1177 Vårdguiden är god bland de som kontaktar telefonrådgivningen.

**Figur 12.** Andel som följer rekommendationen efter kontakt med 1 177 Vårdguiden i Jönköping.



Källa: Jönköping 2015.

### 2.3 VI SER INGA TECKEN PÅ ATT PRIMÄRVÅRDEN MISSGYNNAR KVINNOR, ÄLDRE ELLER PERSONER MED SÄMRE SOCIOEKONOMISKA FÖRUTSÄTTNINGAR

Det här avsnittet fokuserar på skillnader i besöksmönster mellan demografiska respektive socioekonomiska grupper. En svaghet med vår jämförelse är att vi inte har haft möjlighet att justera besöksmönstren efter medicinska behov. Men tidigare forskning tyder på att den självskattade hälsan stämmer relativt väl överens med objektiva hälsomått hos vuxna och att det inte verkar finnas några större skillnader i hur män och kvinnor bedömer sin egen hälsa (Socialstyrelsen 2008). Vi jämför därför besöksmönstren i första linjens vård med vad vi kan förvänta oss utifrån vad vi vet om självskattad hälsa för olika grupper i befolkningen (Folkhälsomyndigheten 2016). Exempelvis vet vi att kvinnor har sämre självskattad hälsa. Därför vore det ett tecken på ojämlikhet om kvinnor besökte första linjens vård i lägre utsträckning än män.

Tidigare studier ger en delvis fragmenterad bild av vårdutnyttjandet för personer med olika grader av ohälsa. En studie av Vårdanalys (2015a) visar att patienter i Västra Götaland och Östergötland med en allvarlig sjukdom ökat sitt vårdutnyttjande mer än den övriga befolkningen sedan vårdvalet i primärvården infördes. Men i Stockholm har utvecklingen gått åt motsatt håll (Vårdanalys 2015a). En äldre studie (Vårdanalys 2013a) visar att Skåne har utvecklats på samma sätt som Stockholm, det vill säga att personer med stora vårdbehov ökade sitt vårdutnyttjande mindre än befolkningen som helhet.

Men vi bör tolka analyser som studerar besöksmönstren för personer med allvarlig sjukdom i primärvården med försiktighet, eftersom de studerar en grupp som i många fall har sin viktigaste vårdkontakt i specialistvården.

En annan svaghet med vår studie är att vi enbart har information om patienternas socioekonomiska förutsättningar för Stockholmsstatistiken. Det gör att mönstren vi ser skulle kunna vara unika för Stockholm och skilja sig från mönstren i resten av landet. Resultaten bör därför tolkas med viss försiktighet. Det som talar för studien är att de socioekonomiska mönstren pekar åt samma håll som tidigare forskning, vilket gör dem mer trovärdiga.

Följande avsnitt belyser skillnaderna mellan män och kvinnor samt mellan olika åldersgrupper (avsnitt 2.3.1). Därefter analyserar vi skillnaderna mellan olika socioekonomiska grupper (avsnitt 2.3.2).

### **2.3.1 Kvinnor och äldre – grupper med mer ohälsa – har fler besök i första linjens vård**

Både kvinnor och äldre är mer sannolika att ha gjort minst ett besök i första linjens vård. Det är också väntat, eftersom kvinnor och äldre har sämre självskattad hälsa (Folkhälsomyndigheten 2016). Kvinnor har fler besök i både primärvården och specialistvården i Jönköping, Västerbotten och Norrbotten och könsskillnaderna är ungefär lika stora för de tre landstingen (figur 5). Att kvinnor gör cirka 40 procent fler besök i primärvården är i linje med tidigare studier (Vårdanalys 2015a). Däremot visar besöksmönstren inte några könsskillnader i hur patienter rör sig mellan olika vårdnivåer. Kvinnor är också överrepresenterade inom den öppna psykiatrin i de tre landstingen, vilket ligger i linje med att fler kvinnor än män har psykisk ohälsa (Folkhälsomyndigheten 2016). Även data från Stockholm visar att kvinnor är mer sannolika att ha gjort minst ett läkarbesök i första linjens vård.

Att kvinnor gjort fler besök i första linjens vård ligger i linje med andra studier av svensk vårddata (Friberg Osika m.fl. 2016). Endast en del av könsskillnaden i hälso- och sjukvårdskonsumtion kan förklaras av mödravård och könsspecifika skillnader (Friberg Osika m.fl. 2016). Internationell forskning föreslår att kvinnor både kan vara mer drabbade av ohälsa och mer uppmärksamma på sina symtom, samt mer benägna att söka vård än män (Socialstyrelsen 2004).

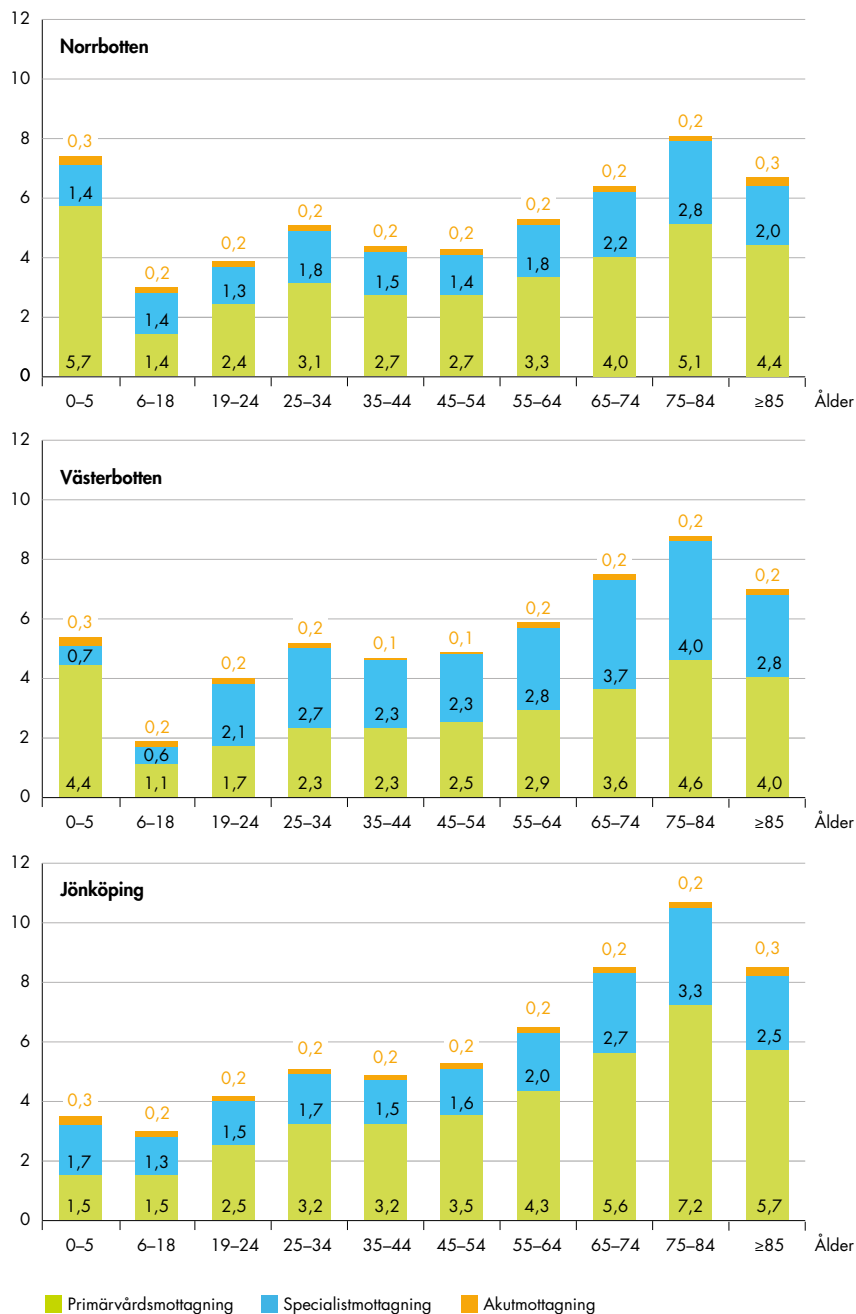
Även skillnaderna mellan åldersgrupper följer det förväntade mönstret. Vårdkonsumtionen är hög i åldern 0–5 år men minskar kraftigt i tonåren för att sedan långsamt öka med stigande ålder och nå sin topp vid 75–84 års ålder (figur 13). Även detta ökande besöksmönster med stigande ålder är i linje med tidigare studier (Vårdanalys 2015a). Fördelningen mellan vårdnivåerna



Primärvården är den första kontakten för de flesta patienter

**Figur 13.** Antal besök per invånare och åldersgrupp.

Antal besök per invånare



Not: För Jönköping saknas barnhälsovården i primärvårdsstatistiken, vilket innebär att siffrorna för primärvårdskonsumtionen är för låga i åldersgruppen 0-5 år.

Källa: Jönköping, Västerbotten och Norrbotten 2015.

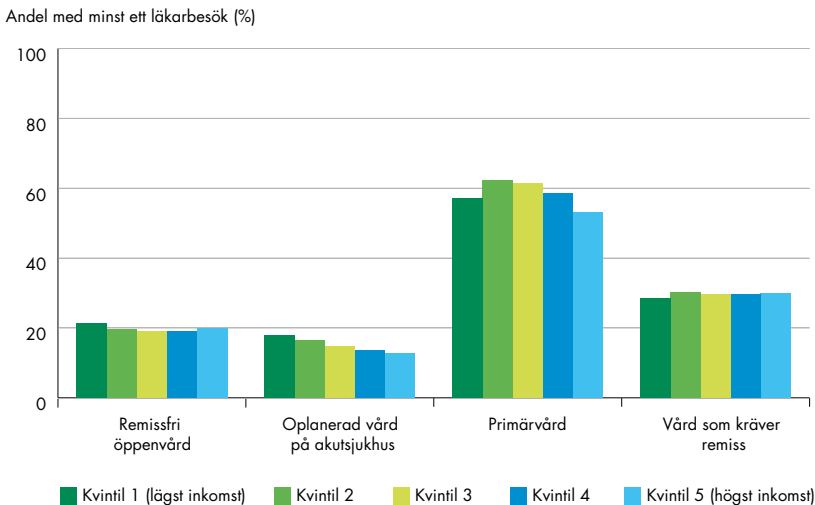
är däremot relativt konstant efter vuxen ålder, trots ökningen i antal besök. Vårddata från Stockholm 2012 bekräftar också att sannolikheten att en person har haft kontakt med läkare i första linjens vård ökar med åldern.

### 2.3.2 Personer med sämre socioekonomiska förutsättningar är mer sannolika att ha gjort minst ett läkarbesök i akut- eller primärvården

Socioekonomiska besöksdata från Stockholm visar att personer med lägre inkomst eller utbildning är mer sannolika att ha gjort minst ett läkarbesök under året i akut- eller primärvården, justerat för ålder och kön (figur 14). Även det här resultatet är i linje med vad som kan förväntas, eftersom personer med lägre utbildning har sämre självskattad hälsa (Folkhälsomyndigheten 2016).

Ett undantag från det socioekonomiska mönstret är de personer som hör till den lägsta inkomstkventilen, det vill säga den femtedel av befolkningen som har lägst inkomst. De är mindre sannolika att ha besökt primärvården än alla andra inkomstgrupper utom den högsta. Det är svårt att säga vad som kan ligga bakom detta, eftersom den lägsta inkomstkventilen kan antas vara den som är mest heterogen. En delförklaring skulle kunna vara att de med lägst inkomst avstår från hälso- och sjukvårdsbesök som enbart kräver

**Figur 14.** Andelen med minst ett läkarbesök per vårdnivå för olika inkomstgrupper (justerat för ålder och kön). Varje kvintil motsvarar en femtedel av befolkningen.



Källa: Stockholm 2012.

primärvård. En annan tänkbar delförklaring är att gruppen innehåller många studenter med bättre hälsa än genomsnittet.

Eftersom vi inte haft möjlighet att justera besöksmönstren efter personernas behov av hälso- och sjukvård bör resultaten tolkas med viss försiktighet. Ett sätt att kontrollera resultatens trovärdighet är att jämföra dem med tidigare studier som har justerat för vårdbehovet. En studie av vårdvalsreformens effekter på sökmönster visar att låginkomsttagare och lågutbildade i Stockholm, Västra Götaland och Östergötland genomförde fler läkarbesök i primärvården än höginkomsttagare och högutbildade, justerat för vårdbehov (Vårdanalys 2015a). Detta gällde både före och efter att vårdvalet infördes år 2010.

Studien visar även att låginkomsttagare verkar dra större nytta än höginkomsttagare av att tillgången till vård ökar, medan lågutbildade inte tycks göra det (Vårdanalys 2015a). Detta ger ytterligare stöd för att åtminstone låginkomsttagare inte verkar missgynnas av primärvården. Låginkomsttagare i Stockholm och Västra Götaland har ökat sitt vårdutnyttjande jämfört med höginkomsttagare sedan vårdvalet infördes, medan nivån är relativt oförändrad i Östergötland. Men analyser av grupper med olika utbildning visar på en motsatt trend, där ökningen är större för personer med högskoleutbildning än för lågutbildade i Västra Götaland och Östergötland. Sammantaget är utvecklingen efter att vårdvalet infördes delvis motstridig, beroende på landsting och vilket mått på socioekonomiska förutsättningar som användes i analysen.

### *Personer med bättre socioekonomiska förutsättningar besöker specialistvården oftare i förhållande till sitt behov*

Eftersom personer med sämre socioekonomiska förutsättningar har en sämre självskattad hälsa, borde de vara överrepresenterade även i specialistvården (Folkhälsomyndigheten 2016). Men våra data visar att låg- och höginkomsttagare ändå är ungefär lika sannolika att ha gjort ett läkarbesök i remissfri öppen specialistvård eller specialistvård med remisskrav (figur 14). Detta tyder på att höginkomsttagare är överrepresenterade i specialistvården i förhållande till sitt vårdbehov, jämfört med låginkomsttagare. Internationell forskning visar ett liknande resultat, där personer med bättre socioekonomiska förutsättningar är överrepresenterade i specialistvården i förhållande till sin hälsa (Vårdanalys 2015a).

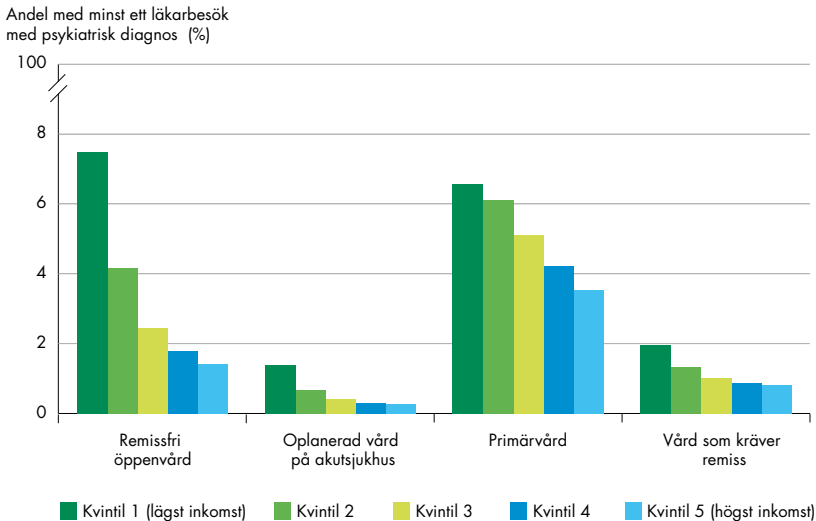
Våra data visar även att höginkomsttagare i Stockholm 2012 är något mer sannolika att ha haft kontakt med vård som kräver remiss utan att först ha haft kontakt med första linjens vård. Ett sådant vårdmönster kan

visserligen bero på flera faktorer, som att vård som egentligen är remissfri har felklassificerats. Men en del av skillnaden förklaras troligtvis av att höginkomsttagare är mer sannolika att exempelvis skriva egenremiss eller att argumentera sig förbi det formella remisskravet, vilket gör remisskraven ojämlika ur ett socioekonomiskt perspektiv.

*Lägre inkomst ökar sannolikheten för minst en vårdkontakt där en psykiatrisk diagnos registrerats*

Vi konstaterade tidigare att 5 procent av befolkningen hade minst ett läkarbesök med en registrerad psykiatrisk diagnos i primärvården och att motsvarande andel var 3 procent i den öppna specialistvården (avsnitt 2.2.1). Socioekonomiska data från Stockholm visar också att personer med lägre inkomst är mer sannolika att ha gjort minst ett läkarbesök där vården registrerat en psykiatrisk diagnos, oavsett vårdnivå (figur 15). Det socioekonomiska mönstret är starkast för remissfri öppenvård, men är tydligt även för de övriga vårdtyperna.

**Figur 15.** Andel med minst ett läkarbesök med psykiatrisk diagnos per vårdtyp och inkomstgrupp i Stockholm. Varje kvintil motsvarar en femtedel av befolkningen.



Källa: Stockholm 2012.









## Primärvårdsrepresentanter pekar på flera utmaningar

Vi har under projektets gång intervjuat ett flertal vårdcentralchefer och andra personer i primärvården om vad de ser som primärvårdens främsta utmaningar i dag. Intervjuerna har använts tillsammans med ett ramverk som analyserar hur olika gruppers kontakter med primärvården förhåller sig till deras medicinska vårdbehov. Tillsammans lyfter de fram flera patientgrupper vars behov av primärvård skulle kunna mötas på ett bättre sätt. Vissa skulle behöva mera eller mer specialiserad primärvård. Det gäller framför allt personer med psykisk ohälsa, multisjuka med begränsad förmåga att själva söka vård och personer i riskzonen för kroniska sjukdomar. Andra grupper skulle snarare behöva mötas på ett annat sätt av vården. Det gäller personer som söker vård på fel vårdnivå eller som söker hälso- och sjukvård när det hade räckt med egenvård. Därför har vi följt upp intervjuerna med kvantitativa analyser av besöksstatistik samt intervjuer med representanter för eller anhöriga till personer som tillhör flera av de identifierade patientgrupperna. Målet var att fördjupa bilden från den inledande analysen.

Våra resultat stämmer väl överens med en studie av patientönskemål som genomförts inom SKL:s projekt *Flippen i primärvården*. Studien bygger på en enkätundersökning som visar att primärvårdens patienter har olika förväntningar när det gäller hur de vill bli bemötta av och interagera med primärvården. Samtidigt pekar studien på att ny teknik och alltmer pålästa patienter sannolikt kommer att påverka framtidens primärvård mycket.

För att möta dessa behov kommer det att krävas goda organisatoriska och styrningsmässiga förutsättningar som kan ligga till grund för en patientcentrerad och jämlik primärvård. Men våra intervjuer med primär-



vårdsrepresentanter visar att flera av primärvårdens förutsättningar anses vara förknippade med stora utmaningar. Utmaningarna gäller personalförsörjningen, primärvårdens roll i hälso- och sjukvårdssystemet som helhet, administrationen av remisser och intyg till myndigheter, samordningen och informationsöverföringen samt ersättningsystemen.

### **3.1 DET FINNS PATIENTGRUPPER VARS KONTAKTER MED PRIMÄRVÅRDEN ANTINGEN ÄR HÖGRE ELLER LÄGRE ÄN DERAS VÅRDBEHOV**

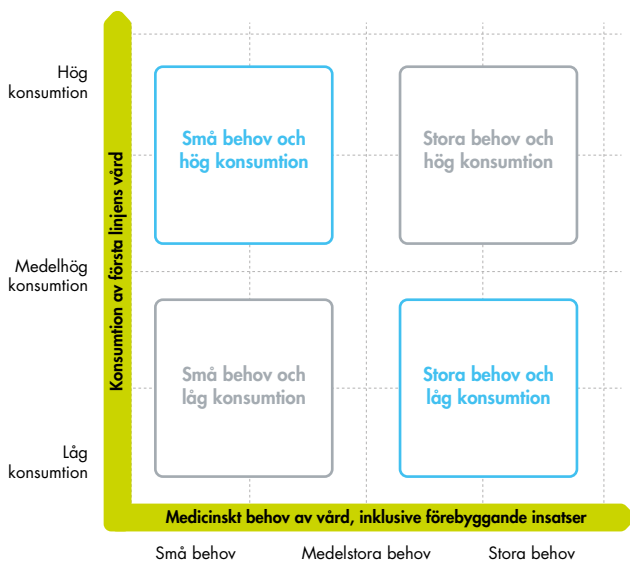
Ett sätt att analysera hur väl primärvården motsvarar befolkningens behov, förutsättningar och preferenser är att försöka identifiera grupper vars primärvårdskonsumtion inte motsvarar deras medicinska behov. Vi har därför tagit fram ett ramverk som analyserar hur olika gruppers kontakter med primärvården förhåller sig till deras medicinska vårdbehov, så som det bedöms av intervjuad primärvårdspersonal (figur 16).

Ramverket delar in patienterna i fyra grupper, där de gråmarkerade grupperna har en vårdkonsumtion som motsvarar deras medicinska behov. De blå grupperna har däremot antingen en för låg eller på andra sätt mindre ändamålsenlig konsumtion i förhållande till sina höga behov eller en för hög vårdkonsumtion respektive konsumtion på en för avancerad vårdnivå med tanke på att de är relativt friska.

Syftet med ramverket är att identifiera och beskriva grupper där primärvården behöver anpassas för att kunna fånga upp och möta patienternas behov på ett mer ändamålsenligt sätt. Ramverket har använts tillsammans med intervjuer med läkare, vårdcentralchefer och andra personer i primärvården för att identifiera grupper där primärvården har svårt att möta patienternas behov på ett ändamålsenligt sätt (bilaga 3).

Vi har även försökt att utifrån den kvantitativa besöksstatistiken som presenterades i kapitel 2 analysera hur vården fungerar för de identifierade grupperna (bilaga 2). Men det visade sig vara svårt att isolera respektive grupp på ett tillfredsställande sätt i de data vi haft möjlighet att få tillgång till. Exempelvis har vi inte haft något sätt att se skillnad på multisjuka med begränsad möjlighet att själva söka vård och multisjuka med god möjlighet att själva söka vård i statistiken. Vi har därför enbart kunnat göra en grov analys av vissa av grupperna. Vi bedömer dock att denna typ av analyser är ett centralt område för att kunna analysera primärvårdens förmåga att anpassa sitt arbete efter olika gruppers behov, förutsättningar och preferenser.

**Figur 16.** Ramverk för att identifiera grupper vars vårdkonsumtion inte stämmer överens med deras medicinska behov.



### 3.1.1 Primärvården saknar tid, kompetens eller förutsättningar att möta vissa patientgrupper

Vår kvalitativa analys identifierade flera patientgrupper där primärvården antingen saknar rätt kompetens eller tid och resurser att ge patienterna den behandling som vore mest ändamålsenlig. Några grupper som återkom i intervjuerna var personer med psykisk ohälsa, multisjuka som har svårt att själva ta kontakt med hälso- och sjukvården samt personer som befinner sig i ett tidigt stadium av eller riskerar att utveckla en kronisk sjukdom.

#### *Personer med psykisk ohälsa*

Statistik från Jönköping visar att 90 procent av personerna med allvarlig psykisk ohälsa (schizofreni, bipolär sjukdom, depression eller personlighetsstörning) under perioden 2012–2015 även hade en kronisk fysisk sjukdom. Det innebär att primärvården behöver ha en grundläggande psykiatrisk kompetens för att kunna vårda och bemöta personer med psykisk ohälsa på bästa möjliga sätt även när de söker vård för fysisk ohälsa. Tidigare studier visar dock att endast 14 procent av primärvårdsläkarna kände sig förberedda på att vårda patienter med allvarlig psykisk ohälsa, trots att över 40 procent svarade att de ofta träffade sådana patienter (Vårdanalys 2015a).



De primärvårdsrepresentanter som vi intervjuat upplever att personer med psykisk ohälsa ofta inte söker vård för sin fysiska ohälsa i den utsträckning de skulle behöva, trots att personerna med allvarlig psykisk ohälsa i Jönköping besökte primärvården nästan dubbelt så ofta som befolkningen i genomsnitt under 2015. En person med psykisk ohälsa uttryckte också att hen tvekade att söka vård för fysisk ohälsa på grund av att hen upplevde att hens symtom inte togs på allvar av primärvården.

Vår analys av besöksmönstren i primärvården i kapitel 2 tyder på att primärvården även tar ett stort ansvar för personer som söker vård för psykisk ohälsa. Våra intervjuade personer beskrev personer med psykisk ohälsa som en allt viktigare och vanligare patientgrupp, som primärvården fortfarande är dåligt rustad för att behandla. Bland annat efterfrågades mer psykiatrisk kompetens, fler psykologer och fler kuratorer i primärvården.

Utmaningen förstärks av att intervjuade personer från olika delar av landet beskriver att primärvården har påverkats negativt av resursbristen i psykiatri. Även när patienter har behandlats en tid i primärvården utan avsett resultat eller när de har bedömts behöva mer avancerad vård än vad primärvården kan ge dem, är det svårt att remittera dem till specialistvården eftersom psykiatri hade så långa väntetider.

Både patientföreträdare och primärvårdspersonal understryker vikten av att personalen har kunskap om psykisk ohälsa och bemöter personer med psykisk ohälsa på ett bra sätt. Flera av de intervjuade anser också att det är viktigt för den här gruppen med personlig kontinuitet i form av att kunna träffa samma vårdpersonal varje gång.

### *Multisjuka personer med begränsad förmåga att själva söka vård*

Multisjuka personer, och i synnerhet multisjuka äldre, lyftes också som en viktig grupp som primärvården inte upplever sig ha tid och resurser att hjälpa på ett ändamålsenligt sätt. De intervjuade primärvårdsrepresentanterna berättade att det kan vara stora skillnader i vårdkonsumtion mellan multisjuka äldre beroende på deras förmåga att söka och koordinera sin egen vård. Det innebär att även om primärvården kan möta behoven hos många multisjuka personer, finns det en betydande andel som de intervjuade upplever ha kontakt med primärvården i betydligt mindre utsträckning än vad vården skulle önska. Det gäller särskilt multisjuka äldre som inte har några närstående i närheten eller som tar hand om en sjuk närstående och därför nedprioriterar sina egna behov. I stället söker de ofta vård på akutmottagningen när läget blivit för akut eller allvarligt.

Vi har inte kunnat göra en kvantitativ analys av multisjuka personer med begränsad förmåga att söka vård, eftersom de inte kan skiljas från personer med god förmåga att söka vård i vår statistik. Men både primärvårdspersonal och patientföreträdare betonar vikten av att ge primärvården ett tydligare helhetsansvar för multisjuka äldre, för att se till att samordningen med slutenvården och inte minst hemsjukvården fungerar. Flera av de intervjuade anser också att den personliga kontinuiteten är viktig för gruppen.

### *Personer i riskzonen för kroniska sjukdomar*

En tredje grupp som intervjupersonerna för fram är patienter med risk att utveckla kroniska sjukdomar eller som befinner sig i ett tidigt stadium av sin sjukdom. Några exempel är patienter med högt blodtryck eller typ 2-diabetes. Vårdgivarna menar att patientgruppen skulle behöva besöka primärvården i ett tidigt skede, för att få förebyggande insatser som kan hindra att sjukdomen förvärras.

Statistik från Jönköping visar att patienter med högt blodtryck, diabetes, fetma eller KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom) i genomsnitt besökte primärvården 3 gånger under 2015, jämfört med 3,6 besök för resten av befolkningen. Data från Stockholm 2012 visar även att personer med en eller flera långvariga eller kroniska sjukdomar och tillstånd som ingår i det så kallade *Charlson index* var överrepresenterade bland patienterna som endast söker akutvård. *Charlson index* är ett mått för att bedöma dödsrisken för multisjuka patienter, som omfattar ett antal diagnoser, bland annat hjärtsvikt, reumatism, AIDS/HIV, magsår och cancer (bilaga 2). Knappt 5 procent av gruppen hade enbart kontakt med akutsjukvården under 2012, jämfört med knappt 3 procent för befolkningen i stort. Statistiken från Jönköping ger därmed ett visst stöd för att gruppen besöker primärvården i lägre utsträckning än de skulle behöva, medan Stockholmsdatan tyder på att de i stället uppsöker akuten när det uppstått akuta komplikationer av deras tillstånd.

De intervjuade personerna med kronisk sjukdom bekräftar att det kan vara lätt att nedprioritera förebyggande vård om tillståndet inte är akut. Därför anser de att det är viktigt med flexibla öppettider och kontaktformer till primärvården för att underlätta oplanerade kontakter. Ett annat hinder är att flera av personerna med kronisk sjukdom känner skam eller skuld kring sina livsstilsrelaterade sjukdomar och upplever att vårdpersonalen förvärrar situationen genom fördomar och skuldbeläggande. En patient uttryckte att "vårdpersonalen får mig att känna som om det är mitt fel att jag har KOL, för att jag har stoppat cigaretterna i munnen". Det visar på vikten av ett



professionellt och stödjande bemötande. Även kontinuitet och samordning är centrala kvalitetsaspekter för personer med allvarliga kroniska sjukdomar som kräver många vårdkontakter.

### **3.1.2 För andra grupper behövs strategier för att möta dem på bästa sätt**

Våra intervjupersoner lyfter även några patientgrupper som återkommer till första linjens vård trots att de hade kunnat lösa sina hälsoproblem med egenvård, eller som intervjupersonerna upplevde sökte akutvård när primärvård hade räckt. För de grupperna är primärvårdens utmaning snarare hur den kan informera och stötta patienterna att välja rätt vårdnivå eller själva vårda sin ohälsa.

#### *Personer som söker primärvård eller akutsjukvård när egenvård hade räckt*

Många intervjupersoner tar upp att unga vuxna och nyblivna föräldrar i högre grad söker primärvård för tillstånd där egenvård hade varit tillräckligt, exempelvis lättare hudutslag och infektioner. I synnerhet nyblivna föräldrar söker även akutsjukvård i hög grad. De intervjuade tror att detta beror på att personernas egna föräldrar och mor- eller farföräldrar inte längre har en lika central roll att ge råd om hälsa och egenvård, vilket innebär att hälso- och sjukvården har fått ta ett större ansvar. Flera primärvårdsrepresentanter upplever även att unga vuxna i större utsträckning än tidigare söker hjälp för att hantera livssituationer som de har svårt att se en lösning för själva, som avslutade förhållanden eller stress på arbetet. En vårdcentralchef säger att mycket av primärvårdens arbete handlar om att ge trygghet och ”tala om vad som är normalt”.

Besöksstatistiken från Jönköping 2015 ger ett visst stöd för vårdpersonalens bild. Cirka 13–25 procent av primärvårdsbesök från personer 16–26 år gällde tillstånd som vårdgivarna bedömde hade kunnat hanteras med egenvård. Några exempel är muskelsmärter, huvudvärk, samt sjukdomskänsla och trötthet (bilaga 2). Åldersgruppen gjorde även 25 procent fler besök i akutsjukvården jämfört med åldersgruppen över dem, 35–44 år. Men skillnaden var liten i absoluta tal: cirka 0,23 besök jämfört med cirka 0,19 besök. Till skillnad från Jönköpingsdatan visar statistik från Stockholm 2012 att män som är 35–44 år och kvinnor som är 30–44 år var de grupper som i störst utsträckning hade minst en vårdkontakt för ”lätta” diagnoser. Lätta diagnoser definieras här som övre luftvägsinfektioner. Men Stockholms-



datan visar endast läkarbesök, visar inte mängden besök och utgår från andra diagnoser än Jönköpingsdatan, vilket gör det svårt att göra en direkt jämförelse.

När det gäller nyblivna föräldrar visar statistiken från Jönköping att 88 procent av barnen mellan 0 och 5 år som kom till akutmottagningen 2015 inte skrevs in för specialistvård. Det tyder på att behovet åtminstone till en del borde ha kunnat mötas i primärvården eller genom egenvård. Samtidigt hade nästan hälften av alla småbarnsföräldrar som besökte akuten på helgen varit i kontakt med 1177 Vårdguiden innan de sökte vård. Det talar för att det inte alltid är lätt att avgöra vårdbehovet hos små barn, ens för sjuksköterskorna som bemannar telefonrådgivningen. Detta gör att vi inte kan dra slutsatsen att besöken gjordes ”i onödan”.

Statistiken talar även för att telefonrådgivning och digitala vårdformer skulle kunna vara ett sätt att informera unga och småbarnsföräldrar om egenvård. Unga och småbarnsföräldrar var de grupper i Jönköping som i störst utsträckning kontaktade 1177 Vårdguiden. De unga vuxna som vi har intervjuat bekräftar att de ofta söker information om ohälsa på internet eller genom att ringa 1177, men att det är svårt att hitta webbplatser som ger tydliga rekommendationer. De upplever även att 1177 ofta rekommenderar primärvård, snarare än att ge råd om egenvård.

En viktig kvalitetsegenskap för de unga vuxna vi talat med är möjligheten att kunna få svar på en fråga snabbt. En annan viktig faktor är vårdpersonalens bemötande och i synnerhet känslan av att bli tagen på allvar snarare än att vara ”en person som läkaren suckar inför”. Däremot anser de unga vi talat med inte att personkontinuitet är särskilt viktigt, även om de intervjuade primärvårdsföreträdarna nämner personkontinuitet som ett sätt att bygga upp patienternas självförtroende att vårda sig själva.

### *Personer som söker vård på fel vårdnivå*

Primärvårdsrepresentanterna nämner även personer som söker vård på fel vårdnivå. Dessa personer är dels samma grupper som söker vård när egenvård hade räckt, dels personer med utländsk bakgrund eller nyanlända invandrare som ännu inte lärt sig hur det svenska hälso- och sjukvårdssystemet är uppbyggt.

Här lyfter primärvårdsrepresentanterna framför allt vikten av att lämna information på andra språk än svenska samt genom kanaler som även når nyanlända invandrare. En annan metod kan vara att informera i skolorna, för att i ett tidigt skede lära framtidens patienter när de ska vända sig till vilken vårdnivå.



## 3.2 PATIENTER HAR OLIKA ÖNSKEMÅL OM KONTAKTVÄGAR OCH BEMÖTANDE, OAVSETT VÅRDBEHOV

SKL har inom ramen för projektet *Flippen i primärvården* gjort en analys av hur patienter vill bli bemötta i och interagera med primärvården (SKL 2016a). Analysen utgår från patienternas personliga förutsättningar och önskemål och skär därmed tvärs över grupper med olika vårdbehov och sökmönster. Analysen lyfter fram fyra segment av olika storlek.

*Segment 1* är personer som har en god social situation, men som känner stress och oro för sin hälsa och tycker att vårdbesök är obehagliga. De tar själva initiativ för att förebygga ohälsa. Gruppen vill gärna träffa samma person när de besöker vården och skulle även vilja komma i kontakt med andra patienter om de blir sjuka. De utgjorde cirka 25 procent av de svarande i SKL:s enkät.

*Segment 2* har sämre hälsa och känner sig ofta ensamma. De har låg tilltro till sin egen förmåga och söker inte själva upp information om eventuella sjukdomar. De tar i lägre grad egna initiativ för att förebygga ohälsa. Segmentet undviker ny teknik och vill inte ha kontakt med andra patienter. De utgjorde cirka 6 procent av de svarande i enkäten.

*Segment 3* har god hälsa och oroar sig inte heller för hälsan, men tar ändå initiativ för att förebygga ohälsa. De vill ha kontroll och söker själva upp information om eventuella diagnoser både före och efter sina vårdbesök. De använder gärna ny teknik, men vill inte ha kontakt med andra patienter. De utgjorde cirka 45 procent av de svarande i enkäten.

*Segment 4* mår ganska bra och oroar sig inte för sin hälsa och tar heller inte några initiativ för att förebygga ohälsa. De har inga särskilda önskemål när det gäller att vara involverade i vården eller att träffa andra patienter och bryr sig inte om att träffa samma person varje gång de besöker vården. Segmentet utgjorde cirka 25 procent av de svarande i enkäten.

### 3.2.1 Segmenten pekar på spridningen i önskemål, på patienternas vilja att själva söka information om sin hälsa samt på vikten av ny teknik

Segmenten från SKLs undersökning kan hjälpa till att förklara beteendet hos patientgrupperna som vi identifierade i vår intervjuundersökning. Exempelvis är det troligt att personerna som söker vård när egenvård hade räckt har gemensamma drag med SKL:s segment 1. Alltså är det möjligt att de skulle kunna hjälpas av att möta samma vårdpersonal vid varje vårdbesök, för att skapa större trygghet. En annan möjlig lösning är att föra dem samman med andra personer i samma situation, exempelvis i föräldragrupper eller stressgrupper. Det finns även vissa likheter mellan segment 4 och personer

som inte i tillräcklig utsträckning söker vård för eller förebygger kroniska sjukdomar. Men här erbjuder segmentanalysen inga tydliga förslag för hur gruppen skulle kunna mötas på ett bättre sätt.

Samtidigt är det viktigt att ha i åtanke att samtliga patientgrupper som identifierades i våra intervjuer troligtvis innehåller representanter från alla fyra av SKL:s segment. Det innebär att vården samtidigt behöver kunna tillgodose behoven hos segment 1 och 2, som båda känner oro för sin hälsa men reagerar på olika sätt. Vården behöver också tillgodose behoven hos segment 3 och 4, som bekymrar sig mindre för sin hälsa men fortfarande kan behöva hjälp att exempelvis agera förebyggande.

Studien pekar även på den stora förändring som håller på att ske, där majoriteten av patienterna i dag själva söker upp information om sin hälsa snarare än att enbart förlita sig på informationen från ett vårdbesök. Studien visar också att vissa – men inte alla – patienter i allt högre grad använder sig av ny teknik och ser det som självklart att beställa varor och tjänster över internet. Det här är förändringar som primärvården behöver ta hänsyn till för att kunna möta sina patienter utifrån deras individuella behov och förutsättningar.

### 3.3 FLERA DELAR AV PRIMÄRVÅRDENS ORGANISATION OCH STYRNING UPPEVS SOM FÖRKNIPPADE MED UTMANINGAR

De utmaningar som beskrivs ovan ökar kraven på primärvårdens förmåga att ge en patientcentrerad och jämlik vård. Då krävs vissa organisatoriska och styrningsmässiga förutsättningar, som vi kommer att diskutera vidare i kapitel 4 och 5. Men våra intervjuer med primärvårdsrepresentanter tyder också på att flera av primärvårdens förutsättningar är förknippade med stora utmaningar.

Den främsta utmaningen som lyfts av personer i flera delar av landet är *personalförsörjningen*. Vårdcentralchefer nämner exempelvis att de eller någon annan i deras landsting reser runt till läkarkongresser för att rekrytera läkare. Framför allt saknas allmänläkare, men även sjuksköterskor och till viss del undersköterskor har blivit svårare att rekrytera, enligt de intervjuade. Vårdcentralcheferna beskriver en ond spiral där centrala stopp för att anlita hyrläkare innebär en ökad arbetsbörda för de ordinarie läkarna, vilket i sin tur gör det svårare att rekrytera nya fast anställda läkare.

En annan utmaning är att *primärvården behandlas som en restpost* för den övriga hälso- och sjukvården. Intervjupersoner på framför allt ledningsnivå beskriver att det saknas en vision för primärvårdens roll



i hälso- och sjukvårdssystemet. Dessutom upplever vårdcentralchefer i olika delar av landet att primärvården tagit över fler och fler uppgifter från övriga delar av hälso- och sjukvården, men att primärvårdens resurser inte ökat i motsvarande grad. De är frustrerade över att andra delar av hälso- och sjukvården kan begära mer resurser vid behov, medan primärvårdens finansiering bestäms av valfrihetssystemet utan att primärvårdens representanter har möjlighet att påverka den.

Våra intervjupersoner talar även om *samordningsbrister och oklara ansvarsgränser* mellan primärvården, specialistvården och hemsjukvården. Intervjupersoner från flera landsting beskriver att primärvården i dag både förbereder personer inför operationer och sköter alltmer kontroll och eftervård efter att en patient opererats i specialistvården. Ett exempel är att ny teknik innebär att patienter som tidigare fått medicin genom katetrar inom specialistvården, numera kan få en PICC-line i överarmen som sköts av primärvården. Utvecklingen beskrivs i grunden som positiv, men riskerar samtidigt att innebära att specialistvården inte längre får återkoppling om utfallet av operationerna.

Ett område som beskrivs som särskilt viktigt – men också som en återkommande utmaning – är samordningen mellan primärvården och kommunernas hemsjukvård. Bland annat ser intervjupersonerna att det behövs gemensamma lösningar så att oroliga äldre kan få hjälp i sitt hem, i stället för att ta kontakt med akutsjukvården.

Primärvårdsrepresentanterna efterfrågar även *utökade tekniska och juridiska möjligheter* att överföra vårdinformation mellan landsting samt mellan olika vårdnivåer, inklusive mellan primärvården och hemsjukvården. Exempelvis vill primärvårdsläkare kunna sitta i telefon med en specialistläkare på sjukhuset och att båda då ska kunna få upp samma information i journalen (se även Vårdanalys 2016c).

Våra intervjupersoner lyfter också fram att primärvårdens *ersättnings-system inte i tillräckligt stor utsträckning kompenserar för skillnader i förutsättningar* mellan mottagningar. Trots att primärvårdsmottagningar i glesbygdsområden kan ha både ett smalare patientunderlag och högre lönekostnader upplever vårdcentralchefer att det varken finns utrymme att anpassa ersättningen eller uppdraget efter mottagningens förutsättningar. Cheferna efterfrågar även större möjligheter att satsa extra mycket på vissa patientgrupper och att då få ersättning för det.

Slutligen upplevs *administration av remisser och att skriva intyg till myndigheter* ta upp en allt större del av primärvårdsläkares tid (se även Svenska företagsläkarföreningen 2016). Ett exempel som nämns är att det

finns läkare i primärvården som lägger 25 procent av sin arbetstid på att skriva intyg om patienters arbetsförmåga till Försäkringskassan. Även remisser från specialistvården skickas ibland tillbaka utan förklaring, vilket upplevs som en följdfeffekt av personalbristen i andra delar av hälso- och sjukvården. En intervjuperson talar om patienter som remitteras runt mellan olika vårdinstanser, men som inte "blir insläppta" utan landar i primärvården mest i brist på vård någon annanstans.









## Hur organisering och styrning påverkar jämlikhet, patientcentrering och effektivitet enligt litteraturen

Vårdanalys har i uppdrag att analysera förutsättningarna för en jämlik, patientcentrerad och effektiv primärvård ur ett patient- och medborgarperspektiv. En viktig utgångspunkt för vårt uppdrag är att söka kunskap om hur organisering och styrning kan påverka de kvalitetsmål som är centrala för primärvården. Ambitionen i detta kapitel är att presentera ett kunskapsunderlag om detta, baserat på såväl internationell som svensk forskning.

Kunskapsunderlaget struktureras enligt ett ramverk som Vårdanalys har utvecklat för att beskriva hur olika primärvårdssystem organiseras och styrs. Ramverket utgår från de organisatoriska egenskaper som staten, huvudmännen eller verksamheterna kan påverka. Vi använder samma ramverk för att senare beskriva hur primärvården organiseras och styrs i dag samt hur dess organisation och styrning skiljer sig från andra länder.

Resultatet av litteraturgenomgången tyder på att det inte finns någon modell som ensamt uppfyller målen om en jämlik, patientcentrerad och effektiv primärvård. Även om vi studerar enskilda organisations- och styrformer ser vi inte några tydliga resultat om hur dessa bör utformas. Undantaget är att personkontinuitet verkar stärka såväl högre kvalitet och patientnöjdhet som jämlikhet och produktivitet. Tidigare forskning pekar också på att ett ersättningssystem som består av kombinationer av fast och rörlig ersättning kan bättre förena jämlikhets-, effektivitets- och patientcentreringsperspektiven.



I övrigt visar resultatet av litteraturgenomgången att vissa organisations- eller styrformer innebär att vården behöver prioritera mellan målen om en jämlik, patientcentrerad och effektiv primärvård. Exempelvis kan remisskrav och patientavgifter styra patienter till rätt vårdnivå och därmed öka vårdens effektivitet och jämlikhet. Men samtidigt innebär kraven och avgifterna hinder ur ett patientcentreringsperspektiv eftersom patienterna begränsas att söka den vård som vill ha.

#### 4.1 OLIKA PRIMÄRVÅRDSMODELLER I FORSKNINGEN

Olika länder skiljer sig åt i hur de har valt att organisera sin primärvård. Lamarche och medförfattare (2003) delar upp organisationsätten i ett antal länder och stater i fyra övergripande modeller, baserat på primärvårdens övergripande vision och egenskaper. De räknar två av modellerna som professionsbaserade och de andra två som mer samhällsbaserade (figur 17). Medan primärvården i de professionsbaserade modellerna främst riktar sig till patienter som själva uppsöker mottagningen eller listar sig vid den, karaktäriseras de andra av en primärvård med geografiskt områdesansvar som på olika sätt bidrar till befolkningens hälsa inom sina respektive områden.

De samhällsbaserade modellerna delas in i två modeller beroende på hur väl modellen är integrerad med den övriga hälso- och sjukvården. Modellerna har gemensamt att primärvårdsmottagningen är multidisciplinär och ansvarar för till exempel behandling, hemsjukvård och palliativa insatser. Ersättningen till mottagningen är vanligtvis en fast ersättning baserad på egenskaper hos befolkningen. Den *integrerade* modellen lägger stor vikt vid samarbete med sjukhus och andra vårdgivare i det område där de är verksamma. Den *icke-integrerade* modellen är mer sluten gentemot andra specialister. Den saknar till exempel möjligheter för informationsöverföring mellan vårdgivare eller strukturer (till exempel listning till läkare) som bidrar till kontinuitet gentemot patienten.

De professionella modellerna skiljer sig åt beroende på vilken typ av service de erbjuder, men också i vilken utsträckning de är integrerade med andra vårdgivare. Primärvårdsmottagningar som arbetar enligt *besöksmodellen* har som främsta syfte att ge läkarvård till de patienter som söker upp mottagningen. Deras verksamhet är endast i begränsad omfattning integrerad med andra vårdgivare eller professioner, till exempel sjuksköterskor. Mottagningen får ersättning efter de besök och den typ av vård de utför. Den så kallade *listningsmodellen* ansvarar däremot för de personer som valt att lista sig till mottagningen. Mottagningen ersätts då med ett fast belopp

per listad person i kombination med en besöksersättning. Till skillnad från besöksmodellen har dessa mottagningar en högre ambition att tillgodose kontinuitet gentemot patienten och att arbeta integrerat med andra vårdgivare. Sjuksköterskan har en central roll i detta och teamarbete mellan läkare och sjuksköterskor är viktigt, liksom en hög tillgänglighet gentemot mottagningens listade patienter.

**Figur 17.** Fyra primärvårdsmodeller och egenskaper som är kopplade till varje primärvårdsmodell.

<b>Professionsbaserad</b> "Utformad för att utföra medicinska tjänster till patienter som söker dessa tjänster eller till personer som väljer att lista sig för att få ta del av dessa tjänster"	<b>Besöksmodell</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Bemanning:</b> Läkare, ensamma eller i grupp. Begränsat samarbete med andra yrkesgrupper</li><li>• <b>Ersättning:</b> Besöksersättning baserad på taxa</li><li>• <b>Informationsutbyte:</b> Begränsat informationsutbyte med annan verksamhet</li><li>• <b>Kontinuitet:</b> Upprätthålls genom att patienter är lojala mot läkare</li><li>• <b>Samordning:</b> Inga formella mekanismer</li></ul>
	<b>Listningsmodell</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Bemanning:</b> Läkare, ensamma eller i grupp. Samarbete med främst sjuksköterskor</li><li>• <b>Ersättning:</b> Fast ersättning per listad, eventuellt i kombination med besöksersättning</li><li>• <b>Informationsutbyte:</b> Utbyte av klinisk information med andra vårdgivare</li><li>• <b>Kontinuitet:</b> Uppföljning av patienter via sjuksköterska eller läkare</li><li>• <b>Samordning:</b> Kontakter med andra vårdgivare för att upprätthålla integration av service</li></ul>
<b>Samhällsbaserad</b> "Utformad för att förbättra hälsa i en population som bor i ett begränsad geografiskt område och att främja utveckling i det lokala samhället; målet är möta hälsobehovet i en population"	<b>Integrerad modell</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Bemanning:</b> Bred yrkesgrupp som ansvarar för behandling, palliativ vård, rehabilitering, hemsjukvård</li><li>• <b>Ersättning:</b> Fast ersättning baserat på egenskaper hos befolkningen</li><li>• <b>Informationsutbyte:</b> Utbyte av klinisk och annan information med vårdgivare som tjänar samma befolkning</li><li>• <b>Tillgänglighet:</b> Tillgänglig 24 timmar om dygnet samtliga dagar</li><li>• <b>Kontinuitet:</b> Vårdteam ansvarar för kontinuitet gentemot patienter</li><li>• <b>Samordning:</b> Tar stort ansvar för samordning. Har mandat och finansiella resurser att beställa vårdtjänster</li></ul>
	<b>Icke-integrerad modell</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Bemanning:</b> Bred yrkesgrupp som ansvarar för behandling, palliativ vård, rehabilitering, hemsjukvård</li><li>• <b>Ersättning:</b> Fast ersättning baserat på egenskaper hos befolkningen</li><li>• <b>Informationsutbyte:</b> Ingen särskild informationsteknik för integrering av service</li><li>• <b>Tillgänglighet:</b> Inte tillgänglig dygnet runt, alla dagar</li><li>• <b>Kontinuitet:</b> Inga formella mekanismer som garanterar kontinuitet gentemot patienter</li><li>• <b>Samordning:</b> Ingen interaktion med övriga vårdnivåer</li></ul>

Källa: Lamarche (2003), anpassad utifrån översättning av Anell (2005).



### 4.1.1 Ingen av Lamarches modeller skapar en optimal primärvård

Lamarche och medförfattare (2003) konstaterar att det inte finns någon optimal primärvårdsmodell – ingen av modellerna uppfyller primärvårdens alla mål. De bedömer att de professionsbaserade modellerna är bättre på att kunna tillgodose målen om god tillgänglighet och lyhördhet enligt patienternas önskemål. De samhällsbaserade modellerna har bättre förutsättningar att uppnå bredare målsättningar om exempelvis effektivitet, kostnadskontroll och jämlikhet. Resultatet bygger både på empiriska studier och på bedömningar av en expertpanel. Vi kan därför inte bortse från de subjektiva bedömningar som ligger bakom resultatet. Det är inte heller självklart att de modeller som identifierades i början av 2000-talet ska vara en utgångspunkt när vi i dag söker svaret på hur vi bäst kan organisera primärvården för att tillgodose dagens eller framtida krav på primärvården.

## 4.2 VÅRDANALYS RAMVERK UTGÅR FRÅN EGENSKAPER ISTÄLLET FÖR ÖVERGRIPANDE MODELLER

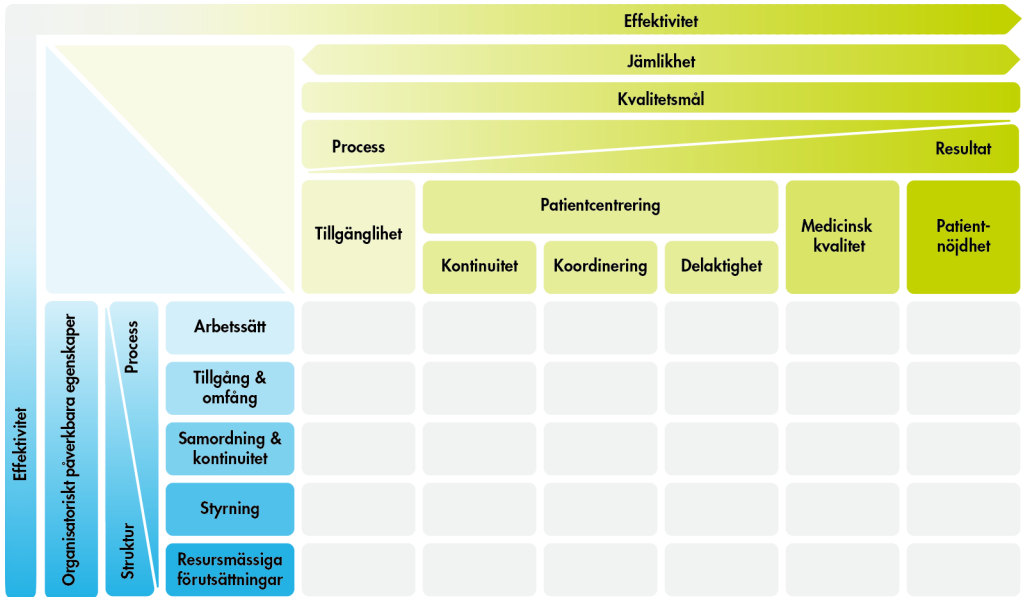
De fyra modellerna som presenterades i avsnitt 4.1 skapar en utgångspunkt för att beskriva och kategorisera olika primärvårdsmodeller. Men denna utgångspunkt ger bara en grov bild – inom varje modell kan det finnas många olika variationer av egenskaper och styrmedel. För att ta lärdomar från forskningen har vi därför brutit ned modellerna till organisatoriskt påverkbara egenskaper för primärvården. Med *organisatoriskt påverkbara egenskaper* menar vi egenskaper som staten, huvudmännen eller verksamheterna har möjlighet att förändra för att stärka primärvårdens resultat (figur 18).

Ett viktigt medskick från Lamarche och medförfattare (2003) är att det kommer att krävas avvägningar mellan delvis motstridiga kvalitetsmål. Ur ett patient- och medborgarperspektiv kan vi dessutom tänka oss att vissa av primärvårdens målgrupper värdesätter vissa *patientrelaterade kvalitetsmål* högre än andra mål. För att bättre möta dessa gruppers framtida krav kan olika lösningar anpassade efter olika målgrupper behöva verka parallellt.

### 4.2.1 Vårdanalys ramverk utgår från organisatoriskt påverkbara egenskaper i fem kategorier

Ramverket skiljer mellan *organisatoriskt påverkbara egenskaper* inom fem kategorier: resursmässiga förutsättningar, styrning, samordning och kontinuitet, tillgång och omfång samt arbetssätt (figur 19). Nedbrytningen har framför allt inspirerats av en litteraturstudie av Kringos och medförfattare

**Figur 18.** Vårdanalys primärvårdsramverk visar hur organisatoriskt påverkbara egenskaper påverkar olika mål i primärvården.



Källa: Baserat på Kringos och medförfattare (2010) samt Lamarche och medförfattare (2003).

(2010), men vi har anpassat nedbrytningen för att bättre passa i ett svenskt sammanhang. Ambitionen har inte varit att skapa en uttömmande lista av egenskaper, utan att i stället identifiera de centrala delar som bygger upp ett primärvårdssystem.

*Identifierade organisatoriskt påverkbara egenskaper kan klassificeras som struktur- eller processegenskaper*

Egenskaperna längst ned i figur 19 är strukturella förutsättningar och egenskaperna högre upp är mer processinriktade, även om vi inte har valt att kategorisera varje egenskap som antingen en struktur- eller processegenskap. Ett annat sätt att betrakta egenskaperna på är utifrån vilka huvudmän och aktörer som har möjlighet påverka de organisatoriska egenskaperna i Sverige. Längst ned finns resursmässiga förutsättningarna, som framför allt kan påverkas på statlig nivå och regional nivå. Hur resurserna styrs avgörs i huvudsak på regional nivå. Längst upp finns arbetsätt som bestäms på verksamhetsnivå. Egenskaperna mellan styrning och arbetsätt (tillgång och omfång respektive samordning och kontinuitet) kan påverkas både på regional nivå och på verksamhetsnivå.

**Figur 19.** Organisatoriskt påverkbara egenskaper klassificerade enligt fem övergripande kategorier.

Process	Arbetsätt	Rollfördelning	Olika personalresurser och kompetenser organiseras samlat, med primärvårdsmottagningen som gemensam bas
		Teamarbete	Goda förutsättningar för teamarbete, men kunskap om hur detta sker i praktiken är begränsad
		Mottagningens storlek	Stora mottagningar är vanliga men storleken varierar från cirka 3 000 till 30 000 listade
	Tillgång & omfång	Öppettider och jour	Öppettider kvällar och helger är begränsad. Jourverksamheten organiseras ofta via kollektiva lösningar
		Ickefysiska besök	Digitala vårdgivare blir allt vanligare
		Tekniskt & medicinskt omfång	Primärvården ska ansvara för basala vårdbehov men möjligheten att omhänderta mer avancerade åkommor varierar vid olika mottagningar
	Samordning & kontinuitet	Fast kontakt	Patienter listar sig framförallt på mottagningar snarare än på en specifik läkare
		Delad information	Vissa tekniska och juridiska begränsningar vad gäller möjligheten att dela information mellan vårdgivare och vårdnivåer
	Styrning	Uppdrag	Primärvården ska ansvara för basala vårdbehov, men det finns vissa regionala variationer om vad som ingår
		Centralisering	Styrningen är decentraliserad och sker i huvudsak i landstingen
		Ersättningsystem	Kapitering per listad individ i kombination med mindre andel rörlig besöksersättning är vanligt
		Valfrihet & konkurrens	Obligatoriskt vårdval sedan 2010, men i praktiken varierar möjligheten att välja vårdgivare i landet
Privatisering		Köp från privata företag motsvarar knappt 30 procent av nettokostnaderna i primärvården. Skillnaderna mellan landstingen är dock stora – från drygt 10 procent till drygt 50 procent	
Remisskrav		Få remisskrav generellt, samtidigt syns lokala variationer	
Egenavgifter		Egenavgifter för vuxna varierar mellan 0–300 kr per primärvårdsbesök (om patienten inte uppnått högkostnadsbeloppet för avgiftsfria öppenvårdsbesök)	
Struktur	Finansieringssystem	Hälsa- och sjukvården finansieras nästan uteslutande via skatter	
	Andel primärvård	Primärvården står för omkring en femtedel av hälso- och sjukvårdens totala kostnader (exklusive kostnader för kommunal hälso- och sjukvård).	
	Kompetensförsörjning	Svårigheter att rekrytera medarbetare och ett stort beroende av hyrpersonal karaktäriserar svensk primärvård	

Källa: Vårdanalys bearbetning av Kringos och medförfattare (2010).

#### 4.2.2 Egenskaperna kan ge olika effekter på patientcentrering, tillgänglighet, jämlikhet och effektivitet

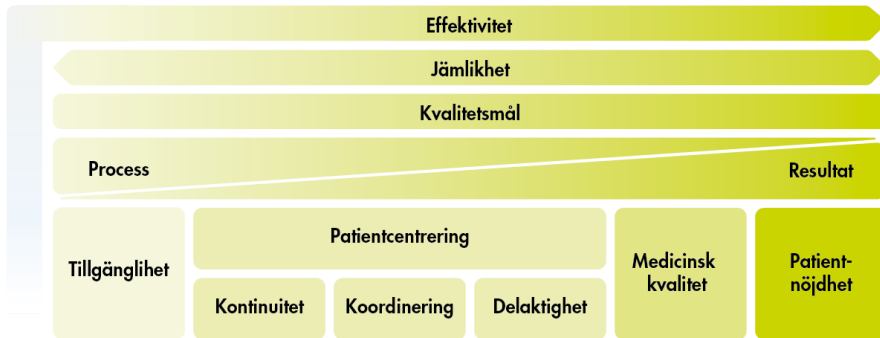
I likhet med studien av Lamarche och medförfattare (2003) har vi undersökt hur olika organisationssätt påverkar de centrala målen för primärvården, som tillgänglighet, kontinuitet och kvalitet, samt de mer övergripande systemegenskaperna jämlikhet och effektivitet (figur 20).

*Effektivitet* är förhållandet mellan resurserna i systemet och de resultat som systemet skapar. Effektiviteten kan alltså ses som förhållandet mellan de resursmässiga förutsättningarna och kvalitetsmålen och visualiseras därför som en pil som går från de resursmässiga förutsättningarna till målen.

*Jämlikhet* illustreras som en dubbelriktad pil. På detta sätt vill vi indikera att ojämlikheter kan uppstå för vart och ett av kvalitetsmålen. Exempelvis kan det finnas ojämlikheter i både tillgänglighet och medicinsk kvalitet. Om vissa grupper konsumerar mindre vård än andra trots att de har samma behov, uppstår ojämlikheter i tillgången till vård. På samma sätt kan vissa patientgrupper få ett sämre hälsoutfall trots att de får samma behandling och har samma behov som andra. Detta leder då till ojämlikheter i medicinsk kvalitet.

Ramverket kompletteras också med *patientnöjdhet*, som är ett subjektivt mått på hur väl primärvården uppfyller sina mål som helhet.

Figur 20. Vi skiljer på kvalitets- och systemmål.



Källa: Baserat på Lamarche och medförfattare (2003).

### 4.3 JÄMLIKHET, PATIENTCENTRERING OCH EFFEKTIVITET I PRIMÄRVÅRDEN UTIFRÅN INTERNATIONELL LITTERATUR

Med utgångspunkt i vårt ramverk har vi sammanställt ett kunskapsunderlag om förutsättningarna för en jämlik, patientcentrerad och effektiv primärvård. Kunskapsunderlaget baseras på både internationell och svensk forskning, men främst på internationella översikter. Samtidigt är det viktigt att ha i åtanke att det är svårt att överföra erfarenheter och kunskap mellan olika hälso- och sjukvårdssystem. Det gör det också svårt att uttala sig om i vilken utsträckning resultaten från den internationella forskningen kan appliceras på det svenska primärvårdssystemet. Det kan även vara svårt att spåra vissa kvalitetseffekter till specifika egenskaper. Med detta i åtanke, ger vi nedan en överblick av befintlig forskning.

#### 4.3.1 Resursmässiga förutsättningar

De resursmässiga förutsättningarna är grunden för primärvården och inkluderar primärvårdens personal och de finansiella resurserna. De omfattar även hur stor andel av sjukvården i stort som primärvården utgör. I Sverige bestäms de resursmässiga förutsättningarna i viss utsträckning på statlig nivå, genom exempelvis utjämningsystemet, statsbidrag och dimensionering av utbildningsplatser. Men de huvudsakliga resurserna bestäms av huvudmännen genom exempelvis beskattning, fördelning av budget och dimensionering av specialisttjänstgöringsplatser. De resursmässiga förutsättningarna är komplexa och därför ofta komplicerade att förändra. Sannolikt behöver anpassningar ske över en lång tidsperiod och omfatta ett förändrat synsätt på hälso- och sjukvårdssystemet bland både personal och patienter.

*Flera internationella litteraturstudier tyder på att en förhållandevis stor primärvård bidrar till ett kostnadseffektivt hälso- och sjukvårdssystem*

Vad som inkluderas i begreppet primärvård skiljer sig mellan olika länder, vilket gör det svårt att jämföra primärvårdens kostnader i förhållande till den totala kostnaden för hälso- och sjukvård mellan olika länder. Men flera internationella litteraturstudier tyder ändå på att en förhållandevis stor primärvård bidrar till ett kostnadseffektivt hälso- och sjukvårdssystem (Atun 2004, Starfield och Shi 2002). Men en senare europeisk studie finner inte detta samband (Kringos m.fl. 2013).

Svensk forskning tyder i sin tur på att det finns en koppling mellan ökade resurser i primärvården och en ökad produktivitet i hälso- och sjukvården



som helhet. Författarna menar att resultaten ska tolkas med försiktighet, men det tyder ändå på att investeringar i primärvården bidrar till en god produktivitet för hälso- och sjukvården (Janlöv m.fl. 2013).

### *Primärvården spelar en viktig roll för att uppnå en jämlik fördelning av vårdens resurser*

En välutbyggd primärvård är också viktig för att skapa en hälso- och sjukvård på lika villkor (WHO 2008). För *det första* är samsjukligheten högre hos exempelvis grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar (Starfield 2006). För att förbättra den gruppens hälsa behövs breda insatser, snarare än insatser riktade mot specifika sjukdomar. Starfield (2006) menar att detta talar för att primärvården, med sin breda kompetens, har bättre förutsättningar att skapa en jämlik hälsa än vad andra vårdnivåer har. För *det andra* är primärvården generellt sett mer lättillgänglig och mindre kostsam för patienten än den specialiserade vården, vilket ger primärvården förutsättningar att bidra till en jämlik hälsa (Starfield 2006).

Empirisk forskning tyder dessutom på att personer med sämre socioekonomiska förutsättningar är överrepresenterade när det gäller primärvårdsbesök. Däremot finns tecken på att personer med högre inkomst har fler besök till den öppna specialistvården än motiverat, jämfört med personer med lägre inkomst (van Doorslaer m.fl. 2006, Deveaux 2015). Primärvården har därför en viktig omfördelande roll för att åstadkomma ett jämnare vårdutbud för hälso- och sjukvården som helhet (Anell 2015).

### *Svårt att dra säkra slutsatser kring hur bristande bemanning påverkar primärvårdssystemet*

Betydelsen av personalresurser i hälso- och sjukvården kan inte överskattas, men det är utmanande att utifrån den befintliga litteraturen dra några säkra slutsatser kring hur bristande tillgång på vårdpersonal påverkar primärvårdssystemet. Men det finns flera studier som visar ett samband mellan fler allmänläkare och goda hälsoresultat. Exempelvis menar Starfield och medförfattare (2005) att studier konsekvent påvisar en positiv relation mellan antalet allmänläkare per invånare och de flesta hälsoresultat. Samtidigt visar andra studier som inte finner ett sådant samband (Anell 2015, Ricketts och Holmes 2007, Aavik och Holmås 2006).

Bristande kompetensförsörjning kan också påverka möjligheten att erbjuda en jämlik vård, eftersom personalbristen ofta är större i socioekonomisk utsatta områden och i glesbygden (Verma m.fl. 2016, Blank och Bureau 2014). Men det finns också forskning som tyder på att läkare med erfarenhet av att arbeta i områden med läkarbrist under eller i direkt



anslutning till utbildningen är mer sannolika att välja att arbeta där. Även dessa resultat ska tolkas med försiktighet eftersom evidensen är begränsad (Verma m.fl. 2016).

### 4.3.2 Styrning

Styrning är en bred kategori av egenskaper som används för att påverka hur resurserna används i primärvården. Exempelvis ingår primärvårdens uppdrag, regiformer, valfrihetssystem och ekonomiska styrmedel i denna kategori. Även egenskaper för att styra patientflöden behandlas här, exempelvis remisskrav och patentavgifter.

Styrningen sker på olika nivåer i olika länder. På vilken nivå styrningen sker är i sig en organisatorisk påverkbar egenskap, som vi har valt att kalla för centralisering. I Sverige sker styrningen framförallt på regional nivå.

#### *Relationen mellan centralisering och utfall är komplex*

Decentraliserade system skapar större möjligheter för att anpassa primärvårdssystemet lokalt och att främja tätare lokala samarbeten jämfört med en centraliserad styrning (Scrivens 2007, Bankauskaite och Saltman 2007). Det finns också en förhoppning att mindre organisationer skapar en mer snabbrörlig och flexibel organisation (Saltman m.fl. 2007). Decentraliserade system har också ett samband med högre innovationsgrad, högre effektivitet, en ökad patientcentrering och ökad kostnadsmedvetenhet.

Men samtidigt finns det studier som rapporterar negativa effekter av decentralisering, framför allt kopplade till geografisk ojämlikhet (Bankauskaite och Saltman 2007). Men det är alltför förenklat att koppla dessa resultat enbart till systemets centraliseringsgrad. Relationen mellan centralisering och utfall är komplex och påverkas av många andra faktorer och av sitt sammanhang (Bankauskaite och Saltman 2007).

#### *En kombination av fast och rörlig ersättning motiveras ur såväl ett jämlikhets-, effektivitets- och patientcentreringsperspektiv*

Flera studier ger en samstämmig bild av att det inte finns någon enskild optimal princip för hur ersättningen ska ges till vårdgivare i primärvården (McGuire 2011, Anell 2015). Det beror på att alla ersättningsprinciper har sina fördelar och svagheter (se faktaruta för beskrivning av olika ersättningsprinciper). I stället rekommenderar litteraturen ofta att ersättningsystemet ska bestå av en kombination av flera ersättningsprinciper för att kompensera för önskade

effekter av enskilda principer (Brosig-Koch m.fl. 2015). I teorin kan det råda ett motsatsförhållande mellan kostnadskontroll och patientcentrerade mått som tillgänglighet. En *rörlig ersättning* styr mot ökad produktion, och därmed till exempel högre tillgänglighet, medan *kapitering* ger bättre kostnadskontroll (Jacobsson 2007).

*Rörlig ersättning* kan skapa incitament för vårdproducenten att genomföra insatser som inte är strikt nödvändiga, eftersom ett besök eller en aktivitet ger mer ersättning (Jacobsson 2007). Men den rörliga ersättningen kan också medföra att vården bättre anpassas efter patienternas individuella behov och preferenser jämfört med kapitering.

*Kapitering* är en fast ersättning per listad patient. Kapitering kan uppmuntra vårdproducenten till låg produktion och låga kostnader för att maximera överskottet. Det kan i sin tur indirekt leda till sämre kvalitet och lägre fokus på patienterna (Jacobsson 2007). Däremot skapar *kapitering* ett tydligare ansvar för de listades hälsa, eftersom mottagningen får ersättning per listad patient. Det kan i sin tur skapa incitament till förebyggande åtgärder och ett tydligare koordineringsansvar (Greß m.fl. 2006).

En nyligen publicerad systematisk litteraturgenomgång av Tao med flera (2016) beskriver hur ersättningssystemen påverkar den socioekonomiska ojämlikheten. Genomgången visar att det finns mycket begränsad evidens kring hur olika ersättningssystem påverkar jämlikheten. Författarna menar att det krävs fler empiriska studier som undersöker detta förhållande.

### Olika typer av ersättningsprinciper

För primärvården diskuteras oftast de tre ersättningsprinciperna *kapitering*, *åtgärdsbaserad ersättning* och *resultatbaserad ersättning*.

*Kapitering* innebär att ersättningen är baserad på antal personer som vårdproducenten ansvarar för. Ofta justeras ersättningen efter dessa personers egenskaper för att ge en rättvisare resursfördelning. Ibland kallas *kapitering* för en fast ersättning, men ersättningen är egentligen till viss del rörlig. Det beror på att den varierar med antalet listade patienter. Det som avses med fast är att ersättningen inte förändras beroende på antal genomförda besök eller andra prestationer. Om en förutbestämd ersättning är kopplad till genomförda besök eller åtgärder kallas den istället för *åtgärdsbaserad* eller *rörlig ersättning*. Även denna ersättningsprincip är möjlig att justera utifrån patienternas behov, men det sker i praktiken inte lika ofta.

*Resultatbaserad ersättning* innebär att vårdproducenten får ersättning baserat på om verksamheten uppfyller fördefinierade mål. Ofta kopplas den resultatbaserade ersättningen till olika kvalitetsmål.



Ur ett teoretiskt perspektiv kan både besöksersättning och kapitering leda till att vårdproducenter prioriterar mer lönsamma patienter, vanligtvis friskare patienter (Jacobsson 2007). Ett sätt att motverka patientselektion är att ersättningen behovsjusteras. Ersättning per aktivitet (som är en form av rörlig ersättning) anses inte ha lika stora risker för ojämlikhet eftersom kostnaderna ersätts och täcks i efterhand (Jacobsson 2007).

### *Valfrihetssystemet har inte visat på några tydliga undanträngningseffekter*

Vanligtvis är målet med att konkurrensutsätta offentlig verksamhet att skapa effektivitetsvinster och ökad valfrihet för patienterna (Winblad m.fl. 2012, Le Grand 2007, Berlin och Kastberg 2011). Eftersom patienternas val kopplas till ersättning skapas det ekonomiska incitament för vårdgivarna att bli mer lyhörda och anpassa vården efter patienternas önskemål. Men det är fortfarande en öppen fråga om det sedan sker i realiteten (Winblad m.fl. 2015).

En annan fråga som undersökts är om *valfrihetssystem* skapar undanträngning av resurssvaga grupper. Resultat från svenska studier tyder inte på några tydliga undanträngningseffekter för personer med stora vårdbehov (Vårdanalys 2013a) eller för personer med sämre socioekonomiska förutsättningar (Vårdanalys 2015a).

### *Remisskrav kan upplevas som ett hinder, samtidigt finns tecken på att kraven ökar vårdens jämlikhet och kostnadseffektivitet*

Det finns flera motiv till att använda *remisskrav* där primärvården får agera som grindvakt till specialistvården (Willems 2001). Ett motiv till att ha striktare remisskrav för att få tillgång till andra vårdnivåer är att styra patienterna till mindre kostsamma vårdnivåer. Detta undviker också onödig vård, som i sig kan skapa onödiga risker (Willems 2001). Empiriska studier verkar vara samstämmiga om att det finns en samvariation mellan tydliga remisskrav och lägre kostnader för hälso- och sjukvården (Anell 2015, Gerdtham 1998, Raddish 1999, Bhat 2005, Delnoij m.fl. 2000). Remisskrav kan även stärka vårdens jämlikhet. Kraven skapar då en tydligare ingång i hälso- och sjukvårdssystemet, där den första vårdinstans som patienter söker till är gemensam för alla. Detta minskar den överrepresentation av individer med hög inkomst och utbildning som annars vanligen observeras (Vårdanalys 2015a). Men patienterna kan uppleva remisskraven som ett hinder för att få den vård som de behöver (Vedsted och Olesen 2011).

### *Patientavgifter kan styra patienter till rätt vårdnivå men det finns en risk för att patienter avstår från vård*

Patientavgifter används bland annat för att styra patienter till ”rätt” vårdnivå, där primärvården ofta bedöms vara den lämpliga vårdnivån för de flesta av befolkningens hälsoproblem. Patientavgifter används också för att öka kostnadsmedvetenheten hos befolkningen samt för att begränsa efterfrågan på vård. Men avgifter är ett relativt trubbigt sätt att styra och begränsa vården. Forskning visar att höjda avgifter gör att personer även prioriterar bort vård som de verkligen behöver uppsöka (Gruber 2006). Dessutom minskar efterfrågan mer för personer med lägre inkomst (Gruber 2006). Det innebär att personer med svag ekonomi i större grad avstår från att söka vård om avgifterna höjs. Därför är det särskilt viktigt att ta hänsyn till effekter av avgiftshöjningar utifrån ett jämlikhetsperspektiv. I Sverige begränsas effekten av högkostnadsskyddet, som innebär att en person under ett år inte behöver betala mer än ett fastställt maxbelopp.

#### **4.3.3 Samordning och kontinuitet**

Samordning och kontinuitet omfattar de egenskaper som påverkar primärvårdens möjligheter att skapa långsiktiga relationer med patienterna samt att samordna så att insatser från olika delar av vården och omsorgen organiseras som en väl fungerande helhet. Det handlar till exempel om i vilken utsträckning primärvårdsmottagningar har tillgång till patientjournaler från andra delar av vården och vilka möjligheter de har att erbjuda patienten en fast läkarkontakt.

Dessa egenskaper kan framför allt påverkas på regional nivå och verksamhetsnivå. På regional nivå är det bland annat möjligt att skapa förutsättningar till samordning och kontinuitet, exempelvis genom sammanhållna journalsystem. På verksamhetsnivå handlar det till exempel om arbetsformer för att uppnå bättre samordning och kontinuitet.

#### *Forskningslitteratur skiljer på tre typer av kontinuitet*

Litteraturstudier skiljer ofta på tre typer av kontinuitet (Stokes m.fl. 2005). *Informationskontinuitet* innebär att olika vårdnivåer och vårdgivare delar information om patienters sjukdomshistorik och tidigare genomförda insatser. Detta skiljer sig från *personkontinuitet* eller *relationell kontinuitet*, som innebär att vårdgivaren och patienten bygger upp en förtroendefull relation där vårdgivaren över tid får en personlig kunskap om patienten och hans preferenser. Därtill finns *kontinuitet i riktlinjer och vårdprogram*, som



klargör och dokumenterar insatser, roller och ansvar för olika vårdbehov. Detta skapar bättre förutsättningar för en jämlik vård genom att alla patienter får samma vårdinsatser på samma sätt (Anell 2015).

### *Personkontinuitet tycks stärka såväl patientcentrering, jämlikhet och kostnadseffektivitet*

En nära relation mellan vårdpersonal och patienter skapar bättre möjligheter att ge en personcentrerad vård och omsorg, som utgår från patientens individuella förutsättningar (Anell 2015). Personkontinuitet är även kopplat till högre kvalitet och patientnöjdhet för de flesta patientgrupper (van Servellen m.fl. 2006, Cabana och Jee 2004, Starfield m.fl. 2005, Kringos m.fl. 2010). Men sambandet tenderar att vara starkare för personer med vissa kroniska sjukdomar och patienter som oftare besöker primärvården (Barker m.fl. 2017, Cabana och Jee 2004).

Flera litteraturstudier visar också att det finns en samvariation mellan personkontinuitet och färre inläggningar, färre akutbesök, tidigare diagnosättning, bättre hälsa och ökad produktivitet (Starfield m.fl. 2005, Kringos m.fl. 2010, Cabana och Jee 2004, Sans-Corrales m.fl. 2006, Worrall och Knight 2006). Sammantaget tyder det på att personkontinuitet ger positiva resultat på produktiviteten. Även svenska studier visar på ett samband mellan kontinuitet och produktivitet. En nyligen publicerad studie visar att personer med högre kontinuitet i öppenvården hade lägre kostnader för vård och läkemedel samt lägre sannolikhet för att hamna i slutenvård eller på akutmottagning (Sveréus m.fl. 2017). Studien studerade personer med kroniskt obstruktiv lungsjukdom i Stockholms läns landsting och mätte kontinuiteten till en mottagning.

### *Delad information anses vara en nyckelfaktor för en samordnad vård*

Delad information mellan vårdgivare anses vara en nyckelfaktor för att främja samarbete och samordnad vård såväl inom primärvården som mellan primärvård och andra vårdnivåer (Bienkowska-Gibbs m.fl. 2015). Den delade informationen ökar då möjligheterna för primärvårdspersonalen att koordinera vården tillsammans med patienten. Därtill kan den delade informationen bidra till ökad kunskap om patientens hälsotillstånd och tidigare behandlingar – vilket skapar en bättre grund för god informationskontinuitet (Vermier m.fl. 2015). Men den empiriska forskningen om delad information är mycket begränsad och därför är det svårt att uttala sig om dess effekter (Rudin m.fl. 2014, Hincapie och Warholak 2011).

#### 4.3.4 Tillgång och omfång

Tillgång och omfång inrymmer egenskaper som påverkar patientens förutsättningar att uppsöka primärvården – exempelvis öppettider, jourverksamhet och telefonrådgivning.

Dessa egenskaper kan påverkas på såväl statlig, regional som verksamhetsnivå. Vid offentligt finansierad hälso- och sjukvård begränsas tillgången i teorin framför allt av medborgarnas behov och sjukvårdens resurser i form av till exempel skatteintäkter och personal. I praktiken begränsas tillgången även av hälso- och sjukvårdspersonalens preferenser (Maynard 2013).

##### *Få studier om effekterna av öppettider utanför kontorstid i primärvården*

Generösa öppettider i primärvården anses skapa en mer tillgänglig primärvård som kan leda till tidigare diagnos och behandling (Jerant m.fl. 2012). Primärvårdens öppettider kan även påverka patienters sökmönster till övriga vårdnivåer, i synnerhet akutmottagningar. Öppettiderna i primärvården kan därför sänka hälso- och sjukvårdens samlade kostnader, genom färre dyrare besök i andra vårdnivåer, och minska väntetiderna på akutmottagningarna (Jerant m.fl. 2012). Den empiriska forskningen på detta område är dock mycket begränsad.

##### *Begränsad evidens om effekterna av ickefysiska besök*

Förespråkare av ickefysiska vårdmöten menar att de kan minska behovet av fysiska möten och därigenom öka effektiviteten på systemnivå (Ashwood m.fl. 2017). Men det finns farhågor att ickefysiska konsultationer snarare skapar en ny efterfrågan för vård för lätta besvär, som patienter inte skulle söka traditionell vård för (Ashwood m.fl. 2017). Det finns också en oro för att ickefysiska vårdmöten kan leda till fler felbedömningar och lägre vårdkvalitet än fysiska möten (Greenhalgh m.fl. 2016). Vidare finns det en risk för att de vårdsökande inte kommer att acceptera videomöten i samma utsträckning som fysiska möten och att de därför kommer att leda till lägre patientnöjdhet (Greenhalgh m.fl. 2016). Den empiriska forskningen på området är mycket begränsad, men enskilda studier pekar på att ickefysiska besök endast till liten del ersätter traditionella besök. Majoriteten av de ickefysiska besöken handlar om behov som patienter inte hade sökt traditionell vård för (Ashwood m.fl. 2017).

### 4.3.5 Arbetssätt

Inom arbetssätt inkluderas exempelvis rollfördelningen mellan olika yrkesgrupper, personalens förutsättningar för samarbete inom primärvård (teamarbete) och primärvårdsmottagningarnas storlek.

Det finns stora internationella variationer sett till vilka yrkesroller som arbetar inom primärvården. Vissa primärvårdssystem bygger uteslutande på läkare, medan andra system inkluderar fler yrkesroller, som i Sverige.

#### *Evidensen för ökad kostnadseffektivitet när sjuksköterskor tar över arbetsuppgifter från allmänläkare är begränsad*

I många länder har det skett en utveckling mot att *sjuksköterskor får ett utökat ansvar* i primärvården. Studier visar att patienter tenderar att vara nöjda med besök hos sjuksköterskor (Branson m.fl. 2003, Glenngård och Anell 2012). En bidragande orsak kan vara att patienterna upplever sjuksköterskor som goda kommunikatörer som ägnar mycket tid åt patienten (Branson m.fl. 2003). I flera länder, exempelvis Storbritannien och USA, har det i viss utsträckning i primärvården också skett en *substitution* av allmänläkare mot avancerade specialistsjuksköterskor (*“nurse practitioners”*) som har ett större ansvar för diagnostik och behandling (Anell 2015, Bodenheimer och Bauer 2016). Resultat från systematiska litteraturöversikter tyder på att patienter även är nöjda med besök hos de avancerade specialistsjuksköterskorna (Harrocks m.fl. 2002, Laurant m.fl. 2005, Martínez-González m.fl. 2014). Men det finns inte någon entydig bild om kostnadseffektiviteten på grund av substitutionen av allmänläkare mot avancerade specialistsjuksköterskor (Martínez-González m.fl. 2014, Harrocks m.fl. 2002).

#### *Större primärvårdsmottagningar riskerar att försämra vårdens kontinuitet*

En annan internationell trend är att mottagningarna i primärvården blir allt större. Det finns ofta förväntningar att *större primärvårdsmottagningar* ska skapa högre produktivitet och minskade kostnader. Men flera studier har endast funnit svaga eller inga kopplingar mellan organisationsstorleken och produktiviteten (Sheaff m.fl. 2003, Simoens och Scott 2005). Dessutom verkar mindre mottagningar och ensampraktiker genomgående ha högre patientnöjdhet jämfört med de större mottagningarna (Pettigrew m.fl. 2016, Glenngård och Anell 2012). En möjlig förklaring till den högre patientnöjdheten är att mindre mottagningar har bättre förutsättningar att erbjuda personkontinuitet (Pettigrew m.fl. 2016).







## Primärvårdens organisation och styrning i dag

I det här kapitlet beskriver vi hur förutsättningarna för primärvården ser ut idag och hur de skiljer sig mellan olika landsting. Beskrivningen utgår från vårt ramverk som presenterades i kapitel 4. Kapitlet fokuserar på primärvårdens organisatoriskt påverkbara egenskaper i form av resursmässiga förutsättningar, styrning, samordning och kontinuitet, tillgång och omfång samt arbets sätt. Eftersom styrningen av hälso- och sjukvården till stora delar är decentraliserad, finns det skillnader mellan landstingen i hur de valt att organisera primärvården (figur 21).

Kapitlet baseras på befintlig statistik och en enkät som Vårdanalys riktat till vårdvalsamordnare eller motsvarande i samtliga landsting. I bilaga 9 ges en översikt av respektive landstings styrningen av primärvården.

### 5.1 RESURSMÄSSIGA FÖRUTSÄTTNINGAR: PRIMÄRVÅRDEN UTGÖR EN BEGRÄNSAD ANDEL AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Vi har analyserat primärvårdens resurser genom att studera kostnaderna per invånare för primärvård samt primärvårdens kostnadsandel i relation till övriga vårdområden. Vi har även studerat hur primärvårdens bemanning utvecklats över tid. Men slutsatsen blir densamma oavsett hur vi väljer att beskriva primärvårdens resursmässiga förutsättningar. Svensk hälso- och sjukvård är sjukhusdominerad och primärvården utgör en mindre del av hälso- och sjukvårdssystemet. Vi kan inte heller tala om någon ambitionsökning under senare tid. En annan slutsats är att det finns



betydande skillnader i landstingens resursmässiga förutsättningar. Detta gäller även efter att vi försökt att justera för geografiska skillnader i behov och strukturella förutsättningar.

**Figur 21.** Sammanfattning av svensk primärvårdens organisation och styrning.

Process	Arbetsätt	Rollfördelning	Olika personalresurser och kompetenser organiseras samlat, med primärvårdsmottagningen som gemensam bas
		Teamarbete	Goda förutsättningar för teamarbete, men kunskap om hur detta sker i praktiken är begränsad
		Mottagningens storlek	Stora mottagningar är vanliga men storleken varierar från cirka 3 000 till 30 000 listade
	Tillgång & omfång	Öppettider och jour	Öppettider kvällar och helger är begränsad. Jourverksamheten organiseras ofta via kollektiva lösningar
		Icke fysiska besök	Digitala vårdgivare blir allt vanligare
		Tekniskt & medicinskt omfång	Primärvården ska ansvara för basala vårdbehov men möjligheten att omhänderta mer avancerade åkommor varierar vid olika mottagningar
	Samordning & kontinuitet	Fast kontakt	Patienter listar sig framförallt på mottagningar snarare än på en specifik läkare
		Delad information	Vissa tekniska och juridiska begränsningar vad gäller möjligheten att dela information mellan vårdgivare och vårdnivåer
	Styrning	Uppdrag	Primärvården ska ansvara för basala vårdbehov, men det finns vissa regionala variationer om vad som ingår
		Centralisering	Styrningen är decentraliserad och sker i huvudsak i landstingen
		Ersättningsystem	Kapitering per listad individ i kombination med mindre andel rörlig besöksersättning är vanligt
		Valfrihet & konkurrens	Obligatoriskt vårdval sedan 2010, men i praktiken varierar möjligheten att välja vårdgivare i landet
Privatisering		Köp från privata företag motsvarar knappt 30 procent av nettokostnaderna i primärvården. Skillnaderna mellan landstingen är dock stora – från drygt 10 procent till drygt 50 procent	
Remisskrav		Få remisskrav generellt, samtidigt syns lokala variationer	
Egenavgifter		Egenavgifter för vuxna varierar mellan 0–300 kr per primärvårdsbesök (om patienten inte uppnått högkostnadsbeloppet för avgiftsfria öppenvårdsbesök)	
Struktur	Finansieringsystem	Hälsa- och sjukvården finansieras nästan uteslutande via skatter	
	Andel primärvård	Primärvården står för omkring en femtedel av hälso- och sjukvårdens totala kostnader (exklusive kostnader för kommunal hälso- och sjukvård).	
	Kompetensförsörjning	Svårigheter att rekrytera medarbetare och ett stort beroende av hyrpersonal karakteriserar svensk primärvård	

Not: Vi kommer inte att beskriva hälso- och sjukvårdens *Finansieringsystem* i denna rapport. Inte heller *Tekniskt och medicinskt omfång* kommer att diskuteras, eftersom det saknas underlag för att beskriva dimensionen närmare.

### 5.1.1 Primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens resurser minskar

Primärvårdens nettokostnader per invånare har ökat över tid. Men i relation till vården som helhet handlar det snarare om en minskning av primärvårdens andel av hälso- och sjukvården. Sedan 2011 har primärvårdens nettokostnader ökat med drygt 3 procent per invånare. Detta är mindre än för hälso- och sjukvården i sin helhet, betydligt lägre än för den specialiserade somatiska sjukvården och i samma storleksordning som för den specialiserade psykiatriska vården (tabell 1).

**Tabell 1.** Utveckling 2011–2015 av nettokostnader per invånare för primärvård, specialiserad vård och hälso- och sjukvård totalt, kronor (2015 års priser).

	2011	2012	2013	2014	2015	Förändring 2015/2011
Primärvård	3 954	4 017	4 033	4 000	4 080	3,2 %
Specialiserad somatisk vård	13 032	13 267	13 347	13 601	13 890	6,6 %
Specialiserad psykiatrisk vård	2 051	2 057	2 084	2 076	2 114	3,1 %
Annan hälso- och sjukvård	2 352	2 337	2 240	2 169	2 324	-1,2 %
Hälso- och sjukvård totalt	21 389	21 678	21 705	21 847	22 408	4,8 %

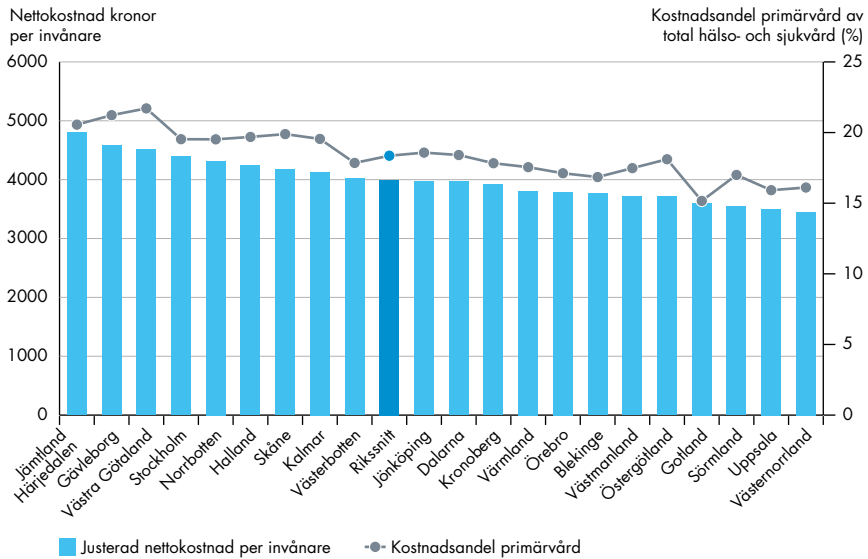
Not: Kostnaderna är beräknade som ett övägt snitt per landsting. Hälso- och sjukvårdens nettokostnader totalt beräknas exklusive kostnader för tandvård och läkemedel. Primär-vårdens nettokostnader beräknas exklusive kostnader för läkemedel och hemsjukvård. I posten Annan hälso- och sjukvård ingår nettokostnaden för: politiskt verksamhet avseende hälso- och sjukvård, hemsjukvård och övrig hälso- och sjukvård.

Källa: SKL:s Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2011–2015.

Både kostnaderna för primärvård per invånare och vårdområdets kostnadsandel i relation till övrig hälso- och sjukvård varierar mellan landstingen. Skillnaderna kan vara motiverade med hänsyn till faktorer som landstingen inte kan påverka. Till exempel kan befolkningens behov variera mellan olika landsting och merkostnader kan tillkomma i landsting med mycket glesbygd. Men även efter att vi tagit hänsyn till skillnader i befolkningens behov och geografiska förutsättningar varierar både kostnaden per invånare och primärvårdens kostnadsandel mellan landstingen (se bilaga 4 för en beskrivning av hur vi beräknat den behovsjusterade nettokostnaden). Sådana faktorer kan alltså inte fullt ut förklara de lokala variationerna. Den behovsjusterade kostnaden per invånare var störst i Jämtland Härjedalen och minst i Västernorrland år 2015 (figur 22). Samma år varierade primärvårdens kostnadsandel mellan 22 och 15 procent i Västra Götaland respektive Gotland.

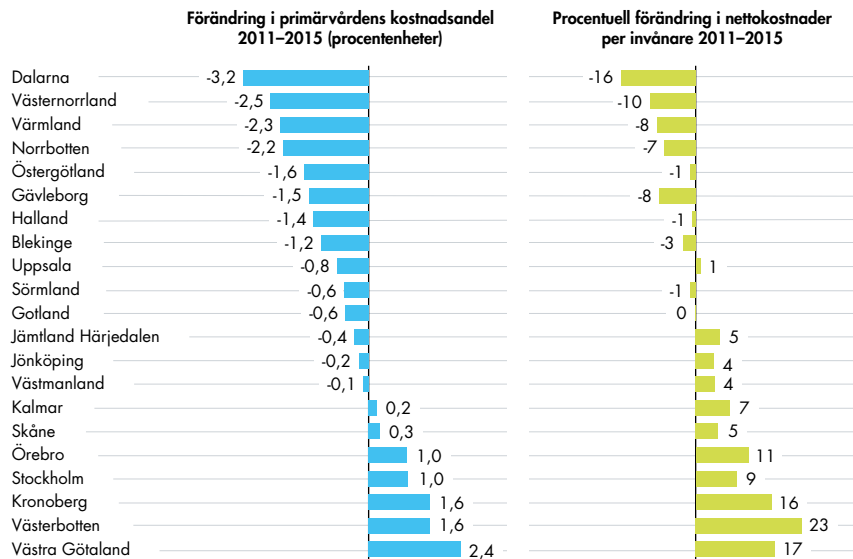


**Figur 22.** Behovsjusterad nettokostnad per invånare för primärvården samt primärvårdens andel av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården per landsting 2015.



Not och Källa: se under figur 23.

**Figur 23.** Procentuell förändring i primärvårdens nettokostnad per invånare och absolut förändring (det vill säga förändring i procentenheter) i primärvårdens kostnadsandel per landsting mellan 2011 och 2015.



Not: Se bilaga 4 för en beskrivning av hur vi har konstruerat mätet behovsjusterad kostnad. Primärvårdens nettokostnader beräknas exklusive kostnader för läkemedel och hemsjukvård (2015 års priser). Hälso- och sjukvårdens nettokostnader totalt beräknas exklusive kostnader för tandvård och läkemedel (2015 års priser)

Källa: SKL:s Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2011 och 2015 samt SCB:s statistik om kostnadsutjämning för landsting 2011 och 2015.

För riket ökar den behovsjusterade kostnaden per invånare något mellan 2011 och 2015, medan primärvårdens andel av de samlade utgifterna för hälso- och sjukvård minskar från 18,9 procent till 18,4 procent under samma period. Men utvecklingen ser olika ut i olika delar av landet (figur 23). I några landsting minskar kostnaden med 10–15 procent och kostnadsandelen med 2–3 procentenheter under perioden. I andra landsting ökar kostnader per invånare med drygt 20 procent och kostnadsandelen med 1–2 procentenheter.

### **5.1.2 Stor osäkerhet om kompetensförsörjningen, men befintliga data tyder på att den är en viktig utmaning**

Det finns ingen samlad och heltäckande bemanningsstatistik för de personalgrupper som är verksamma inom primärvården. Det gör det svårt både att beskriva och att bedöma bemanningssituationen. Sammantaget visar vår sammanställning ändå att kompetensförsörjningen är en viktig utmaning för den svenska primärvården.

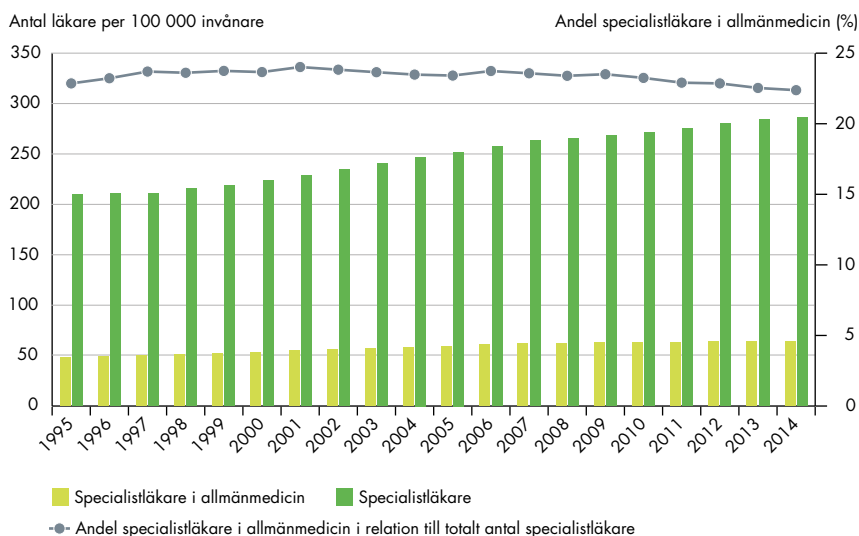
#### *På nationell nivå har läkartätheten ökat något medan antalet sjuksköterskor har minskat*

Sverige har totalt sett en god tillgång till specialistläkare, men andelen specialister i allmänmedicin är låg. Vi kan också konstatera att specialistinriktningens nuvarande utveckling verkar bevara den sjukhusdominerade strukturen. Enligt bemanningsstatistik från Socialstyrelsens register för Nationella planeringsstödet har antalet specialister i allmänmedicin ökat från 48 till 64 läkare per 100 000 invånare år 1995–2014. Men andelen specialistläkare i allmänmedicin har minskat från 22,9 procent till 22,4 procent i förhållande till övriga specialiteter under samma period (figur 24).

Ytterligare en bild av primärvårdens bemanning finns i SKL:s uppskattning av samtliga årsarbetande läkare, sjuksköterskor och vårdadministratörer. SKL beräknar personalresurserna för den vård som konsumeras av de egna invånarna i varje landsting. I beräkningen ingår bemanningen i både offentlig och privat regi, bemanningen i vård som köpts av andra landsting samt inhyrd personal. Enligt denna beräkning var i genomsnitt 0,70 årsarbetande läkare och 1,39 årsarbetande sjuksköterskor samt 0,53 årsarbetande vårdadministratörer verksamma i primärvården per 1 000 invånare år 2015 (tabell 2). Siffrorna är osäkra, men tyder på en ökad läkarbemanning med knappt 4 procent mellan 2011 och 2015. Samtidigt minskar antalet sjuksköterskor med cirka 1,5 procent – en minskning som i stort sett kan förklaras av nedgången år 2015. Antalet vårdadministratörer per 1 000 invånare ökar något under perioden.



**Figur 24.** Utveckling 1995–2014 av fördelning mellan allmänläkare och övriga specialtläkare.



Källa: Socialstyrelsens register för Nationella planeringsstödet (NPS) 1995–2014

**Tabell 2.** Utveckling 2011–2015 av antal läkare, sjuksköterskor och vårdadministratörer i primärvården per 1 000 invånare.

	Mått	2011	2012	2013	2014	2015	Procentuell förändring 2015/2011
Antal läkare per 1 000 invånare	Rikssnitt	0,68	0,69	0,70	0,69	0,70	3,9 %
	Max	0,82	0,82	0,86	0,87	0,92	
	Min	0,59	0,61	0,52	0,51	0,46	
Antal sjuksköterskor per 1 000 invånare	Rikssnitt	1,40	1,40	1,42	1,42	1,39	-1,4 %
	Max	1,98	2,02	2,12	1,83	1,80	
	Min	0,97	0,98	0,95	0,99	1,04	
Antal vårdadministratörer per 1 000 invånare	Rikssnitt	0,51	0,52	0,53	0,53	0,53	3,9 %
	Max	0,62	0,61	0,62	0,65	0,64	
	Min	0,44	0,44	0,42	0,48	0,47	

Not: Rikssnittet är ett vägt genomsnitt. Antal anställda har räknats om till helårsarbetare. Gotland ingår inte i beräkningarna eftersom det saknas information om bemanning. Norrbotten har exkluderats eftersom inrapporterade uppgifter har bekräftats vara felrapporterade. För Blekinge saknas information om antal vårdadministratörer år 2011 och exkluderats vid beräkningen av vårdadministratörer.

Källa: SKL:s personaltätetsnyckeltal 2011–2015.



Beräkningen utgår från SKL:s personaltäthetsmodell. Men statistiken om primärvårdens personalresurser är mycket osäker, bland annat till följd av att det inte finns direkta uppgifter om bemanningen inom den privata verksamheten. Därför räknar SKL med att personaltätheten i privat regi motsvarar den i det offentliga. Detsamma gäller statistiken över antalet inhyrda årsarbetskrafter inom olika delar av primärvården. Dessutom ingår även ST-läkare, det vill säga läkare som håller på att vidareutbilda sig till specialister, i beräkningen.

Sannolikt innebär SKL:s bemanningsstatistik att antalet årsarbetande läkare överskattas något. Vi ser exempelvis stora skillnader mellan SKL:s och Läkarförbundets skattningar av antalet heltidsanställda primärvårdsläkare. Enligt Läkarförbundets enkät var antalet heltidsanställda primärvårdsläkare 4 540 stycken år 2012 (SLF 2013). SKL:s uppskattning för samma år var 6 452 årsarbetande läkare i primärvården. Men SKL:s uppskattning är det enda tillgängliga underlaget som finns för att följa den samlade utvecklingen över tid.

### *Men bakom det nationella genomsnittet finns stora skillnader mellan landstingen*

Antalet läkare, sjuksköterskor och vårdadministratörer varierar betydligt mellan landstingen och skillnaderna ökar över tid. Uppsala har cirka 30 procent färre helårsarbetare jämfört med Skåne och Gävleborg som har flest (figur 25). Skillnaden mellan Skåne som har flest helårsarbetande och Uppsala som har lägst motsvarar närmare 1 helårsarbetare per 1 000 invånare. Det motsvarar mer än en tredjedel av den genomsnittliga bemanningen för Sverige som helhet. Även antalet sjuksköterskor och vårdadministrationer varierar mellan landsting.

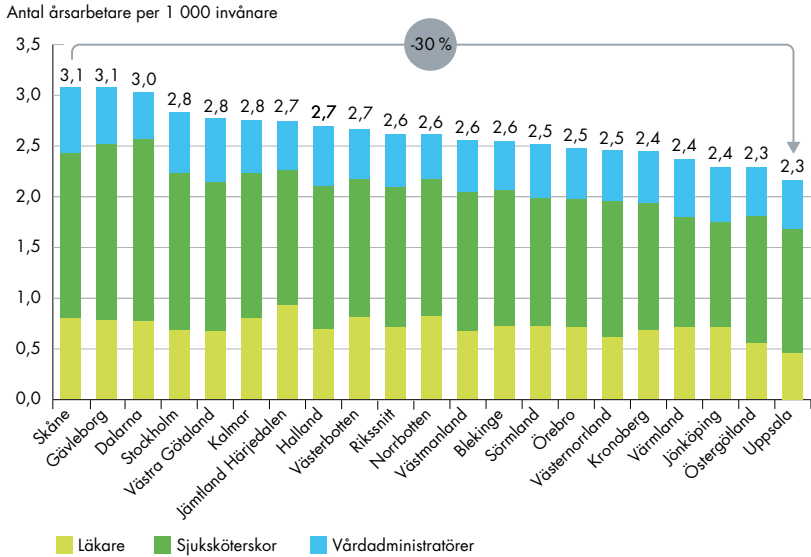
Bemanningsituationens utveckling mellan 2011 och 2015 skiljer sig väsentligt mellan landstingen (figur 26). Bakom den nationella ökningen av läkartätheten med 4 procent döljer det sig förändringar mellan minus 30 och plus 20 procent. De förändringar som syns på nationell nivå är således långt ifrån enhetliga trender i samtliga landsting.

### *Behov av hyrläkare i många landsting*

De flesta landsting är i behov av mycket hyrpersonal. Merparten av landstingen, 15 av 20 svarande, har ett behov av hyrläkare som överstiger 15 procent av bemanningen, enligt vår enkät. Enligt SKL:s uppskattning (Personaltäthetsmodellen) är i snitt 1 av 8 årsarbetande läkare i primärvården inhyrd. Andelen inhyrda läkare är högst i Dalarna, Gävleborg och Blekinge samt lägst i Stockholm, Östergötland och Skåne (figur 27).



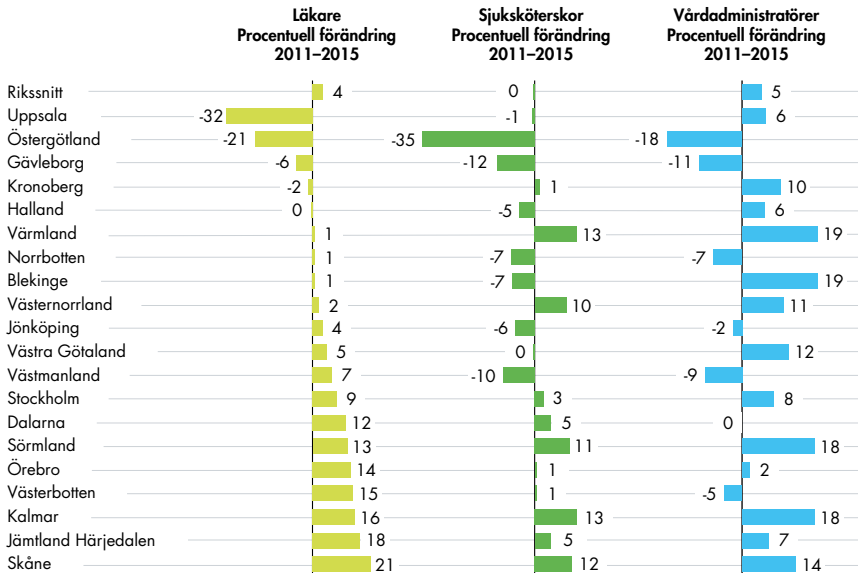
**Figur 25.** Antal anställda läkare, sjuksköterskor och administrativ personal per landsting och 1000 invånare 2015.



Not: Antal anställda har räknats om till helårsarbetare (inklusive ST-läkare). För Gotland saknas information om bemanning. Siffrorna för Norrbotten har beräknats för år 2014, eftersom inrapporterade uppgifter för år 2015 har bekräftats vara felaktiga.

Källa: SKL:s personaltäthetsnyckeltal 2014 och 2015.

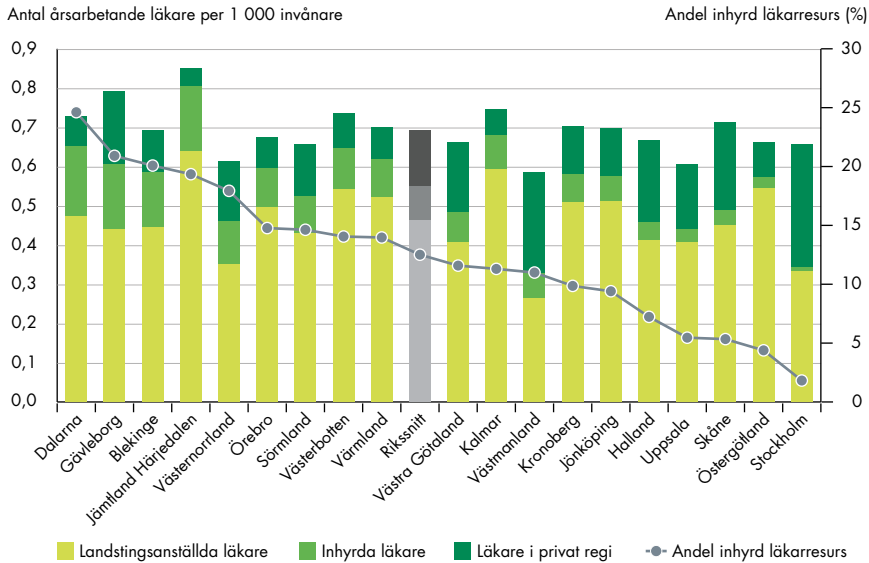
**Figur 26.** Procentuell förändring av antal läkare, sjuksköterskor och vårdadministratörer per invånare och landsting 2011–2015.



Not: För Gotland saknas information om bemanning. För Blekinge saknas information om antal vårdadministratörer år 2011, varför förändringen har beräknats för år 2012–2015. På grund av osäkerhet i Norrbottens siffra år 2015 beräknas förändringen för samtliga yrkeskategorier för åren 2011–2014.

Källa: SKL:s personaltäthetsnyckeltal 2011, 2012, 2014 och 2015.

**Figur 27.** Genomsnittligt antal läkare per 1 000 invånare i primärvården 2011–2015, uppdelat på landstingsanställd, privatanställd respektive inhyrd personal.



Not: Antal anställda har räknats om till helårsarbetare. Vid beräkningen har den sålda värden mellan landsting antagits vara noll.

Källa: SKL:s personaltätthetsnyckeltal 2011–2015.

Vår enkät till landstingen tyder på att det utöver läkare, även råder brist på andra personalkategorier. Det gäller exempelvis sjuksköterskor (13 av 20 landsting), psykoterapeuter och psykologer (14 av 19 landsting) och i synnerhet distriktssköterskor där samtliga av 20 svarande landsting uppger att behovet överstiger utbudet. Samtidigt tyder landstingens svar på att bemanningssituationen kan variera stort inom landsting.

## 5.2 STYRNING: PRIMÄRVÅRDENS STYRNING VARIERAR MELLAN LANDSTINGEN

Styrningen av den svenska primärvården är decentraliserad. Hälso- och sjukvårdslagen eller andra författningar detaljreglerar inte vilken typ av vård som primärvården ska ge eller hur vården ska organiseras (se kapitel 1). Med utgångspunkt i principen om den kommunala självstyrelsen (14 kap. 2 § regeringsformen (1974:152)) har landstingen relativt stort utrymme att utforma vården efter lokala förutsättningar och befolkningens behov (se även 7 kap. 2 § HSL). Landstingens styrning sker exempelvis genom ekonomiska styrmedel, formuleringen av primärvårdens uppdrag, kvalitetskrav på

verksamheterna, uppföljning och utbudet av primärvård (SOU 2016:2). Även om valfrihetssystem i primärvården är obligatoriskt i samtliga landsting (7 kap. 3 § HSL) produceras fortfarande den övervägande delen av primärvården av offentliga utförare. Men mängden privata utförare varierar väsentligt mellan landsting. Det finns också lokala skillnader, när det gäller hur primärvårdens uppdrag har formulerats och organiserats samt hur verksamheterna ersätts. Även egenskaper för att styra patientflöden, som remisskrav och patientavgifter skiljer sig åt mellan landstingen.

### **5.2.1 Etableringen av primärvårdsmottagningar har ökat, men skillnader ses mellan landstingen**

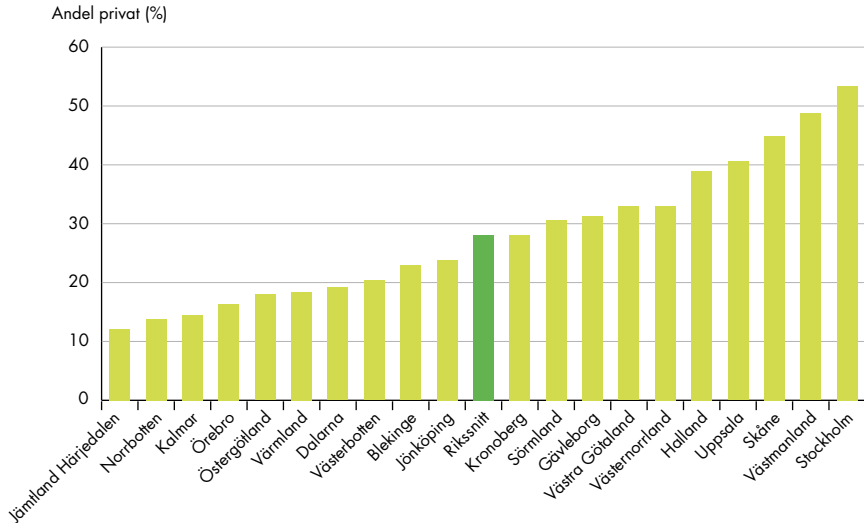
Sedan 2010 är det reglerat i lag att samtliga landsting ska organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget ska kunna välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster (7 kap. 3 § HSL). Enligt lagen om valfrihetssystem (2008:962) har alla vårdgivare som uppfyller de innehålls- och kvalitetskrav som landstingen ställt upp rätt att etablera sig i landstinget. Sedan den 1 januari 2015, när den nya patientlagen trädde i kraft, har patienter dessutom rätt att söka primärvårdstjänster samt övrig offentligt finansierad öppenvård i hela landet, det vill säga inte bara i sitt eget hemlandsting (9 kap. 1 § patientlagen (2014:821)).

Utöver valfrihetssystemen finns det även privata vårdgivare som är verksamma genom avtal enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU) samt allmänläkare och fysioterapeuter som ersätts via den nationella taxan. Taxesystemet regleras i lagen (1993:1651) om läkarvårdersättning respektive lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi. Huvudregeln är att vårdgivare som är verksamma enligt taxesystemet ska ha ett samverkansavtal med landstingen.

Primärvården är den del av hälso- och sjukvården där den privata andelen av verksamhetens totala omsättning är störst. Landstingens köp från privata företag var knappt 30 procent av nettokostnaderna i primärvården år 2015. Samtidigt är skillnaderna mellan landstingen stora – från drygt 10 procent i Jämtland Härjedalen till drygt 50 procent i Stockholm (figur 28).

Generellt sett har vårdvalsreformerna förbättrat valmöjligheterna genom att utbudet av primärvård ökat kraftigt. Från införandet av vårdval fram till 2014 ökade antalet primärvårdsmottagningar med 20 procent, från 1 023 till 1 228 stycken. Det är främst privata mottagningar som tillkommit (Glenngård 2015).

**Figur 28.** Landstingens köp av verksamhet från privata företag som andel av primärvårdens nettokostnader 2015.



Not: Nettokostnad beräknas exklusive kostnader för läkemedel.

Källa: SKL:s Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2015.

Men graden av konkurrens mellan vårdgivare och de reella möjligheterna att välja primärvårdsmottagning skiljer sig åt beroende på var man bor i landet. Ett mått på konkurrens är det så kallade Herfindahl-Hirschman-indexet (HHI) som visar i vilken omfattning utbudet av en tjänst koncentreras till enskilda producenter, i vårt fall enskilda primärvårdsmottagningar. Indexet har värdet ett vid monopol och faller allteftersom fler producenter etablerar sig på marknaden. Vid värdet noll råder perfekt konkurrens.

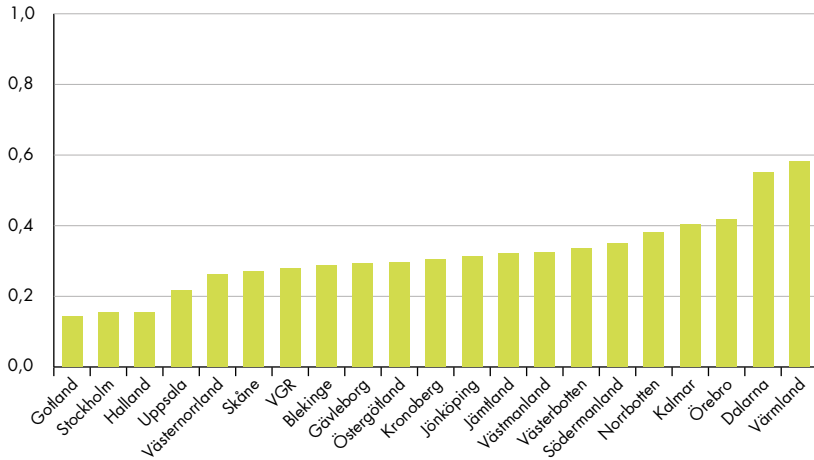
Konkurrensgraden, mätt som HHI, varierar kraftigt mellan landsting (figur 29). Bäst reella möjligheter att välja primärvårdsmottagning verkar finnas i Gotland, Stockholm och Halland, som har störst konkurrens enligt denna skattning, medan situationen i Värmland präglas av väsentligt mindre konkurrens. Marknadsandelen har beräknats som hur stor andel varje mottagning har av det totala antalet listade personer i landstinget (se bilaga 5 för en utförligare beskrivning av hur HHI har beräknats).

Vi kan också konstatera att det finns stora regionala skillnader i primärvårdsmottagningarnas etableringsmönster. Konkurrensverkets (2010, 2012) kartläggningar visar att nyetableringarna främst skett i storstäder och i områden med hög tillgänglighet.

Framförallt verkar nyetableringarna ha styrts av förändringar i befolkningsstruktur, det vill säga det har etablerats nya primärvårdsmottagningar i

**Figur 29.** Beräknad konkurrens mellan primärvårdsmottagningar, per landsting.

Herfindahl-Hirschman-index 2013



Not: Värdet 0 innebär perfekt konkurrens och 1 innebär monopol.

Källa: Sanocore AB 2013 samt egna beräkningar

storstäder och andra områden med en hög inflyttning (Glenngård 2015). Det innebär att fördelningen av primärvårdsmottagningar motsvarar befolkningsfördelningen relativt väl. Men enligt Tillväxtanalys beräkning, som utgår från bredare behovsaspekter än enbart befolkning, skulle det behövas fler mottagningar i glesbygd för att upprätthålla en god tillgänglighet (Konkurrensverket 2010).

Riksrevisionen (2014) har också kartlagt etableringsmönstren i samband med vårdvalsreformen. Kartläggningen visar att nyetableringar samvarierar positivt med områdets befolkningstäthet, medelinkomst, utbildningsnivå och en lägre andel personer över 70 år. Nedläggningar har i stället i större utsträckning ägt rum i områden med svårare socioekonomiska förutsättningar eller lägre medelinkomst. Sammantaget pekar det på att nyetableringarna främst ägt rum i områden med god tillgänglighet sedan tidigare och i områden med fördelaktig socioekonomisk profil.

### 5.2.2 Svårt att få en tydlig bild av primärvårdens uppdrag och hur det är organiserat

Som beskrevs i kapitel 1 ska primärvården svara för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete

och rehabilitering utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper (2 kap. § 6 HSL). Men landstingen kan inom vissa ramar anpassa primärvårdens uppdrag och innehåll på det sätt som de anser lämpligt och effektivt utifrån befolkningens önskemål och behov samt utifrån sina lokala förutsättningar (se avsnitt 5.2). Det innebär att landstingen kan formulera och dimensionera primärvårdens uppdrag på olika sätt.

En kartläggning från Socialstyrelsen (2016) visar att det finns vad de kallar för en ”kärnverksamhet”, som samtliga landsting har formulerat som ett grunduppdrag för primärvårdsmottagningar inom vårdvalet. Dessa uppdrag omfattar således alla Sveriges mottagningar. Den gemensamma kärnan består av (Socialstyrelsen 2016, s. 7):

- ”mottagningsverksamhet för planerad (tidsbokad) och oplanerad hälso- och sjukvård inom det allmänmedicinska kompetensområdet, samt inom rehabilitering, psykosociala insatser och hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser
- jourverksamhet, ofta i samverkan med andra vårdenheter
- medverkan i landstingets smittskyddsarbete, i forsknings- och utvecklingsarbetet samt i kris- och katastrofberedskapen inom länet.”

Men det finns skillnader i vilken detaljnivå uppdragen är formulerade, deras omfattning samt vilka krav som landstingen ställer på personalens kompetens (Socialstyrelsen 2016).

En majoritet av landstingen har även uttalade krav på att primärvårdsmottagningarna inom grunduppdraget ska ge vaccinationer, utföra hälsoundersökningar för asylsökande samt tillhandahålla verksamhetsförlagd utbildning och utbildningsplatser för de professioner som är verksamma vid mottagningen. Normalt ingår även läkarinsatser i kommunal hälso- och sjukvård som en del av primärvårdsmottagningarnas grunduppdrag. Stockholms läns landsting är ett undantag, eftersom landstinget inte har överlåtit ansvaret för hemsjukvården till kommunerna. Därför ingår den basala hemsjukvården i sin helhet i husläkarmottagningarnas uppdrag, och inte endast läkarinsatser.

När det gäller barnhälsovård, medicinsk fotvård, mödrahälsovård och ungdomsmottagning finns skillnader i hur landstingen valt att organisera uppdragen. I vissa fall är verksamheten en del av grunduppdraget för alla primärvårdsmottagningar inom vårdvalet. I andra fall får vissa mottagningar uppdragen genom separata vårdval eller tilläggsuppdrag. Det förekommer också att uppdrag enbart ligger på primärvårdsmottagningar i egen regi.



**Tabell 3.** Verksamheter som landstingen har valt att organisera på olika sätt.

Verksamhet	Grund- uppdrag	Separat vårdval	Tilläggs- uppdrag	Egenregi primärvård	Annan öppen- specialistvård	Uppgift saknas
Barnhälsovård	15	3	3	0	0	0
Medicinsk fotvård	11	2	3	1	3	2
Mödrhälsovård	8	3	3	2	6	1
Ungdomsmottagning	2	0	3	8	5	4

Not: Alla rader summerar inte till 21 då vissa landsting kombinerar olika sätt att organisera uppdragen. Det kan även förekomma andra organisationssätt än de som redovisas i tabellen.

Källa: Socialstyrelsen (2016) med kompletteringar från Vårdanalys enkät till landsting 2016.

Därutöver kan vissa verksamheter vara en del av den öppna specialistvården i stället för primärvården. Det förekommer även att landstingen kombinerar olika sätt att organisera uppdragen (tabell 3).

### 5.2.3 Landstingen har stor frihet att själva utforma sina ersättnings-system, avgiftssystem och remisskrav

*Kapitering utgör huvuddelen av ersättningen i samtliga landsting*

Ersättningsystemens utformning skiljer mellan landstingen. Tidigare studier visar att landstingen generellt sett tillämpat en kombination av *fast ersättning* per listad individ (kapitering), *rörlig ersättning* kopplad till besök eller åtgärd, samt *målrelaterad ersättning* (Lindgren 2014). Den stora skillnaden har främst bestått i hur stor del av ersättningen som är fast respektive rörlig.

Den *fasta ersättningen*, så kallad kapitering, utgör 90 procent eller mer av den totala ersättningen i åtta landsting (SKL 2016b) (figur 30). Stockholm och Uppsala har den lägsta andelen kapitering, ungefär 60 procent. Under senare år finns ingen tydlig trend i utvecklingen av principerna för ersättningen. I åtta landsting har andelen fast ersättning ökat med mer än 5 procent sedan 2013, som mest i Stockholm där andelen ökat från 40 till 60 procent. I tio landsting har kapiteringen varit i stort sett oförändrad – det vill varken ökat eller minskat med mer än 5 procent. Sammantaget innebär utvecklingen att andelen kapitering har ökat från i genomsnitt 80 procent till 84 procent för riket 2013–2016 (SKL 2016b, Lindgren 2014).

Det finns även regionala skillnader i hur landstingen justerar kapiteringen för att spegla befolkningens förutsättningar eller vårdtyngd, det vill säga omfattningen av deras vårdbehov (figur 31). Under 2016 använde alla landsting behovsjustering utifrån socioekonomiska förutsättningar med

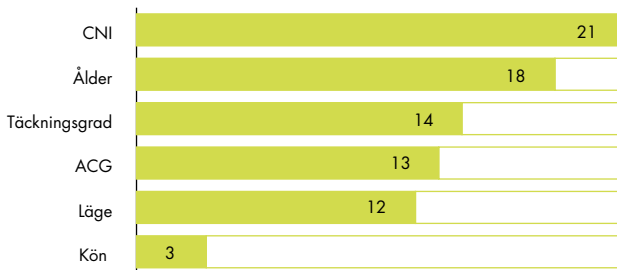


**Figur 30.** Ersättningsprinciper i landstingens primärvård 2016.



Källa: SKL (2016b).

**Figur 31.** Justeringsgrund vid anpassning av primärvårdens fasta ersättning efter behov och vårdtyngd 2016, antal landsting.



Källa: SKL (2016b).

hjälp av ett så kallat CNI-index. Men andelen ersättning som justeras utifrån socioekonomiska förutsättningar varierar stort, mellan 5 och 30 procent av kapiteringsersättningen. De flesta landsting justerar också ersättningen efter mottagningarnas geografiska läge, de listade patienternas ålder och vårdtyngd baserat på diagnosklassificeringen ACG, Adjusted Clinical Groups. Det finns även landsting som justerar primärvårdens fasta ersättning efter hur många besök de listade patienterna gör i den övriga öppenvården eller i akutvården (så kallad täckningsgrad). Denna justering är en form av kostnadsansvar för mottagningarna, eftersom deras ersättning justeras i efterhand om de listade patienterna har besökt specialistvården eller akutmottagningen på ett sjukhus. Denna justering gör att även den fasta ersättningen får ett rörligt inslag.

Vi ser också skillnader i *andelen rörlig ersättning* till mottagningarna. Vissa landsting anpassar ersättningen efter vilken yrkeskategori som patienten besökt. I Stockholm är till exempel ersättningen för ett läkarbesök högre än för ett sjuksköterskebesök.

*Den målrelaterade ersättningens* andel av den totala ersättningen uppgår som mest till fem procent av den totala ersättningen och ligger i genomsnitt på cirka två procent. Även antalet mål varierar stort mellan landsting: från 1 till 34 mål. Sedan 2013 har den målrelaterade ersättningen minskat i betydelse genom att antalet mål och ersättningens andel av den totala ersättningen minskat i de flesta landsting (SKL 2016b, Lindgren 2014). Till exempel har Halland och Värmland helt frångått denna ersättningsprincip.

### *Vanligt att primärvårdsmottagningar har kostnadsansvar för otrohetsbesök och läkemedel*

Ersättningssystemen är bara en av de faktorer som påverkar primärvårdsmottagningarnas ekonomi. Den andra delen är vad pengarna ska räcka till, det vill säga vilket kostnadsansvar mottagningarna har för utgifter utöver sina direkta behandlingskostnader.

Vi har kartlagt hur olika landsting har utformat kostnadsansvaret. Sammanställningen visar på stora regionala skillnader (tabell 4). I samtliga landsting utom tre, har mottagningarna kostnadsansvar för så kallade otrohetsbesök. Det innebär att den primärvårdsmottagning som en patient är listad hos har kostnadsansvaret för besök som patienten gör hos andra primärvårdsmottagningar i det egna landstinget. Hälften av landstingen har också kostnadsansvar för motsvarande besök i andra landsting. Lika vanligt är kostnadsansvar för besök som sker hos läkare i allmänmedicin som finansieras via nationell taxa (se avsnitt 5.2.1 för beskrivning av nationella taxan).

**Tabell 4.** Antal landsting med olika former av decentraliserat kostnadsansvar till primärvårdsmottagningen.

Kostnadsansvar decentraliserat till primärvårdsmottagningen	Antal landsting
Besök hos annan primärvårdsmottagning i landstinget	18
Besök hos annan primärvårdsmottagning i annat landsting	10
Besök hos läkare i allmänmedicin via nationella taxan	11
Läkemedel	17
Medicinsk service	19**
AT- och ST-läkare	9*

Not: \* Frågan har besvarats av 20 landsting. \*\* Frågan har besvarats av 19 landsting. 2 av de 9 landsting som har besvarat frågan positivt har uppgett att kostnadsansvaret endast gäller för ST-läkare inte AT-läkare. AT-läkare är läkare som ännu inte fått sin legitimation. Även bland de landsting som har uppgett att mottagningarna har ett kostnadsansvar för ett visst område förekommer variationer beträffande hur omfattande ansvaret är. Till exempel har ett landsting uppgett att ca 70 procent av lönekostnaden för ST-läkare ersätts centralt.

Källa: Vårdanalys enkät till landstingen 2016

Ett decentraliserat kostnadsansvar är också vanligt när det gäller allmänläkemedel. Tre landsting utmärker sig genom att kostnaderna för läkemedel hanteras samlat för hela primärvården. När det gäller medicinsk service har samtliga primärvårdsmottagningar ett kostnadsansvar. Däremot finns variationer i hur kostnadsansvaret för utbildning av AT- och ST-läkare hanteras mellan landstingen.

Kalmar, Örebro, Gotland och i synnerhet Sörmland utmärker sig genom att mottagningarna har ett relativt snävt kostnadsansvar. I Sörmland ansvarar mottagningarna endast för kostnaderna för medicinsk service. Det finns även landsting där mottagningarna har ett bredare kostnadsansvar. I exempelvis Skåne och Jönköping ansvarar de för samtliga områden som beskrivits ovan.

### *I sex landsting är egenavgiften densamma för besök i primärvården och i annan specialistvård*

I Sverige uppger en av tolv i den vuxna befolkningen (8 procent) att de under det senaste året avstått från hälso- och sjukvård på grund av kostnaden (Vårdanalys 2016a). Varje landsting kan besluta om patientavgifter (17 kap. HSL). I de flesta landsting är vård av barn och ungdomar upp till 18–25 års ålder avgiftsfri. Även besök hos barnavårdscentral, mödravårdscentral samt barn- och ungdomspsykiatri är som regel avgiftsfria (SKL 2017). Dessutom är besök i öppen hälso- och sjukvård avgiftsfria för personer som är 85 år och äldre. För vuxna är avgiften för att besöka den primärvårdsmottagning där de är listade vanligtvis 150–200 kr, men skillnaderna i avgiften är stor mellan landstingen (0–300 kr) (SKL 2017).



Drygt hälften av landstingen har valt att ha olika avgifter beroende på om patienten besöker primärvården, någon annan öppen specialistmottagning eller en akutmottagning (bilaga 9). I dessa landsting är avgiften lägst för besök i primärvården medan avgiften för besök på akutmottagning varierar mellan 300 och 420 kr. Sex landsting har samma egenavgifter, oavsett om patienten besöker primärvården, specialistvården eller sjukhusets akutmottagning. Besök under jourtid i primärvården innebär lägre avgifter för patienten jämfört med besök på akutmottagning i elva landsting.

*Fler än hälften av landstingen uppger att de inte har remisskrav till specialistvården, men osäkert vad som gäller i praktiken*

En genomgång av landstingens remisskrav från SKL (2016c) visar att fler än hälften av landstingen i dag inte har några remisskrav till specialistvården. Andra landsting ställer specifika remisskrav på ett eller flera områden, till exempel Stockholm och Uppsala. Däremot finns det inte något landsting som har ett generellt remisskrav till den specialiserade öppenvården (bilaga 9).

Men utvecklingen i landstingen pekar åt olika håll. Fem landsting har skärpt sina remisskrav över tid och fyra har tagit bort de formella remisskraven. Samtidigt framkom i våra intervjuer med verksamhetsföreträdare att det förekommer informella remisskrav, där vissa verksamheter ställer krav på remiss trots att landstinget inte redovisar detta. Denna bild bekräftas också av Vårdanalys uppföljning av patientlagens genomslag (Vårdanalys 2017).

### **5.3 SAMORDNING OCH KONTINUITET: LAGSTIFTNINGEN GER LITE VÄGLEDNING OM VAD SOM AVSES MED SAMORDNING OCH KONTINUITET**

Hälso- och sjukvårdslagen ställer krav på samordning och kontinuitet. Trots dessa krav finns tecken på att samordningen och kontinuiteten i hälso- och sjukvården brister.

Mycket talar för att primärvården borde ha goda förutsättningar att samordna vården genom de multiprofessionella vårdcentralerna, sitt generella öppenvårdsuppdrag och sin kompetens i allmänmedicin (Vårdanalys 2016b). Tidigare undersökningar tyder även på att primärvårdsläkare gärna skulle ha en samordnande funktion, men att det finns hinder för dem att axla den rollen fullt ut (Vårdanalys 2016b). Till exempel saknar läkarna mandat, tid, information och administrativa förutsättningar för ett samordningsuppdrag (Vårdanalys 2015b).

### 5.3.1 Lagstiftningen ger inte primärvården ett uttryckligt ansvar för att samordna vården

Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård, vilket bland annat innebär att den ska tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården samt att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt (5 kap. 1 § HSL, 6 kap. 1 § patientlagen). Verksamhetschefen ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses (4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF). Syftet med kravet på samordning är främst att stärka patientens ställning men också att förtydliga vårdens ansvar för samordning och kontinuitet (Vårdanalys 2015c).

När det gäller att koordinera vården mellan olika vårdgivare lägger förarbetena stor vikt vid att primärvården har en bra samverkan med andra service- och vårdgivare (prop. 1994/95:195 s.47). Primärvårdsläkarens samverkan med andra yrkesgrupper inom primärvården, andra vårdnivåer, kommunen och olika myndigheter beskrivs som central.

Men kravet på en samordnad vård riktar sig till hälso- och sjukvården som helhet. En rapport från Socialstyrelsen (2016) visar ändå att sex landsting har gått längre än vad lagstiftningen säger och gett primärvårdsmottagningarna huvudansvaret för att samordna vården.

Utöver samordningsansvaret, som primärvården delar med resten av hälso- och sjukvården, anger förarbetena att primärvården ska vägleda sina patienter i vården. I den mån patienten behöver annan specialistvård ska primärvårdens läkare fungera som vägledare och ansvara för den eventuella efterbehandling och rehabilitering som kan ges inom primärvården (prop. 1994/95:195 s.48). Om det behövs insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska en samordnad individuell plan upprättas (2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och 16 kap. 4 § HSL). Däremot preciseras inte på ett tydligt sätt vad som avses med samordning i lagstiftningen (Vårdanalys 2016b).

### 5.3.2 Det finns flera lagrum som ska stärka patientens möjligheter till kontinuitet, men det är inte uppenbart vad de innebär

För att stärka den personliga kontinuiteten har patienter möjlighet att välja en fast *läkarkontakt* inom primärvården (7 kap. 3 § HSL, 6 kap. 3 § patientlagen). Förarbetena till HSL anger bland annat att det finns starka skäl att slå vakt om rätten att välja en fast läkarkontakt i primärvården (prop. 1994/95:195 s.40 f.f.). Ett skäl är att en fast läkarkontakt förbättrar



möjligheterna till kontinuitet och till en förtroendefull relation mellan läkare och patient.

Patienten har också möjlighet att få en fast *vårdkontakt* om hen begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet (4 kap. 1 § HSF, 6 kap. 2 § patientlagen). Vårdkontakten kan, men behöver inte, vara en läkare. Vårdkontakten ska stödja patienten i hans kontakt med vården och hjälpa till att samordna insatserna (prop. 2009/10:67 s.61). Det är verksamhetschefen som ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses och som ska utse en fast vårdkontakt. Men lagstiftaren ger inte särskilt mycket vägledning om vad som menas med kontinuitetsbegreppet.

När det gäller landstingens styrning varierar användningen av målrelaterade ersättningar för att stärka patientlagens krav på kontinuitet (Vårdanalys 2017). Det innebär att utföraren kan ha begränsade incitament att tillgodose en hög kontinuitet om inte patienten själv begär det. Däremot finns enligt patientlagen en skyldighet att informera patienter om deras möjligheter att välja en fast läkarkontakt (3 kap. 1 och 2 §§). Mindre än hälften av tillfrågade patienter upplevde dock att de fått sådan information (Vårdanalys 2017).

### **5.3.3 Läkarna saknar mandat, tid, information och administrativa förutsättningar för vårdens samordning och kontinuitet**

Mycket talar för att primärvården borde ha goda förutsättningar att vara en samordnande funktion, med sitt generella öppenvårdsuppdrag, sin omfattande kompetens i allmänmedicin och de multiprofessionella mottagningarna. Tidigare studier från Vårdanalys visar också att primärvården gärna har en sådan funktion, men att det finns hinder för att axla rollen fullt ut (Vårdanalys 2016b Vårdanalys 2017, Vårdanalys 2015b). Förklaringar till bristerna behöver sökas på flera håll. Det kan handla om att bemanningen begränsar primärvårdens möjlighet att ge patienterna en fast läkarkontakt (Vårdanalys 2017).

I 2015 års enkätundersökning till primärvårdsläkare svarade läkarna dessutom att de saknar mandat, tid eller rätt IT-stöd för att samordna vården för patienterna. Endast hälften svarade att de får återkoppling från specialistvården när deras patienter har varit där. (Vårdanalys, 2015b)

Sverige har överlag kommit långt i den digitala utvecklingen och i dag är i stort sett alla delar i hälso- och sjukvården digitaliserade (Vårdanalys

2016c). Av landstingens uppdragsbeskrivningar till primärvården framgår vidare att alla landsting arbetar för att stödja en sammanhållen vårdkedja med hjälp av olika IT-lösningar och att informationen ska vara tillgänglig för alla berörda aktörer. Samtliga landsting ställer även krav på att primärvårdsmottagningarna ska ingå i eller förbereda sig på att ingå i en sammanhållen journalföring (Socialstyrelsen 2016).

Men Sverige utmärker sig negativt både när det gäller hur nöjd vårdpersonalen är med de elektroniska journalsystemen och deras funktionalitet. Endast drygt en tredjedel av primärvårdsläkarna uppger att de är nöjda med sina journalsystem. Samtidigt varierar andelen som är nöjda anmärkningsvärt mycket: mellan 78 procent i Kronoberg och 10 procent i Blekinge (Vårdanalys 2015b). En förklaring till att systemen inte upplevs som ändamålsenliga är att möjligheten att dela information mellan vårdgivare är begränsad både av tekniska och juridiska skäl (se faktaruta). En tidigare rapport från Vårdanalys tyder på att läkarnas möjlighet att elektroniskt utbyta information om patienters sjukdomshistorik med personal utanför den egna mottagningen varierar stort i landet. Jämtland Härjedalen är det landsting där störst andel läkare besvarat frågan positivt, 96 procent att jämföra med 11 procent i Västra Götaland där andelen var lägst (Vårdanalys 2016c).

### **Juridiska förutsättningar för vårdgivare att dela information**

Frågor om åtkomst till uppgifter om patienter regleras främst i patientdatalagen (2008:355), PDL, och i Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. Detta gäller både åtkomsten till information inom en vårdgivares verksamhet och vid sammanhållen journalföring.

Bestämmelsen i 4 kap. 1 § PDL om den inre sekretessen innebär att den som arbetar hos en vårdgivare bara får ta del av dokumenterade uppgifter om en patient om hen deltar i vården av patienten, eller av något annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården. Övriga bestämmelser i 4 kap. PDL lägger ett ansvar på vårdgivaren att ha kontroll över och begränsa åtkomsten till uppgifter om patienter. Enligt 4 kap. 2 § PDL ska en vårdgivare exempelvis bestämma villkor för att ge behörighet för att få tillgång till uppgifter om patienter som lagras helt eller delvis automatiserat, exempelvis i ett elektroniskt journalsystem. Vårdgivaren ska enligt 4 kap. 3 § PDL även se till att åtkomsten till sådana uppgifter dokumenteras (loggats) och kan kontrolleras. Patienten kan också enligt 4 kap. 4 § begränsa den elektroniska åtkomsten till uppgifterna. Då måste vårdgivaren spärra uppgifterna för alla som tillhör en annan vårdenhet eller inte tillhör den vårdprocess som uppgifterna dokumenterats inom.

Sammanhållen journalföring är enligt 1 kap. 3 § PDL ett elektroniskt system, som gör det möjligt för en vårdgivare att ge eller få direktåtkomst till personuppgifter hos en annan



**(Forts. Juridiska förutsättningar för vårdgivare att dela information)**

vårdgivare. Mottagaren kan ta del av innehållet i till exempel en elektronisk handling, men inte ändra i den eller lägga till ny information (prop. 2007/08:126 s. 105–106).

6 kap. PDL innehåller bland annat bestämmelser om vilka förutsättningar som ska vara uppfyllda för att sammanhållen journalföring ska vara möjlig. Samma kapitel innehåller också bestämmelser om patientens inflytande vid sammanhållen journalföring. Exempelvis gäller enligt 6 kap. 2 § PDL att patienten har rätt att motsätta sig tillgängliggörande genom sammanhållen journalföring.

För att andra vårdgivare ska få ta del av uppgifter krävs som utgångspunkt dels att de inte spärrats av patienten, dels enligt 6 kap. 3 § PDL att uppgifterna handlar om en patient som det finns en aktuell patientrelation med, att uppgifterna kan antas ha betydelse för att förebygga, utreda eller behandla sjukdomar eller skador hos patienten samt att patienten samtyckt till det.

PDL styr inte över vilka slags tekniska lösningar eller vilken organisatorisk struktur som väljs för sammanhållen journalföring, utan det är en fråga som vårdgivarna själva får bestämma över. Däremot måste systemen utformas och anpassas efter de särskilda krav som lagen ställer för sammanhållen journalföring. (Prop. 2007/08:126 s.106 och 248).

I 4 kap. HSLF-FS 2016:40 finns mer detaljerade bestämmelser om hur vårdgivare bland annat ska styra, tilldela och kontrollera åtkomsten till uppgifter om patienter.

## **5.4 TILLGÅNG: NYA SÄTT ATT KONTAKTA PRIMÄRVÅRDEN BLIR ALLT VANLIGARE**

Ökad tillgänglighet är en prioriterad fråga för den svenska primärvården (Winblad och Hanning 2013). Bland annat har vårdgarantin syftat till att förbättra tillgängligheten (se faktaruta nedan). Men öppettiderna är fortfarande begränsade till ordinarie kontorstid och tillgängligheten på helger är låg för majoriteten av primärvårdsmottagningarna. Däremot blir nya sätt att kontakta vården allt vanligare, till exempel videosamtal och andra e-lösningar, vilket kan öka tillgängligheten.

### **5.4.1 Långt ifrån alla landsting ställer krav på att primärvårdsmottagningarna ska ha öppet efter kontorstid utöver jourmottagningar**

Vårdanalys landstingsenkät tyder på att långt ifrån alla landsting ställer krav på att primärvårdsmottagningarna ska ha öppet även efter ordinarie kontorstid, utöver jourmottagningar. Endast elva landsting har uppgett att de har primärvårdsmottagningar som har öppet på kvällar eller helger. Bara ett av dem kunde ange hur många mottagningar som hade helgöppet och tre kunde ange hur många som hade kvällsöppet. Insatser under jourtid organiseras som regel i kollektiva lösningar, exempelvis genom att jourmottagningarna bemannas solidariskt av primärvårdsmottagningarna



utifrån nyttjandegrad. I fler än hälften av landstingen har mottagningarna någon form av kostnadsansvar när deras listade patienter besöker primärvårdens jourmottagning. Det förekommer även ”straffavgifter” eller motsvarande för besök på sjukhusens akutmottagning i sex landsting. Samtidigt finns det lokala variationer i hur primärvårdens öppettider, akutuppdrag och jourberedskap ser ut.

Vårdanalys studier har tidigare visat att patientens upplevelser av primärvårdens tillgänglighet på kvällar och helger är betydligt sämre än vad primärvårdsläkarna anger (Vårdanalys 2015b och 2016a). Endast en av fyra av de tillfrågade i befolkningen upplevde att det var mycket eller ganska lätt att få vård på kvällar och helger, utan att besöka akutsjukvården. Samtidigt svarade tre av fyra primärvårdsläkare att deras patienter hade någonstans att vända sig efter kontorstid.

#### **Kort om vårdgarantin i primärvården**

Vårdgarantin ska enligt 9 kap. 1 § HSL innehålla en försäkran om att den enskilde får:

1. kontakt med primärvården samma dag som den enskilde söker kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti).
2. besöka läkare inom primärvården inom 7 dagar från det att den enskilde har sökt kontakt med primärvården, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver besöka läkare (besöksgaranti inom primärvården). (6 kap. 1 § HSF)

### **5.4.2 Ickefysiska vårdbesök**

Utöver den ökade användningen av digitala hjälpmedel i den traditionella hälso- och sjukvården har det även blivit allt vanligare med ickefysiska vårdmöten. Förutom telefonkontakter, som länge förekommit i hälso- och sjukvården, har det blivit allt vanligare att kontakta vården via e-post och videosamtal.

#### *Samtliga landsting är anslutna till 1177 Vårdguiden*

Att svara på frågor via telefon och att följa upp tidigare besök via telefon är en betydande del av arbetet för flera yrkesgrupper i primärvården (Holmström 2008). I dag är också alla landsting anslutna till 1177 Vårdguiden, som är en landstingsgemensam sjukvårdsrådgivning per telefon. Telefonrådgivningen är öppen dygnet runt och bemannas av sjuksköterskor. De ställer inga diagnoser, men kan ge råd om egenvård eller vilken vårdgivare som den som ringer bör vända sig till (1177 Vårdguiden 2017).



Varje landsting ansvarar för att bemanna telefonrådgivningen för sina egna medborgare, men 1177 har ett nationellt nätverk som arbetar på samma sätt och har ett gemensamt beslutsstöd. 1177:s telefonrådgivning svarar på cirka 4,5 miljoner samtal årligen och 90 procent svarade i en undersökning att de var nöjda med de råd de fått. (1177 Vårdguiden 2017)

1177 har även en webbplats med information om sjukdomar och behandlingar. Besökare kan även ställa anonyma frågor och hantera vissa vårdrelaterade ärenden på 1177:s webbplats.

### *Digitala vårdgivare blir allt vanligare*

Patientlagens bestämmelse om att patienter har rätt att söka öppenvårdstjänster i hela landet har bidragit till att flera privata leverantörer av digital primärvård har växt fram. Digitala leverantörer ger primärvård via telefon, video eller textmeddelanden via en app. Textmeddelanden har egenskapen att de är asynkrona, vilket innebär att sjukvårdspersonalen och patienten inte behöver vara närvarande på samma gång.

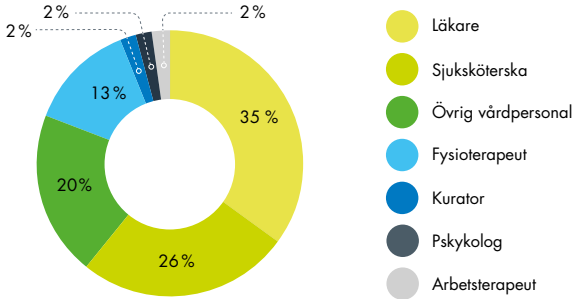
En grov uppskattning av Vårdanalys (2017) visar att de digitala vårdbesöken fortfarande står för mindre än en procent av det totala antalet läkarbesök i primärvården, men att besöken har ökat snabbt. Konkurrensen har också inneburit att vissa landsting har startat egna digitala vårdtjänster.

En leverantör som har ett avtal med något svenskt landsting kan ta emot patienter från hela landet och få ersättning från patientens hemlandsting genom systemet för utomlänsvård. Men de nuvarande ersättningsnivåerna har visat sig vara kostnadsdrivande och för närvarande gör SKL en översyn av hur digitala vårdbesök bör ersättas i framtiden (Sveriges Radio 2017). Andra utmaningar som lyfts i våra intervjuer med vårdgivare är hur besöken ska följas upp och hur information från de digitala besöken ska införlivas i samma journalsystem och kvalitetsregister som de fysiska vårdbesöken.

## **5.5 ARBETSSÄTT: PRIMÄRVÅRDEN HAR GODA FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR FLEXIBLA ARBETSFORMER**

Sverige har relativt stora primärvårdsmottagningar och därmed goda förutsättningar för teamarbete och att uppgifter som i andra länder utförs av läkare tas om hand av sjuksköterskor, undersköterskor eller andra yrkesgrupper. I genomsnitt har en primärvårdsmottagning i Sverige fler än 8 000 listade personer. Men antalet listade varierar från cirka 3 000 personer upp till 30 000 personer bland landets primärvårdsmottagningar (Glenngård 2015). Vid större mottagningar arbetar ofta flera allmänläkare, sjuksköterskor och

**Figur 32.** Besök hos olika yrkesgrupper som andel av totalt antal besök i primärvården i Jönköping 2015.



Not: Data kommer från samma studie som redovisas i kapitel 2. Den innehåller samtliga fysiska besök i primärvården, exklusive uteblivna besök, sena återbud, telefonbesök och ungdomsmottagningar.

Källa: Jönköping 2015.

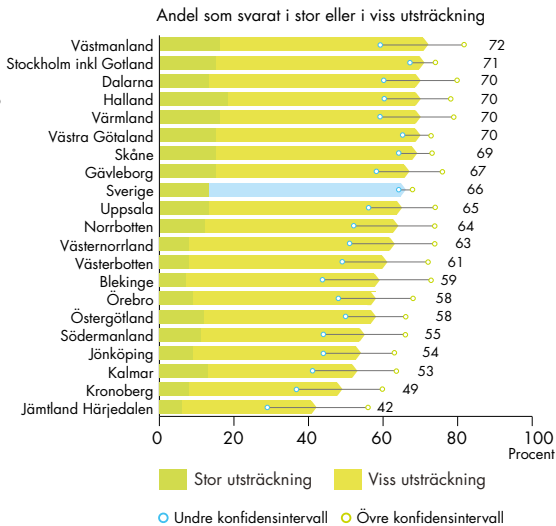
även andra yrkesgrupper som fysioterapeuter, arbetsterapeuter, psykologer, kuratorer, undersköterskor, dietister och medicinska sekreterare. Många av besöken i primärvården görs också hos andra yrkesgrupper än läkare. Cirka en tredjedel av samtliga besök är läkarbesök enligt nationella sammanställningar (SKL 2016). Som framgår av statistik från Jönköping är cirka var fjärde besök hos sjuksköterska och var åttonde hos fysioterapeut (figur 32).

Denna bredd i kompetens inom samma mottagning borde ge primärvården goda förutsättningar för teamarbete och att överlåta arbetsuppgifter till andra yrkesgrupper än läkare. Men det finns tecken på att de nuvarande arbetssätten innebär ett ineffektivt resursutnyttjande (SOU 2016:2). Enligt Socialstyrelsen finns också en osäkerhet bland anställda i hälso- och sjukvården om vem som får göra vad, trots att det i praktiken finns få rättsliga hinder för att omfördela arbetsuppgifter mellan vårdpersonal. Nyligen publicerade Socialstyrelsen en vägledning som tydliggör reglerna (Socialstyrelsen 2017, Socialstyrelsen 2015).

Ett flertal studier tyder på att svenska läkare utför såväl administrativa uppgifter som vård och behandling som skulle kunna utföras av andra yrkesgrupper. (Vårdanalys 2013b; Vårdanalys 2015b). År 2015 genomförde Vårdanalys en enkätstudie där läkare fick uppskatta i vilken uträkning de utför patientnära arbetsuppgifter som skulle kunna utföras av andra yrkeskategorier (Vårdanalys 2015b). Bland de svarande ansåg 66 procent att deras arbetsuppgifter skulle kunna överföras till andra yrkesgrupper i stor eller i viss utsträckning (figur 33). Samtidigt fanns variationer mellan landstingen. I Västmanland ansåg 72 procent av läkarna att arbetsuppgifter

**Figur 33.** Andel läkare som anser att de i stor utsträckning skulle kunna överlåta vissa arbetsuppgifter till andra yrkesgrupper 2015.

**I vilken utsträckning skulle de patientnära arbetsuppgifter som du utför istället kunna utföras av andra yrkesgrupper för att bättre nyttja din kompetens som läkare?**



Källa: IHP 2015 (Vårdanalys 2015b).

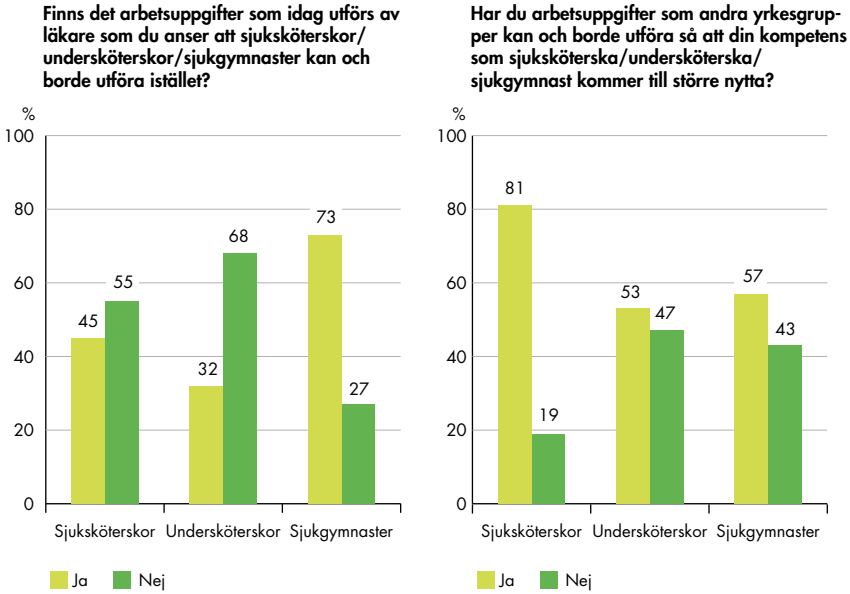
skulle kunna omfördelas i stor eller i viss utsträckning medan motsvarande siffra i Jämtland Härjedalen var 42 procent (Vårdanalys 2015b).

År 2013 ställde Vårdanalys en liknande fråga i en enkät till sjuksköterskor, undersköterskor och fysioterapeuter. Även denna undersökning visade att det finns potential att omfördela arbetsuppgifter i hälso- och sjukvården (figur 34).

Ett förhållningsätt som börjat växa fram på senare tid är att vården bör präglas av olika arbetssätt för olika patienter (SOU 2016:2). I våra intervjuer och i den enkät som riktade sig till landstingen ges flera exempel på att primärvården anpassar verksamheten för att bättre möta olika målgrupper.

Förutom de mer traditionella barnvårds- och mödravårdsmottagningarna blir det allt vanligare att primärvården har särskilda mottagningar som vänder sig till vissa diagnosgrupper, till exempel diabetes, astma/KOL och hjärtsvikt. Andra mottagningar riktar sig till familjer eller äldre. Arbetssätten anpassas också genom mobila team, som åker hem till äldre som behöver mycket omsorg och vård. Ett ytterligare sätt är genom utvecklingen av digitala vårdmöten.

**Figur 34.** Andel sjuksköterskor, undersköterskor och sjukgymnaster som anser att det finns potential att omfördela arbetsuppgifter i hälso- och sjukvården 2013.



Källa: Vårdanalys 2013b.









## Primärvårdens måluppfyllelse i svenska landsting

Med hjälp av nationell statistik har vi undersökt hur väl primärvården uppfyller målen om till exempel tillgänglighet, samordning och kontinuitet. Underlaget ger värdefull information om primärvårdens resultat, men tolkningen försvåras av att möjligheterna att följa den patientrapporterade kvaliteten över tid är begränsade och av att olika källor och mätmetoder i vissa avseenden ger olika bilder av tillgängligheten. En central slutsats från analyserna är att befolkningens förtroende för primärvården varierar med flera kvalitetsindikatorer. Inte minst är tillgängligheten till primärvården, där olika mått på väntetider vägts samman, en viktig förklaring till patienternas upplevda förtroende.

### 6.1 MEDBORGARE OCH PATIENTER ÄR MER KRITISKA TILL VÄNTETIDERNÄ ÄN VAD SOM SES I VÄRDGARANTINS MÅLUPPFYLLELSE

I det här avsnittet redogör vi för hur väl vårdgarantins tidsgränser i primärvården uppfylls. Vi redovisar också hur medborgare och patienter har besvarat frågor om primärvårdens väntetider i tre olika undersökningar. Generellt är det svårt att få en tydlig bild av tillgängligheten eftersom olika källor och mätmetoder ger delvis olika resultat. Detta talar för att det finns ett behov av att utveckla uppföljningen så att den bättre speglar patienternas perspektiv.



### 6.1.1 Många får kontakt med primärvården inom vårdgarantins gränser, men endast två tredjedelar får en tid samma dag

Enligt SKL:s nationella väntetidsdatabas var måluppfyllelsen 90 procent för besök hos läkare inom sju dagar under 2016 (tabell 5). Andelen telefonsamtal som besvarades samma dag var 87 procent. Sett över tid ligger andelarna konstant på omkring 90 procent, men 2016 års resultat är sämre än tidigare år. Jämfört med det bästa resultatet är det en försämring med i storleksordningen 3 procentenheter för läkarbesök inom sju dagar respektive 5 procentenheter för telefontillgängligheten.

Variationen mellan landsting är stor. För läkarbesök inom sju dagar varierade måluppfyllelsen för olika landsting mellan 80 och 93 procent år

**Tabell 5.** Väntetider till primärvården. Andel patienter som får läkarbesök inom sju, två och noll dagar samt andel telefonsamtal som besvaras samma dag.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Andel som får läkarbesök inom 7 dagar, procent</b>								
Rikssnitt	91	92	93	93	93	92	90	90
Min	83	83	84	82	82	80	81	80
Max	97	97	98	98	98	97	93	93
Variationskoefficient	4	4	4	5	4	4	4	4
<b>Andel som får läkarbesök inom 2 dagar, procent</b>								
Rikssnitt	78	79	81	81	81	80	78	78
Min	67	66	68	67	67	62	64	64
Max	82	84	86	87	86	85	85	83
Variationskoefficient	6	6	6	7	6	7	7	7
<b>Andel som får läkarbesök samma dag, procent</b>								
Rikssnitt	66	67	69	69	69	68	67	66
Min	53	51	54	52	53	49	52	51
Max	72	75	77	79	77	76	77	74
Variationskoefficient	9	11	9	10	10	11	10	10
<b>Telefontillgänglighet – andel samtal som besvaras samma dag, procent</b>								
Rikssnitt	88	89	90	89	92	90	88	87
Min	58	64	74	74	79	74	73	75
Max	99	99	99	99	100	100	100	100
Variationskoefficient	11	11	9	9	7	8	8	7

Not: Resultaten är ett (ovägt) genomsnitt av varje års höst- och vårmätningar. Så kallat "patientvalt väntande" ingår inte i beräkningen. Rikssnittet är det samlade resultatet för alla observationer (det vill säga ett vägt medelvärde av samtliga landsting). För Uppsala saknas information från hösten 2009. 2009 års resultat för Uppsala baseras därför endast på vårmätningen. För beskrivningen av variationskoefficient, se faktaruta.

Källa: Väntetidsdatabasen.

2016. De regionala variationerna är ännu större när det gäller andelen som kommit i kontakt med vården via telefon samma dag, mellan 75 och 100 procent. Skillnaderna i målpuppfyllelsen på enskilda vårdcentraler är ännu större. Det finns vårdcentraler där endast 50–60 procent får sitt besök inom sju dagar. Samma sak gäller för telefontillgängligheten. Patienter som är hänvisade till dessa vårdcentraler möts alltså av en ganska dålig tillgänglighet.

Enligt väntetidsdatabasen får många patienter besök snabbare än vårdgarantins sju dagar. Under 2016 fick 78 procent sitt besök inom två dagar och 66 procent fick sitt besök redan samma dag. Inte heller dessa resultat har förändrats i någon större utsträckning sedan 2009. Men för dessa kortare tidsgränser är den geografiska variationen större än för sjudagarsgränsen (tabell 5).

### Variationskoefficienten

För att beskriva skillnader mellan landsting använder vi i detta kapitel variationskoefficienten som komplement till lägsta och högsta värde. Variationskoefficienten är en normaliserad standardavvikelse och uttrycker standardavvikelsen som procentandelar av medelvärdet. Den gör alltså standardavvikelser på olika skalor jämförbara, och är därför användbar för att jämföra variationen mellan olika mått. En större variationskoefficient innebär större skillnader. Om exempelvis ett mått har en variationskoefficient på 5 procent och ett annat mått en koefficient på 10 procent är den samlade variationen större i det senare måttet. Men själva värdet i sig är svårt att tolka isolerat. I exemplet betyder värdet på koefficienten inte att skillnaderna mellan högsta och lägsta värde är 5 respektive 10 procent. Till skillnad från lägsta och högsta värde tar variationskoefficienten hänsyn till hela fördelningen och inte endast ytterligheterna.

I beräkningen använder vi oss av resultaten på landstingsnivå, det vill säga att vi beräknar genomsnitt och standardavvikelse på de 21 landstingsresultaten.



## 6.1.2 Patienterna anser i större utsträckning än befolkningen i allmänhet att väntetiderna är rimliga

I patient- och befolkningsundersökningar om väntetider inom primärvården svarar 80 procent av patienterna att de fick sitt besök på vårdcentralen inom sju dagar, och drygt 30 procent att de fått det samma dag (tabell 6). I båda fallen är det alltså en lägre andel än vad väntetidsdatabasen visar.

I den Nationella Patientenkäten för 2015 uppger 81 procent att de fått besöka vårdcentralen inom rimlig tid (tabell 6). I Vårdbarometern för 2015, som vänder sig till befolkningen, instämmer 61 procent helt eller delvis i påståendet att väntetiderna till vårdcentral är rimliga, vilket alltså är en betydligt mindre andel än i patientenkäten.

En möjlig förklaring till att resultaten i Vårdbarometern och Nationell Patientenkät skiljer sig åt är att undersökningarna riktar sig till olika målgrupper. Medan patientenkäten besvaras av patienter som nyligen varit i kontakt med primärvården består urvalet till Vårdbarometern av befolkningen som helhet. Det är således möjligt att de svaga resultaten i Vårdbarometern är relaterade till andra faktorer än vårdens faktiska tillgänglighet (se faktaruta för en kort beskrivning av undersökningarna).

**Tabell 6.** Resultat från patient- och medborgarundersökningar om väntetider.

Hur länge fick du vänta på ditt besök?					
Samma dag	1–2 dagar	3–5 dagar	6–7 dagar	Mer än 7 dagar	Totalt antal svar
32 %	21 %	17 %	10 %	20 %	94 532

Källa: SKL:s Nationell Patientenkät primärvård 2013

Fick du besöka vårdcentralen inom rimlig tid?					
Ja, helt och hållet (5)	4	3	2	Nej, inte alls (1)	Totalt antal svar
57 %	24 %	11 %	4 %	3 %	106 210

Källa: SKL:s Nationell Patientenkät primärvård 2015

I mitt landsting/region är väntetider till besök på vårdcentral/motsvarande rimliga.					
Instämmer helt	Instämmer delvis	Varken eller	Tar delvis avstånd	Tar helt avstånd	Totalt antal svar
34 %	27 %	21 %	11 %	7 %	37 581

Källa: Vårdbarometern 2015

### **Nationell Patientenkät är en enkätundersökning om patientrapporterad kvalitet**

Nationell Patientenkät är ett samlingsnamn för återkommande nationella undersökningar av hur patienterna upplever hälso- och sjukvården. Undersökningarna genomförs vart annat år och samordnas av SKL. Sedan 2009 deltar samtliga regioner och landsting i undersökningarna. Olika enkäter riktas till patienter som har besökt olika delar av hälso- och sjukvården, bland annat primärvård, somatisk öppen- och slutenvård och psykiatrisk öppen- och slutenvård. (SKL 2016d)

Till 2015 års primärvårdsundersökning togs en ny enkät fram, med nya frågor. Den nya enkäten har bland annat tagit hänsyn till förändringar i patientlagen och ska till viss del följa upp hur vården tillgodoser deras skyldigheter enligt lagen utifrån patientens perspektiv. Förändringarna innebär att det inte går att jämföra resultat över tid och att många frågor endast finns i den nya respektive gamla enkäten.

2015 års primärvårdsenkät skickades till drygt 265 000 personer. 109 065 svar kom in, vilket innebär att svarsfrekvensen var 41 procent. Men antalet svar skiljer sig mellan olika frågor och dimensioner eftersom varje patient kan välja att inte svara på frågan eller svara att frågan inte är aktuell. (SKL 2016d)

### **Vårdbarometern är en befolkningsundersökning om hälso- och sjukvården**

Vårdbarometern är en årlig intervjuundersökning bland Sveriges befolkning och genomförs på uppdrag av SKL. Varje år intervjuas omkring 0,5 procent av den vuxna (18 år och äldre) befolkningen per telefon. Avsikten är att mäta befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på hälso- och sjukvården. (SKL 2016e)

## **6.1.3 Tillgänglighetsuppföljningen behöver utvecklas för att bättre spegla patienternas perspektiv**

Eftersom de olika källorna om väntetider ger olika resultat är det svårt att få en tydlig bild av hur tillgängligheten till primärvården faktiskt ser ut. Mätningarna i väntetidsdatabasen visar att en större andel patienter får läkarbesök inom sju dagar än vad patienterna rapporterar. Medborgarna anser i ganska liten utsträckning att väntetiderna är rimliga medan patienter är något mer positiva.

Dessa spretande resultat talar för att uppföljningen behöver utvecklas för att ge en tydligare bild av tillgängligheten. Som ett led i detta behöver också frågan om vad som är en rimlig väntetid och god tillgänglighet diskuteras, så att patienternas förväntningar och kraven på hälso- och sjukvården överensstämmer, genom exempelvis vårdgarantin. Att vänta sju dagar på ett läkarbesök kanske inte alls uppfattas som rimligt, och att stå långa stunder i telefonkö kanske inte alls uppfattas som en god tillgänglighet, även om samtalet besvaras under samma dag. Vårdanalys har också tidigare pekat på behovet av att vidareutveckla väntetidsdatabasens



mätmetoder (Vårdanalys 2015d). Landstingen rapporterar själva in till databasen, för närvarande endast två gånger årligen, under två veckor som aviseras på förhand. Detta tillvägagångssätt kan påverka statistikens tillförlitlighet, eftersom landstingen exempelvis kan anstränga sig för att ha extra god tillgänglighet under dessa perioder eller skapa andra rutiner som är gynnsamma för resultaten. Det finns inga oberoende externa kontroller av informationen om väntetider.

För närvarande driver SKL ett projekt för att utöka möjligheterna att följa upp primärvården inom ramarna för den nationella väntetidsdatabasen. Projektet är en del av en överenskommelse mellan SKL och regeringen.

#### **6.1.4 Sämre upplevd tillgänglighet bland yngre, dem med sämre hälsa och dem med annat modersmål än svenska**

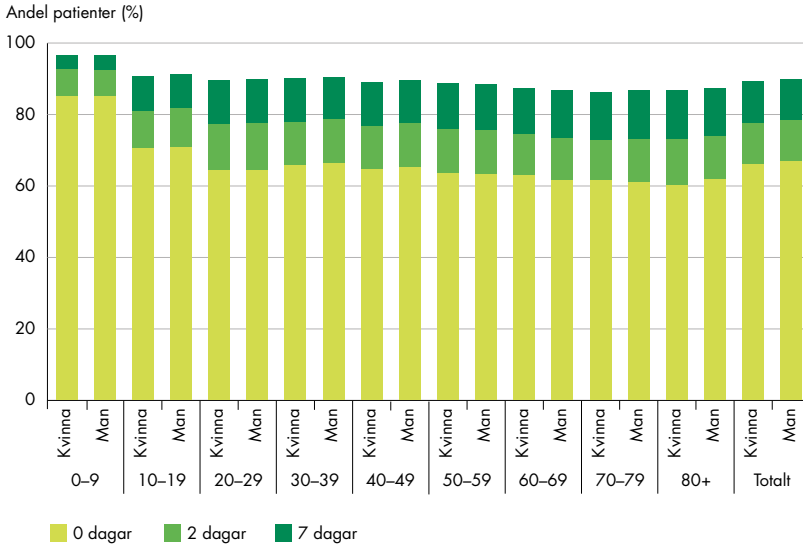
Vid sidan av skillnader mellan landsting är det en central fråga om tillgängligheten är densamma för olika grupper, exempelvis utifrån ålder, kön, utbildning och hälsotillstånd.

Baserat på besöksstatistik visar kapitel 2 att det inte finns några tydliga tecken på undanträngningseffekter av svagare grupper. Personer med lägre utbildning eller inkomst har generellt sett större sannolikhet att ha gjort minst ett besök i primärvården, än dem med högre utbildning och inkomst.

Möjligheterna att undersöka skillnader i väntetider är begränsade. Det beror på att väntetidsdatabasen enbart innehåller information om personernas kön och ålder, och att den inte går att koppla ihop med andra källor med information om exempelvis utbildning. När det gäller kön framkommer inga markanta skillnader i väntetid mellan män och kvinnor (figur 35). Det är samma resultat som i tidigare redovisningar (Vårdanalys 2014b, 2015d). Barn är den grupp som i störst utsträckning får vård både samma dag och inom vårdgarantins sjudagarsgräns. Bland övriga åldersgrupper finns skillnader på omkring fem procentenheter där andelen patienter som får vård inom noll, två och sju dagar är lägst i åldern 60–79 år (figur 35).

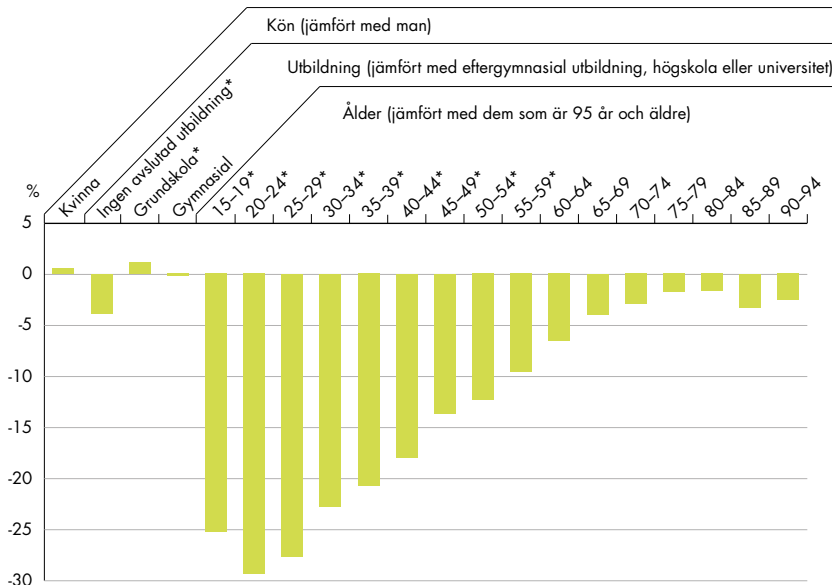
När det gäller patienternas upplevelser av vårdens tillgänglighet finns vissa skillnader mellan olika socioekonomiska grupper. Vi har i en tidigare rapport (Vårdanalys 2014b) analyserat hur olika grupper besvarade frågan ”Hur bedömer du mottagningens tillgänglighet?” i Nationell Patientenkät från år 2011. Resultaten visade att äldre patienter samt patienter med god hälsa eller hög utbildning var mest nöjda med tillgängligheten. Dessutom var personer med annat modersmål än svenska mindre nöjda med tillgängligheten än personer med svenska som modersmål.

**Figur 35.** Andel patienter som får besök hos läkare i primärvården inom noll, två och sju dagar fördelat på kön och ålder, 2016.



Not: Beräkningen exkluderar så kallat "patientvalt väntande". Källa: Väntetidsdatabasen 2016.

**Figur 36.** Skillnader mellan patientgrupper med olika utbildning och ålder i andelen som angett ett positivt svar på frågan "Fick du besöka hälso-/vårdcentralen i rimlig tid?". Skillnaden uttrycks i procentenheter.



Not: Positivt svar motsvarar de respondenter som har svarat "Ja, helt och hållet" eller angett en fyra på en femgradig svarsskala. Resultaten i figuren baseras på en multipel regression (OLS) där "positivt svar" på frågan är utfallsvariabel och ålder, kön och utbildning är förklarande variabler (bilaga 6). \* Indikerar att skillnaden är statistiskt signifikant på åtminstone 5-procentsnivå. Källa: SKL:s Nationella Patientenkät 2015.

När Nationell Patientenkät gjordes om inför 2015 års undersökning uteslöts vissa bakgrundsfrågor, bland annat frågor om modersmål och hälsotillstånd, vilket begränsar vilka analyser som kan göras utifrån enkäten. Men information om ålder och utbildning finns fortfarande med i enkäten. Figur 36 visar att personer med låg utbildning i mindre utsträckning uppger att de fick besöka vårdcentralen inom rimlig tid än övriga. Men de största skillnaderna är mellan olika åldersgrupper. De yngre är betydligt mindre nöjda än äldre.

## 6.2 PATIENTRAPPORTERADE UPPELVESER TYDER PÅ ATT KONTINUITET OCH SAMORDNING ÄR VIKTIGA UTMÄNINGAR I PRIMÄRVÅRDEN

I det här avsnittet redovisar vi patientrapporterade upplevelser av följande sex kvalitetsdimensioner som alla är viktiga ur ett patientperspektiv (Nationell Patientenkät 2015):

1. kontinuitet och koordinering
2. information och kunskap
3. delaktighet och involvering
4. respekt och bemötande
5. emotionellt stöd
6. helhetsintryck.

Resultaten bekräftar den sedan tidigare kända bilden att patienterna upplever brister särskilt när det gäller kontinuitet och samordning. Inom denna dimension rapporterar patienterna sämst upplevelser och skillnaderna mellan olika landsting är också förhållandevis stora. För övriga fem dimensioner är resultaten bättre och skillnaderna är också mindre. För samtliga dimensioner rapporterar äldre patienter betydligt bättre upplevelser än yngre. Skillnaderna mellan kvinnor och män samt utbildningsgrupper är däremot förhållandevis små.

Nationell Patientenkät ger värdefull information om patienternas upplevelser av primärvården och är ett av de få underlag som finns för att följa upp målen i den svenska primärvården. Men resultaten från enkäten är också delvis svåra att tolka och analysera vidare. Det beror bland annat på att det är svårt att veta om enkätfrågorna mäter vad de faktiskt är avsedda att mäta, att det saknas potentiellt väsentlig bakgrundsinformation för patienterna och på att resultaten inte går att följa över tid.



## 6.2.1 Patientrapporterade upplevelser analyseras med Nationell Patientenkät

Analysen bygger på SKL:s Nationell Patientenkät för primärvården från år 2015. Enkäten består av en rad frågor som har grupperats i några övergripande kvalitetsdimensioner av SKL (figur 37). Faktarutan intill beskriver hur frågorna vägs samman och hur resultaten för respektive dimension beräknas och redovisas. Se också faktaruta i avsnitt 6.1.2 för en beskrivning av Nationell Patientenkät.

**Figur 37.** Nationell Patientenkät för primärvården 2015 består av ett antal frågor som grupperas i sex kvalitetsdimensioner.

1. Kontinuitet och koordinering	2. Information och kunskap	3. Delaktighet och involvering	4. Respekt och bemötande	5. Emotionellt stöd	6. Helhetsintryck
<p><b>I.</b> Anser du att personalen på hälso-/vårdcentralen samordnar dina kontakter med värden i den utsträckning du behöver?</p> <p><b>II.</b> Fick du träffa den läkare du ville träffa?</p> <p><b>III.</b> Får du träffa samma läkare vid dina besök på hälso-/vårdcentralen?</p> <p><b>IV.</b> Om du vid besöket pratade med flera i personalen, var de samstämmiga i kommunikationen?</p> <p><b>V.</b> Upplevde du att personalen samarbetade väl?</p>	<p><b>I.</b> Förklarade läkaren medicineringen/ behandlingen på ett sätt som du förstod?</p> <p><b>II.</b> Om du ställde frågor till personalen, fick du svar som du förstod?</p> <p><b>III.</b> Under besöket, informerade personalen dig om eventuella förseningar?</p> <p>Fick du tillräckligt med information om:</p> <p><b>IV.</b> Medicinering och eventuella biverkningar</p> <p><b>V.</b> Behandlingen</p> <p><b>VI.</b> Varnings signaler att vara uppmärksam på beträffande din sjukdom/ditt hälsotillstånd eller din medicinering/ behandling</p>	<p><b>I.</b> Diskuterade du och läkaren vad du själv kan göra för att förbättra din hälsa?</p> <p><b>II.</b> Gav läkaren din familj/vårdnadshavare eller närstående den information de önskade?</p> <p><b>III.</b> Gjorde läkaren dig delaktig i besluten beträffande din vård/ behandling?</p> <p><b>IV.</b> Hade du önskat att du blivit mer delaktig i besluten beträffande din vård/ behandling?</p> <p><b>V.</b> Tog läkaren hänsyn till dina egna erfarenheter av din sjukdom/ ditt hälsotillstånd?</p>	<p><b>I.</b> Bemötte läkaren dig med medkänsla och omsorg?</p> <p><b>II.</b> Kände du dig bemött med respekt och värdighet oavsett: kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder?</p> <p><b>III.</b> Om du ställde frågor till personalen, svarade personalen med medkänsla och engagemang?</p> <p><b>IV.</b> Om personalen pratade med varandra om dig, kände du dig delaktig i samtalet?</p>	<p><b>I.</b> Hade du möjlighet att vid behov få känslomässigt stöd från läkaren (t ex om du kände oro, rädsla, ångest eller motsvarande)?</p> <p><b>II.</b> Om du kände obehag beträffande/om din sjukdom/ditt hälsotillstånd eller din medicinering/ behandling bemöttes du med medkänsla och omsorg?</p>	<p><b>I.</b> Anser du att ditt aktuella behov av vård har blivit tillgodosett?</p> <p><b>II.</b> Skulle du rekommendera hälso-/vårdcentralen till vänner och bekanta?</p> <p><b>III.</b> Upplevde du att atmosfären på hälso-/vårdcentralen var bra?</p>

Not: Utöver dessa sex kvalitetsdimensioner ingår även dimensionen tillgänglighet i Nationell Patientenkät. Tillgänglighet analyseras ovan i avsnitt 6.1.

### **Flera enkätfrågor vägs samman för att belysa väsentliga aspekter av patienternas erfarenheter**

Frågorna i Nationell Patientenkät har flera svarsalternativ. Vi redovisar andelen positiva svar på motsvarande sätt som SKL gör. Oftast räknas de två mest positiva svarsalternativen på en femgradig svarsskala som positiva.

För att beräkna resultatet för en kvalitetsdimension väger vi samman svaren från de frågor som tillhör den aktuella dimensionen med lika vikter.

## **6.2.2 Bristande kontinuitet och samordning är centrala svagheter i primärvården och variationen är större än för övriga områden**

Detta avsnitt fokuserar på dimensionen kontinuitet och samordning. Resultaten visar att andelen patienter som har fast läkarkontakt inom primärvården är låg. Det verkar även finnas vissa utmaningar som handlar om samordningen, särskilt när det gäller att koordinera patienters kontakter med vården. De största skillnaderna finns mellan olika landsting och olika åldersgrupper.

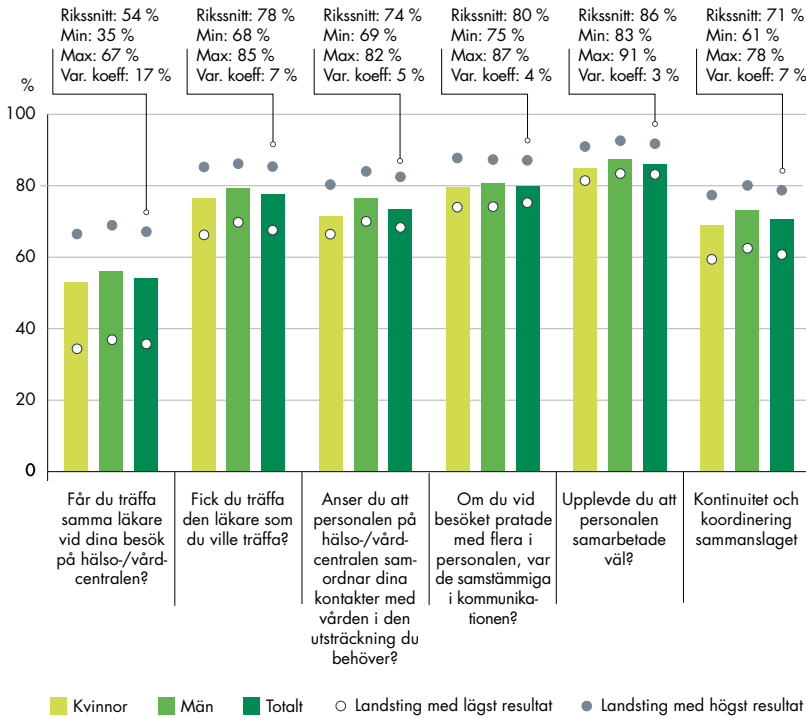
### *Få patienter med fast läkarkontakt, och skillnaderna mellan landsting är stora*

Det sammanvägda resultatet för dimensionen samordning och kontinuitet är 71 procent för riket (figur 38). Det innebär att patienternas genomsnittliga andel positiva svar på de fem frågor som ingår i dimensionen är 71 procent. Skillnaden mellan landstingen med högst respektive lägst resultatet är 18 procentenheter.

En analys av patienternas svar på de enskilda frågorna visar att en relativt liten del av patienterna har en fast läkarkontakt, 54 procent för riket som helhet. Det finns stora skillnader när det gäller i vilken utsträckning som olika landsting kan erbjuda fast läkarkontakt – andelarna ligger mellan 35 och 67 procent.

Resultaten tyder även på att det finns en potential att förbättra vårdens samordning. I synnerhet verkar det finnas utrymme att stärka primärvårdens roll att fungera som ett nav för att samordna de vårdgivare som patienterna kommer i kontakt med. Knappt tre av fyra patienter har lämnat ett positivt svar på frågan om vårdcentralen samordnar kontakterna med vården i tillräcklig utsträckning. De övriga frågorna tar fasta på samordningen på den aktuella vårdcentralen. Här är andelen positiva omdömen något högre.

**Figur 38.** Andel patienter som gett positiva svar på frågor om samordning och koordinering, fördelat på män och kvinnor, för riket som helhet samt i det landsting med högst respektive lägst resultat. Sammanslaget resultat motsvarar en sammanvägning av de fem frågorna.



Not: Var.koeff. står för variationskoefficienten och används för att beskriva skillnader mellan landsting (se faktaruta i avsnitt 6.1.1).

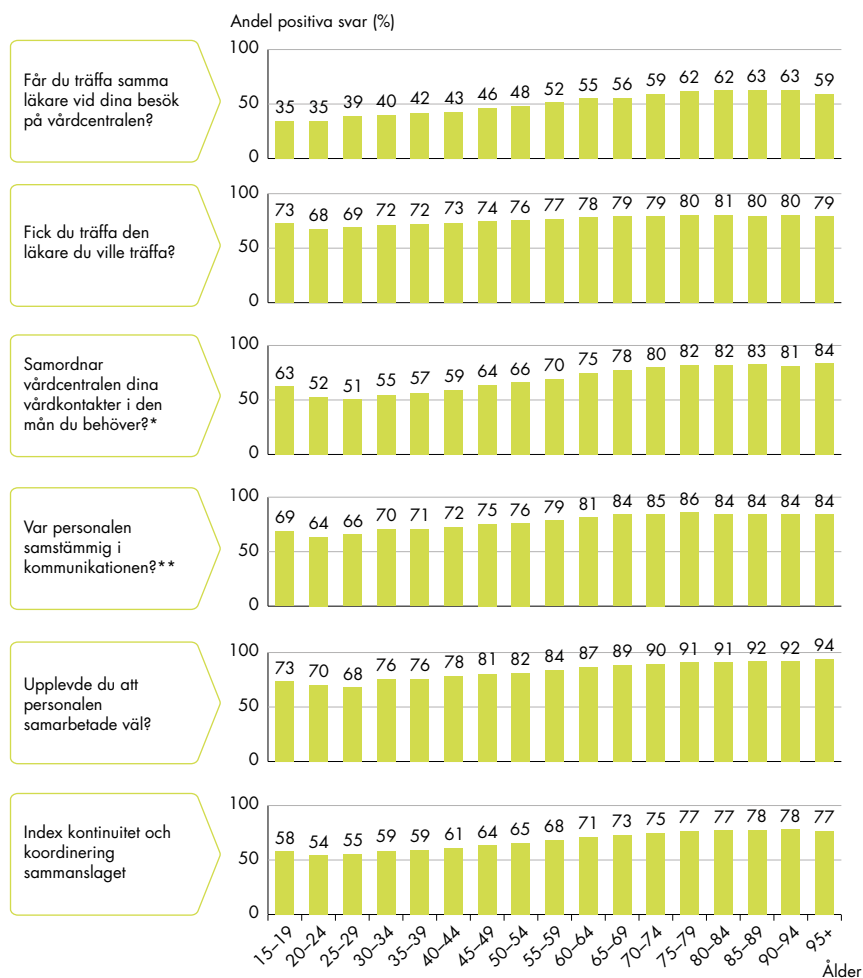
Källa: SKL:s Nationella Patientenkät 2015.

### Äldre rapporterar bättre upplevelser av vårdens samordning och kontinuitet

Vi har undersökt hur resultaten från Nationell Patientenkät skiljer sig mellan män och kvinnor, mellan utbildningsgrupper och mellan olika åldersgrupper.

Andelen patienter som svarar att de får träffa samma läkare vid sina besök ökar med ålder, från 35 till 63 procent positiva svar (figur 39). För de övriga fyra frågorna syns ett åldersmönster där yngre rapporterar sämre upplevelser än äldre, bortsett från den allra yngsta åldersgruppen 15–19 år. Dessa skillnader mellan åldersgrupper kvarstår även när vi tar hänsyn till kön, utbildning och landstingstillhörighet (se bilaga 6).

**Figur 39.** Andel patienter som gett positiva svar på frågor om kontinuitet och samordning fördelat på olika åldersgrupper. Sammanslaget resultat motsvarar en sammanvägning av de fem frågorna.



\* Anser du att personalen på vårdcentralen samordnar dina kontakter med vården i den utsträckning du behöver?

\*\* Om du vid besöket pratade med flera i personalen, var de samstämmiga i kommunikationen?

Källa: SKL:s Nationella Patientenkät 2015.

I jämförelse med skillnaderna mellan olika åldersgrupper är skillnaderna mellan män och kvinnor betydligt mindre. Kvinnor rapporterar sämre upplevelser för samtliga fem frågor (figur 38). När vi tar hänsyn till ålder, utbildning och landstingstillhörighet minskar skillnaderna. Den största skillnaden i svaren mellan män och kvinnor i absoluta termer är då endast 2,5 procentenheter för frågan om kontakterna samordnas i tillräcklig utsträckning.

Även skillnaderna mellan olika utbildningsgrupper är förhållandevis små. Till exempel ser vi inga skillnader i hur patienter med olika utbildning besvarar frågan om läkarkontinuitet när vi tar hänsyn till ålder, kön och landsting. Detsamma gäller resultaten för det samlade indexet. Däremot är gruppen med högst utbildning mindre nöjda med samordningen. Dessutom rapporterar de med allra lägst utbildning väsentligt sämre upplevelser av vårdpersonalens samstämmighet i kommunikationen. Skillnaden mot dem som har högst utbildning är 14 procentenheter.

### **6.2.3 Utrymme för ökat patientfokus även om många rapporterar goda erfarenheter**

I jämförelse med vårdens kontinuitet och samordning är patienternas omdömen bättre för dimensionerna delaktighet och involvering, information och kunskap, respekt och bemötande, emotionellt stöd samt helhetsintryck. Dessutom är skillnaderna mellan landstingen mindre för de fem senare kvalitetsdimensionerna. Patienternas omdömen skiljer sig också markant mellan olika åldersgrupper, medan skillnaderna mellan män och kvinnor samt mellan olika utbildningsgrupper är jämförelsevis små.

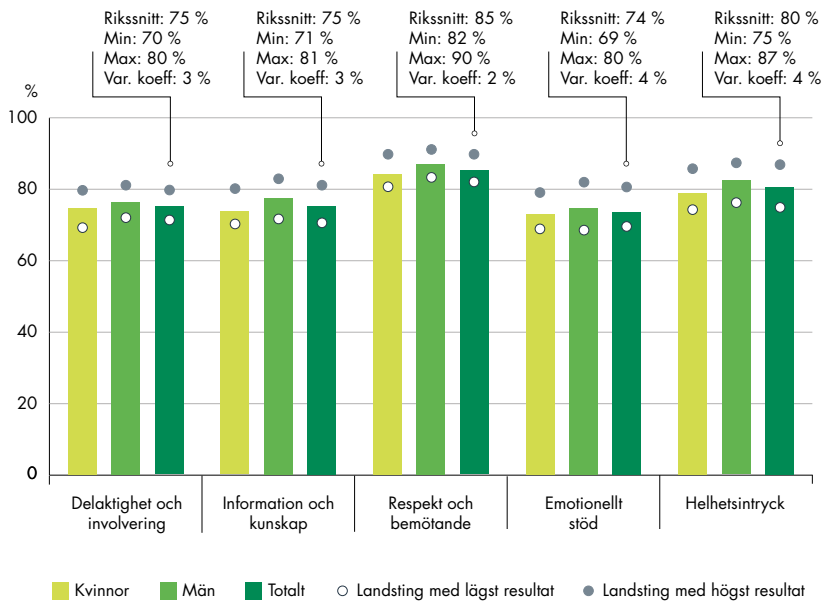
#### *Bättre resultat och mindre regionala skillnader för övriga dimensioner av de patientrapporterade upplevelsorna*

Respekt och bemötande är den dimension som får bäst omdöme av patienterna (85 procent för riket som helhet, män och kvinnor tillsammans), därefter följer helhetsintrycket (figur 40). Dimensionerna delaktighet och involvering, information och kunskap samt emotionellt stöd ligger omkring 75 procent för riket (män och kvinnor totalt). Även om andelen positiva omdömen alltså är högre för samtliga av dessa fem dimensioner än för samordning och kontinuitet finns det utrymme för förbättringar även inom dessa områden.

Jämfört med dimensionen kontinuitet och samordning finns även mindre skillnader mellan landstingen. Skillnaden är minst inom respekt och



**Figur 40.** Patientrapporterade upplevelser i fem kvalitetsdimensioner, fördelat på män och kvinnor, riket som helhet samt på bästa och sämsta landsting.



Not: Var.koeff. står för variationskoefficient och används för att beskriva skillnader mellan landsting (se faktaruta i avsnitt 6.1.1) Källa: SKL:s Nationella Patientenkät 2015.

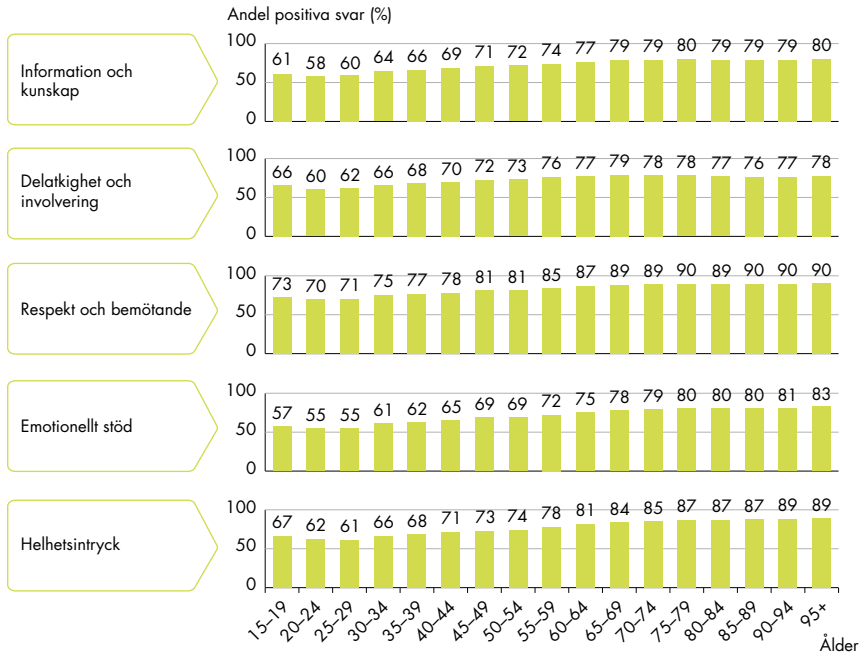
bemötande med en skillnad på åtta procentenheter och störst för helhetsintrycket med en skillnad på 12 procentenheter. Variationskoefficienten (se faktaruta avsnitt 6.1.1 om koefficienten) är störst inom emotionellt stöd.

### *De största skillnaderna finns mellan olika åldersgrupper*

Liksom för kontinuitet och samordning har vi undersökt hur resultaten för de fem dimensionerna delaktighet och involvering, information och kunskap, respekt och bemötande, emotionellt stöd samt helhetsintryck skiljer sig mellan män och kvinnor, mellan utbildningsgrupper respektive åldersgrupper.

Det finns tydliga skillnader mellan de olika åldersgrupperna, enligt ett mönster som är likartat för samtliga dimensioner (figur 41). Bortsett från den allra yngsta gruppen (15–19 år), rapporterar de yngre väsentligt sämre upplevelser än de äldre. Upplevelserna förbättras i takt med stigande ålder till omkring 65–75-årsåldern, då omdömena antingen planar ut eller går tillbaka något. Dessa skillnader består även när vi tar hänsyn till kön, utbildning och

**Figur 41.** Skillnader mellan åldersgrupper för patientrapporterade upplevelser i fem kvalitetsdimensioner (delaktighet och involvering, information och kunskap, respekt och bemötande, emotionellt stöd samt helhetsintryck).



Källa: SKL:s Nationella Patientenkät 2015.

landstingstillhörighet (se bilaga 6). Då ser vi skillnader på 20–25 procentenheter mellan de åldersgrupper som rapporterar bäst respektive sämst upplevelser, det vill säga betydligt större skillnader än mellan olika landsting.

Liksom för kontinuitet och samordning visar figur 40 att kvinnor rapporterar sämre upplevelser än män, men att dessa skillnader är små jämfört med skillnaderna mellan åldersgrupper och landsting. När vi tar hänsyn till ålder, utbildning och landstingstillhörighet finns det statistiskt signifikanta skillnader mellan män och kvinnor för samtliga dimensioner utom emotionellt stöd. Största skillnaden i absoluta termer är 2,5 procentenheter för information och kunskap.

Även skillnaderna mellan utbildningsgrupper är förhållandevis små. När vi tar hänsyn till kön, ålder och landstingstillhörighet finns en skillnad mellan dem med lägst (utan avslutad grundskola) och högst (eftergymnasial utbildning) på 4–7 procentenheter för de olika dimensionerna.

## **6.2.4 Patientenkäten ger värdefull information men resultaten är delvis svåra att tolka och analysera vidare**

Nationell Patientenkät bidrar med värdefull information om patienternas upplevelser av primärvården. De dimensioner som enkätfrågorna ska spegla är centrala ur ett patientperspektiv och utgår till stor del från patientlagen. Men resultaten är delvis svåra att tolka, och det är därför svårt att dra långtgående slutsatser. Nedan beskrivs några observationer som är betydelsefulla för tolkningen och för fortsatta analyser.

### *Osäkert i vilken utsträckning enkätfrågorna mäter olika kvalitetsdimensioner av patientupplevelser*

Landstingens resultat för de olika kvalitetsdimensionerna samvarierar i stor utsträckning med varandra. Det innebär att landsting vars resultat hamnar i toppen i en dimension är ofta i toppen också i andra dimensioner. Detta gör det svårt att veta om de sex dimensionerna faktiskt mäter olika saker eller snarare motsvarar ett allmänt kvalitetsomdöme. Det väcker frågan om undersökningens validitet, det vill säga i vilken utsträckning som frågorna mäter vad de faktiskt är avsedda att mäta.

### *Resultaten går inte att följa tillbaka i tiden*

Mellan 2013 och 2015 gjordes Nationell Patientenkät om väsentligt. Många av de frågor som tidigare ställts byttes ut mot andra, svarsalternativen ändrades och urvalsmetoden förändrades. Det är därför inte möjligt att jämföra resultaten från 2015 års enkät med resultaten från tidigare år, och därmed går det inte veta om kontinuiteten, delaktigheten och de andra dimensionerna av de patientrapporterade upplevelserna har förbättrats eller försämrats. Att information bara finns för ett år begränsar även möjligheterna att analysera vad som kan förklara de skillnader som finns mellan olika landsting och exempelvis vilka samband som finns med landstingens skilda förutsättningar, strukturer och processer.

### *Det finns begränsat med bakgrundsinformation om patienten*

Bland annat saknas information om patientens allmänna hälsostatus, om patienten besöker vården ofta och om patienten besökt vårdcentralen flera gånger för samma besvär. Sådan information kan vara viktig för att förklara varför resultaten skiljer sig mellan olika patienter och patienter i olika landsting. Tidigare analyser har exempelvis visat att hälsotillstånd samvarierar starkt med både förtroende och uppfattningen om tillgänglighet (Vårdanalys 2013c, SKL 2015a).

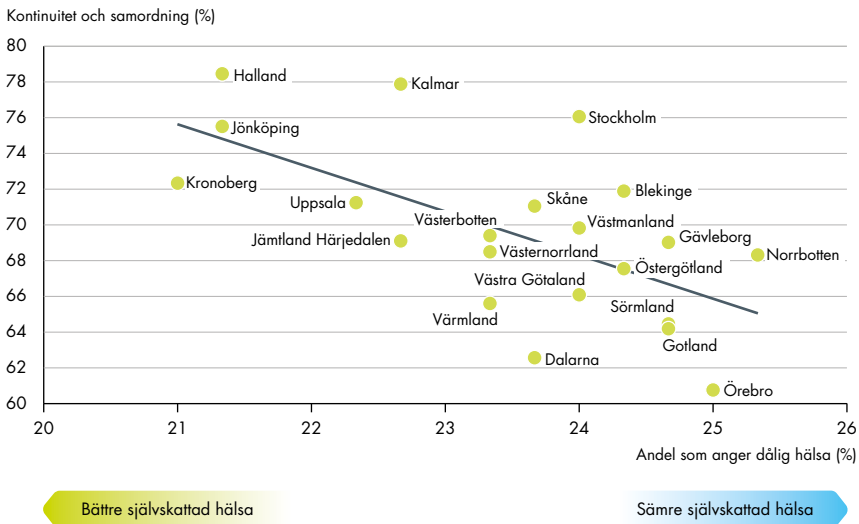


*Resultaten samvarierar starkt med ohälsan hos befolkningen i landstingen, men vår analys ger inte svar på vad som förklarar de kvarstående skillnaderna*

En enkel sambandsanalys visar att de patientrapporterade upplevelserna är bättre i de landsting där befolkningen också skattar sin egen hälsa som bättre. En förklaring kan vara att skillnader i ohälsa ger upphov till skilda regionala behovsstrukturer och därmed också skilda förutsättningar att ge vård. Det kan även vara så att relativt friska patienter som mer sällan har kontakt med vården har en bättre upplevelse av vården jämfört med sjukare patienter som har en mer regelbunden vårdkontakt. Befolkningens hälsotillstånd verkar således vara en förklaring till de skillnader i patientrapporterad kvalitet som observeras i Nationella Patientenkäten.

Figur 42 visar hur detta samband ser ut för patientrapporterad kontinuitet och samordning samt självskattad ohälsa. Landsting som ligger ovanför linjen överträffar den kvalitetsnivå som kan förväntas givet hälsonivå, medan resultaten i de landsting som ligger nedanför linjen är sämre än väntat. Avvikelserna från linjen förklaras således av andra faktorer än just ohälsa, och kan därför ge en viss indikation på regionala skillnader i vårdens resultat,

**Figur 42.** Negativt samband mellan patientrapporterad kontinuitet och samordning respektive självskattad ohälsa.



Not: Kontinuitet och samordning är den dimension i Nationell Patientenkät där fem frågor om kontinuitet och samordning vägts samman. Ohälsa (behov) omfattar invånare 16–84 år som inte uppger bra självskattad tandhälsa inte uppger bra självskattat hälsotillstånd samt anger nedsatt psykiskt välbefinnande. Detta mäts med ett index där samtliga frågor viktas lika. Källa: SKL:s Nationella Patientenkät 2015 och Folkhälsomyndighetens Folkhälsoenkät 2011–2015.

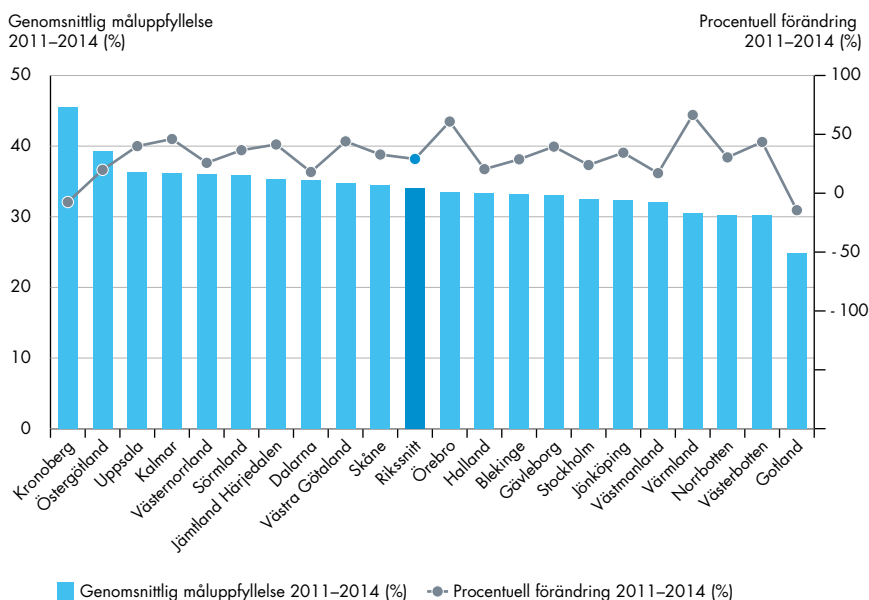
givet befolkningens hälsotillstånd. Tänkbara förklarande faktorer för de skillnader som kvarstår är exempelvis materiella och personella resurser, organisatoriska egenskaper och vårdens innehåll. Men det begränsade materialet med bara 21 observationer innebär att det inte är möjligt att analysera dessa tänkbara förklarande faktorer.

## 6.3 BRISTFÄLLIGA FÖRUTSÄTTNINGAR ATT FÖLJA UPP MEDICINSK KVALITET, MEN DET FINNS TECKEN PÅ EN POSITIV UTVECKLING

### 6.3.1 Mått på medicinsk kvalitet från diabetesvården visar på en positiv utveckling

Det saknas i stort sett information om primärvårdens medicinska resultat eftersom sådana data inte samlas in systematiskt. SKL arbetar med att sätta samman ett register med fokus på primärvården, men alla landsting har ännu inte anslutit sig. Därför har inte dessa indikatorer kunnat användas i denna rapport.

**Figur 43.** Index över medicinska resultat för tre indikatorer om diabetesvård, genomsnitt för åren 2011–2014 fördelat på landsting samt procentuell förändring i respektive landsting från år 2011 till 2014.



Källa: Nationella Diabetesregistret (NDR) 2011–2014.

De medicinska resultatmått som vi har funnit och som kan användas för att på nationell nivå följa upp primärvårdens medicinska resultat handlar uteslutande om diabetesvården. Dessa mått fångar huvudsakligen olika målvärden för blodsocker för patienter med diabetes (se bilaga 7). Tillsammans täcker dessa långt ifrån alla aspekter av primärvårdens arbete och insatser. De är snarare nedslag som försöker belysa den viktiga aspekten om resultat i primärvården.

Figur 43 visar landstingens genomsnittliga måluppfyllelse för tre diabetesrelaterade resultatindikatorer. Vi har beräknat ett genomsnitt för perioden 2011–2014 och resultaten visar en stor spridning mellan landstingen, 25 procent i det landsting med lägst resultat och 45 procent i det landsting med högst resultat. Mellan 2011 och 2014 förbättrades resultaten i samtliga landsting utom två. I många fall är förbättringarna stora procentuellt sett, såsom i Värmland och Örebro vars måluppfyllelse ökar med över 60 procent. Men det handlar då om ökning från relativt låga nivåer, från 22 till 37 procent i Värmlands fall.

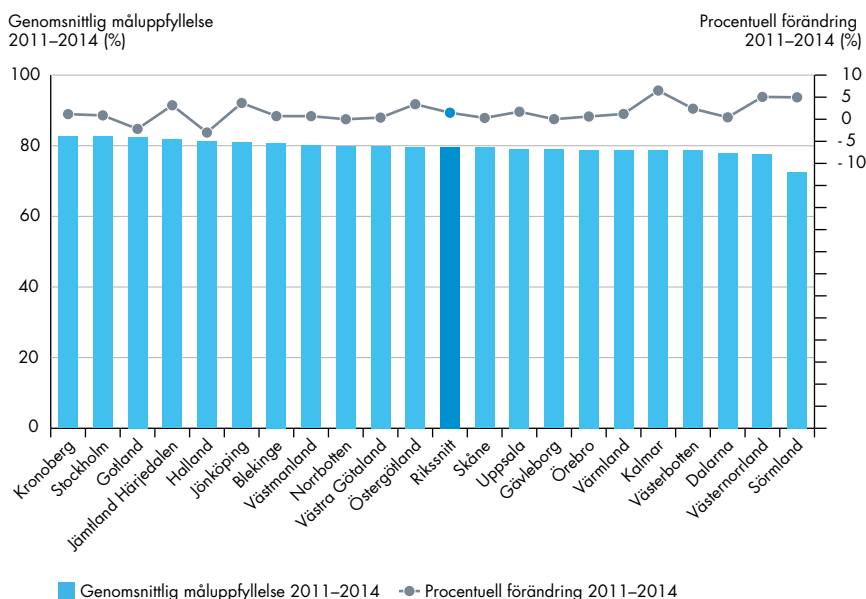
### 6.3.2 Sjukdomsspecifika processmått kompletterar bilden och visar också på en positiv utveckling

Som komplement till de medicinska resultaten analyserar vi även sjukdomsspecifika processmått. Dessa mått beskriver innehållet i sjukvården, till exempel läkemedelsbehandling och andra insatser. I dag finns inget primärvårdsregister där samtliga landsting ingår. Däremot finns vissa sjukdomsspecifika kvalitetsregister med bäring på primärvårdens verksamhet.

Figur 44 visar ett index som består av åtta processindikatorer med bäring på primärvården som har slagits samman med lika vikter. I indexet ingår mått på diabetesvård, läkemedelsanvändning, förekomsten av förebyggande arbete, palliativ vård samt vaccination (se bilaga 7). Dessa indikatorer anger generellt andelen patienter med en viss diagnos som har fått aktuell behandling. Ett högt summerat andelsvärde för indexet är önskvärt. Generellt ser vi en viss förbättring när det gäller andelen patienter som får dessa behandlingar över tid. Men eftersom även andra vårdnivåer kan ansvara för de aktuella insatserna är det svårt att avgöra primärvårdens relativa betydelse när det gäller nivå och förändring.



**Figur 44.** Index över åtta sjukdomsspecifika processmått med bäring på primärvårdsverksamhet 2011–2014. Genomsnitt för åren 2011–2014 fördelat på landsting samt procentuell förändring i respektive landsting från år 2011 till 2014.



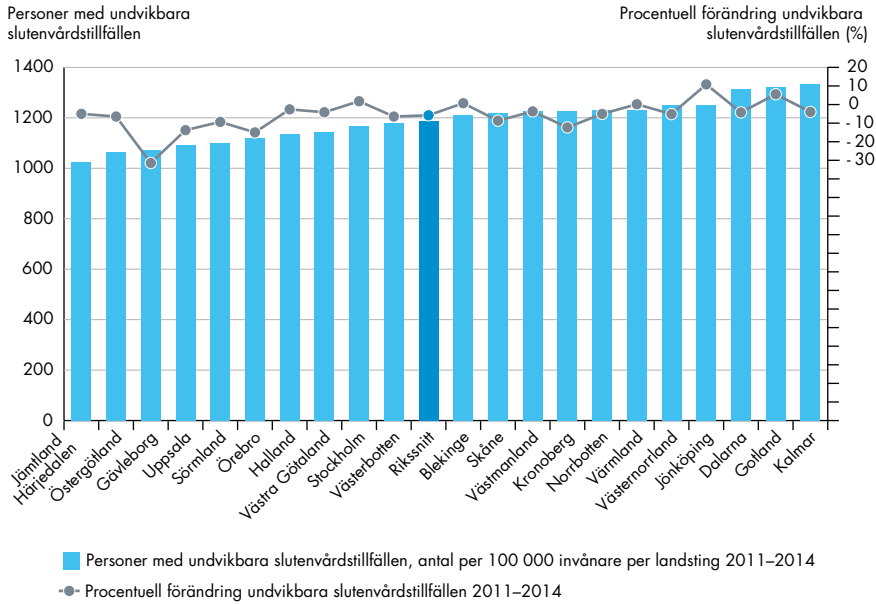
Källa: Diabetesregistret (NDR), Svenska Palliativregistret samt Skatteverkets befolkningsregister – Navet, Socialstyrelsens Läkemedelsregister, Smittskyddsinstitutet, SKL:s Nationella Patientenkät.

### 6.3.3 Viss minskning i slutenvård som kan undvikas

Undvikbar slutenvård är ett övergripande mått på öppenvårdens resultat och där är primärvården en central del. Måttet syftar till att mäta hur ofta det förekommer slutenvård – vård som borde ha kunnat förhindras med en optimalt fungerande öppenvård och primärvård. Exempel på diagnoser som ingår är hjärtsvikt, kroniskt obstruktiv lungsjukdom, hypertoni och diabeteskomplikationer. Utöver detta ingår även en del mer akuta tillstånd där en lämplig behandling inom rimlig tid skulle ha kunnat förhindra att patienten lades in på sjukhus (Socialstyrelsen och SKL 2014).

Nationellt ser vi en minskning på cirka 6 procent när det gäller undvikbara slutenvårdstillfällen mellan 2011 och 2014 (figur 45). Men det finns förhållandevis stora variationer i utvecklingen av dessa slutenvårdstillfällen mellan de olika landstingen.

**Figur 45.** Personer med undvikbara slutenvårdstillfällen, genomsnittligt antal per 100 000 invånare under perioden 2011–2014 fördelat på landsting samt procentuell förändring av undvikbara slutenvårdstillfällen från 2011 till 2014 i respektive landsting.



Not: Vid beräkningen korrigeras för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting. Den geografiska fördelningen baseras på patienternas hemort. Källa: Socialstyrelsens Patientregister 2011–2014.

## 6.4 FÖRTROENDET FÖR SVENSK PRIMÄRVÅRD ÄR LÅGT OCH SKILLNADERNA MELLAN LANDSTING ÖKAR

I det här avsnittet redovisar vi statistik om medborgarnas förtroende för primärvården samt hur förtroendet samvarierar med andra resultatdimensioner, som patientrapporterade upplevelser och tillgänglighet. Resultaten visar att förtroendet generellt är lågt, men att det varierar mellan olika landsting. Landsting med bättre utfall när det gäller patientrapporterad kvalitet och tillgänglighet tenderar också att ha ett större förtroende.

### 6.4.1 Lågt förtroende för primärvården

Ett övergripande mått på primärvårdens resultat är befolkningens förtroende för primärvården. I Vårdbarometern ställs sedan 2010 årligen frågan om

du som invånare har förtroende för vårdcentraler eller motsvarande i ditt landsting eller region. Nedan visas utvecklingen över andelen i befolkningen som anger att de har högt förtroende för sin vårdcentral under 2010–2015 (tabell 7).

Förtroendet för svensk primärvård bland befolkningen är svagt och har legat på drygt 60 procent de senaste åren. Mellan 2012 och 2015 ser vi dessutom en svag nedgång, vilket bryter den positiva trend vi såg under perioden 2005–2012 (Vårdanalys 2014b). Dessutom ökar variationen mellan de olika landstingen något över tid.

En tidigare rapport från Vårdanalys visar dessutom att endast en av fem primärvårdsläkare instämmer i påståendet att hälso- och sjukvårdssystemet på det hela taget fungerar bra, vilket är en halvering sedan 2012 och ett svagt resultat jämfört med andra OECD-länder. Var tredje läkare anser också att kvaliteten i vården har försämrats och att deras patienter får för lite vård (Vårdanalys 2015b).

Vårdanalys har i en tidigare analys, baserad på Vårdbarometern för 2010–2012, funnit att förtroendet är något lägre bland kvinnor än bland män. Förtroendet är också lägre bland utlandsfödda och bland dem med långvarig sjukdom eller långvariga besvär. Även föräldrar med hemmaboende barn och personer med högre utbildning än grundskola uppger ett lägre förtroende. Förtroendet är högre bland personer som besökt sjukvården det senaste halvåret. De största skillnaderna finns mellan åldersgrupper, där äldre har ett större förtroende, och mellan grupper med olika hälsostatus, där de med bättre självskattad hälsa har större förtroende. (Vårdanalys 2014b)

**Tabell 7.** Andelen invånare som anger att det har mycket eller ganska stort förtroende för vårdcentral eller motsvarande i sitt landsting/region 2010–2015, procent.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Procentuell förändring 2015/2010
Rikssnitt	62	64	67	63	65	63	2
Min	55	59	62	57	58	58	6
Max	71	75	74	71	73	74	4
Var. koeff.	6,5	5,7	4,7	6,6	7,1	7,7	18

Not: Var.koeff. står för variationskoefficienten och används för att beskriva skillnader mellan landsting (se faktaruta avsnitt 6.1.1). Källa: Vårdbarometern 2010–2015.

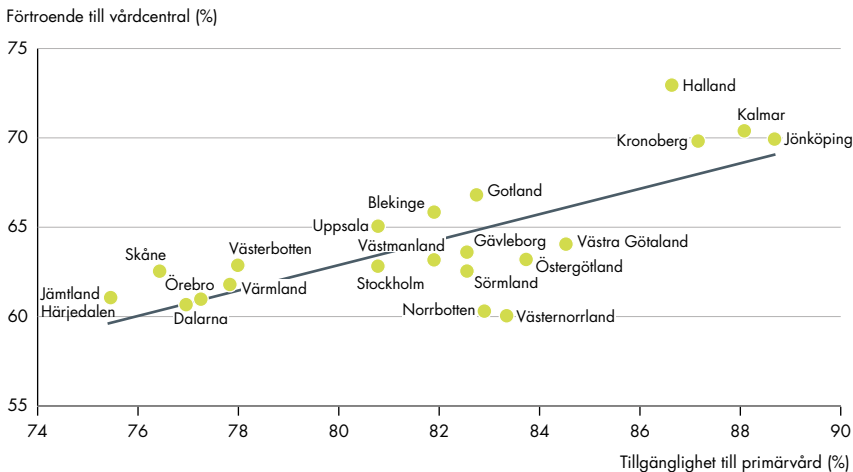
## 6.4.2 Förtroendet har ett nära samband med patientrapporterade kvalitetsdimensioner

Som ett övergripande resultatmått på primärvårdens funktionssätt bör medborgarnas förtroende för verksamheten ha ett samband med andra resultatdimensioner. På landstingsnivå ser vi också en hög samvariation mellan förtroende för vårdcentraler eller motsvarande och de patientrapporterade kvalitetsdimensionerna från Nationell Patientenkät – kontinuitet, information, delaktighet, bemötande, emotionellt stöd samt helhetsintryck. Samtliga av dessa variabler är signifikant positivt korrelerade under 2015 och samvariationen är starkast för helhetsintryck. Men förändringen av den Nationella Patientenkäten från och med 2015 gör att det inte är möjligt att testa denna samvariation över tid.

## 6.4.3 Tillgänglighet är en annan viktig faktor för förtroendet

Även tillgänglighet samvarierar med förtroende. En enkel sambandsanalys baserad på 2015 års data visar att högt förtroende samvarierar med god tillgänglighet (korrelationskoefficient 0,71). Sambandet håller även vid en längre tidsperiod (figur 46). Det genomsnittliga sambandet mellan förtroende

**Figur 46.** Samband mellan förtroende och tillgänglighet (genomsnitt 2011–2015).



Not: Förtroende mäter andelen invånare som angett mycket eller ganska stort förtroende för vårdcentraler i sitt landsting. Tillgänglighet är ett index som omfattar tre indikatorer (andel som fått läkarbesök inom sju dagar, telefonstillgänglighet, samt andelen som instämmer helt eller delvis i påståendet att väntetider till vårdcentraler är rimliga).

Källa: Vårdbarometern 2011–2015 och Väntetidsdatabasen 2011–2015.

och tillgänglighet per landsting under 2011–2015 indikerar exempelvis att om tillgängligheten ökar med 1 procentenhet så ökar förtroendet med 0,7 procentenheter.

Men denna typ av enkla sambandsanalyser tar inte hänsyn till att flera faktorer samtidigt kan påverka förtroendet. Analysen tar heller inte hänsyn till om skillnader i behov mellan olika landsting påverkar resultatet. Det finns ett starkt negativt samband mellan förtroende och självskattad ohälsa (korrelationskoefficient  $-0,7$  baserat på 2015 års data), vilket innebär att förtroendet är högre i landsting där befolkningens självskattade hälsa är bättre. Därför är det viktigt att ta hänsyn till detta samband när relationen mellan förtroende och tillgänglighet analyseras. Vi har därför analyserat sambandet mellan förtroende och tillgänglighet samtidigt som vi tar hänsyn till andra faktorer. Detta har vi gjort med regressionsanalys för perioden 2011–2015 (bilaga 8).

Resultaten från denna analys visar att tillgänglighet samvarierar starkt med förtroende även när vi tar hänsyn till självskattad hälsa och landstings-specifika faktorer som inte förändras över tid, exempelvis geografiskt läge och lokala traditioner. Att inkludera andra skillnader i struktur- eller processkvalitet eller organisation påverkar inte sambandet och bidrar inte till att öka förklaringsgraden.

En brist i analysen är att vi inte inkluderar några indikatorer om vårdens resultat, utan endast process- och strukturmått. Vi finner alltså ett positivt samband mellan tillgänglighet och förtroende, men vi kan dessvärre inte avgöra hur viktig tillgänglighet är för förtroendet i förhållande till andra kvalitetsaspekter som kontinuitet, bemötande och delaktighet.

Det finns naturligtvis även ytterligare faktorer som kan påverka befolkningens förtroende för vårdcentralerna. Men vi har inte kunnat inkludera dem i analysen eftersom det inte finns någon statistik över dem.

I Vårdbarometern finns en fråga om varför förtroendet för vårdcentralen brister. I linje med resultaten ovan angav 9 procent av de som svarat långa väntetider som ett skäl till bristande förtroende, och 14 procent angav bristande läkarkontinuitet som skäl. Men även andra faktorer lyfts fram. Till exempel angav cirka 20 procent dålig kompetens hos läkare som skäl för bristande förtroende. Mer än 10 procent angav att de inte får den hjälp de behöver som skäl. En lika stor andel angav att de inte blir tagna på allvar som skäl. (SKL 2015b)



## 6.5 GENERELLT FÖRSÄMRAD PRODUKTIVITET, MEN GOD PRODUKTIVITET OCH KVALITET ÄR MÖJLIGT ATT FÖRENA

I det här avsnittet redovisar vi statistisk över hur produktiviteten, mätt som kostnad per besök, skiljer sig mellan landsting och hur den har utvecklats sedan 2011. För att ta hänsyn till besökens karaktär och innehåll analyserar vi även samband mellan besökslängd, kontinuitet och produktivitet. Vi redovisar också en enkel sambandsanalys mellan produktivitet och två andra resultatdimensioner, patientrapporterade upplevelser och medicinsk kvalitet, men vi kan inte se någon tydlig motsättning dem emellan.

### 6.5.1 Kostnaden per besök i primärvården har ökat

Den behovsjusterade kostnaden per fysiskt besök har i fasta priser ökat under perioden 2011–2015 med åtta procent, vilket innebär att det skett en produktivitetsminskning (tabell 8). Utvecklingen av produktiviteten och skillnaderna mellan landsting måste tolkas med försiktighet då vi inte har information om innehåll och tidslängd i besöken. Dessutom fångar vi inte alla prestationer som utförs inom primärvården, såsom telefonkontakter och videobesök.

Kostnaden per besök är nära 30 procent lägre i Halland än Dalarna under perioden 2011–2015 (figur 47). Uttryckt som förbättringspotential – det vill säga om kostnaden per besök i alla landsting skulle motsvara landstinget med lägst kostnad – skulle primärvårdens samlade nettokostnad för 2015 minska med cirka 11 procent eller cirka 4,3 miljarder.

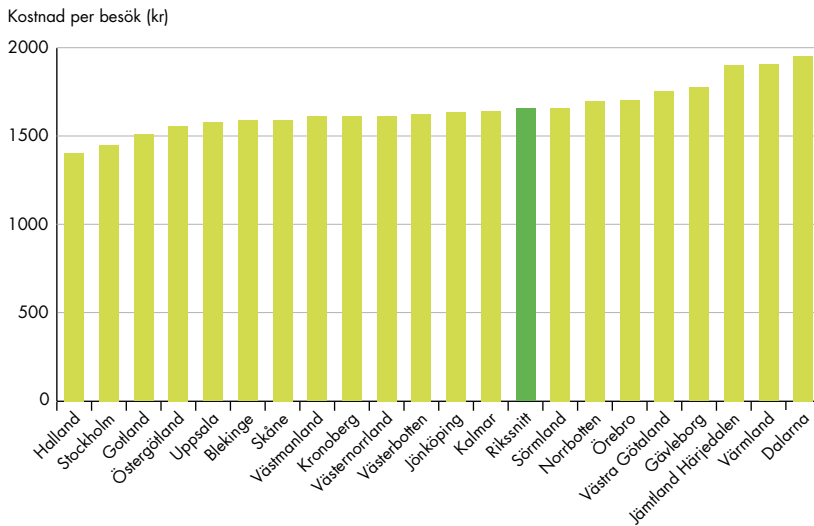
**Tabell 8.** Behovsjusterad nettokostnad per viktat besök under perioden 2011–2015.

	2011	2012	2013	2014	2015	Procentuell förändring 2011–2015
Rikssnitt (kronor)	1 592	1 625	1 671	1 677	1 723	8,3 %
Min (kronor)	1 386	1 440	1 349	1 368	1 476	6,5 %
Max (kronor)	1 941	1 935	1 997	1 986	2 174	12,0 %
Variationskoefficienten	9 %	9 %	10 %	10 %	10 %	15,8 %
Procentuell förändring produktivitet	0 %	-2,1 %	-5,0 %	-5,4 %	-8,3 %	

Not: Se bilaga 4 för en beskrivning av hur vi har konstruerat mättet behovsjusterad kostnad per besök. Kostnader och besök inom sluten primärvård och hemsjukvård exkluderas liksom läkemedelskostnader. Kostnaderna uttrycks i 2015 års priser. Variationskoefficienten beskriver skillnader mellan landsting (se faktaruta avsnitt 6.1.1)

Källa: SKL:s Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2011–2015 och SCB:s statistik om kostnadsutjämnning för landsting 2011–2015.

**Figur 47.** Genomsnitt av 2011–2015 års behovsjusterade kostnad per viktat besök.



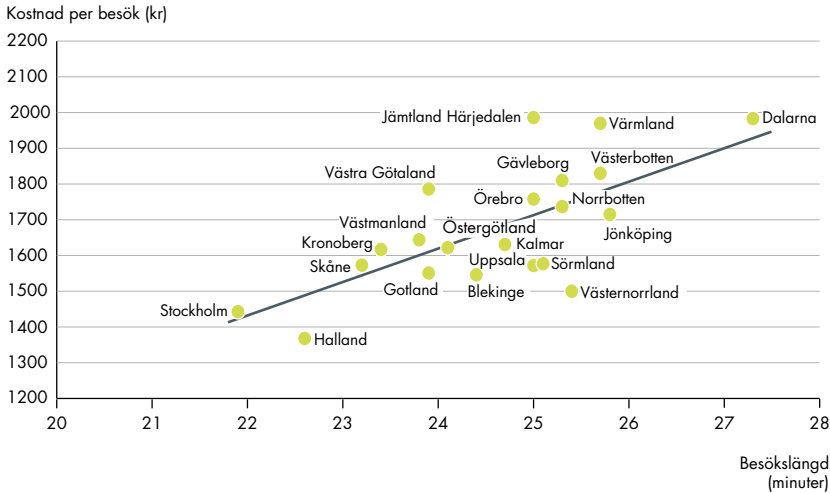
Not: Kostnad per besök är den genomsnittliga behovsjusterade nettokostnaden per viktat besök i primärvården under 2011–2015 (se bilaga 4 för en beskrivning av måttet). Kostnader och besök inom sluten primärvård och hemsjukvård exkluderas liksom läkemedelskostnader. Kostnaderna uttrycks i 2015 års priser.

Källa: SKL:s Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2011–2015 och SCB:s statistik om kostnads-utjämnning för landsting 2011–2015.

Ett ytterligare uttryck för den minskade produktiviteten ser vi när vi beräknar det genomsnittliga antalet besök per läkare och arbetsdag. Vid beräkningen fördelas först samtliga fysiska besök i primärvården på samtliga årsarbetande läkare, och sedan per arbetsdag, där antalet arbetsdagar per år satts till 220. I snitt minskar antalet läkarbesök per läkare och arbetsdag från 10,8 till 9,8 mellan 2011 och 2015, vilket är en minskning på drygt 9 procent. Snittet på drygt 10 besök per arbetsdag och läkare under perioden framstår som väsentligt lägre än i Norge och Danmark, där olika skattningar pekar mot cirka 30 fysiska besök per dag. En förklaring till skillnaderna kan vara att läkarbesöken är längre i Sverige. Genomsnittslängden per besök är längst i Sverige, enligt 2015 års IHP-undersökning som omfattar tio länder (Vårdanalys 2015b).

### 6.5.2 Positivt samband mellan korta besök, kontinuitet och hög produktivitet

En utmaning med att mäta primärvårdens produktivitet som kostnad per besök är att besökens innehåll kan ha försämrats genom att de blivit kortare

**Figur 48.** Positivt samband mellan kostnad per besök och besökslängd.

Not: Kostnad per besök är den behovsjusterade nettokostnaden per viktat besök i primärvården under 2014 (se bilaga 4 för en beskrivning av måttet). Kostnader per besök beräknas exklusive sluten primärvård, hemsjukvård och läkemedel (2015 års priser). Besökslängd är det genomsnittliga svaret per landsting på enkätfrågan "Hur lång tid kan du i genomsnitt ägna åt en patient under ett rutinbesök?". Frågan ställdes till primärvårdsläkare i IHP 2015 (insamlad 2014). Sambandet är statistiskt signifikant (1 %) och variationen i längden på besöken förklarar nära 50 procent av variationen i kostnaden per besök.

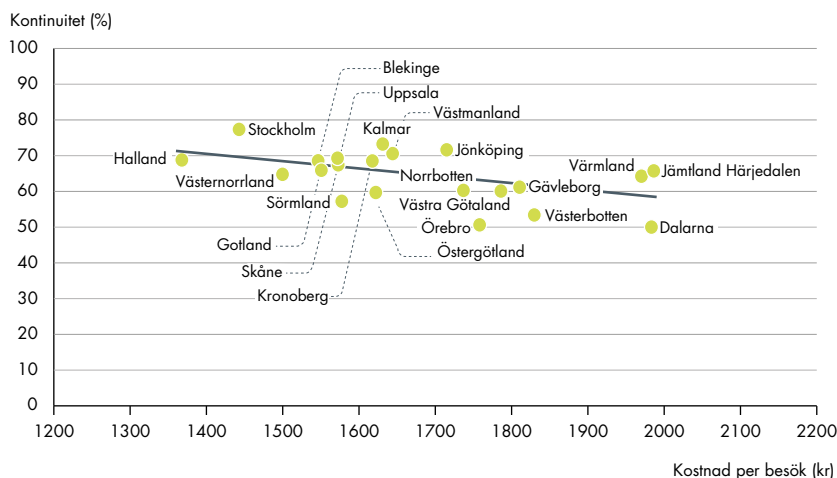
Källa: IHP 2015, SKL:s Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2014 och SCB:s statistik om kostnadsutjämning för landsting 2014.

eller delats upp i flera besök för att maximera intäkter. I detta avsnitt belyser vi denna fråga genom några enkla sambandsanalyser mellan produktivitet, besökens längd och kontinuitet.

Det finns ett negativt samband mellan produktivitet och besökens längd, det vill säga att en hög produktivitet (låg kostnad per besök) samvarierar med kortare besök (figur 48). I enlighet med den kritik som framförts mot tidigare analyser av primärvårdens produktivitet kan detta resultat tolkas som att produktiviteten blir högre på grund av att besöken kortas eller delas upp.

Men kontinuitet kan spela en viktig roll. Hög kontinuitet samvarierar nämligen med såväl hög produktivitet som kortare besök (figur 49). En god kontinuitet ändrar förutsättningarna för innehållet i ett besök. Med en god kontinuitet är läkaren bättre uppdaterad på patientens sjukdomshistoria och har bättre kunskap om till exempel journalinnehåll, vilket sannolikt minskar tidsåtgången och på så vis möjliggör ett effektivare besök. Denna tidsvinst kan användas för fler besök, det vill säga till andra patienter eller till återbesök. Det negativa sambandet mellan produktivitet och besökens längd som syns i figur 48 behöver således inte innebära att kortare besök är

**Figur 49.** Negativt samband mellan kontinuitet och kostnad per besök respektive besökslängd.



Not: Kostnad per besök är den behovsjusterade nettokostnaden per viktat besök i primärvården under 2014 (se bilaga 4 för beskrivning av mättet). Kostnader per besök beräknas exklusive sluten primärvård, hemsjukvård och läkemedel (2015 års priser). Besökslängd är det genomsnittligt svaret per landsting på enkätfrågan "Hur lång tid kan du i genomsnitt ägna åt en patient under ett rutinbesök?". Frågan ställdes till primärvårdsläkare i IHP 2015 (insamlad 2014). Kontinuitet är andelen patienter som svarat "Ja, alltid eller nästan alltid" på enkätfrågan "Brukar du få träffa samma läkare vid dina besök på den här mottagningen?" i Nationell Patientenkät 2013. Sambanden är statistiskt signifikanta (5 %) och variationen i kostnad per besök och besökslängd förklarar 29 respektive 35 procent av variationen i kontinuitet. Källa: IHP 2015, SKL:s Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2014 och SCB:s statistik om kostnadsutjämning för landsting 2014 samt SKL:s Nationella Patientenkät 2013.

en försämring. De kortare besöken skulle kunna avspegla effektivare besök som möjliggörs genom högre kontinuitet.

En internationell enkätundersökning (IHP 2015) visar att besökslängden i Sverige är lång jämfört med andra länder – 24 minuter i genomsnitt. Bland de tio länder som ingick i undersökningen var genomsnittstiden för besöken längst i Sverige. Näst längst besök rapporterades från Schweiz med 20 minuter. Besöken var kortast i Tyskland med genomsnittslängden tio minuter. (Vårdanalys rapport 2015b)

Det är viktigt att poängtera att resultaten endast visar samvariationer och inte kan tolkas som orsakssamband. De bör tolkas med försiktighet eftersom analysen är baserad på skillnader på en hög aggregerad nivå (landsting), endast gäller för ett år och är begränsad till endast 21 observationer. Men det är intressant att flera samband är signifikanta trots de få observationerna, och det finns anledning att fortsätta analysera dessa samband i mer detaljerade studier.

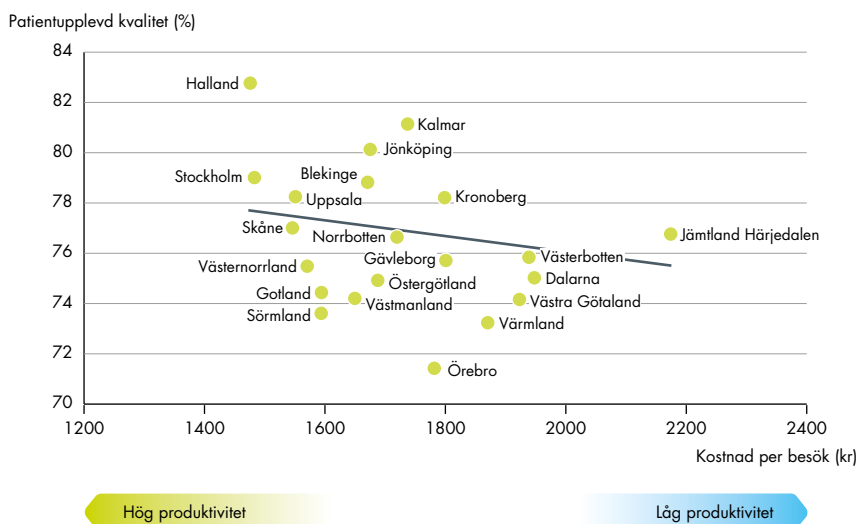
### **6.5.3 Vi ser ingen motsättning mellan god produktivitet och patientrapporterad eller medicinsk kvalitet**

God produktivitet är endast ett delmål mot god effektivitet och därför är det intressant att studera hur vårt mått på produktivitet förhåller sig till de övergripande kvalitetsvariablerna. En vanlig hypotes är att hög produktivitet (låg kostnad per besök) sker på bekostnad av den patientrapporterade eller medicinska kvaliteten i verksamheten.

Men för 2015 ser vi ett visst positivt samband mellan god produktivitet (låg kostnad per besök) och högre patientrapporterad kvalitet (figur 50). Vi ser heller ingen motsättning mellan god produktivitet och medicinska resultat för ett resultatindex för diabetesvård under 2014 (figur 51).



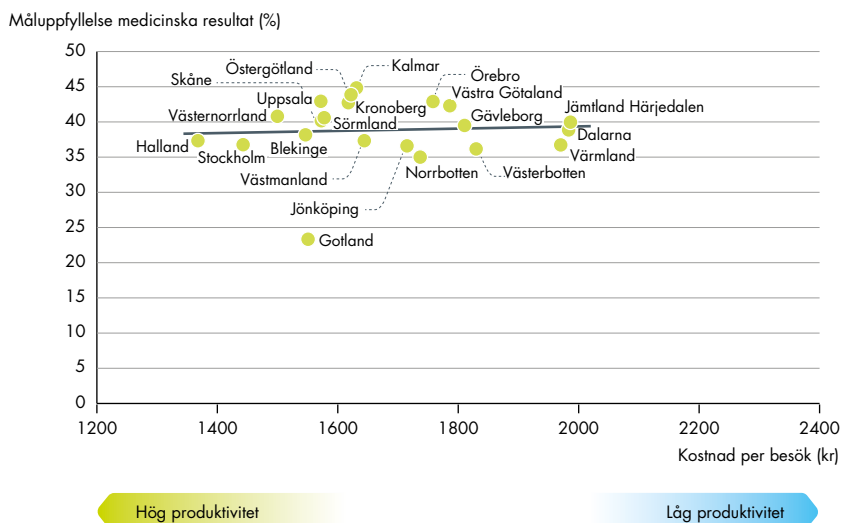
**Figur 50.** Ingen motsättning mellan låg kostnad per besök och hög patientrapporterad kvalitet.



Not: Kostnad per besök är den behovsjusterade nettokostnaden per viktat besök i primärvården under 2015 (se bilaga 4 för en beskrivning av mättet). Kostnader och besök inom sluten primärvård och hemsjukvård exkluderas liksom läkemedelskostnader. Patientrapporterad kvalitet mäts enligt ett likaviktat index av de sex kvalitetsdimensionerna från Nationell Patientenkät.

Källa: SKL:s Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2015 och SCB:s statistik om kostnadsutjämnning för landsting 2015 samt SKL:s Nationella Patientenkät 2015.

**Figur 51.** Ingen motsättning mellan låg kostnad per besök och medicinska resultat (sammanvägning av tre indikatorer avseende diabetesvård) är 2014.



Not: Kostnad per besök är den behovsjusterade nettokostnaden per viktat besök i primärvården under 2014 (se bilaga 4 för en beskrivning av mättet). Kostnader och besök inom sluten primärvård och hemsjukvård exkluderas liksom läkemedelskostnader. Kostnaderna uttrycks i 2015 års priser. Måluppfyllelse medicinska resultat avser tre resultatmätt inom diabetesvården 2014 (se bilaga 7).

Källa: SKL:s Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2014 och SCB:s statistik om kostnadsutjämnning för landsting 2014 samt Nationella Diabetesregistret (NDR) 2014.

## 6.6 FÅ TYDLIGA SAMBAND MELLAN MÅLUPPFYLLELSE OCH PRIMÄRVÅRDSMODELL – MEN ETT BEROENDE AV INHYRD PERSONAL VERKAR ENTYDIGT NEGATIVT

Tidigare i detta kapitel har vi redogjort för primärvårdens målpuffyllelse när det gäller bland annat tillgänglighet, patientrapporterad kvalitet, förtroende och produktivitet. Vi har också visat sambanden mellan dem. Utifrån vårt ramverk om organisatoriskt påverkbara faktorer fokuserar det här avsnittet på samband mellan resultat och hur primärvården är organiserad.

Primärvårdens decentraliserade styrmodell innebär att de enskilda landstingen har relativt stora frihetsgrader att utforma sin primärvårdsmodell på egen hand. Det gäller till exempel primärvårdens relativa andel av den totala hälso- och sjukvården. Det gäller också fördelningen mellan olika personalkategorier där vissa landsting har en mindre läkardominerad primärvård än andra.

För att analysera samband mellan primärvårdsmodell och resultat har vi delat in landstingen i tre grupper – låg, medel och hög – i fem organisatoriskt påverkbara dimensioner som beskriver primärvårdsmodellen. Dessa dimensioner är andel primärvård, ersättningsprincip, antal läkare i relation till antal sjuksköterskor, andel hyrläkare samt grad av utbudskonkurrens. Vi inkluderar också förväntad kostnad, eller standardkostnad, som en indikator på en opåverkbar förutsättning. För samtliga indikatorer utom ersättningsprincip delas landstingen upp så att de sju lägsta i dimensionen finns i gruppen låg, de sju högsta i gruppen hög och resten i gruppen medel. Ersättningsprincipen följer i stället indelningen ingen, viss och hög rörlig ersättning (se bilaga 8).

Syftet med indelningen är att undersöka om vi kan identifiera några avgörande skillnader i tillgänglighet, produktivitet och befolkningens förtroende för primärvården mellan dessa grupperingar. I figur 52 visas den procentuella avvikelser från rikssnittet för de tre resultatdimensionerna under perioden 2011 till 2015 uppdelat på de olika grupperingarna mellan landsting. En positiv avvikelse från rikssnittet är önskvärd för samtliga dimensioner.

Resultaten visar generellt få entydiga mönster. En viss bakgrund, organisation eller struktur innebär ofta inte en positiv eller negativ avvikelse från rikssnittet i samtliga tre resultatdimensioner. Avvikelsen är snarare positiv ibland och negativ ibland. Det är därför svårt att säga att en viss primärvårdsmodell överlag är förknippad med bättre resultat.

Men resultaten visar att i den tredjedel av landstingen som har lägst andel hyrläkare är resultatet för samtliga dimensioner bättre än rikssnittet, medan resultaten är sämre i landstingen som har högst andel hyrläkare. Vid en simultan analys, det vill säga där vi inkluderar samtliga faktorer som redovisas i figur 52 samtidigt, kvarstår också att en högre andel hyrläkare har ett signifikant samband med sämre utfall för de tre resultatdimensionerna

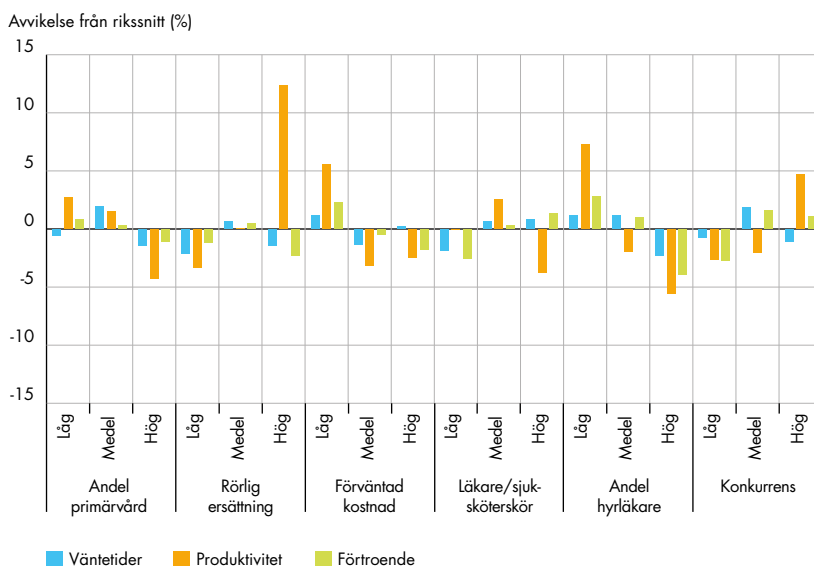


(se även bilaga 8). Det innebär att sambanden mellan resultaten och andel hyrläkare inte kan förklaras av skillnader i andel primärvård, ersättningsprincip eller något av de andra inkluderade strukturmått.

Andra observationer i figur 52 är bland annat att resultaten är något sämre i landsting med en hög andel primärvård, ingen rörlig ersättning, högre förväntad kostnad och låg konkurrens. Resultaten är bättre i landsting med låg förväntad kostnad. Men dessa samband kvarstår bara i viss utsträckning i den simultana analysen. Den simultana analysen visar att en högre andel resurser inom primärvården och en lägre grad av konkurrens mellan vårdcentraler har signifikant samband med högre kostnad per viktat besök (det vill säga sämre produktivitet). Analysen visar också att högre förväntade kostnader samvarierar med lägre förtroende.

Sambanden är alltså inte genomgående för de olika resultatdimensionerna. Exempelvis uppvisar en högre andel resurser i primärvården ett positivt (men inte signifikant) samband med högre förtroende och bättre tillgänglighet. Sammantaget är det därför endast en hög andel hyrläkare som på ett signifikant sätt samvarierar med sämre resultat i alla analyserade dimensioner.

**Figur 52.** Procentuell avvikelse från rikssnitt för tre resultatdimensioner per bakgrunds-kategori. En positiv avvikelse är önskvärd för alla dimensioner. Beräknad på genomsnitt för åren 2011–2015.



Not: Väntetider är ett likaviktat index som består av tre indikatorer: dels de två mätpunkterna som avser primärvård som ingår i den nationella vårdgarantin (Väntetidsdatabasen 2011–2015), dels svaren på en fråga till befolkningen om de upplever att väntetiden till vårdcentral är rimlig (Vårdbarometern 2011–2015). Produktivitetmättet motsvarar den behovsjusterade kostnaden per viktat besök i primärvård (se bilaga 4 för hur vi har konstruerat detta mått). Förtroende är befolkningens förtroende för vårdcentralerna eller motsvarande i sitt landsting (Vårdbarometern 2011–2015).







## Svensk primärvård i internationell jämförelse

I det här kapitlet redovisar vi en jämförelse av primärvårdssystemen i fyra länder – Danmark, Norge, Nederländerna och Storbritannien – och hur de förhåller sig till den svenska primärvården. De fyra jämförelseländerna har valts ut eftersom de i tidigare internationella studier bedömts ha en förhållandevis stark primärvård och eftersom de inte har alltför annorlunda förutsättningar än Sverige. Detta gör en jämförelse med svenska förhållanden särskilt intressant. Sverige och Norge har dessutom en gemensam utmaning i form av en gles befolkning i stora delar av landet.

Primärvårdens framtida utmaningar är i hög grad desamma, oavsett vilket land som studeras. Däremot kan vi observera skillnader i hur primärvården organiseras och styrs i de olika länderna. Bland annat har Sverige färre primärvårdsläkare än de fyra andra länderna, både i förhållande till befolkningens storlek och i förhållande till samtliga läkare som arbetar i hälso- och sjukvården. Men de svenska primärvårdsmottagningarna har fler sjuksköterskor och annan personal som svarar för en stor andel av patientkontakterna. En annan skillnad är att i de studerade länderna är styrningen genom uppdrag och ersättningssystem i huvudsak definierade på nationell nivå genom gemensamma avtal och överenskommelser, till skillnad från i Sverige. Jämförelsen visar också att Sverige särskiljer sig genom att primärvårdsmottagningarna har ett stort kostnadsansvar för exempelvis läkemedel och besök hos andra vårdgivare.

Redovisningen följer samma ramverk som Sverigebeskrivningen i kapitel 5, men begränsas av den statistik och de uppgifter som finns tillgängliga från respektive land. Redovisningen av Storbritanniens primärvårdssystem, och i synnerhet dess ersättningssystem, gäller i första hand England, där 85 procent av landets invånare bor.



## 7.1 RESURSMÄSSIGA FÖRUTSÄTTNINGAR

*Svårt att jämföra resursmässiga förutsättningar eftersom primärvården definieras och organiseras på olika sätt*

Det är mycket svårt att jämföra den redovisade kostnaden för olika länders primärvård, eftersom verksamheten kan definieras och organiseras på olika sätt. Svensk primärvård har en tradition av att olika personalresurser och kompetenser organiseras samlat, med primärvårdsmottagning som gemensam bas. I till exempel Danmark och Norge finns däremot fysioterapeuter ofta i egna privata mottagningar, medan arbetsterapeuter och sjuksköterskor i högre grad arbetar i kommunal regi. Det norska fastläkarsystemet bemannas i princip enbart av allmänpraktiserande läkare och hälsosekreterare. Å andra sidan motsvarar begreppet primärvård i Norge all den vård som tillhandahålls och finansieras av kommunerna, vilket i ett svensk sammanhang motsvarar både landstingens primärvård och den sjukvård som bedrivs av kommunerna.

I en jämförelse av 27 EU-länder varierade primärvårdens andel av den totala kostnaden för hälso- och sjukvården från drygt 25 procent i Schweiz till knappt 6 procent i Norge (Kringos m.fl. 2015). För flera länder i jämförelsen, däribland Danmark och Sverige, saknas helt information om primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdskostnaden. Dessutom är det svårt att jämföra eftersom det varierar mellan länderna vad uppgiften inkluderar. Även om det inte kommenteras i rapporten av Kringos med flera (2015) gäller uppgifter för Norge med stor sannolikt enbart fastläkarna och inte primärvården i sin helhet.

*De fyra jämförelseländerna har fler allmänläkare per invånare, men svensk primärvård har fler sjuksköterskor och annan personal*

Mot bakgrund av att det är svårt att jämföra uppgifter om primärvårdens kostnader blir det i stället särskilt intressant att diskutera reala resurser i form av mottagningarnas bemanning och personalkategorier. Svensk primärvård hade lägst antal allmänläkare i primärvården både 2002 och 2014 (tabell 9). I Sverige utgjorde också andelen allmänläkare en mindre andel av samtliga läkare än för övriga länder i jämförelsen båda dessa år.

Andelen allmänläkare i primärvården har även minskat mellan 2002 och 2014 i samtliga länder, även i Sverige (tabell 9). Denna utveckling, med en minskad andel allmänläkare, tycks alltså vara oberoende av hur vården finansieras och organiseras i stort. Utvecklingen går också på tvärs mot de reformer som införts i Norge, och mot att primärvården beskrivits som ”vårdens ryggrad” i både Storbritannien och Nederländerna.

**Tabell 9.** Antal allmänläkare per 1 000 invånare och som andel av totala antalet praktiserande läkare år 2002 respektive 2014.

Land	Allmänläkare per 1 000 invånare		Allmänläkare som andel av alla praktiserande läkare	
	2002	2014	2002	2014
Danmark	0,66	0,72*	22 %	20 %*
Nederländerna	0,63	0,80	24 %	24 %
Norge	0,73	0,79	22 %	18 %
Sverige	0,56	0,65*	17 %	16 %*
Storbritannien	0,66	0,80	32 %	29 %

\* Avser år 2013.

Källa: OECD Health Statistics 2016.

Men jämförelsen av ländernas personalresurser försvåras av att de tillgängliga uppgifterna i stort sett bara gäller läkare. Som noterades ovan har den svenska primärvården en tradition av att samla flera personalkategorier på primärvårdsmottagningarna, till skillnad från Danmark och Norge. Även i Sverige saknas offentligt tillgänglig statistik över läkare och annan personal vid privata primärvårdsmottagningar. Det bör också noteras att uppgifterna om antalet läkare i primärvården från ett och samma land kan variera, beroende på om beräkningarna bara tar med antalet specialister i allmänmedicin eller samtliga verksamma läkare i primärvården. De svenska siffrorna i tabell 9 är inhämtade från Socialstyrelsen och inkluderar enbart specialister i allmänmedicin. De skiljer sig alltså något från siffrorna som presenterades i kapitel 5, som även inkluderar de ST-läkare som är verksamma i primärvården.

Norge, Storbritannien och Nederländerna har ungefär samma antal läkare per invånare år 2014 enligt OECDs siffror, 0,79–0,80 per 1 000 invånare (tabell 9). Om vi i stället skulle utgå från den statistik som redovisas inom fastläkarsystemet i Norge så uppgår antalet läkare per invånare i Norges primärvård till 0,88 per 1 000 invånare. Norge har därigenom i särklass högst läkartäthet av länderna som jämförs. Förklaringen bakom de skilda uppgifterna är de olika krav som finns i respektive land när det gäller vilka läkare som invånare kan lista sig för. I Norge har det sedan 2001 inte funnits några krav på att fastläkare med egen mottagning och egen lista av patienter ska ha en specialistutbildning i allmänmedicin. I till exempel Danmark ingår däremot enbart specialistläkare i allmänmedicin i den officiella statistiken över primärvårdens bemanning, eftersom endast specialistläkare kan lista



egna patienter. En tidigare studie i Region Skåne visade även att antalet läkare per listade patienter ökade betydligt om man tog hänsyn till resurser i form av ST-läkare (Anell 2016). Det går därmed inte att rakt av jämföra Norska fastläkares genomsnittliga lista på ungefär 1 100 invånare per läkare med danska eller svenska uppgifter.

Eftersom det är svårt att få fram uppgifter om antalet läkare som i praktiken arbetar inom primärvården är jämförelsen i tabell 9 mer rättvis, eftersom antalet läkare per 1 000 invånare definierats mera enhetligt.

### *Specialistutbildningen i allmänmedicin skiljer sig åt i struktur och styrning*

Styrningen av antalet utbildningsplatser för att bli specialist inom allmänmedicin sker på olika nivåer i de studerade länderna. I Danmark sker en förhandling om antalet utbildningsplatser mellan staten, regionerna och professionsföreträdare, baserat på en dimensioneringsplan framtagen av den danska Sundhetsstyrelsen. Norge utmärker sig i stället genom att specialistutbildningen i allmänmedicin är mera ostrukturerad. Läkaren själv har större ekonomiskt och samordnande ansvar under specialistutbildningen. I Sverige har i dag staten det övergripande ansvaret för utbildningen av vårdpersonal. Men när det gäller specialinriktning för bland annat läkare har landstingens vårdgivare ett stort inflytande.

## **7.2 STYRNING**

### *Sverige har en lägre grad av nationell styrning av primärvården jämfört med de fyra länder som studerats*

Styrningen av primärvården i jämförelseländerna har både likheter och skillnader i jämförelse med förhållanden i svensk primärvård. I samtliga fyra länder som studerats är uppdragen för primärvårdsmottagningarna i huvudsak definierade på nationell nivå genom avtal och överenskommelser. Länderna har även nationella regelverk för hur befolkningen väljer läkare och var de listas, även om lokala begränsningar förekommer i Nederländerna. De nationella inslagen i styrningen är också vanligt i andra länder i Europa med socialförsäkringssystem.

I jämförelse kännetecknas den nationella styrningen av vården i Sverige generellt mer av ”mjuka” överenskommelser än av lagar och avtal (Fredriksson m.fl. 2011), vilket också gäller primärvården. Uppdraget för vilken vård en primärvårdsmottagning ska kunna ge definieras av varje landsting, snarare än

på nationell nivå. Även koordineringen av olika vårdnivåer i svensk vård sker i högre grad indirekt, genom olika incitament för vårdgivare och differentierade patientavgifter, och i mindre utsträckning genom direkta nationella direktiv och formella remisskrav (Iversen m.fl. 2016).

Jämfört med svenska förhållanden är kraven på remiss för att få tillgång till specialistläkare och andra vårdresurser högre i de länder som studerats. Det gäller framför allt Norge. I Norge har också legevakten, som bemannas av fastläkare, stor betydelse för akut vård under jourtid. Skälet till det är att i princip enbart läkare eller ambulanspersonal kan remittera patienter till akutmottagning på sjukhus.

*Den svenska lösningen, där 21 landsting i stort sett ensidigt fattar beslut om ersättningsprinciper, avviker från förhållandena i de länder som studerats*

När det gäller ersättningssystem och kostnadsansvar är skillnaderna mellan svenska förhållanden och förhållandena i jämförelseländerna i vissa avseenden mycket stora (tabell 10).

En första skillnad är hur primärvårdsmottagningarnas uppdrag och ersättning bestäms. I de fyra länder som studerats regleras ersättningen i ett nationellt avtal som baseras på utfallet av återkommande förhandlingar mellan representanter för finansörer respektive vårdgivare. Undantaget är att Nederländerna i viss mån även tillåter lokala förhandlingar mellan allmänläkares mottagningar och försäkringsgivare.

Den svenska lösningen, där 21 landsting i stort sett ensidigt fattar beslut om ersättningsprinciper och hur uppdraget ska preciseras, avviker därför från förhållandena i de andra länder som studerats. Det innebär att ersättningsprinciperna kan ändras snabbt utan att vårdgivarna kan påverka beslutet, vilket både har positiva och negativa konsekvenser. Det kan vara en fördel om det behöver ske en snabb anpassning till ändrade yttre krav och förutsättningar, eftersom landstingens ensidiga beslutsrätt eliminerar risken för strandade förhandlingar. Samtidigt skapar sådana beslut en osäkerhet och ryckighet i planeringsvillkoren för primärvårdsmottagningarna, vilket ger sämre förutsättningar för ett systematiskt utvecklingsarbete. För att undvika att den nationella förhandlingen ”strandar” när ersättningssystemen ändras, har de nya ersättningssystemen som införts i England (målrelaterad ersättning) och Nederländerna (samlad ersättning för exempelvis diabetesvård) varit frivilliga för vårdgivare.



**Tabell 10.** Ersättningsystem och kostnadsansvar i Sverige, Danmark, Norge, Nederländerna och Storbritannien (England).

	Sverige	Danmark	Norge	Nederländerna	Storbritannien (England)
<b>Beslut om ersättningsystem och kostnadsansvar</b>	<b>Beslut av respektive landssting.</b> Nationellt krav på konkurrensneutralitet.	<b>Centrala avtal.</b> Baserat på förhandlingar mellan parter.	<b>Centrala avtal.</b> Baserat på förhandlingar mellan parter.	<b>Centrala avtal.</b> Baserat på förhandlingar mellan parter. Vissa möjligheter till lokala förhandlingar.	<b>Centralt avtal.</b> Baserat på förhandlingar mellan parter.
<b>Ersättning</b>	<b>Kapitering,</b> per listad individ i kombination med mindre andel rörlig besöksersättning.	<b>Rörlig ersättning,</b> per besök i kombination med mindre andel kapitering per listad individ.	<b>Rörlig ersättning,</b> per besök i kombination med mindre andel kapitering per listad individ.	<b>Kapitering,</b> per listad individ i kombination med rörlig besöksersättning. Möjligheter till integrerad ersättning (utökad kapitering) för vissa kroniska sjukdomar.	<b>Fast ersättning,</b> som baseras på formel. Rörlig ersättning baserad på målrelaterad ersättning.
<b>Mottagare av ersättning</b>	<b>Ersättning till mottagning.</b> Läkare i allmänhet anställda med lön av mottagningen.	<b>Ersättning till läkare,</b> som ägare av praktik. Kan anställa andra läkare med lön, vilket förekommer sparsamt. Cirka 20 läkare offentligt anställda med lön av regionkliniker.	<b>Ersättning till fastläkare.</b> Anställda läkare med lön förekommer som vikarier i exempelvis glesbygdskommuner.	<b>Ersättning till mottagning.</b> men majoriteten av läkarna arbetar som egenföretagare. Cirka 15 procent av GPs är anställda på mottagning med lön.	<b>Ersättning till mottagning,</b> men majoriteten av läkarna arbetar som egenföretagare. Cirka 20 procent av GPs är anställda på mottagning med lön.
<b>Patientavgifter för besök på mottagningen</b>	<b>Ja,</b> med högkostnadsskydd.	<b>Nej.</b>	<b>Ja,</b> med högkostnadsskydd.	<b>Nej.</b>	<b>Nej.</b>
<b>Riskjusterad kapitering</b>	<b>Ja,</b> utifrån CNI och i vissa fall ACG	<b>Nej.</b>	<b>Nej.</b>	<b>Ja,</b>	<b>Ja,</b> baserat på formel som tar hänsyn till sammansättning av listade och lokalisering av mottagning.
<b>Särskild ersättning för mottagningar i glesbygd/landsbygd.</b>	<b>Ja,</b>	<b>Nej.</b>	<b>Ja,</b>	<b>Nej.</b>	<b>Ja,</b>



	Sverige	Danmark	Norge	Nederländerna	Storbritannien (England)
	i vissa landsting.		i vissa kommuner.		genom faktor i formel.
<b>Måltrelaterad ersättning</b>	<b>Ja,</b> i en majoritet av landstingen motsvarande 2–4 procent av intäkterna.	<b>Nej.</b>	<b>Nej.</b>	<b>Ja,</b> mindre del av intäkterna.	<b>Ja,</b> motsvarande 15 procent av intäkterna.
<b>Kostnadsansvar för receptläkemedel och diagnostiska utredningar.</b>	<b>Ja,</b> kostnadsansvar för receptläkemedel och vanliga diagnostiska utredningar i en majoritet av landstingen. Delvis kostnadsansvar för annan öppen primär- och specialiserad vård i en majoritet av landstingen	<b>Nej.</b>	<b>Nej.</b>	<b>Nej.</b>	<b>Nej.</b> mottagning har möjlighet att teckna avtal om vidgat uppdrag. men möjlighet till utökad kostnadsansvar vid integrerad ersättning för vissa kroniska sjukdomar.



*De svenska ersättningsprinciperna är inte unika, men sticker ut när det gäller primärvårdsmottagningarnas omfattande kostnadsansvar*

En annan stor skillnad mellan Sverige och jämförelseländerna är det jämförelsevis omfattande kostnadsansvaret som svenska primärvårdsmottagningar har. Detta kostnadsansvar innebär att svenska mottagningar har ett betydligt större finansiellt ansvar än mottagningar i andra länder, i synnerhet i kombination med en hög andel fast ersättning per listad individ. Kostnadsansvaret i andra länder är i princip begränsat till de direkta kostnader som uppstår på mottagningen, med undantag för att Nederländerna ger en integrerad ersättning för all vård relaterad till vissa kroniska sjukdomar. Primärvårdsmottagningen betalar exempelvis inte så kallade otrohetsavgifter om patienten söker vård vid en annan primärvårdsmottagning, och har inget kostnadsansvar för utskrivna medicin, till skillnad från i Sverige.

När det gäller ersättningsens utformning finns vissa likheter mellan Sverige, Nederländerna och Storbritannien genom att den fasta ersättningen per listad invånare, den så kallade kapiteringen, har relativt stor betydelse för mottagningarnas samlade intäkter. Kapiteringen riskjusteras också utifrån faktorer som ålder och socioekonomiska faktorer. I Storbritannien görs denna justering genom en central formel, som tar hänsyn till ekonomiska förutsättningar i olika geografiska områden. Nederländerna och Storbritannien har också, liksom Sverige, en viss andel målrelaterad ersättning. Men den utgör en mycket större andel av den totala ersättningen i Storbritannien.

En generell trend i Europa, är att ersättningssystemen går mot en blandning av ersättningsprinciper för att främja parallella mål om tillgänglighet, kvalitet och effektivitet. Det gäller oavsett om hälso- och sjukvårdssystemet är skattefinansierat eller finansierat med socialförsäkringar (OECD 2016).

*Svenska primärvårdsmottagningar har större frihet i var de ska etablera sig, men har mindre friheter när mottagningen väl är etablerad*

En genomgående skillnad mellan de studerade länderna och svenska förhållanden är att etablerade mottagningar har större frihetsgrader i de andra länderna. Mottagningar och allmänpraktiserande läkare i de länderna kan exempelvis själva välja tak för antalet listade, även om det finns krav på en viss lägstanivå för heltidsarbetande läkare. Det finns också ett större utrymme att neka individer att lista sig om de bor långt ifrån mottagningen.

I svensk primärvård finns i princip inga sådana möjligheter att neka listning, när en privat eller offentlig primärvårdsmottagning väl är etablerad. Däremot har svenska privata mottagningar mycket större frihetsgrader än i

andra länder när det gäller var de ska etablera sin verksamhet och vem som kan äga mottagningen.

I exempelvis Danmark regleras etableringen genom att antalet licenser för att få driva primärvårdsverksamhet med offentlig finansiering fastställs regionalt. Regioner kan därmed skapa nya licenser i områden med befolkningstillväxt, och har även möjligheter att avveckla licenser. Under senare tid har det i vissa fall funnits problem i Danmark att ersätta privatpraktiserande läkare som gått i pension på landsbygden. Regionerna har därför upprättat egna regionkliniker med anställda läkare. Det har bidragit till att det finns förhållandevis små variationer när det gäller antal läkare per invånare i olika geografiska områden.

### *Sverige och Norge särskiljer sig genom att ha patientavgifter i primärvården, men högkostnadsskydd minskar påverkan*

I Danmark, Nederländerna eller Storbritannien är läkarbesök i primärvården avgiftsfria. Däremot har länderna patientavgifter för besök hos andra personalgrupper, som exempelvis fysioterapeut och psykolog. I Danmark och Storbritannien är dessutom den öppna specialiserade vården avgiftsfri om man har remiss från primärvården.

Avgifterna för primärvårdsbesök i Norge och Sverige sticker alltså ut. Men i såväl Norge som Sverige begränsas effekterna genom att det finns ett högkostnadsskydd. Även när det gäller patientavgifter avviker Sverige genom att ha en decentraliserad lösning, där beslut om patientavgifter fattas på regional nivå.

## 7.3 SAMORDNING OCH KONTINUITET

### *Primärvårdssystemen i de studerade länderna bygger i större grad på kontinuitet mellan patient och allmänläkare än i Sverige*

I tre av de länder som beskrivits – Danmark, England och Nederländerna – finns en lång tradition av att bygga upp en relationell kontinuitet mellan allmänläkare och invånare. Detta har också bidragit till att patienterna själva uppfattar att det finns en god tillgänglighet och kontinuitet i primärvården. I Norge förstärktes personkontinuiteten genom fastläkarreformen, som infördes i början av 2000-talet. Reformen innebar att befolkningen fick möjlighet att lista sig hos en fast läkare, och att kommunen fick större möjligheter att ställa krav på läkares insatser i den kommunala vården. Samtidigt tillfördes 300 nya tjänster, vilket motsvarar en kapacitetsförstärkning med ungefär tio procent. Reformen har gett en positiv effekt på hur patienterna upplever kontinuiteten.



*Däremot tycks de studerade länderna i mindre grad vara bra förebilder när det gäller samordning mellan primärvården och annan vård*

I samtliga länder pågår diskussioner om att samordningen och koordineringen är för svag mellan insatser på primärvårdens mottagningar och i specialistvården respektive i den kommunala vården. I synnerhet gäller debatten sköra äldre patienter i eget boende, vilket liknar den diskussion som finns i Sverige.

Primärvården i Norge och Danmark framstår som mest fragmenterad av de fyra länderna. Detta har också lett till att myndigheter och departement i de länderna utvecklat nya strategier för framtidens primärvård, där samverkan och koordinering inom primärvårdens olika delar lyfts fram som honnörssord. Men det är oklart hur denna samverkan ska genomföras, och vad som exempelvis blir den norska fastläkarens roll och ansvar.

## 7.4 TILLGÅNG OCH OMFÅNG

*Hur vården utanför kontorstid organiseras varierar mellan länderna, och Norge särskiljer sig genom att primärvården tar ett större ansvar*

Det är svårt att få en tydlig bild över hur olika sjukvårdssystem organiserar tillgången till vård efter kontorstid. Men Norge särskiljer sig både jämfört med Norge, Danmark, Storbritannien och Nederländerna samt med övriga OECD-länder genom att det är i princip enbart läkare eller ambulanspersonal som kan remittera patienter till akutmottagning på sjukhus (Berchet och Nader 2016). I stället ska patienter söka sig till en ”legevaktcentral” som är en del av primärvården, och som har till uppgift att tillhandahålla vård som inte kan vänta tills ordinarie primärvårdsmottagningar har öppnat. Vanligen är legevaktcentralen en liten enhet med 1–2 läkare och lika många sjuksköterskor (SOU 2016:2). Sedan 2015 finns ett nationellt telefonnummer som kopplar den vårdsökande till rätt legevakt (SOU 2016:2). Primärvården i Norge tar alltså ett större ansvar för patienter med akuta vårdbehov, som sjukhusens akutmottagningar i många andra länder ansvarar för.

*Det verkar inte finnas några stora systematiska skillnader i vilken vård primärvården ska kunna ge i respektive land*

Det är svårt att jämföra primärvårdens tillgång och omfång mellan länder. Enligt tidigare bedömningar av primärvårdens omfång har primärvården en större betydelse för första linjens vård i de fyra länder som studerats jämfört med de flesta andra EU-länder (Boerma och Dubois 2006). I detta avseende finns också en skillnad jämfört med den svenska primärvården. Sett till

det totala antalet kontakter i öppen vård svarar den svenska primärvården för en mindre andel av öppenvården jämfört med primärvården i de fyra länder som studerats. Men det är oklart i vilken grad detta kan förklaras av primärvårdens och specialistvårdens arbetssätt, inklusive kraven på remiss.

Det verkar inte finnas några stora systematiska skillnader i vilken vård primärvården ska kunna ge patienterna i respektive land. Liksom i Sverige är primärvården i de länder som studerats välutrustad och ger behandling och insatser inom ett brett spann av olika sjukdomar och tillstånd (Kringos m.fl. 2015). Även utbildningsnivån är minst lika god i Sverige som i de fyra länder som studerats, där utbildningsnivån definieras som andel av läkarna med specialistutbildning i allmänmedicin. Skillnader i den andel vård som utförs av primärvården skulle i så fall i första hand förklaras av sämre kapacitet i svensk primärvård, samt av skillnader i specialistvårdens arbetssätt, inklusive kraven på remiss.

## 7.5 ARBETSSÄTT

### *Utvecklingen går mot ett utökat ansvar för sjuksköterskor och större mottagningar*

Även om det inte finns några större skillnader i vad primärvården ska kunna göra, så finns det stora skillnader i arbetssätt mellan primärvårdsmottagningar i Danmark och Norge respektive i Storbritannien, Nederländerna och Sverige. I den senare gruppen av länder finns ofta anställda sjuksköterskor som har egna mottagningar, där de följer upp patienter med vanliga kroniska sjukdomar. Samtidigt finns det i både Nederländerna och Storbritannien många mottagningar där allmänläkare arbetar i stort sett på egen hand, på samma sätt som är praxis i Danmark och Norge. Variationen i hur mottagningarna arbetar tycks också ha ökat i samtliga länder. I Danmark har exempelvis kompaniskap blivit vanligt under senare årtionden. Där äger flera allmänläkare gemensamt mottagningen och delar på listade patienter. En gemensam diskussion i främst Danmark och Norge är också hur man ska kunna främja en utvidgad roll för sjuksköterskor.

Likheterna i arbetssätt med svenska primärvårdsmottagningar är störst för de nya former för mottagningar som utvecklas i Storbritannien. På senare tid har nya storskaliga lösningar utvecklats i Storbritannien, där flera mottagningar i ett område eller en region gått samman och verkar under gemensam ledning och ägarstruktur. Ersättningen går till mottagningen, och inte till en allmänläkare med personligt ansvar för de listade individerna. Detta påminner om förhållanden i Sverige.



Störst skillnader i arbetssätt finns mellan svenska primärvårdsmottagningar och norska fastläkare. Även om norska fastläkare ofta arbetar i små grupper tillsammans med andra fastläkare, så är det fortfarande ovanligt att anställa sjuksköterskor. I Norge och Danmark finns det också farhågor att goda resultat när det gäller tillgänglighet och kontinuitet ska försämrats i en utveckling som fokuserar på samordning och arbete i team.







## Förutsättningarna för patientcentrering, jämlikhet och effektivitet brister

Vårt uppdrag är att ur ett patient- och medborgarperspektiv analysera förutsättningarna för en jämlik, patientcentrerad och effektiv primärvård. Vi har utgått från tre huvudfrågor:

1. Hur använder befolkningen primärvården och vilka behov behöver primärvården därmed möta?
2. Hur jämlik, patientcentrerad och effektiv är primärvården i dag?
3. Vilka förutsättningar har primärvården att vara jämlik, patientcentrerad och effektiv?

### 8.1 PRIMÄRVÅRDEN ÄR BASEN I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN, MEN FUNGERAR INTE FÖR ALLA

#### 8.1.1 Primärvården är ingången till vården för flertalet patienter och besöks i särskilt hög grad av kvinnor och äldre

Vi har studerat besöksmönstren i första linjens vård, det vill säga primärvården, den remissfria öppna specialistvården och den akutvård som inte leder till inskrivning, i Jönköping, Norrbotten, Västerbotten och Stockholm. En slutsats av dessa besöksmönster är att majoritet av befolkningen – närmare två tredjedelar – besöker primärvården minst en gång under ett år. Ser vi till de personer som gjorde sitt första besök i första linjens vård under ett år, besökte



cirka 80 procent primärvården. Det innebär att primärvården är en viktig ingång till hälso- och sjukvården för flertalet patienter. På senare tid ser vi också att olika former av digitala vårdkontakter har ökat kraftigt i volym. Men de utgör fortfarande mindre än 1 procent av vårdkontaktarna i primärvården.

Primärvården har även en mycket varierad diagnosbild, som omfattar både fysisk och psykisk ohälsa. I exempelvis Jönköping står de tio vanligaste diagnoserna för bara en femtedel av det totala antalet registrerade diagnoser. Tre av de tio vanligaste diagnoserna är psykiatriska, och cirka 9 procent av besöken i primärvården är förknippade med psykisk ohälsa.

Vi ser också skillnader i hur olika åldersgrupper kontaktar vården. För småbarnsföräldrar och unga vuxna i åldern 19–34 år är telefonrådgivning hos 1177 Vårdguiden en viktig del av första linjens vård, och följsamheten till dess rekommendationer är relativt god. Statistiken visar även att mängden besök i primärvården ökar med en stigande ålder. Personer i åldern 75–84 gör exempelvis mellan två och tre gånger så många besök som personer i åldern 19–24. Vi ser också att kvinnor gör drygt 40 procent fler besök i primärvården än män. Båda dessa mönster stämmer överens med tidigare studier.

### **8.1.2 Många som besöker primärvården besöker även akut- och specialistvården, vilket ställer särskilda krav på samordning och kontinuitet**

Vi ser samtidigt att 40–50 procent av de som besöker primärvården under ett år även besöker specialist- eller akutsjukvård. Det innebär att vissa av dem kommer att behöva hjälp att samordna vården från olika vårdgivare. I dag har cirka en miljon personer i Sverige komplexa samordningsbehov inom både vården och omsorgen. Samordning kommer dessutom att bli ännu viktigare i framtiden, eftersom allt fler i befolkningen lever länge med kroniska sjukdomar. Redan i dag ser vi att 12–16 procent av de som besökt akuten utan att bli inskrivna besöker akuten igen inom 14 dagar. Det pekar på potentialen i att förebygga åtminstone en del av återbesöken genom mer aktiva insatser från primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården.

Sett till samtliga patienter i första linjens vård var ungefär var tionde patient en så kallad mångbesökare, som här definieras som att hen gjorde minst tio besök i primärvården eller minst fyra besök på en akutmottagning under ett år. Av dessa var 97 procent mångbesökare i primärvården. Att göra minst tio besök på ett år ställer krav på hög kontinuitet, både från patientens

perspektiv och från ett patientsäkerhetsperspektiv, eftersom patientsäkerheten ökar om personalen känner till patientens förutsättningar och sjukdomshistorik.

### **8.1.3 Analysen av hur primärvården fungerar för olika målgrupper behöver fördjupas**

Att primärvården besöks av många svarar inte på frågan hur väl den motsvarar befolkningens behov, förutsättningar och preferenser. Ett sätt att analysera detta närmare är att försöka identifiera de grupper vars primärvårdskonsumtion inte motsvarar deras medicinska behov (se avsnitt 3.1). Vi har genom en kvalitativ ansats försökt att identifiera grupper som antingen har ett stort vårdbehov, men där kontakterna med primärvården inte motsvarar behovet, eller grupper som besöker primär- eller akutsjukvård förhållandevis ofta i förhållande till sina medicinska behov.

Våra intervjuer med personal och chefer i primärvården lyfter fram några grupper som de bedömer har alltför få kontakter med primärvården, eller vars behov inte kan mötas på ett bra sätt. De består av personer som är multisjuka och har begränsad förmåga att själva söka vård, personer med psykisk ohälsa samt personer i riskzonen för att utveckla eller förvärra en kronisk sjukdom. Exempelvis anger våra intervjupersoner att den psykiatriska kompetensen i primärvården behöver stärkas. I linje med detta rapporterade över 40 procent av primärvårdsläkarna att de ofta träffar patienter med allvarlig psykisk ohälsa, men bara 14 procent sade att de var väl förberedda på att behandla dem.

Våra intervjupersoner lyfter även fram patientgrupper som besöker primär- eller akutsjukvården ofta i förhållande till sina behov, och som skulle behöva stöd om vilken vårdnivå de ska vända sig till eller hur de kan lösa sin ohälsa med egenvård. Det gäller framför allt unga, nyblivna föräldrar eller personer med utländsk bakgrund.

Vi har även gjort ett försök att utifrån kvantitativa besöksdata fördjupa analysen av hur vården fungerar för de identifierade grupperna, men våra data ger inte tillräckliga förutsättningar för en sådan analys. Vårdanalys bedömer dock att det är ett centralt område att utveckla, eftersom det kommer att bli allt viktigare att primärvården arbetar på ett sätt som bättre svarar mot olika gruppers behov, förutsättningar och preferenser.



## 8.2 PRIMÄRVÅRDEN SKILJER SIG ÅT GEOGRAFISKT, SAMTIDIGT SOM PATIENTCENTRERINGEN, PRODUKTIVITETEN OCH FÖRTROENDET SVIKTAR

### 8.2.1 Primärvårdens patientcentrering brister på flera punkter

*Bristande kontinuitet och samordning är centrala svagheter i den svenska primärvården*

Internationellt särskiljer sig Sverige genom att en lägre andel patienter än i jämförbara länder uppger att de har en fast läkarkontakt i primärvården. Dessutom uppger bara drygt hälften av patienterna att de får träffa samma läkare vid sina besök i primärvården, så kallad personkontinuitet.

Det finns även stora brister i samordningen mellan olika vårdgivare. Var fjärde patient uppger att primärvården inte hjälper till att samordna kontakterna med vården i den uträkning de skulle behöva. Förutsättningarna för hög informationskontinuitet, exempelvis genom att primärvårdspersonal utbyter information med vårdgivare utanför mottagningen, brister också.

Slutligen ser vi en förbättringspotential när det gäller resultaten för samtliga dimensioner av patientcentrering som följs upp i primärvården. Dessa dimensioner är patienters delaktighet och involvering, information och kunskap, respekt och bemötande och emotionellt stöd.

*Primärvårdens tillgänglighet behöver stärkas väsentligt*

Internationella jämförelser av primärvården tyder på att tillgången till läkarbesök samma dag samt vård på kvällar och helger är låg i Sverige. Även om det är svårt att jämföra besöksstatistik mellan länder framgår det ändå tydligt att svenskar gör färre besök i öppenvården, inklusive primärvården, jämfört med andra OECD-länder.

Statistik rapporterad av vårdcentralerna anger att 90 procent av patienterna fick besöka en läkare inom vårdgarantins gräns, det vill säga sju dagar. Detta är en försämring under de senaste fem åren. Men medborgare och patienter har en mer negativ bild av tillgängligheten till primärvården. År 2015 tyckte 81 procent av patienterna, och 61 procent av befolkningen, att väntetiden för ett vårdcentralsbesök var rimlig.

*Det saknas till stor del medicinska kvalitetsmått för primärvården, men de resultat- och processmått som finns går i positiv riktning*

Data om primärvårdens medicinska kvalitet samlas inte in systematiskt på nationell nivå. Tidigare uppskattningar visar också att svenska kvalitetsregister fångar en mycket begränsad del av primärvårdens kostnader. Men en handfull mått som täcker diabetesvård, läkemedelsanvändning, förebyggande

arbete, palliativ vård samt vaccination pekar på en kvalitetsförbättring sedan 2011. Vid sidan av diabetesvården, där det även finns vissa resultatmått, avser måtten dock enbart processkvalitet.

### **8.2.2 Den främsta orsaken till ojämlikhet är geografiska skillnader**

*Vi ser inga tydliga skillnader när det gäller patientrapporterad kvalitet bland olika utbildningsgrupper eller kön*

När det gäller den senaste mätningen av patientrapporterad kvalitet i primärvården, såsom kontinuitet, bemötande och delaktighet, ser vi vissa skillnader mellan åldersgrupper, där äldre generellt sett är mer nöjda med kvaliteten. Däremot ser vi inte några tydliga skillnader mellan olika utbildningsgrupper eller mellan män och kvinnor. Det tillgängliga data-underlaget har dock inte gjort det möjligt att justera för vårdbehov, födelse-land eller inkomstförhållanden.

*Personer med lägre inkomst och utbildning tycks inte ha sämre tillgång till primärvården, däremot är tillgången till öppen specialistvård ojämlik*

Tillgängligheten till primärvården verkar inte vara sämre för grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar. Personer med lägre utbildnings- eller inkomstnivå är mer sannolika att besöka primärvården. Resultatet är i linje med tidigare studier i Sverige och andra länder, som även haft möjlighet att ta hänsyn till skillnader i behov. I likhet med internationell forskning ser vi däremot indikationer på att personer med bättre socioekonomiska förutsättningar har relativt sett fler besök i den öppna specialistvården i förhållande till sin hälsa. Primärvården har därmed en utjämnande och omfördelande effekt i relation till övrig öppenvård.

Däremot är det ur jämlikhetssynpunkt problematiskt att primärvården tycks vara sämre förberedd på att möta psykisk än fysisk ohälsa, trots att psykisk ohälsa ligger bakom cirka 9 procent av besöken. Statistiken visar även att personer med lägre inkomst är mer sannolika att ha haft minst en vårdkontakt där en psykiatrisk diagnos registrerats, vilket innebär att de påverkas i högre grad.

Kvinnor besöker primärvården i större utsträckning än män. Detta är förväntat. Även internationell forskning visar att ohälsa är vanligare bland kvinnor, samt att de är mer uppmärksamma på sina symtom och mer benägna att söka vård än män.



Från tidigare analyser av Nationell Patientenkät ser vi också att äldre samt personer med svenska som modersmål, hög utbildning eller god hälsa är nöjdare med primärvårdsmottagningarnas tillgänglighet.

### *Det finns betydande geografiska ojämlikheter när det gäller såväl tillgänglighet som kvalitet*

Vi ser skillnader mellan landstingen när det gäller den patientrapporterade kvaliteten, i synnerhet när det gäller graden av samordning och kontinuitet. Till exempel varierar andelen patienter som sagt att de får träffa samma läkare på vårdcentralen mellan 35 och 67 procent. Vi ser även stora skillnader i patienternas upplevelser av vårdcentralens förmåga att samordna övriga vårdkontakter i den mån patienten behöver det.

Det finns även stora skillnader i tillgängligheten till primärvården mellan landsting. Skillnaderna är ännu större på vårdcentralsnivå. Det finns exempel på vårdcentraler där endast 50–60 procent fick träffa en läkare inom sju dagar år 2016. På landstingsnivå varierar andelen mellan 80 och 93 procent.

Samtidigt bör det noteras att läkarbesök bara står för en tredjedel av de fysiska besöken i primärvården. Den nuvarande uppföljningen av vårdgarantin täcker alltså bara en begränsad del av besöken. Men också när vi ser till det totala antalet besök per invånare ser vi stora skillnader mellan landstingen. Det skiljer nästan ett besök per invånare och år mellan det landsting som har flest respektive minst antal besök.

## **8.2.3 Begränsad kunskap om viktiga kvalitetsaspekter gör det svårt att bedöma effektiviteten, men produktiviteten sjunker**

### *Sjunkande produktivitet och stora produktivitetsskillnader*

Eftersom vi har begränsade data för flertalet kvalitetsdimensioner i primärvården – särskilt medicinsk kvalitet – är det generellt svårt att bedöma vårdens samlade effektivitet. Men om vi i stället ser till de tillgängliga produktivitetsmått ser vi att primärvårdens genomsnittliga kostnad per besök har ökat med 8 procent i fasta priser mellan 2011 och 2015, justerat för besökstyp, befolkningssammansättning och geografiska förutsättningar. Det innebär att produktiviteten minskat i primärvården. Men samtidigt ser vi en tydlig variation mellan landstingen. Skillnaderna i kostnader per besök mellan landstingen är så pass stora att om kostnaden per besök i alla landsting skulle motsvara landstinget med lägst kostnad, skulle primärvårdens samlade nettokostnad för 2015 minska med cirka 11 procent eller cirka 4,3 miljarder.

Kostnaderna per besök måste dock sättas i relation till besökens innehåll och resultat samt till primärvårdens kvalitetsutveckling för att kunna tolkas. Som jämförelse kan nämnas att antalet läkarbesök per arbetsdag i Sverige är lägre än i Norge och Danmark. Svenska läkare tog emot knappt 10 besök per dag i snitt 2015, medan skattningar för Norge och Danmark pekar mot cirka 30 fysiska besök per dag. En förklaring är att Sverige har längst besök i genomsnitt jämfört med tio andra länder. Samtidigt är viktigt att notera att många av de enkla och korta primärvårdsbesöken tas om hand av sjuksköterskor i Sverige, till skillnad från Danmark och framför allt Norge.

### *Kontinuitet och produktivitet samvarierar positivt*

Vi kan inte dra några slutsatser om sambandet mellan primärvårdens samlade kvalitet och produktivitet, mätt som kostnad per besök. Däremot kan vi se att hög produktivitet samvarierar med en hög personkontinuitet till läkare. Vi kan även se att hög personkontinuitet och kortare besök samvarierar. Detta motsäger den vanliga uppfattningen att en hög personkontinuitet leder till högre kostnader. En trolig förklaring är att en hög kontinuitet innebär att läkaren känner till patientens sjukdomshistoria, vilket gör besöken kortare.

Ett annat sätt att analysera förutsättningarna för en hög personkontinuitet till läkare är att titta på andelen hyrpersonal. Våra analyser visar att en låg andel hyrläkare samvarierar med såväl högre tillgänglighet och förtroende som lägre kostnader per besök.

Vi ser heller inte någon motsättning mellan en hög produktivitet och de patientrapporterade kvalitetsmått vi har tillgång till.

## **8.2.4 Förtroendet för primärvården är svagt och samvarierar med såväl bristande patientcentrering och tillgänglighet som lågt vårdutnyttjande**

Förtroendet för den svenska primärvården är svagt bland befolkningen, och har legat på drygt 60 procent de senaste åren. Detta bryter den positiva trend vi såg 2005–2012. Men utifrån tillgänglig data går det inte att isolera en enskild faktor som ligger bakom det låga förtroendet för primärvården. Förtroendet samvarierar i stället med alla de patientrapporterade kvalitetsdimensioner som vi analyserat – kontinuitet och samordning, information, delaktighet, bemötande, emotionellt stöd samt helhetsintryck. Vi ser också särskilt ett samband mellan god tillgänglighet och högre förtroende.

Tidigare analyser av befolkningens förtroende har visat att äldre personer, personer som besökt vården det senaste halvåret, lågutbildade och personer med bättre hälsa har ett högre förtroende för primärvården. Primärvården



verkar med andra ord ha ett lägre förtroende bland personer som i lägre utsträckning besökt den. Det är även intressant att högutbildade har ett lägre förtroende för primärvården, vilket skulle kunna vara en delförklaring till att de i högre grad vänder sig direkt till specialistvården.

### **8.3 PRIMÄRVÅRDEN GES INTE HELLER FÖRUTSÄTTNINGAR ATT VARA PATIENTCENTRERAD, EFFEKTIV, JÄMLIK OCH FÖRTROENDEINGIVANDE**

#### **8.3.1 Det finns begränsade data om primärvårdens förutsättningar och måluppfyllelse samt kopplingen mellan dem**

Utgångspunkten för vårt uppdrag har varit att analysera primärvården utifrån befintliga data. Men möjligheterna till fördjupade analyser begränsas av bristande information om primärvårdens förutsättningar och resultat. Bland annat saknar vi heltäckande och samlad statistik över bemannings-situationen, hur primärvården är organiserad i varje landsting samt objektiva resultatmått för primärvårdens verksamhet, med undantag för vissa kvalitetsmått för diabetesvården. Tillgången till patientrapporterade kvalitetsmått är betydligt bättre, men måtten går inte att följa över tid. De går heller inte att justera efter vårdbehov från och med år 2015. Den bristande jämförbarheten gör det svårt att dra säkra slutsatser om kvalitetsutvecklingen eller eventuella ojämlikheter mellan grupper.

Utöver att analysera primärvårdens situation i dag har vi även haft som mål att uttala oss om hur förutsättningarna för en patientcentrerad, jämlik och effektiv primärvård kan stärkas. Men befintliga data ger begränsade möjligheter att koppla primärvårdens organisation och styrning till dess utfall. Det innebär att vi inte har kunnat analysera hur förutsättningarna på landstingsnivå, exempelvis när det gäller arbetssätt, påverkar respektive landstings utfall.

#### **8.3.2 Trots ambitioner att stärka primärvården har dess resurser minskat i jämförelse med övrig hälso- och sjukvård**

Åtminstone sedan början av 1970-talet har behovet av att stärka primärvårdens ställning i sjukvårdssystemet diskuterats. Trots detta kan vi inte se att det skett någon ambitionshöjning. Primärvårdens kostnadsandel har tvärtom minskat i förhållande till övrig hälso- och sjukvård under 2010-talet och låg 2015 på 18,4 procent i genomsnitt. Svensk hälso- och sjukvård är och



har förblivit sjukhusdominerad i jämförelse med andra länder. Det finns dock enskilda landsting där primärvårdens kostnadsandel ökat.

Även sett till personalresurser avviker den svenska primärvården i jämförelse med andra länder, framför allt genom en lägre läkartäthet. Men det bör samtidigt noteras att Sverige utmärker sig i ett internationellt perspektiv genom att två tredjedelar av besöken i primärvården sker hos andra personal-kategorier än läkare.

Andelen läkare i primärvården har också minskat i förhållande till övriga delar av hälso- och sjukvården. Många landsting rapporterar att de har brist på såväl läkare som andra personalgrupper, såsom sjuksköterskor, psykoterapeuter och psykologer. Detta har skapat ett behov av hyrpersonal. Både tillgången till personal och andelen hyrpersonal varierar mellan landsting, och variationen i personalförsörjning har ökat över tid. Uppskattningsvis varierar andelen hyrläkare mellan knappt 5 och drygt 20 procent i olika delar av landet.

### **8.3.3 Det finns 21 olika primärvårdssystem**

Vår genomgång av landstingens organisation och styrning av primärvården visar att det finns stora geografiska skillnader. Det är svårt att få en samlad bild av hur primärvårdens uppdrag, organisation och styrning ser ut. Det gäller bland annat hur primärvårdens uppdrag formulerats, vilka verksamheter som ingår och var gränsen mellan primär- och specialistvård går. Sammantaget finns det en uppsjö av olika kontrakts- och styrformer i primärvården. Detta gör det svårt att på ett enhetligt sätt jämföra landstingens primärvårdsutbud i termer av vare sig innehåll eller omfång.

Det finns också stor variation vad gäller primärvårdsmottagningarnas ersättningssystem. Några landsting har på senare tid ökat andelen rörlig ersättning medan andra gått i motsatt riktning. Även omfattningen av primärvårdsmottagningarnas kostnadsansvar och andelen privata primärvårdsmottagningar varierar mycket. Vi ser också stora regionala skillnader i nyetableringen av primärvårdsmottagningar.

Även när det gäller styrning som riktas direkt till patienterna finns det stora geografiska skillnader. Landstingen skiljer sig åt när det gäller patientavgifternas storlek, vilka remisskrav som gäller för att besöka specialistvård samt tillgången till primärvård på kvällar och helger. När det gäller remisskraven finns det dessutom tecken på att det i praktiken är andra remisskrav som gäller än de som beslutats centralt.



Skillnaderna i landstingens sätt att organisera, styra och bedriva primärvården skulle kunna vara en tillgång, genom att de ger möjligheter till jämförelser, benchmarking och lärdomar kring vad som fungerar bra och mindre bra. Men eftersom det saknas uppgifter om såväl primärvårdens styrning som dess samlade resultat är det svårt att studera sambanden mellan primärvårdens organisatoriska egenskaper och en bättre respektive sämre måluppfyllelse.

Vi ser inte heller att landstingen verkar arbeta för att dra systematiska lärdomar från sina olika arbetssätt.

### **8.3.4 Forskning och internationella erfarenheter ger begränsad vägledning om hur primärvårdens organisation och styrning bör se ut**

*Det finns ingen enskild framgångsmodell för primärvården*

Ett annat sätt att få information om hur olika styrprinciper och organisatoriska vägval påverkar primärvårdens utfall är genom att studera andra länders primärvårdsmodeller. Men tidigare forskning tyder på att de primärvårdsmodeller som används internationellt har både för- och nackdelar. Vår genomgång av primärvårdens organisation och styrning i Danmark, Norge, Nederländerna och Storbritannien pekar på att de inte heller erbjuder någon helhetslösning. Exempelvis har Nederländerna bättre resultat när det gäller tillgång till primärvård på kvällar och helger. Norge och Nederländerna är även bättre på att upprätthålla en hög personkontinuitet. Men det saknas jämförbara uppgifter om primärvårdens kostnader, vilket innebär att vi inte kan säga något om deras respektive effektivitet.

Alla fyra jämförelseländer har dock ett svagt resultat när det gäller att samordna primärvårdens insatser med andra vårdgivare. Vi ser även att flera av dem har börjat ändra sina arbetssätt i en riktning som mer liknar de vi har i Sverige, det vill säga större primärvårdsmottagningar där sjuksköterskor och andra yrkesgrupper har en viktig roll vid sidan av läkarna.

*Sverige skiljer sig åt från jämförelseländerna genom en begränsad nationell styrning av primärvården och fokus på kostnadskontroll*

Utifrån vår jämförelse av primärvården i Danmark, Norge, Nederländerna och Storbritannien är det tydligt att primärvården i de fyra jämförelseländerna är föremål för betydligt mer nationell styrning än i Sverige. Till att börja med definieras primärvårdens uppdrag och ersättningssystem på en central

nivå och i dialog med professionsföreträdare. Våra jämförelseländer har även en starkare styrning av den geografiska etableringen av primärvårdsmottagningar samt av specialistutbildningens dimensionering.

Sett till ersättningsystemens utformning särskiljer sig Sverige genom sitt starka fokus på kostnadskontroll: dels har vi fokus på kapitering, dels har primärvårdsmottagningar i Sverige ett omfattande kostnadsansvar för exempelvis läkemedel och besök hos andra vårdgivare, till skillnad från jämförelseländerna. I de andra länderna har primärvården i stället fått en tydlig grindvaktfunktion, genom att det krävs en remiss från primärvården för att få specialistvård. Primärvården kontrollerar därmed snarare kostnaderna för andra delar av hälso- och sjukvården. Både Sverige och Norge särskiljer sig även genom att ha patientavgifter i primärvården, snarare än att primärvården är avgiftsfri att besöka som i Danmark, Storbritannien och Nederländerna.

När det gäller arbetssätt ser vi att primärvårdssystemen i de studerade länderna i högre grad än i Sverige bygger på personkontinuitet mellan patient och allmänläkare inom ramen för små privata mottagningar. Samtidigt pågår även i andra länder en utveckling för att införa mer samverkan mellan läkare, större primärvårdsmottagningar och ett utökat ansvar för sjuksköterskor, vilket motsvarar svensk praxis.

### *Även enskilda organisatoriskt påverkbara egenskaper ställer olika kvalitetsmål mot varandra*

Ett alternativ till att studera olika länders primärvårdsmodeller är att bryta ned modellerna till enskilda organisatoriskt påverkbara egenskaper. Men inte heller ett sådant tillvägagångssätt innebär att forskningslitteraturen ger en tydlig vägledning. Undantaget är att personkontinuitet tycks stärka såväl högre kvalitet och patientnöjdhet som jämlikhet och produktivitet. Tidigare forskning pekar också på att en kombination av olika ersättningsprinciper är att föredra för att förena jämlikhets-, effektivitets- och patientcentreringsperspektiven, även om andelen av respektive ersättningsprincip kan variera.

I övrigt tyder forskningen på att målen om en mer jämlik, patientcentrerad och effektiv primärvård måste vägas mot varandra, eftersom organisatoriska egenskaper som stärker ett kvalitetsmål ofta kan försvaga ett annat. Remisskrav kan bidra till att patienter i större utsträckning vårdas på lägsta effektiva vårdnivå, och därigenom bidra till att öka kostnadseffektiviteten och jämlik-



heten. Samtidigt kan remisskrav upplevas som byråkratiskt och bidra till sämre patientrapporterad kvalitet. Patientavgifter kan också bidra till en mer effektiv vård, men medför å andra sidan problem ur ett jämlikhetsperspektiv.

Valfrihetssystem kan i stället stärka patienternas ställning genom att ge patienter mer inflytande. Men de kan även leda till utmaningar ur ett jämlikhetsperspektiv, även om det empiriska underlaget för detta är blandat.

Vår litteraturgenomgång har identifierat utmaningar med vissa organisatoriska egenskaper. Till exempel framhålls ofta ickefysiska besök som ett flexibelt sätt att tillfredsställa enklare vårdbehov till lägre kostnad. Men det finns viss forskning som pekar på en risk att ickefysiska besök kan leda till ökade kostnader, genom att skapa en efterfrågan på vård för lättare besvär som hälso- och sjukvården annars inte nödvändigtvis hade behövt ta hand om.

Vidare kan större primärvårdsmottagningar riskera att försämra vårdens kontinuitet. Bristande bemanning kan bidra till ökad ojämlikhet, eftersom den kan påverka socioekonomisk utsatta områden och glesbygd i större utsträckning.





## Vi rekommenderar tre utvecklingsområden för att stärka primärvården

Vår genomgång har visat att primärvården har en lång rad utmaningar. Medborgarnas och patienternas förtroende för primärvården är förhållandevis lågt och det finns brister när det gäller patientcentrering, jämlikhet och effektivitet. Vi har konstaterat att primärvården i flera avseenden inte har förutsättningar att leverera fullt ut på sitt nuvarande uppdrag. Vi har också konstaterat att primärvården i större utsträckning skulle behöva präglas av utveckling och lärande.

Vårdanalys samlade bedömning är ändå att primärvården har en mycket viktig roll att fylla för en mer jämlik, patientcentrerad och effektiv hälso- och sjukvård, och den rollen kommer att bli allt viktigare. Framför allt är primärvården den del av hälso- och sjukvården som har bäst förutsättningar att se till personers hela vårdbehov – något som bland annat kommer att få större betydelse i takt med att fler lever med kroniska sjukdomar. Primärvården borde även ha goda förutsättningar att stå för en hög kontinuitet, samordning och tillgänglighet – dimensioner som behöver stärkas i den svenska hälso- och sjukvården. Dessa dimensioner ökar även primärvårdens förutsättningar att vara proaktiv och ta ett huvudansvar för hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete. Primärvården behöver därför stärkas för att bli den tydliga bas för svensk hälso- och sjukvård som den är ämnad att vara.

Att primärvårdens förutsättningar påverkats negativt av flera faktorer under en lång tid innebär att det inte finns någon enkel lösning för att stärka



primärvården. Lösningen ligger inte heller enbart i fler allmänläkare, fler vårdcentraler och mer resurser. Vi bedömer att det krävs en reform, med fokus på tre utvecklingsområden för en stärkt primärvård:

1. Tydliggör primärvårdens uppdrag och funktion.
2. Säkerställ att primärvården har ändamålsenlig kompetens och resurser.
3. Stärk primärvårdens utvecklingskraft och skapa förutsättningar för lärande.

Dessa tre områden utgör grunden för en samlad primärvårdsreform med målet att tydliggöra vad primärvården ska göra, att skapa de förutsättningar som kommer att krävas samt att stärka förmågan att fortlöpande utveckla hur primärvårdens organisation, styrning och arbetssätt behöver anpassas för att på bästa sätt uppfylla dess mål (figur 53).

En grundförutsättning är att det blir tydligt vad som är primärvårdens funktion och uppdrag i förhållande till den övriga hälso- och sjukvården. I synnerhet behöver funktionen motsvara befolkningens och patienternas behov, förutsättningar och preferenser.

För det andra behöver primärvården få bättre förutsättningar i form av kompetens och resurser som motsvarar dess tänkta uppdrag. Det räcker inte att förtydliga primärvårdens funktion och uppdrag, utan den måste även ges möjlighet att uppfylla sitt nya uppdrag att leverera mer anpassade tjänster.

För det tredje behöver primärvårdens utvecklingskraft stärkas. Det finns i dag ingen "bästa primärvårdsmodell", men det vi vet med säkerhet om framtidens primärvård är att den i väsentliga delar kommer att behöva se annorlunda ut än i dag. Det innebär att förmågan till utveckling och lärande måste bli

**Figur 53.** Vårdanalys tre övergripande utvecklingsområden.





ett utmärkande drag för primärvården. Organisation, styrning, arbetssätt och tjänster behöver hela tiden utvecklas. Reformen behöver därför lägga grunden för en långsiktig utveckling av ny kunskap och lärande inom primärvården.

Sammantaget kan dessa tre utvecklingsområden bidra till ett ökat förtroende hos såväl befolkning och patienter som personal.

## 9.1 UTVECKLINGSOMRÅDE 1: TYDLIGGÖR PRIMÄRVÅRDENS UPPDRAG OCH FUNKTION I HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

### ► *Regeringen bör göra en samlad översyn i syfte att tydliggöra primärvårdens uppdrag och funktion*

Vårdanalys anser att regeringen behöver göra det tydligare vad som är primärvårdens uppdrag och funktion i hälso- och sjukvårdssystemet. Primärvården har enligt lagstiftningen ansvaret för de uppgifter som ”inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens”. Bristen på ett positivt formulerat uppdrag har medfört att primärvården alltför ofta hanterats som en ”restpost”. Vi menar att ett tydligt, nationellt uppdrag behövs för att lägga grunden för primärvårdens utveckling. Detta är en viktig förutsättning för att attrahera och behålla personal samt leverera tjänster som svarar mot olika patientgruppers behov, förutsättningar och preferenser. Det är en central utgångspunkt för att öka befolkningens förtroende.

Arbetet med att formulera det nya uppdraget bör ske i samråd med både landstingen och hälso- och sjukvårdsprofessionerna. Vi tolkar det som att detta kan ske inom ramen för direktivet till utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* (Dir. 2017:24). Startpunkten bör vara de egenskaper som har potential att vara primärvårdens fördelar i förhållande till den övriga hälso- och sjukvården: dess förmåga till helhetssyn och ett förebyggande arbete, den naturliga samordningsrollen som helhetssynen leder till, samt primärvårdens möjlighet att erbjuda både en mer tillgänglig vård för alla och en högre kontinuitet jämfört med annan vård.

Regeringen bör också överväga hur primärvårdens utveckling kan stötts och drivas på med lämpliga styrmedel. Ett sätt skulle kunna vara att ställa tydliga och uppföljningsbara mål för de kvalitetsegenskaper som vid sidan av medicinsk kvalitet är mest centrala för primärvårdens uppdrag och funktion: en hög kontinuitet, samordning och tillgänglighet.



### 9.1.1 Säkerställ en ökad och mer anpassad tillgänglighet till primärvården

- *Regeringen bör se över vårdgarantin och säkerställa en ändamålsenlig uppföljning av väntetiderna ur patienternas perspektiv*

En stärkt primärvård måste bygga på en ökad, men också mer anpassad, tillgänglighet. Vår analys visar att bristande tillgänglighet är en viktig faktor bakom det sviktande förtroendet för primärvården. Efterlevnaden av vårdgarantin brister och befolkningens uppfattning om rimliga väntetider ställer dessutom högre krav än dagens garanti. Jämfört med andra länder är primärvårdens tillgänglighet till besök efter ordinarie besökstid samt till läkar- eller sjuksköterskebesök samma dag låg. Dessutom har nya kontaktvägar och arbetssätt utvecklats som inte finns med i vårdgarantins definition. Det talar för att regeringen bör se över den nationella vårdgarantin.

Dessutom behöver de mätmetoder som används vid insamlingen till väntetidsdatabasen utvecklas och uppgiftsinhämtningens oberoende och transparens öka. Vårdanalys har tidigare ifrågasatt statistikens tillförlitlighet mot bakgrund av hur registreringen genomförs.

- *Landstingen bör stärka primärvårdens tillgänglighet och förutsättningar att vara den första kontakten med och vägen in i hälso- och sjukvården*

För att primärvården ska ses som den naturliga ingången till hälso- och sjukvården behöver tillgängligheten stärkas. Tillgängligheten är förhållandevis låg och det finns dessutom stora geografiska skillnader. Vårdanalys har visat att en hög tillgänglighet i primärvården samvarierar med ett högt förtroende för densamma. Vi menar därför att både primärvårdens tillgänglighet och befolkningens kännedom om vägarna in i primärvården behöver förbättras för att öka befolkningens förtroende.

Tillgängligheten behöver även få en bredare innebörd och anpassas efter olika grupperns behov och förutsättningar. Ett exempel är att ta till sig utvecklingen med nya sätt att kontakta vården genom ickefysiska vårdbesök. Dels ökar ickefysiska vårdbesök tillgängligheten utanför kontorstid och i områden med långa avstånd till närmaste primärvårdsmottagning. Dels kan de svara mot behoven hos exempelvis personer som framför allt behöver stöd till egenvård. Samtidigt är det redan nu tydligt att ickefysiska vårdbesök kommer att ställa nya krav på vårdens informationssystem och styrning, exempelvis i form av ersättningssystemen och uppföljning.

Exempel på andra sätta att stärka primärvårdens möjligheter att vara vägen in i hälso- och sjukvården är att sänka eller helt avskaffa patientavgiften för besök i primärvården. En annan är att avskaffa patientavgiften i specialistvården för patienter som har remiss från primärvården. På så sätt uppmuntras personer att kontakta primärvården för en första bedömning, även om de själva tror att de kommer att behöva specialistvård. Det minskar också risken för ojämlikhet. Men arbetet för att stärka primärvårdens funktion som förstahandskontakt bör utgå från att befolkningen ska kontakta primärvården för att den ses som god och tillgänglig, snarare än att de tvingas in i vårdformen.

Ett annat sätt att stärka tillgängligheten är att arbeta utåtriktat för att nå personer som inte själva söker vård eller som bara söker akutsjukvård. Primärvården bör därför också samarbeta med olika aktörer i samhället, exempelvis kommunerna och civilsamhället, för att nå ut till grupper som är underrepresenterade i primärvården.

- *Landstingen bör överväga att använda sig av en kombination av en behovsjusterad rörlig och fast ersättning för att styra både mot tillgänglighet och mot andra kvalitetsmål*

Litteraturen lyfter att en hög andel rörlig besöksersättning främjar tillgängligheten i primärvården. Men jämfört med många andra länder har Sverige en högre andel kapiteringsersättning. Samtidigt uppmuntrar kapiteringsersättning till förebyggande arbete och ökar stabiliteten i ersättningssystemen. Utifrån litteraturen framstår det därför som att blandade ersättningssystem är att föredra, eftersom olika ersättningstyper främjar respektive motverkar olika mål. Vi bedömer dock att både den rörliga ersättningen och kapiteringsersättningen bör behovsjusteras för att inte skapa undanträngningseffekter, där patienter med enkla besvär prioriteras. Behovsjusteringen bör även baseras på fler faktorer än kön och ålder.

- *Landstingen bör aktivt motverka den geografiska ojämlikheten i primärvården*

Ur ett jämlikhetsperspektiv är det viktigt att motverka den geografiska ojämlikheten i primärvården. Bland annat finns det geografiska ojämlikheter i tillgänglighet, samordning och kontinuitet. Exempelvis skulle landstingen kunna motverka den geografiska ojämlikheten i etablering av primärvårdsmottagningar genom att i större utsträckning anpassa ersättningen för primärvårdsmottagningar i mindre attraktiva områden.



Här kan vi ta intryck av Danmark, där regionerna tar ansvar för att själva etablera primärvårdsmottagningar i områden som saknar tillgång till primärvård.

### 9.1.2 Stärk primärvårdens förutsättningar att bistå patienterna med samordning av vården

- *Regeringen bör överväga att ge primärvården det huvudsakliga ansvaret för och mandatet att säkerställa samordningen*

Patientundersökningar visar att samordningen i hälso- och sjukvården inte fungerar, trots att det finns ett lagstadgat ansvar för att samordningen sker och vissa särskilt utpekade funktioner med särskilt samordningsansvar. Vi ser därför ett behov av att överväga hur ansvaret för samordning kan tydliggöras och vilket ansvar som bör ligga på primärvården. En modell att överväga skulle kunna vara att primärvården får ett utpekat ansvar och mandat att säkerställa att samordningen av olika vårdinsatser fungerar. Detta skulle i så fall även kräva en skyldighet – och juridiska möjligheter – för andra vårdgivare, inklusive kommunerna, att på ett ändamålsenligt sätt hålla den samordnande enheten informerad om den vård som patienterna får.

Oavsett vem som har det yttersta samordningsansvaret anser Vårdanalys att det är ytterst viktigt att stärka banden och öka samverkan mellan primärvården, specialistvården och den kommunala hälso- och sjukvården. Detta behöver även kompletteras med nya arbetssätt som säkerställer att patienten själv upplever sin vård som samordnad och ges möjlighet att delta i samordningen. Förutsättningarna för en sådan utveckling skulle sannolikt främjas av att en enda vårdnivå fick huvudansvaret för att samordningen sker.

Om primärvården ska kunna ta ett helhetsansvar för och samordna sina patienters vård behövs en god informationskontinuitet och därmed en god infrastruktur för informationen. Detta ställer i sin tur krav på att hälso- och sjukvården ges ändamålsenliga juridiska förutsättningar för att få och överföra information till vårdgivare inom och utanför primärvården, exempelvis den kommunala hälso- och sjukvården. Den samordnande funktionen behöver på det sättet få återkoppling om vård vid andra enheter.

### 9.1.3 Erbjud patienterna en högre och mer anpassad kontinuitet

- *Landstingen bör se över hur personkontinuiteten i primärvård kan stärkas och utformas på ett ändamålsenligt sätt*

Personkontinuiteten, i betydelsen att återkommande träffa samma läkare, är låg i svensk primärvård. Det beror delvis på bristen på fast personal. Samtidigt visar både forskningen och vår analys att det finns en positiv samvariation mellan personkontinuitet till läkare och produktivitet. Forskningen visar också på en positiv samvariation mellan personkontinuitet till läkare och patientrapporterad kvalitet. Personkontinuiteten till läkare är särskilt viktig för personer med kroniska sjukdomar och för primärvårdens mångbesökare.

Sveriges fokus på teambaserad primärvård och sjuksköterskemottagningar för vissa diagnosgrupper har inneburit att andra professioner än läkaren i hög grad står för personkontinuiteten, medan läkarens roll i många fall snarare är att upprätthålla kontinuiteten i det medicinska ansvaret. Men forskningen om effekten av personkontinuitet till andra yrkesgrupper i vården är mycket begränsad.

Vårdanalys anser att det därför finns skäl att prioritera en hög personkontinuitet till läkare – i synnerhet för de grupper som har störst nytta av den. Samtidigt är det inte nödvändigtvis ändamålsenligt att alla som besöker primärvården får träffa en läkare varje gång. Landstingen bör därför se över hur personers behov av kontinuitet kan tillgodoses på bästa sätt samt göra det tydligare för patienterna vilken nivå av kontinuitet, och till vilken yrkesgrupp, som de kan förvänta sig.

## 9.2 UTVECKLINGSOMRÅDE 2: SÄKERSTÄLL ATT PRIMÄRVÅRDEN HAR ÄNDAMÅLSENLIG KOMPETENS OCH RESURSER

- *Regeringen bör säkerställa en långsiktig kompetensförsörjning i primärvården*

En grundförutsättning för att primärvården ska kunna uppnå sin fulla potential är att den har tillräckliga personal- och kompetensmässiga resurser. Landstingen rapporterar en brist på flera yrkesgrupper i primärvården, bland annat läkare, sjuksköterskor och psykologer. Det behövs därför långsiktiga åtgärder för att säkra primärvårdens kompetens-



försörjning. Även primärvårdens arbetssätt behöver ha ett tydligare fokus på lärande för att anpassa bemanning, arbetssätt och fördelning av arbetsuppgifter efter befolkningens behov, förutsättningar och preferenser.

Samtidigt kvarstår behovet av fler allmänläkare och distriktssjuk-sköterskor. Exempel från andra länder visar att staten kan ta en mer aktiv roll i att styra antalet platser på specialistutbildningarna, i samarbete med representanter för huvudmän och professionsföreträdare. Detta skapar möjligheter att långsiktigt påverka den övergripande strukturen när det gäller personalresurser i primärvården och andra specialinriktningar. Det kan även finnas skäl att överväga hur primärvården på ett ändamåls-enligt sätt kan få tillgång till kompetens från andra specialistområden än allmänmedicin, som exempelvis geriatrik och psykiatri.

► *Landstingen bör säkerställa att primärvården har resurser som motsvarar dess uppdrag*

Som vi konstaterat behöver primärvården stärkas för att kunna stå för en hög kontinuitet, samordning och tillgänglighet samt en helhetssyn på patienters och befolkningens behov. Det kommer även att krävas en lärandeprocess för att utveckla primärvårdens organisation, styrning och arbetssätt. Allt detta kräver resurser.

Samtidigt har vi sett en utveckling där primärvårdens resursandel i hälso- och sjukvården minskat. En anledning är att primärvården har ett fokus på kostnadskontroll som inte i tillräcklig utsträckning sätts i relation till primärvårdens uppdrag. Primärvårdsrepresentanter lyfter att primärvården får nya uppgifter i takt med att vård flyttas ut från sjukhusen och specialistvården, men trots detta har primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens samlade resurser minskat sedan 2011. Sveriges höga andel kapitering i kombination med ett omfattande kostnadsansvar för primärvården är även unikt jämfört med andra studerade länder. Landstingen bör därför säkerställa att kostnadsansvaret inte riskerar att hämma primärvårdens möjligheter att ta på sig nya uppgifter och höja ambitionsnivån.

En annan typ av resurser som behöver stärkas i primärvården är de tekniska förutsättningarna att dokumentera och dela information med andra vårdgivare. Här behöver landstingen fortsätta arbetet med att utveckla primärvårdens tekniska system för att säkerställa en hög informationskontinuitet.

### 9.3 UTVECKLINGSOMRÅDE 3: STÄRK PRIMÄRVÅRDENS UTVECKLINGSKRAFT OCH SKAPA FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR LÄRANDE

► *Regeringen bör stärka primärvårdens förutsättningar för en långsiktigt hållbar och samordnad utveckling och lärande*

För att utveckla primärvården i den riktning vi beskrivit behöver primärvårdens organisation, styrning och arbetssätt förändras. Vi menar att en ökad tydlighet i primärvårdens nationella uppdrag och funktion är en viktig utgångspunkt för en mer samordnad utveckling och lärande. Den statliga styrningen behöver definiera primärvårdens ansvar, men också ge handlingsfrihet och skapa utrymme för utveckling och lärande. Detta eftersom primärvårdens arbetssätt ständigt behöver prövas och utvecklas. Men det är viktigt att utvecklingen sker på ett lärande sätt, det vill säga genom att pröva olika lösningar och systematiskt följa upp för att utvärdera vad som fungerar. Exempelvis behövs det mer kunskap om effekterna av hög personkontinuitet till andra yrkesgrupper än läkare. Landstingen behöver även bli bättre på att sprida och ta till sig framgångsrika arbetssätt samt att ta vara på kunskaper och erfarenheter från andra länder. Att i större utsträckning lära av varandra kan även minska de omotiverade kvalitetsskillnaderna mellan landstingen.

Men en viktig utgångspunkt för att följa upp nya arbetssätt är att skapa en infrastruktur som gör det möjligt att löpande följa upp och utvärdera primärvårdens organisation, styrning, arbetssätt och resultat på en nationell nivå. Till detta hör att följa upp primärvårdens kvalitet för olika befolknings- och patientgrupper. Här finns dock väsentliga brister. En central kvalitetshöjande åtgärd är därför att investera i nya och förbättrade kunskapskällor om svensk primärvård som är oberoende av utförare och huvudmän.

Exempelvis saknas ett nationellt gemensamt register över primärvårdens uppdrag, innehåll och prestationer. Det saknas även samlad information om besöksmönstren ur ett socioekonomiskt perspektiv för att studera vårdens jämlikhet. Slutligen finns stora brister i datakällornas validitet och reliabilitet när det gäller att följa upp väntetider och patientrapporterad kvalitet. Det sistnämnda är särskilt allvarligt eftersom det är extra viktigt att staten säkerställer kvaliteten inom just dessa områden.











## Referenser

- 1177 Vårdguiden (2017). *Om 1177*. <http://www.1177.se/Stockholm/Om-1177/Om-1177/> [Besökt: 2017-03-03]
- Aakvik, A., Holmås, T.H. (2006). Access to primary health care and health outcomes: the relationships between GP characteristics and mortality rates. *Journal of Health Economics*, vol. 25, nr. 6, s. 1139–1153.
- Anell A. (2016). *Översyn av primärvårdens utveckling efter införande av Hälsoval Skåne* (KEFU-rapport 2016:4). Lund: KEFU.
- Anell, A. (2015). *Primärvårdens funktion, organisation och ekonomi – en litteraturöversikt* (rapport till utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S2013:4)). Lund: Lunds universitet.
- Anell, A. (2005). *Primärvård i förändring*. Lund: Studentlitteratur.
- Anell, A. (2004). *Strukturer Resurser Drivkrafter - sjukvårdens förutsättningar*. Lund: Studentlitteratur
- Ashwood, S., Mehrotra, A., Cowling, D., Uscher-Pines, L. (2017). Direct-to-consumer telehealth may increase access to care but does not decrease spending. *Health Affairs*, vol. 36, nr. 3, s. 485–491.
- Atun, R. (2004). *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?* Köpenhamn: WHO Regional Office for Europe.
- Bankauskaite, V., Saltman, R. B. (2007) Central issues in the decentralization debate. I Saltman, R. B., Bankauskait, V., Vrangbæk, K. (red.) *Decentralization in health care*. Berkshire: Open University Press.
- Barker, I., Steventon, A., Deeny, S.R. (2017). Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. *BMJ*, vol. 356, nr. 84.

- Berchet, C., Nader, C. (2016). The organisation of out-of hours primary care in OECD countries. *OECD Health Working Papers*, nr. 89. Paris: OECD Publishing.
- Berlin J., Kastberg, G. (2011). *Styrning av hälso- och sjukvård*. Malmö: Liber AB.
- Bhat, V.N. (2005). Institutional arrangements and efficiency of health care delivery systems. *European Journal of Health Economics*, vol. 6, nr. 3, s. 215–222.
- Bienkowska-Gibbs, T., King, S., Saunders, C. L., Henham, M-L. (2015). *New organisational models of primary care to meet the future needs of the NHS: A brief overview of recent reports*. Santa Monica: RAND Corporation.
- Blank, R. H., Burau, V. (2014). *Comparative health policy*. Fourth Edition. New York: Palgrave Macmillan.
- Bodenheimer, T., Bauer, L. (2016). Rethinking the primary care workforce – an expanded role for nurses. *N Engl J Med*, vol. 375, s. 1015–1017.
- Boerma, W.G.W., Dubois, C.A. (2006). Mapping primary care across Europe. I Saltman, R.B., Rico, A., Boerma, W. (red.) *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Berkshire: Open University Press.
- Branson, C., Badger, B., Dobbs, F. (2003). Patient satisfaction with skill mix in primary care: a review of the literature. *Primary Health Care Research and Development*, vol.4, nr. 4, s. 329–339.
- Brosig-Koch, J., Hennig-Schmidt, H., Kairies-Schwarz, N., Wiesen, D. (2015). The effects of introducing mixed payment systems for physicians – experimental evidence. *Health Economics*, vol. 26, nr. 2, s. 243–262.
- Cabana, M.D., Jee, S.H. (2004). Does continuity of care improve patient outcomes? *Journal of Family Practice*, vol. 53, nr. 12, s. 974–980.
- Culyer, A.J., Wagstaff, A. (1992). *Need, equity and equality in health and health care* (discussion paper 95). York: University of York Centre for Health Economic.
- Delnoij, D., Van Merode, G., Paulus, A., Groenewegen, P. (2000). Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure? *J Health Serv Res Policy*, vol. 5, nr. 1, s. 22–26.
- Devaux, M. (2015). Income-related inequalities and inequities in health care services utilization in 18 selected OECD countries. *European Journal of Health Economics*, vol. 16, nr. 1, s. 21–33.
- Dir 2017:24. *Samordnad utveckling för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården*. Stockholm: Regeringskansliet.

- Ds 2016:29. *Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård*. Stockholm: Regeringskansliet.
- Folkhälsomyndigheten (2016). *Folkhälsan i Sverige 2016*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- Fredriksson, M., Blomqvist, P., Winblad, U. (2011). Conflict and compliance in Swedish health care governance: Soft law in the “shadow of hierarchy”. *Scandinavian Journal of Political Studies*, vol. 35, nr. 1, s. 48–70.
- Friberg Osika, I., Krantz, G., Maatta, S., & Järbring, K. (2016). Sex differences in health care consumption in Sweden: A register-based cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 44, nr. 3, s. 264–273.
- Gerdtham UG, Jönssen B, Macfarlan M, Oxley H. (1998). The determinants of health expenditure in the OECD countries: a pooled data analysis. I Zweifel, P. (red.) *Health, the medical profession, and regulation*. New York: Springer US.
- Glenngård, A.H. (2015). *Primärvården efter vårdvalet. Valfrihet, kvalitet och produktivitet*. Stockholm: SNS Förlag.
- Glenngård, A.H., Anell, A. (2012). *Vad påverkar patientupplevd kvalitet i primärvården?* (rapport 2012:1). Stockholm: Vårdanalys.
- Greenhalgh, T., Vijayaraghavan, S., Wherton, J., Shaw, S., Byrne, E., Campbell-Richards, D., m.fl. (2016) Virtual online consultations: advantages and limitations (VOCAL) study. *BMJ Open*. vol.6, nr. 1.
- Greß, S., Delnij, D.M.J., Groenewegen P.P. (2006). Managing primary care behavior through payment systems and financial incentives. I Saltman, R.B., Rico, A., Boerma W. (red.) *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Berkshire: Open University Press.
- Gruber, J. (2006). *The Role of Consumer Copayments for Health Care: Lessons from the RAND Health Insurance Experiment and Beyond*. Kaiser Family Foundation.
- Harrocks, S., Anderson, E., Salisbury, C. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equal care to doctors. *British Medical Journal*, vol. 324, s. 819–823.
- Helmrot, K., Ziegler, B. (2016). Telefonhänvisning till akuten bakom en stor del av besöken. *Läkartidningen*, vol. 113, nr. 20.
- Hincapie, A., Warholak., T. (2011). The impact of health information exchange on health outcomes. *Appl Clin Inf*, s. 499–507.
- Holmström, I. (2008). *Telefonrådgivning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

- Iversen, T., Anell, A., Häkkinen, U., Kronborg, C., Ólafsdóttir, T. (2016). Coordination of health care in the Nordic countries. *Nordic Journal of Health Economics*, vol. 4, nr. 1, s. 41–55.
- Jacobsson, F. (2007). *Monetära ersättningsprinciper i hälso- och sjukvård* (CMT Rapport 2007:2). Linköpings Universitet.
- Janlöv, N., Anell, A., Lyttkens, C. H. (2013). Kan satsningar på primärvård öka produktiviteten i sjukvården? *Ekonomisk Debatt*, vol. 41, nr. 8, s. 50–61.
- Jerant, A., Bertakis K. D., Fenton, J. J., Franks, P. (2012). Extended Office Hours and Health Care Expenditures: A National Study. *Ann Fam Med*, vol. 10, nr. 5, s. 388–395.
- Konkurrensverket (2012). *Val av mottagning. Förutsättningar för kvalitetskonkurrens i vårdvalssystemen* (Konkurrensverkets rapportserie 2012:2). Stockholm: Konkurrensverket.
- Konkurrensverket (2010). *Uppföljning av vårdval i primärvården – Valfrihet, mångfald och etableringsförutsättningar. Slutrapport* (Konkurrensverkets rapportserie 2010:3). Stockholm: Konkurrensverket.
- Kringos, D.S., Boerma W.G.W., Hutchinson, A., Saltman, R.B. (red.) (2015). *Building primary care in a changing Europe*. European observatory on health systems and policy. Köpenhamn: WHO Regional Office for Europe
- Kringos, D.S., Boerma, W., van der Zee, J., Groenewegen, P. (2013). Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Affairs*, vol. 32, nr. 4, s. 686–694.
- Kringos, D., Boerma, W., Hutchinson, A., van der Zee, J., Groenewegen, P. (2010). The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimension. *BioMed Central*, vol. 65, nr. 10.
- Lamarche, P. A., Beaulieu, M.-D., Pineault, R., Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L. Haggerty, J. (2003). Choices for change: The path for restructuring primary healthcare services in Canada. *Canadian Health Services Research Foundation*.
- Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R., Sibbald, B. (2005). Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 18, nr. 2.
- Le Grand, J. (2007). *The other invisible hand: delivering public services through choice and competition*. Princeton: Princeton University Press.
- Lindgren, P. (2014). *Ersättning i sjukvården. Modeller, effekter, rekommendationer*. Stockholm: SNS Förlag.

- Martínez-González, N. A., Djalali, S., Tandjung, R., Huber-Geismann, F., Markun, S., Wensing, M., & Rosemann, T. (2014). Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, vol. 214, nr. 14.
- Maynard, A. (2013). Health care rationing: Doing it better in public and private health care systems. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 38, nr. 6, s. 1103–1127
- McGuire, T. (2011). Physician agency and payment for primary medical care. I Smith, P., Glied, S. (red.) *The Oxford handbook of health economics*. Oxford: Oxford University Press.
- OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development (2016). *Better ways to pay for health care*. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing.
- Pettigrew, P., Mays, N., Kumpunen, S., Rosen, R., Posaner, R. (2016). *Large-scale general practice in England: What can we learn from the literature?* (Nuffield Trust Report). London: Nuffieldtrust.
- Prop. 1994/95:195. *Primärvård, privata vårdgivare m.m.* Stockholm: Regeringskansliet.
- Raddish, M., Horn, S.D., Sharkey, P.H. (1999). Continuity of care: is it cost effective? *American Journal of Managed Care*, s.727–734.
- Ricketts, TC., Holmes, GM. (2007). Mortality and physician supply: Does region hold the key to the paradox? *Health Services Research*, vol. 42, nr. 6, s. 2233–2251.
- Riksrevisionen (2014). *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?* RiR 2014:22. Stockholm: Riksrevisionen.
- Rudin, R. S., Motala, A., Goldzweig, C. L., Shekelle, P. G. (2014). Usage and effect of health information exchange: a systematic review. *Ann Intern Med*, vol. 61, nr. 11, s.803–811.
- Sans-Corrales, M., Pujol-Ribera, E., Gene-Badia, J., Pasarin-Rua, M.I., Iglesias-Perez, B., Casajuana-Brunet, J. (2006). Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Fam Pract*, vol.23, nr.3, s. 308–316.
- Saltman, R. B., Bankauskaite, V., Vrangbæk, K. (2007). Introduction: the question of decentralization. I Saltman, R. B., Bankauskait, V., Vrangbæk, K. (red.) *Decentralization in health care*. Berkshire: Open University Press.
- Scrivens, E. (2007). The future of regulation and governance. *J R Soc Promot Health*, vol. 127, nr. 2, s.72–77.

- Sheaff, R., Schofield, J., Mannion, R., Dowling, B., Marshall, M., McNally, R. (2003). *Organisational factors and performance: a review of the literature*. London: National Coordinating Centre for the Service Delivery and Organisation.
- Simoens, S., Scott, A. (2005). Integrated primary care organizations: to what extent is integration occurring and why? *Health Services Management Research*, vol. 18, nr. 1, s. 25–40.
- SKL – Sveriges kommuner och landsting (2017). *Patientavgifter fr.o.m. den 1 januari 2017* (dnr: 17/00810). Stockholm: Avdelningen för vård och omsorg, sektionen för hälso- och sjukvård.
- SKL – Sveriges kommuner och landsting (2016a). *Rapport analysuppdrag: Flippen*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.
- SKL – Sveriges kommuner och landsting (2016b). *Ersättningssystem i hälso- och sjukvården*. Redovisning landstingsenkät 2016. (Ej publicerad.)
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2016c). *Redovisning av landstingens krav på remiss i öppen vård* (dnr: 16/06587). Stockholm: Avdelningen för vård och omsorg, sektionen för hälso- och sjukvård.
- SKL – Sveriges kommuner och landsting (2016d). *Nationell Patientenkät*. <https://patientenkät.se/sv/> [Hämtad:2017-04-19].
- SKL – Sveriges kommuner och landsting (2016e). *Vårdbarometern*. <http://www.vardbarometern.nu/> [Hämtad:2017-04-19].
- SKL – Sveriges kommuner och landsting (2015a). *Vårdbarometern – befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på hälso- och sjukvården*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.
- SKL – Sveriges kommuner och landsting (2015b). *Vårdbarometern frekvenstabell 2015*. [http://www.vardbarometern.nu/PDF/Frekvenstabell\\_VB\\_2015.pdf](http://www.vardbarometern.nu/PDF/Frekvenstabell_VB_2015.pdf) [Hämtad: 2017-02-16].
- SLF – Sveriges Läkarförbund (2013). *Primärvårdens läkarbemanning. Öppna jämförelser mellan landsting och driftsformer av primärvårdens försörjning av specialitläkare 2012*. Stockholm: Sveriges läkarförbund.
- Socialstyrelsen (2017). *Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården?* <https://vemfargoravad.socialstyrelsen.se/> [Besökt: 2017-04-19]
- Socialstyrelsen (2016). *Primärvårdens uppdrag. En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015). *Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården?* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2008). *Mot en mer jämställd sjukvård och socialtjänst*. Stockholm: Socialstyrelsen.



- Socialstyrelsen (2004). *Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen och SKL – Sveriges kommuner och landsting (2014). *Öppna jämförelser 2014 – Hälso- och sjukvård – Del 1. Övergripande indikatorer*. Västerås: Socialstyrelsen.
- SOU 2016:2. *Effektiv vård*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Starfield, B. (2006). State of art in research on equity in health. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 31, nr. 1, s. 11–32.
- Starfield, B., Shi, L., Macinko, J. (2005). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*, vol. 83, nr. 3, s. 457–502.
- Starfield, B., Shi, L. (2002). Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*. Jun, vol. 60, nr. 3, s. 201–218.
- Stokes, T., Tarrant, C., Mainous, A.G., Schers, H., Freeman, G., Barker, R. (2005). Continuity of care: is the personal doctor still important? A survey of general practitioners and family physicians in England and wales, the United States, and the Netherlands. *Annals of family medicine*, vol. 3, nr. 4, s. 353–359.
- Svenska företagsläkarföreningen (2016). *Kompletteringsträsket - en rapport från Företagsläkarna*. Stockholm: Svenska företagsläkarföreningen.
- Sveréus, S., Larsson, K., Rehnberg, C. (2017). Clinic continuity of care, clinical outcomes and direct costs for COPD in Sweden: a population based cohort study. *European clinical respiratory journal*, vol. 4, nr. 1.
- Sveriges Radio (2017). *Växande marknad för digital vård – dyrt för landstingen*. <http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=83&artikel=6643265> [Besökt: 2017-03-03]
- Tao, W., Agerholm, J., Burström, B. (2016). The impact of reimbursement systems on equity in access and quality of primary care: A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, vol. 542, nr. 16.
- van Doorslaer, E. Masserina, C. Koolman, X. m.fl. (2006). Inequalities in access to medical care by income in develop countries. *CMAJ*, January 17, vol. 174, nr. 2, s. 177–183.
- van Servellen, G., Fongwa, M., D’Errico, E. M. (2006). Continuity of care and quality care outcomes for people experiencing chronic conditions: A literature review. *Nursing & Health Science*, vol. 8, nr. 3, s. 185–195.
- Vedsted, P., Olesen, F. (2011). Are the serious problems in cancer survival partly rooted in gatekeeper principles? *British Journal of General Practice*, vol. 61, s. 508–512.

- Verma, P., Ford, J. A., Stuart, A., Howe, A., Everington, S., Steel, N. (2016). A systematic review of strategies to recruit and retain primary care doctors. *Health Services Research*, vol. 126, nr. 16.
- Vermeir, P., Vandijck, D., Degroote, S., Peleman, R., Verhaeghe, R., Mortier, E., Hallaert, G., Van Daele, S., Buylaert, W., Vogelaers, D. (2015). Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. *Int J Clin Pract*, vol.69, nr. 11, s. 1257–1267.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017). *Lag utan genomslag. Utvärdering av patientlagen 2014–2017* (rapport 2017:2). Stockholm: Vårdanalys
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016a). *Vården ur befolkningens perspektiv 2016 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder* (PM 2016:5). Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016b). *Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem* (PM 2016:1). Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016c). *Ändamålsenliga journalsystem i primärvården – lärdomar från läkarnas perspektiv* (PM 2016:7). Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015a). *Vårdval och jämlik vård inom primärvården En jämförande studie mellan tre länsting före och efter vårdvalets införande* (rapport 2015:6). Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015b). *Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder* (rapport 2015:9). Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015c). *Patientlagen i praktiken – en baslinjemätning* (rapport 2015:1). Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015d). *Varierande väntan på vård – analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin* (rapport 2015:5). Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014a). *En mer jämlik vård är möjlig. Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande* (rapport 2014:7). Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014b). *Låt den rätte komma in. Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden?* (rapport 2014:3). Stockholm: Vårdanalys.

- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2013a). *Vem har vårdvalet gynnat? En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande i primärvården* (rapport 2013:1). Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2013b). *Ur led är tiden – Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens* (rapport 2013:9). Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2013c). *Vad vill patienten veta för att välja? – Vårdanalys utvärdering av vårdvalsinförning* (rapport 2013:4). Stockholm: Vårdanalys.
- WHO – World Health Organization (2008). *The world health report 2008. Primary health care – now more than ever*. Genève: World Health Organization
- Willems D.L. (2001). Balancing rationalities: gatekeeping in health care. *Journal of Medical Ethics*, vol. 27, s. 25–29.
- Winblad, U., Blomqvist, P., Boström, L. (2015). *Patientcentrering i Sverige – aktuella initiativ*. (Arbetsmaterial presenterat vid Forum för Health Policy Workshop 11 februari 2015.) Uppsala: Uppsala Universitet.
- Winblad, U., Hanning, M. (2013). Sweden. I Siciliani, L., Borowitz, M., Moran, V. (red.) *Waiting time policies in the health sector*. Paris: OECD Publishing.
- Winblad, U., Isaksson, D., Bergman, P. (2012). *Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvården. En kartläggning av kunskapsläget* (rapport 2012:2). Stockholm: Vårdanalys.
- Worrall, G., Knight, J. (2006). Continuity of care for older patients in family practice: how important is it? *Can Fam Physician*, vol. 52, nr. 6, s. 754–755.







## Bilagor

### BILAGA 1 – FRÅGOR FRÅN 2016 ÅRS IHP-UNDERSÖKNING I KAPITEL 1

*International Health Policy Survey* (IHP-studien) genomförs årligen av den amerikanska stiftelsen *Commonwealth Fund* och syftar till att undersöka befolkningens upplevelser av hälso- och sjukvården i elva länder: Australien, Kanada, Frankrike, Tyskland, Nederländerna, Nya Zeeland, Norge, Sverige, Schweiz, Storbritannien och USA.

2016 års undersökning vände sig till ett slumpmässigt urval av personer i befolkningen som är 18 år eller äldre. Datainsamlingen har genomförts som telefonintervjuer mellan den 12 mars och 16 maj 2016 och den svenska delen av undersökningen har besvarats av totalt 7 124 personer. I andra länder är urvalet betydligt mindre. Exempelvis har Frankrike, Tyskland och Storbritannien cirka 1 000 deltagare medan Kanada har 4 500 och Australien 5 200 deltagare. Trots skillnader i storlek på urvalet i de olika länderna är det statistiskt möjligt att jämföra resultaten mellan länderna för de allra flesta frågor.

**Tabell 11.** Frågor ur 2016 års IHP-undersökning som jämförs i kapitel 1 (figur 1).

**Utvalda kvalitetsfrågor från IHP-undersökningen**

Andel i befolkningen som uppger att de har fast läkarkontakt (till exempel familjeläkare, husläkare eller distriktsläkare)

Andel i befolkningen med fast läkarkontakt eller en någon särskild läkarmottagning, vårdcentral eller klinik som hen vanligen går till för den mesta av vården

Tillgänglighet till läkare eller sjuksköterska samma eller nästa dag (baserat på erfarenheter senaste gången respondenten var sjuk eller behövde medicinsk vård)

Tillgänglighet till läkare eller sjuksköterska inom 7 dagar (andel enligt ovan)

Tillgänglighet till vård kvällar och helger utan att gå till sjukhusets akutmottagning (exklusive de som aldrig behövt vård på kvällar eller helger; andel som svarat "mycket lätt" eller "ganska lätt")

Kontakt med ordinarie mottagning samma dag (respondenter som har fast läkare eller mottagning, exklusive de som aldrig varit i kontakt med mottagningen per telefon; andel som svarat "alltid" eller "ofta")

Övergripande bedömning av vård på ordinarie mottagning (exklusive de som inte fått vård under de senaste 12 månaderna; andel som svarat "utmärkt", "mycket bra" eller "bra")

Hjälp från ordinarie läkare eller annan på mottagning att koordinera den vård man får från andra läkare och ställen (exklusive de som uppger att de inte är i behov av koordinering av sina vårdinsatser; andel som svarat "alltid" eller "ofta")

Ordinarie läkare informerad om vård på sjukhuset (respondenter som varit inlagda på sjukhus senaste två åren, exklusive de som angett att de inte träffat sin läkare efter utskrivning; andel som svarat "ja")



## BILAGA 2 – ANALYS AV BESÖKSMÖNSTER I KAPITEL 2

Vi har haft tillgång till olika datavariabler och därför kunnat göra olika analyser av datan från Jönköping, Västerbotten och Norrbotten respektive Stockholm.

### Besöksmönster i första linjens vård i Jönköping, Västerbotten och Norrbotten

Analyserna har genomförts av Health Navigator för Vårdanalys räkning. De baseras på data från tre landsting och regioner: Region Jönköpings län, Region Norrbotten och Västerbottens läns landsting. Informationen täcker in i princip all landstingsfinansierad öppenvård under år 2014 och 2015. Datan bedöms generellt hålla hög kvalitet och täckningsgraden för de flesta variabler är hög.

Däremot är det endast landstingsfinansierad vård som finns med i datauttagen. Detta inkluderar all vård, oavsett om den utförts hos en offentlig eller privat utförare. Privatfinansierade besök (exempelvis genom privata sjukvårdsförsäkringar) ingår inte i analysen. Andelen privat finansierad vård i Sverige uppgår dock till en knapp procent av de totala vårdkostnaderna, vilket innebär att begränsningen inte bör påverka resultatet av analysen (Ds 2016:29).

#### Datakategorier

##### Urvalet av vårdgivare som ingår i studien

Vår definition av första linjens vård utgår från patienternas sökmönster vid ett nytillkommet tillstånd, snarare än från vårdgivarnas organisatoriska indelning. Det innebär att vi även analyserar i vilken utsträckning patienter vänder sig direkt till öppen specialistvård eller till sjukhusens akutmottagningar, trots att deras vårdbehov kanske hade kunnat tillgodoses inom primärvården.

Analysen av besöksmönstren i Jönköping, Västerbotten och Norrbotten fokuserar på tre vårdtyper i första linjens vård.

*Primärvård* definieras som husläkarmottagningar, primärvårdsjourmottagningar (närakuter), barnvårdscentraler (BVC) och mödravårdscentraler (MVC). I statistiken från Jönköping ingår dock inte barnvårdscentraler.

*Specialistmottagningar* definieras som enskilda eller sjukhusbundna specialistmottagningar. Datan över remitteringar är begränsad, vilket försvårar möjligheten att dela upp besöken i specialistvården efter om de har

föregåtts av en remiss från annan vårdgivare eller inte. I analyserna av datan från Jönköping, Västerbotten och Norrbotten har därför ingen uppdelning gjorts för om besöket föregåtts av en remiss.

*Akutmottagning* definieras som akutmottagningar på sjukhus. Besöket har inte inkluderats i analysen om patienten skrevs in i sluten vård, eftersom akutmottagningen i dessa fall inte är ett alternativ till primärvården.

Det finns även vissa skillnader över landet i vilket vårdutbud som landstingen är beställare av. Vissa landsting är beställare (och ibland även utförare) av hemsjukvård och ungdomsmottagningar, samtidigt som motsvarande vård i andra landsting beställs (och bedrivs) av kommunen. Inget av de tre landsting som analyseras ansvarar för hemsjukvård, medan ansvaret för ungdomsmottagningar skiljer sig åt. För att möjliggöra en större jämförbarhet både mellan dessa tre landsting och med andra landsting och regioner i Sverige är därför hemsjukvård och ungdomsmottagningar exkluderade från analysen.

### **Telefonkontakter med 1177 Vårdguiden**

Endast Jönköping hade kvalitetssäkrade data om telefonsamtal med 1177 Vårdguiden. Därför baserades analyserna av kontakter med 1177 enbart på data från Jönköping och inte från Västerbotten eller Norrbotten.

Jönköping registrerar dessutom kontakter med 1177 på ett sätt som möjliggör sammankoppling med ordinarie vårddata. Jönköping har själva definierat när en kontakt med 1177 anses var i samband med ett besök i första linjens vård. För akutbesök ska kontakten med 1177 ha skett inom 24 timmar före akutbesöket. För övriga vårdnivåer är tidsgränsen satt till 72 timmar. Har ingen kontakt med vården skett inom dessa tider anses patienten ha tagit hand om besväret på egen hand. Detta gäller även patienter som kontaktat 1177 i Jönköping, men som sedan sökt vård utanför länet.

För varje kontakt med 1177 registreras också en rekommendation, vilket gör det möjligt att följa upp följsamheten till 1177:s rekommendationer. Tidsgränsen för när ett besök anses kopplat till en kontakt med 1177 gör dock att följsamheten underskattas, eftersom det ibland kan vara svårt att få en tid i primärvården eller i den specialiserade öppenvården inom 72 timmar. Andelen egenvård kommer således att överskattas.

### **Diagnoser**

Hur stor andel av besöken som har en registrerad diagnos skiljer sig mycket åt mellan landstingen. I Västerbotten har ca 6 procent av de fysiska besöken en registrerad diagnos och i Norrbotten knappt 50 procent. Diagnos-

registreringsgraden är högst i Jönköping där två tredjedelar av de fysiska besöken har en registrerad diagnos. Med detta som bakgrund beslöt vi att endast analysera diagnoser baserat på data från Jönköping. Data om registrerade diagnoser har inhämtats från Jönköping för perioden 2012 till 2015, för att möjliggöra analyser av patienter med utvalda diagnoser som inte sökt vård under perioden 2014 till 2015.

Det finns vissa skillnader i hur man registrerat diagnoserna för de olika vårdnivåerna, men i våra analyser är diagnoserna grupperade efter treställig ICD-10 kod. Registreringsgraden skiljde sig även åt mellan vårdnivåerna. På akutmottagningarna hade 93 procent av alla besök en registrerad diagnos, medan endast 65 procent av besöken i primärvården hade en registrerad diagnos.

### **”Lätta” diagnoser**

För att analysera primärvårdsrepresentanternas hypotes att unga (16–26 år) i högre uträkning söker primärvård för besvär som skulle kunna behandlas med egenvård har samtliga besök från åldersgruppen i primärvården i Jönköping under 2015 analyserats. Uteblivna besök, sena återbud, besök som ledde till oplanerad inskrivning, telefonbesök, besök utan diagnos samt besök på ungdomsmottagningar och hälsovård ingick inte i analysen. De 60 vanligaste diagnoserna vid dessa besök delades med hjälp av tre primärvårdsläkare in i fyra grupper, beroende på i vilken utsträckning tillståndet bedömdes vara i behov av vård eller en medicinsk bedömning och därmed inte hade kunnat behandlas på egen hand (egenvård). Ungefär hälften av primärvårdsbesöken från denna grupp hade en diagnos registrerad.

De fyra grupperna var:

1. Tillstånd som i *hög utsträckning* bedömdes kräva medicinsk vård eller bedömning (det vill säga, 76–100 procent av fallen med detta tillstånd bedöms behöva medicinsk vård eller bedömning)
2. Tillstånd som i *medelhög utsträckning* bedömdes kräva medicinsk vård eller bedömning (51–75 procent av fallen)
3. Tillstånd som i *låg utsträckning* bedömdes kräva medicinsk vård eller bedömning (31–50 procent av fallen)
4. Tillstånd som i *mycket låg utsträckning* bedömdes kräva medicinsk vård eller bedömning (0–30 procent av fallen)

Exempelvis bedömdes det för diagnosen myalgi att patienten i 0–30 procent av fallen behövde söka vård för besväret, jämfört med astmatiska besvär där

bedömningen var att det i 76–100 procent av fallen behövdes medicinsk vård eller bedömning. I de fall där det var svårt att bedöma vilken grupp tillståndet eller diagnosen skulle placeras i, valde läkarna som gjorde bedömningen att klassificera behovet av vård som högre och placerade därmed diagnosen i den högre gruppen. Samtliga hudsymptom och sårskador placerades i gruppen ”hög” för att de flesta fall behöver bedömas av vårdpersonal, även om ingen åtgärd är nödvändig i många av fallen.

Indelningen baserades på treställiga ICD 10-koder, men ett antal grupperingar av tillstånd och diagnoser gjordes i samråd med ovanstående läkare. Detta avsåg övre luftvägsinfektioner förutom förkylning, förkylning samt olika former av bukbesvär (buksmärta, dyspepsi, etcetera). Anledningen är att flera av dessa diagnoser har liknande symptom, att det finns en överlappning i diagnosticeringen samt att det är en liknande andel patienter som är i behov av medicinsk vård för dessa diagnoser.

Med denna indelning av diagnoserna kunde sedan varje besök i primärvården där en diagnos registrerats klassificerats efter vilken utsträckning besöket gällde en ”lätt” diagnos och därmed kunde ha vårdats på egen hand.

### **Patienter som besöker första linjens vård för första gången**

Eftersom första linjens vård är den första vårdinstans som patienter söker till på grund av nyttillkomna tillstånd är det intressant att komplettera de analyser som genomförs på samtliga besök med att studera hur vårdkonsumtionen ser ut i de fall som patienten besöker vården för första gången. Vi har därför analyserat de cirka 3–5 procent av besöken i första linjens vård som inte föregås av något tidigare besök inom ett år.

### **Mångbesökare**

Vi har även gjort en separat analys av personer som besöker primärvården eller akutsjukvården ofta. En person har klassificerats som en mångbesökare om hen gjort fyra eller fler besök på en akutmottagning eller minst tio besök i primärvården under ett år.

### *Analyser*

#### **Andel med minst ett besök**

Vi har analyserat andelen personer som gjort minst ett fysiskt besök hos någon yrkesgrupp inom respektive typ av vård. Om till exempel andelen med minst ett besök i primärvården är 60 procent, innebär det att sex av tio personer gjort minst ett besök i primärvården under året. Dessa andelar

är inte ömsesidigt uteslutande, det vill säga samtidigt som 60 procent gjort minst ett besök i primärvården så kan lika många ha haft kontakt med någon annan vårdnivå.

### **Antalet besök hos respektive vårdnivå**

Vi har även analyserat antalet fysiska besök i varje vårdnivå för att se hur respektive vårdnivå förhåller sig till varandra storlek. Analysen gör det även möjligt att jämföra hur många besök personer med olika kön eller ålder gör i första linjens vård samt hur besöken fördelar sig mellan olika vårdnivåer.

### **Besöksmönster och sökmönster mellan vårdnivåer**

Förutom andelen med minst en kontakt med respektive vårdnivå analyserar vi även vilken kombination av vårdnivåer respektive person besökt, samt hur vanlig varje kombination är. Besöksmönstren ger med andra ord en indikation på hur olika vårdtyper överlappar varandra.

Varje person har ett av sju möjliga besöksmönster:

- Endast kontakt med primärvård.
- Endast kontakt med specialistvård.
- Endast kontakt med akutsjukvård.
- Kontakt med primärvård samt specialistvård.
- Kontakt med primärvård samt akutsjukvård.
- Kontakt med specialistvård samt akutsjukvård.
- Kontakt med alla vårdtyper inom första linjens vård.

Analysen av besöksmönstren kompletteras med en analys av sökmönstret mellan vårdnivåer, det vill säga flödet av patienter mellan vårdnivåer. Vi har här utgått från besök som skett inom 14 dagar efter att en patient besökt någon vårdnivå i första linjens vård för att se om hen besökt olika vårdnivåer – eller samma vårdnivå två gånger – efter varandra.

### **Besöksmönster i första linjens vård i Stockholm**

Analyserna har genomförts av professor Clas Rehnberg och Sofia Sveréus vid Karolinska Institutet för Vårdanalys räkning. De baseras på data från tre olika register. Från Statistiska Centralbyråns (SCBs) longitudinella integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier (LISA) har information om vilka personer som bodde i Stockholms län i slutet av 2012, samt deras ålder, kön, inkomst och utbildningsnivå hämtats. Denna

**Figur 54.** Länkningen av registren som används i analysen av besöksmönster i första linjens vård i Stockholm.



databas har därefter länkats till Patientregistret från Socialstyrelsen samt till VAL-databasen från Stockholms läns landsting (figur 54). Studien inkluderar läkarbesök som skett under år 2012. Endast vård som personer bosatta i Stockholms län har fått hos vårdgivare i länet har inkluderats. Länkningen har skett via anonymiserade personnummer. Studien har godkänts av den regionala etikprövningsnämnden i Stockholm (diarie-nummer 2016/1542-31/5).

Patientregistret innehåller information om läkarbesök i specialiserad öppen- och slutenvård. Utdrag från VAL-databasen innehåller läkarbesök i primärvården, uppdelat på olika verksamheter, som husläkarverksamhet och närakuter.

Studien omfattar de 1 602 250 personer som var över 20 år och bodde i Stockholms län i slutet av år 2012.

### *Datakategorier*

#### **Urvalet av vårdgivare som ingår i studien**

Det finns flera utmaningar med att definiera första linjens vård utifrån registerdata. Besök på akutmottagningar registreras till exempel på olika sätt vid olika sjukhus inom Stockholms län (en särskild variabel för besök på akutmottagning infördes under år 2015, men vår analys baseras på data från år 2012).

Analysen av besöksmönstren i Stockholm fokuserar på tre vårdtyper i första linjens vård.

*Primärvård* definieras som läkarbesök på mottagning inom husläkarverksamhet, basal hemsjukvård samt olika typer av primärvårdsjourer, lättakuter och närakuter.

*Remissfri öppenvård som inte är primärvård* ("remissfri vård") definieras som öppenvårdsbesök som inte är primärvård och som uppfyller följande två

kriterier: (1) besöket sker inte på något av de sex akutsjukhusen i länet och (2) besöket sker i något av verksamhetsområdena öppenvårdspsykiatri, hud- och könssjukvård, gynekologi, obstetrik, sjukgymnastikverksamhet, ögonsjukvård eller öron-, näs- och halssjukvård. Vi har valt att inkludera dessa verksamhetsområden eftersom det är de som framstår som remissfria för en patient som letar information på till exempel 1177 vårdguiden.

*Oplanerad vård på akutsjukhus* definieras utifrån Patientregistrets variabel ”planerad vård”. Vi inkluderar besök på akutsjukhusen (Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge och Solna, Södersjukhuset, Danderyds Sjukhus, St. Görans Sjukhus och Södertälje Sjukhus), som markerats som oplanerade i Patientregistret. Det innebär sannolikt att vi fångar både besök på akutmottagningar och andra oplanerade öppenvårdsbesök. Oplanerad vård på akutsjukhus är alltså ett bredare begrepp än vård på akutmottagning. Det är dock inte möjligt med befintlig data att specifikt välja ut vård på akutmottagning. Akutmottagningsbesök som leder till inskrivning i slutenvården rapporteras inte till Patientregistret och ingår därför inte.

Vi har även gjort vissa analyser av en fjärde typ av vård, ”vård som kräver remiss”, som innefattar all specialiserad öppenvård som inte ingår i någon av de andra tre kategorierna.

I denna studie har vi valt att fokusera på ”kontakt med första linjens vård” snarare än antalet besök, vilket innebär att vi endast mäter om personen haft någon kontakt (1) eller ingen kontakt (0) med respektive typ av vård. Vi räknar alltså inte antalet besök – en person som haft kontakt med exempelvis primärvården kan ha gjort ett eller flera besök.

### Besök med ”lätt” eller psykiatrisk diagnos

I huvudanalyserna inkluderar vi alla läkarbesök inom respektive vårdtyp, oavsett vad besöket är kopplat till för diagnos. I en underanalys har vi dock valt att även titta specifikt på besök med ”lätta” diagnoser respektive besök med psykiatriska diagnoser. Det vi definierar som lätta diagnoser

**Tabell 12.** Besöken klassificeras utifrån vårdtyp och diagnos.

	Primärvård	Remissfri öppenvård	Oplanerad vård på akutsjukhus	Vård som kräver remiss
Alla besök oavsett diagnos	0   1	0   1	0   1	0   1
Besök med ”lätt” diagnos*	0   1	0   1	0   1	0   1
Besök med psykiatrisk diagnos**	0   1	0   1	0   1	0   1

Not: \* ICD10: J00-J06, Z03, B34, med underkategorier. Specifikationen har tidigare använts i Vårdanalys (2013a). \*\* ICD10: F00-F99, med underkategorier.

är i huvudsak övre luftvägsinfektioner, som snuva och halsfluss, och ospecificerade virusinfektioner (se tabell 12). Psykiatriska diagnoser är alla diagnoser som ryms inom diagnoskapitlet ”Psykiiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar” i ICD10. För varje individ markerar vi om hen gjort noll respektive minst ett läkarbesök inom respektive vårdtyp och diagnos.

### Långvariga eller kroniska sjukdomar och tillstånd

Vi även använt ett internationellt etablerat mått – Charlson index – för att indikera om en person lider av en långvarig eller kronisk sjukdom eller tillstånd. Måttet utvecklades ursprungligen för att bedöma sannolikheten att dö inom ett år för patienter med flera samtidiga sjukdomar, ofta kallade multisjuka patienter. Charlson Index baserar sig på förekomsten av ett antal långvariga eller kroniska diagnoser, som visas i tabell 13. Så som indexet traditionell används poängsätts varje diagnos och den totala vikten av samtliga diagnoser en person har summeras. Desto högre totalpoäng, desto mer sannolikt är det att patienten inte kommer att överleva det närmaste året.

Vi har i stället valt att undersöka om en person har ett Charlson Index som är större än noll eller inte. Om Charlson Index är större än noll innebär det att personen har minst en av diagnoserna i tabell 13 registrerad för något besök eller slutenvårdstillfälle under året. När vi undersökt förekomsten av diagnoserna i Charlson Index har vi utgått från alla diagnoser som fanns registrerade som huvud- eller bidiagnos i Patientregistret år 2012. Detta innebär att vi fångar många, men inte alla, av de personer som har någon av dessa diagnoser (alla personer söker inte vård för exempelvis en kronisk sjukdom varje år). Totalt har cirka 8 procent av befolkningen ett Charlson Index motsvarande 1 eller högre. Vi analyserar inte eventuella skillnader mellan patienter med en vikt på 1 eller högre.

**Tabell 13.** Diagnoser som ingår i Charlson Index.

Diagnoser som ingår i Charlson Index	
Hjärtinfarkt	Mild leversjukdom
Hjärtsvikt	Diabetes utan komplikationer
Kärlsjukdom	Diabetes med komplikationer
Cerebrovaskulär sjukdom	Paraplegi eller hemiplegi, njursjukdom
Demens	Cancer
Lungsjukdom	Måttlig eller svår leversjukdom
Bindvävssjukdom/reumatisk sjukdom	Metastaserande tumörsjukdom
Magsår	AIDS/HIV



## **Socioekonomi – utbildning och inkomst**

De socioekonomiska variabler vi valt att fokusera på är utbildning och inkomst. Utbildning definieras som högsta avslutande utbildning och delas upp i kategorierna max grundskola, max gymnasium respektive högskoleutbildning. Inkomst definieras som disponibel inkomst viktat med familjestorlek och delas upp i fem inkomstgrupper. Inkomsten beräknas som summan av den totala disponibla årsinkomsten (arbetsinkomst, kapitalinkomst och pension efter skatt och transfereringar) för alla personer i ett hushåll dividerat med antalet personer som bor i hushållet, viktat för om personerna är barn eller vuxna. Personer med noll eller negativ inkomst enligt detta mått (cirka 2 procent av personerna) ingår inte i analysen av inkomstgrupper, eftersom de skiljer sig kraftigt åt från andra personer med låga inkomster. I den lägsta inkomstgruppen (kvintil 1) ingår den femtedel av Stockholms befolkning som har lägst inkomst och i den högsta inkomstgruppen (kvintil 5) ingår den femtedel som har högst inkomst.

### *Analys*

#### **Andel med minst ett läkarbesök**

Vi har analyserat andelen personer som gjort minst ett besök hos läkare inom respektive typ av vård. Om till exempel andelen med minst ett läkarbesök i primärvården för personer med max gymnasieutbildning är 60 procent, innebär det att sex av tio personer i gruppen med max gymnasieutbildning gjort minst ett besök i primärvården under året. Dessa andelar är inte ömsesidigt uteslutande, det vill säga samtidigt som 60 procent gjort minst ett läkarbesök i primärvården så kan lika många ha haft kontakt med någon annan vårdnivå.

#### **Besöksmönster**

Vi analyserar även vilken kombination av vårdnivåer respektive person besökt, samt hur vanlig varje kombination är inom olika socioekonomiska grupper. Besöksmönstren ger med andra ord en indikation på hur olika vårdtyper överlappar varandra och gör det möjligt att se exempelvis vilka personer som inte har kontakt alls med första linjens vård, vilka som har kontakt med alla vårdnivåer, vilka som endast haft kontakt med primärvården och så vidare.

Varje person har ett av åtta möjliga besöksmönster:

- Ingen kontakt med första linjens vård.
- Endast kontakt med primärvård.
- Endast kontakt med remissfri vård.
- Endast kontakt med oplanerad vård på akutsjukhus.
- Kontakt med primärvård samt remissfri vård.
- Kontakt med primärvård samt oplanerad vård på akutsjukhus.
- Kontakt med remissfri vård samt oplanerad vård på akutsjukhus.
- Kontakt med alla vårdtyper inom första linjens vård.

Vi summerar även andelen personer inom respektive socioekonomisk grupp som har respektive sökmönster och jämför om andelarna skiljer sig åt.

### **Standardisering för ålder och kön**

För att göra andelarna och besöksmönstren i olika grupper mer jämförbara standardiserar vi resultaten för gruppens ålder- och könssammansättning. Den högsta inkomstgruppen har exempelvis både färre mycket unga personer och färre mycket gamla personer. Vi vill kunna jämföra den lägsta och högsta inkomstgruppen utan att skillnaden i ålderssammansättning mellan grupperna stör jämförelsen. Därför tillämpar vi en direkt standardisering med totalbefolkningen som referenspopulation. Det innebär att i stället för att visa faktiska andelar och besöksmönster för den lägsta respektive högsta inkomstgruppen visar vi de andelar och besöksmönster respektive grupp skulle ha haft om deras köns- och ålderssammansättning vore densamma som totalpopulationens. Konkret innebär det att vi först beräknar andelar och besöksmönster per åldersgrupp och kön inom en socioekonomisk grupp och därefter viktat resultaten med den andel som respektive åldersgrupp och kön utgör av totalpopulationen. Slutligen summerar vi de viktade resultaten till ett totalresultat för den socioekonomiska gruppen.

Standardisering för ålder och kön är inte detsamma som att ta hänsyn till skillnader i vårdbehov mellan olika grupper. Skillnaderna i behov är mer komplexa än vad vi kan mäta enbart med hjälp av kunskap om personens ålder och kön.

## BILAGA 3 – INTERVJUER MED VERKSAMMA OCH EXPERTER I PRIMÄRVÅRDEN I KAPITEL 3

Studien baseras på intervjuer och fokusgrupper med vårdgivare, experter, patienter och anhöriga. Intervjurespondenter och fokusgruppsdeltagare valdes ut för att representera verksamheter över hela landet, från norr till söder och från såväl glesbygd som storstad.

### Breda intervjuer

Vi genomförde ett flertal breda intervjuer som fokuserade på att identifiera strukturella och patientrelaterade utmaningar i dagens primärvård (tabell 14). Intervjuerna var semi-strukturerade med fokus på vad som är de största hindren för en jämlik och patientcentrerad primärvård, vad som skulle krävas för att lösa dem samt eventuella patientgrupper som primärvården är sämre på att möta, exempelvis på grund av att deras primärvårdskonsumtion är betydligt mindre eller betydligt större än vad som anses nödvändigt utifrån deras medicinska behov.

Vi genomförde även en inledande fokusgruppsintervju för att få synpunkter på ramverket i kapitel 3 (figur 16). I fokusgruppsintervjun deltog sex deltagare som representerade olika yrkeskategorier i primärvården.

**Tabell 14.** Intervjupersoner i de breda intervjuerna.

Intervjupersoner	Roll	Organisation
Charlotta Larsdotter	Direktör, Vårdcentralerna Bra Liv	Region Jönköpings län
Ann-Sofie Simonsson	Ekonomischef, Vårdcentralerna Bra Liv	Region Jönköpings län
Mats Osbeck	Verksamhetschef, Vårdcentralerna Bra Liv	Region Jönköpings län
Johan Carlsson	Utvecklingschef, Vårdcentralerna Bra Liv	Region Jönköpings län
Miriam Carlsson	Verksamhetschef, Vårdcentralerna Bra Liv	Region Jönköpings län
Magnus Mattson Mårn	Primärvårdsöverläkare	Region Jönköpings län
Göran Runesson	Verksamhetschef, Vårdcentralerna Bra Liv	Region Jönköpings län
Ann-Margret Floengård	Verksamhetschef, Vårdcentralerna Bra Liv	Region Jönköpings län
RosMarie Nilsson	Förvaltningschef, primärvårdsförvaltningen	Landstinget Blekinge
Ralph Harlid	Planeringsdirektör	Landstinget Blekinge
Anna Svensson	Primärvårdschef, offentlig primärvård i Ronneby, Kallinge, BräkneHoby, Samariten och rehab Ronneby, Karlshamn	Landstinget Blekinge
Ulrika Holmqvist	Primärvårdschef, Närhälsan i Norra Bohuslän och Dalsland	Västra Götalandsregionen
Jacob Risholm	Medicinskt ansvarig, Närhälsan i Norra Bohuslän och Dalsland	Västra Götalandsregionen
Thor Ulnes	Distriktsjuksköterska	Västra Götalandsregionen

**Tabell 14.** Intervjupersoner i de breda intervjuerna. (forts.)

Intervjupersoner	Roll	Organisation
Lars Mattsson	Primärvårdsdirektör	Landstinget i Kalmar län
Sofia Hartz	Beställarchef	Landstinget i Kalmar län
Anna-Karin Alvunger	Allmänläkare och verksamhetschef	Landstinget i Kalmar län
Anna Höglund	Verksamhetschef, Mariehems hälsocentral	Västerbottens läns landsting
Ronny Lestander	Verksamhetschef, Holmsund-Obbola och Sävar hälsocentraler	Västerbottens läns landsting
Ulrika Westman-Yttergren	Verksamhetschef, Robertsfors hälsocentral	Västerbottens läns landsting
Britt-Marie Pla	Verksamhetschef, Mörby akademiska vårdcentral	Stockholms läns landsting
Eva Henriksen	Verksamhetschef, Akademiskt primärvårdscentrum	Stockholms läns landsting
Gerd Tinglöf Engström	Verksamhetschef, Brommaplans vårdcentral	Stockholms läns landsting
Gunilla Ekestam Zweig	Läkare, Handens vårdcentral	Stockholms läns landsting
Lena Pomerleau	Verksamhetschef, Boo vårdcentral, och specialitetssakkunnig i allmänmedicin	Stockholms läns landsting
Karin Rudling	Verksamhetschef Stockholms sjukhems husläkarmottagning	Stockholms läns landsting
Jonas Norrby	Allmänläkare	Landstinget Västernorrland
Åke Qvarnström	Allmänläkare	Landstinget Västernorrland
Owe Lindh	Allmänläkare och medicinsk rådgivare	Örebro läns landsting
Malin Nordhammar	Distriktssjuksköterska	Region Kronoberg
Veronica Westberg	Distriktssjuksköterska	Region Jämtland Härjedalen
Daniel Persson	Affärsutvecklare	Min Doktor
Daniel Olsson	Vice affärsområdeschef	Capio Närsjukvård
Sten Tyrberg	Ordförande, Nationellt programråd för primärvården	Region Skåne
Mats Brännström	Projektledare, Primärvården i Fokus	Norrlandstingens regionförbund

## Fördjupande intervjuer

Baserat på de breda intervjuerna valdes några målgrupper ut för fördjupad analys. I den fördjupade målgruppsanalysen genomfördes djupintervjuer med patienter, anhöriga och vårdpersonal inom hela första linjens vård samt andra experter (tabell 15). Syftet med intervjuerna var hitta förklaringar till målgruppernas sökmönster och identifiera förslag på hur gruppernas vårdkonsumtion och sökmönster kan förbättras.

Intervjuerna var semi-strukturerade med fokus på respektive målgrupps sökmönster, eventuella skillnader i behov och konsumtion samt möjliga förbättringsåtgärder inom första linjens vård. I intervjuerna efterfrågade även vilka aspekter som var särskilt viktiga i patienters beslut att söka eller inte söka kontakt med vården.

Den fördjupade analysen kompletterades med kvantitativa analyser som syftade till att i den mån det var möjligt bekräfta eller förkasta de hypoteser som identifierades i intervjuerna samt försöka beskriva målgruppernas sökmönster och vårdkonsumtion. Datakällor var i huvudsak vårddata från Region Jönköping, samt i vissa fall data från kompletterande publika datakällor. Anledningen till att data från Region Jönköping användes i den fördjupade analysen var den goda diagnosättningsgraden i regionen samt tillgången till kompletterande 1177-data.

**Tabell 15.** Intervjupersoner i de fördjupande intervjuerna.

Intervjupersoner	Roll
<b>Personer som söker primärvård eller akutsjukvård när egenvård hade räckt samt personer som söker vård på fel vårdnivå</b>	
Anonym	Nybliven förälder
Anonym	Nybliven förälder
Anonym	Ung vuxen, 28 år
Anonym	Person med annan kulturell bakgrund än svensk
Lars Gustafsson	Pensionerad barnläkare
Maria Hjelm	Sjuksköterska, Västra götalandregionen
Owe Lindh	F.d. primärvårdschef, Örebro läns landsting
Anonym	Tjänsteman, stort landsting i Mellansverige
Kristin Hörleifsdottir Steiner	Forskare, Karolinska institutet
<b>Personer i riskzonen för kroniska sjukdomar</b>	
Anonym	Medlem i HOBS -Hälsa oberoende av storlek
Anonym	Patient med KOL (tidigt stadie)
Anonym	Patient med KOL (tidigt stadie)
Anonym	Patient vid Riddargatan 1, Mottagningen för alkohol och hälsa
Jenny Vinglid	Generalsekreterare, Riksförbundet HOBS -Hälsa oberoende av storlek
Asgeir Helgason	Ansvarig forskare, Sluta-röka-linjen
Johan Franck	Professor, KI och VC, Beroendecentrum Stockholm
Sven Andreasson	Professor och överläkare, Riddargatan 1, Stockholm
<b>Multisjuka med begränsad förmåga att själva söka vård</b>	
Anonym	Anhörig till multisjuk med begränsad förmåga att söka vård
Camilla Jansson	Anhörigkonsulent, Södertälje kommun
Gunnar Akner	Professor och docent i geriatrik Linnéuniversitetet
Jonas Spaak	Hjärtspecialist och ansvarig läkare, HND-centrum, DS
Veronica Hansson	Akutsjuksköterska, Region Jönköpings län
Eric Betholds	Överläkare, VGR
<b>Personer med psykisk ohälsa</b>	
Anonym	Medlem i Schizofreniförbundet
Owe Bodlund	Docent och överläkare – psykiatri, Västerbottens läns landsting

## BILAGA 4 – BERÄKNING AV BEHOVSJUSTERAD NETTOKOSTNAD I KAPITEL 5 OCH 6

Måttet behovsjusterad nettokostnad används i både kapitel 5 och 6. Primärvårdens nettokostnad har behovsjusteras med hjälp av utjämningsystemets strukturjusterade standardkostnad, det vill säga respektive landstings förväntade kostnad givet befolkningssammansättning och geografiska förutsättningar. En högre standardkostnad innebär ett större förväntat vårdbehov.

Behovsjusteringen sker med följande formel:

$$\text{Behovsjusterad nettokostnad} = \text{Nettokostnad} \times \frac{\text{Standardkostnad för riket}}{\text{Landstingets standardkostnad}}$$

Respektive landstings nettokostnad multipliceras med kvoten av standardkostnaden för riket och landstingets standardkostnad. Landsting med en högre standardkostnad än riket som helhet, det vill säga ett större förväntat behov, får en kvot som är mindre än 1, vilket innebär att nettokostnaden blir mindre efter behovsjusteringen. Landsting med en lägre standardkostnad än riket som helhet, det vill säga ett större förväntat behov, får en kvot som är större än 1, vilket innebär att nettokostnaden blir större efter behovsjusteringen. På så vis räknas en hög nettokostnad som kan förklaras av stora förväntade behov ner och en låg nettoostnad som kan förklaras av mindre behov upp och ger en behovsjusterad jämförelse.

Kostnaderna uttrycks i 2015 års prisnivå och har beräknats med hjälp av landstingsprisindex.

I kapitel 6 används behovsjusterad nettokostnad per viktat besök i primärvården som mått på produktivitet. Den behovsjusterade nettokostnaden beräknas enligt ovan. Besöken utgörs av både mottagningsbesök och hembesök som utförs av antingen läkare eller annan personal inom primärvården. Besöken har viktats utifrån SKL:s beräkningar av den relativa resursåtgången som är förknippad med olika former av besök. Ett hembesök ges dubbel vikt i relation till ett mottagningsbesök. Besök hos annan personalkategori än läkare viktas till 0,4 av ett läkarbesök.

Andra väsentliga delar av primärvårdens prestationer är exempelvis telefonkontakter och olika former av videobesök. Osäkerheterna kring inrapporteringen av dessa uppgifter är särskilt stor, varför vi inte inkluderar dessa kontakter i besöksmättet.

## BILAGA 5 – BERÄKNING AV HERFINDAHL-HIRSCHMAN-INDEX I KAPITEL 5

Herfindahl-Hirschman-indexet (HHI) används i kapitel 5. Indexet beräknas enligt formeln:

$$HHI = \sum_i^N s_i^2$$

Där  $s$  är marknadsandelen för respektive  $i$  producent. Med producenter avses här vårdcentraler. Marknadsandelen beräknas utifrån antalet listade.

Exempelvis, om en marknad består av två mottagningar som har halva marknaden vardera får vi följande värde på HHI:  $0,50^2 + 0,50^2 = 1/2$ .

Indexet har således ett värde på 1,0 om marknaden är ett monopol, men faller till 0,5 om två lika stora primärvårdsmottagningar konkurrerar. Allt eftersom fler primärvårdsmottagningar träder in på marknaden sjunker indexet mot noll. Det bör dock noteras att indexet är baserat på producenternas *marknadsandelar* och inte *antalet* producenter. Vi kan således finna lika många producenter på två marknader, men ändå stora skillnader i konkurrensen enligt HHI.

HHI som mått på konkurrens är känsligt för hur marknaden avgränsas. I denna rapport betraktas som en marknad. Först har marknadsandelen beräknats som andelen listade per mottagning, av det totala antalet listade vid mottagningar inom samma kommun. I nästa steg har resultaten viktats upp till landstingsnivå utifrån kommunens befolkningsstorlek.

## BILAGA 6 – MULTIVARIAT ANALYS I AVSNITT 6.1 OCH 6.2

Vi använder Nationell Patientenkät för att belysa primärvårdens måluppfyllelse när det gäller tillgänglighet och andra patientrapporterade kvalitetsmått som exempelvis kontinuitet, delaktighet och information i kapitel 6.1 och 6.2. Enkäten möjliggör även användning av multivariat regressionsanalys för att justera skillnaden i patientrapporterad kvalitet med hänsyn till exempelvis kön, ålder, utbildning och landstingstillhörighet. En multivariat regressionsanalys innebär att analysen inkluderar och tar hänsyn till flera faktorer samtidigt, till skillnad från att enbart se till enkla (bivariata) samband. Detta är värdefullt för att försöka isolera och beskriva sambandet mellan just de variabler som är i fokus för analysen. Om det exempelvis skulle finnas ett samband mellan patientrapporterad kvalitet och, låt säga, utbildning, är det möjligt att detta samband skulle kunna förklaras av exempelvis skillnader i ålder. Genom att inkludera både ålder och utbildning samtidigt i analysen går det urskilja sambandet mellan just patientrapporterad kvalitet och ålder, givet utbildningsnivå.

I analysen av Nationell Patientenkät har vi genomfört så kallade OLS-regressioner (Ordinary Least Square), och tagit hänsyn till ålder, kön, utbildning och landstingstillhörighet. Det aktuella utfallet, det vill säga exempelvis patientens sammanvägda svar från frågorna om delaktighet och involvering, sätts som beroende variabel, och patientens ålder (åldersgrupper i femårsintervall), kön, utbildningsnivå (fyra grupper) och landstingstillhörighet inkluderas som oberoende variabler. Skillnader mellan ålder, kön och utbildning utvärderas sedan baserat på dessa resultat.

De landstingskillnader som redovisas i avsnitt 6.2 tar inte hänsyn till eventuella skillnader i ålder, kön och utbildningsnivå mellan landstingen. När landstingskillnaderna utvärderas efter en regression där kön, ålder, utbildning och landstingstillhörighet inkluderas, det vill säga på samma sätt som beskrivs ovan, förblir landstingskillnaderna i all väsentlighet desamma. Det innebär att de landstingskillnader som observeras inte kan förklaras av eventuella skillnader i ålder, kön och utbildning mellan patienterna i de olika landstingen.

Tabell 16–20 redovisar de regressionsresultat som ligger till grund för figurer och resonemang i avsnitt 6.1 och 6.2.



**Tabell 16.** Resultat som ligger till grund för analysen av skillnader mellan personer med olika kön, ålder och utbildning när det gäller upplevelsen av rimliga väntetider till vårdcentral i figur 36 (OLS-regression).

	Besök inom rimlig tid
Kvinna	0,005
<i>Man</i>	<i>Referens</i>
Ingen avslutad utbildning	-0,039***
Grundskola, folkskola eller motsvarande	0,011**
Gymnasium, realskola eller motsvarande	-0,002
<i>Eftergymnasial utbildning, universitet eller högskola</i>	<i>Referens</i>
15–19 år	-0,253***
20–24 år	-0,294***
25–29 år	-0,277***
30–34 år	-0,228***
35–39 år	-0,208***
40–44 år	-0,180***
45–49 år	-0,137***
50–54 år	-0,124***
55–59 år	-0,096**
60–64 år	-0,066
65–69 år	-0,04
70–74 år	-0,03
75–79 år	-0,018
80–84 år	-0,017
85–89 år	-0,033
90–94 år	-0,026
<i>95 år och äldre</i>	<i>Referens</i>
<b>R2</b>	<b>0,03</b>
<b>Antal observationer</b>	<b>56 562</b>

\*\*\* innebär statistisk signifikans på 1-procentsnivån, \*\* på 5-procentsnivån och \* på 10-procentsnivån. R2 är ett mått på hur stor andel av variationen i utfallsvariabeln som förklaras av modellen. Utfallsvariabel: Binär variabel (0 eller 1), där 1 anger att personen svarat "Ja, helt och hållet" eller angett en fyra på en femgradig svarsskala.

Källa: Nationell Patientenkät 2015.

**Tabell 17.** Utfall av OLS-regression samordning och kontinuitet (avsnitt 6.2.2).

	Fråga 1	Fråga 2	Fråga 3	Fråga 4	Fråga 5	Index samordning och kontinuitet
Kvinna	-0,012***	-0,021***	-0,025***	0,001	-0,013***	-0,025***
Man	Referens	Referens	Referens	Referens	Referens	Referens
Ingen avslutad utbildning	0,010	-0,044***	0,042***	-0,143***	-0,022**	-0,006
Grundskola, folkskola eller motsvarande	0,007	-0,024***	0,050***	-0,045***	0,003	0,009***
Gymnasium, realskola eller motsvarande	0,004	-0,004	0,025***	-0,012**	0,001	0,005**
Eftergymnasial utbildning, universitet eller högskola	Referens	Referens	Referens	Referens	Referens	Referens
15–19 år	-0,239***	-0,059*	-0,197***	-0,176***	-0,208***	-0,181***
20–24 år	-0,229***	-0,116***	-0,288***	-0,254***	-0,244***	-0,219***
25–29 år	-0,193***	-0,112***	-0,291***	-0,235***	-0,261***	-0,207***
30–34 år	-0,188***	-0,086***	-0,252***	-0,180***	-0,183***	-0,177***
35–39 år	-0,165***	-0,075**	-0,236***	-0,177***	-0,184***	-0,167***
40–44 år	-0,160***	-0,069**	-0,209***	-0,161***	-0,161***	-0,153***
45–49 år	-0,125***	-0,055*	-0,172***	-0,131***	-0,142***	-0,128***
50–54 år	-0,103***	-0,044	-0,146***	-0,120***	-0,128***	-0,110***
55–59 år	-0,064*	-0,030	-0,116***	-0,099**	-0,109***	-0,084***
60–64 år	-0,033	-0,016	-0,067**	-0,067	-0,079***	-0,052**
65–69 år	-0,028	-0,006	-0,041	-0,040	-0,059**	-0,034
70–74 år	0,000	-0,007	-0,020	-0,030	-0,051*	-0,020
75–79 år	0,026	0,001	-0,005	-0,016	-0,035	-0,002
80–84 år	0,034	0,012	-0,006	-0,025	-0,032	0,003
85–89 år	0,036	0,002	-0,005	-0,015	-0,022	0,007
90–94 år	0,036	0,006	-0,015	-0,006	-0,026	0,014
95 år och äldre	Referens	Referens	Referens	Referens	Referens	Referens
<b>R2</b>	<b>0,053</b>	<b>0,018</b>	<b>0,052</b>	<b>0,031</b>	<b>0,034</b>	<b>0,054</b>
<b>Antal observationer</b>	<b>95 643</b>	<b>79 474</b>	<b>79 224</b>	<b>41 924</b>	<b>74 325</b>	<b>102 677</b>

\*\*\* innebär statistisk signifikans på 1-procentsnivå, \*\* på 5-procentsnivå och \* på 10-procentsnivå. R2 är ett mått på hur stor andel av variationen i utfallsvariabeln som förklaras av modellen. Utfallsvariabler beskrivs i tabell 18 nedan. Källa: Nationell Patientenkät 2015. I varje regression ingår även variabler för landstingstillhörighet. Koefficienterna för dessa har exkluderats från tabellen.

**Tabell 18.** Utfallsvariabler i OLS-regression samordning och kontinuitet (avsnitt 6.2.2).

Fråga	Frågeformulering	Utfallsvariabel
Fråga 1	Får du träffa samma läkare vid dina besök på hälso-/vårdcentralen?	Binär variabel (0 eller 1) som anger huruvida personen svarat "Ja, alltid" eller angett en fyra på en femgradig svarsskala.
Fråga 2	Fick du träffa den läkare du ville träffa?	Binär variabel (0 eller 1) som anger huruvida personen svarat "Ja".
Fråga 3	Anser du att personalen på hälso-/vårdcentralen samordnar dina kontakter med vården i den utsträckning du behöver?	Binär variabel (0 eller 1) som anger huruvida personen svarat "Ja, helt och hållet" eller angett en fyra på en femgradig svarsskala.
Fråga 4	Om du vid besöket pratade med flera i personalen, var de samsämmiga i kommunikationen?	Binär variabel (0 eller 1) som anger huruvida personen svarat "Ja, helt och hållet" eller angett en fyra på en femgradig svarsskala.
Fråga 5	Upplevde du att personalen samarbetade väl?	Binär variabel (0 eller 1) som anger huruvida personen svarat "Ja, helt och hållet" eller angett en fyra på en femgradig svarsskala.
Index samordning och kontinuitet	Kontinuitet och samordning sammanslaget	Kontinuerlig variabel (mellan 0 och 1) som är varje individs genomsnittliga andel positiva svar på fråga 1 till 5.

**Tabell 19.** Utfall av OLS-regression: delaktighet, information, emotionellt stöd, bemötande och helhetsintryck (avsnitt 6.2.3).

	Delaktighet	Information	Emotionellt	Bemötande	Helhet
Kvinna	-0,008***	-0,025***	-0,000	-0,014***	-0,019***
Man	Referens	Referens	Referens	Referens	Referens
Ingen avslutad utbildning	-0,064***	-0,053***	-0,043***	-0,067***	-0,024***
Grundskola, folkskola eller motsvarande	-0,025***	-0,024***	0,003	-0,009***	0,013***
Gymnasium, realskola eller motsvarande	-0,012***	-0,016***	-0,001	-0,005**	0,000
Eftergymnasial utbildning, universitet eller högskola	Referens	Referens	Referens	Referens	Referens
15–19 år	-0,119***	-0,172***	-0,242***	-0,180***	-0,213***
20–24 år	-0,190***	-0,218***	-0,274***	-0,217***	-0,257***
25–29 år	-0,175***	-0,208***	-0,264***	-0,211***	-0,258***
30–34 år	-0,137***	-0,163***	-0,208***	-0,168***	-0,210***
35–39 år	-0,109***	-0,148***	-0,193***	-0,147***	-0,194***
40–44 år	-0,095***	-0,113***	-0,165***	-0,135***	-0,167***
45–49 år	-0,070***	-0,094***	-0,132***	-0,105***	-0,145***
50–54 år	-0,061***	-0,084***	-0,126***	-0,100***	-0,132***
55–59 år	-0,032	-0,060***	-0,095***	-0,071***	-0,098***
60–64 år	-0,015	-0,035	-0,065**	-0,051***	-0,065***
65–69 år	0,001	-0,013	-0,041	-0,031*	-0,041*
70–74 år	-0,004	-0,009	-0,030	-0,026	-0,030
75–79 år	-0,005	-0,003	-0,014	-0,019	-0,017
80–84 år	-0,016	-0,012	-0,018	-0,023	-0,018
85–89 år	-0,019	-0,010	-0,021	-0,013	-0,011
90–94 år	-0,016	-0,002	-0,005	-0,011	0,002
95 år och äldre	Referens	Referens	Referens	Referens	Referens
<b>R2</b>	<b>0,025</b>	<b>0,036</b>	<b>0,035</b>	<b>0,039</b>	<b>0,052</b>
<b>Antal observationer</b>	<b>101 767</b>	<b>102 449</b>	<b>73 597</b>	<b>103 392</b>	<b>103 227</b>

\*\*\* innebär statistisk signifikans på 1-procentsnivån, \*\* på 5-procentsnivån och \* på 10-procentsnivån. R2 är ett mått på hur stor andel av variationen i utfallsvariabeln som förklaras av modellen. Utfallsvariabler beskrivs i tabell 20 nedan. Källa: Nationell Patientenkät 2015. I varje regression ingår även variabler för landstingstillhörighet. Koefficienterna för dessa har exkluderats från tabellen.

**Tabell 20.** Utfallsvariabler i OLS-regression delaktighet, information, emotionellt stöd, bemötande och helhetsintryck (avsnitt 6.2.3).

Område	Utfallsvariabel
Delaktighet	Delaktighet står för dimensionen "Delaktighet och involvering" och är en sammanslagning av fem frågor. Variabeln är kontinuerlig och utgör varje individs genomsnittliga andel postiva svar på dessa fem frågor.
Information	Information står för dimensionen "Information och kunskap" och är en sammanslagning av sex frågor. Variabeln är kontinuerlig och utgör varje individs genomsnittliga andel postiva svar på dessa sex frågor.
Emotionellt	Emotionellt står för dimensionen "Emotionellt stöd" och är en sammanslagning av totalt två frågor. Variabeln är kontinuerlig och utgör varje individs genomsnittliga andel postiva svar på dessa två frågor.
Bemötande	Bemötande står för dimensionen "Respekt och bemötande" och är en sammanslagning av totalt fyra frågor. Variabeln är kontinuerlig och utgör varje individs genomsnittliga andel postiva svar på dessa fyra frågor.
Helhet	Helhet står för dimensionen "Helhetsintryck" och är en sammanslagning av totalt tre frågor. Variabeln är kontinuerlig och utgör varje individs genomsnittliga andel postiva svar på dessa tre frågor.

## BILAGA 7 – INDIKATORER I DE LIKAVIKTADE INDEXEN FÖR DIABETESVÅRD OCH SJUKDOMSSPECIFIKA PROCESSMÅTT I KAPITEL 6

I kapitel 6 analyserar vi index för medicinsk kvalitet som består av tre resultatmått för diabetesvården. Dessa mått samt källa som anger bäring på primärvården redovisas i tabell 21.

**Tabell 21.** Resultatmått diabetesvård.

Resultatmått diabetesvård	Källa som anger bäring på primärvård	År
Barn och ungdomar med diabetes som når behandlingsmålet för HbA1c (blodsockervärde), andel (%)	Kolada	2011–2014
Patienter med typ 2 diabetes med LDL-kolesterol lägre än 2,5 mmol/l, andel (%)	Kolada	2011–2014
Patienter >80 år med typ 1 diabetes som når mål för blodsockervärde i primärvård, andel (%)	Kolada	2011–2014

I kapitel 6 redovisas även ett index för sjukdomsspecifika processmått. Tabell 22 redogör för de processmått som vi har identifierat med bäring på primärvården.

**Tabell 22.** Sjukdomsspecifika processmått.

Processmått primärvård	Nyckeltal	Källa som anger bäring på primärvård	År
Diabetesvård	Barn och unga med typ 1 diabetes som gjort ögonbottenfotografering någon gång de senaste två åren, andel (%)	Kolada	2011–2014
	Patienter med typ 1 diabetes som gjort fotundersökning det senaste året, andel (%)	Kolada	2011–2014
	Patienter med typ 2 diabetes som gjort fotundersökning det senaste året, andel (%)	Kolada	2011–2014
	Patienter med typ 2 diabetes som gjort ögonbottenundersökning någon gång de senaste tre åren, andel (%)	Kolada	2011–2014
Läkemedelsanvändning	Följsamhet till läkemedelsbehandling vid depression, andel (%)	SKL	2011–2014
Levnadsvanor	Patienter som anger att de har diskuterat tobak- eller alkoholvanor med personalen på vårdcentralen, PUK	Kolada	2011–2014
Palliativ vård	Brytpunktssamtal i livets slutskede för patienter och anhöriga, andel (%)	SKL	2011–2014
Vaccination	MPR-vaccinerade barn 3 år, andel (%)	Kolada	2011–2014

## BILAGA 8 – KVANTITATIV ANALYS I AVSNITT 6.4.3 OCH 6.6

För de variabler som ingår i dessa analyser har vi information för varje landsting för flera år. Materialet består således av så kallad paneldata, där det finns information från en och samma enhet (det vill säga landsting) från flera tillfällen (det vill säga år). Vi har därför dragit nytta av panelstrukturen och använt två typer av paneldata-modeller: *fixed effects* och *random effects*. I tabellerna nedan redovisar vi resultaten för dessa analyser.

### Regressionsresultat för avsnitt 6.4.3

Vi använder en *fixed effects*-modell i avsnitt 6.4.3. Analysens beroende variabel är andelen invånare per landsting som har stort eller mycket stort förtroende för vården vid vårdcentral. Tillgänglighet avser en likaviktad sammanvägning av tre indikatorer per landsting (telefonstillgänglighet – andel besvarade samtal samma dag, andel patienter som får träffa läkare inom sju dagar och andel invånare som anser att väntetiden till vårdcentral är rimlig). Dålig självskattad hälsa avser invånare 16–84 år som svarat att de inte har bra tandhälsa, dåligt allmänt hälsotillstånd och nedsatt psykiskt välbefinnande. Detta mäts med ett index där samtliga frågor viktas lika.

**Tabell 23.** Utfall av regressionsanalys (fixed effects-modell). Baseras på data för 2011–2015.

	Förtroende för vårdcentral
Tillgänglighet	0,292 *** (-8,353)
Dålig självskattad hälsa	-0,185 * (-0,301)
<b>R2</b>	<b>0,456</b>
<b>Hausman</b>	<b>0,038</b>
<b>Antal observationer</b>	<b>105</b>

\*\*\* innebär statistisk signifikans på 1-procentsnivån, \*\* på 5-procentsnivån och \* på 10-procentsnivån. Standardfel anges inom parentes. R2 är ett mått på hur stor andel av variationen i utfallsvariabeln som förklaras av modellen. Det har skattats med OLS-regression med dummy-variabler för varje landsting, och värdena inkluderar även den del av variationen som förklaras av de landstingsspecifika effekterna. Längst ner i tabellen anges p-värdet från ett Hausman-test. Ett alternativ till en fixed effects-modell, som vi använder, är en så kallad random effects-modell som inte tar hänsyn till de landstingsspecifika effekterna. Hausman-testet är ett statistiskt test som anger huruvida en random effects-modell hade fungerat lika bra att använda. Ett lågt p-värde i Hausman-testet talar för att fixed effects bör användas.

## Regressionsresultat för avsnitt 6.6

I avsnitt 6.6 har vi istället valt att använda en så kallad *random effects*-modell, eftersom dess flexiblere form tillåter att vi inkluderar tidskonstanta förklaringsvariabler, såsom ersättningsystem.

**Tabell 24.** Utfall av regressionsanalys (random effects-modell).

	Kostnad per besök	Förtroende	Tillgänglighet
Förväntad kostnad	-3,72 (5,17)	-0,33 ** (0,15)	-0,16 (0,16)
Rörlig ersättning	-30,24 (53,47)	-0,55 (2,02)	0,63 (2,31)
Andel primärvård	43,49 *** (9,67)	0,35 (0,30)	0,47 (0,31)
Andel hyrläkare	10,56 *** (2,80)	-0,20 ** (0,08)	-0,18 ** (0,08)
Läkare/sjuksköterskor	1,75 (1,67)	0,04 (0,05)	0,01 (0,05)
Utbudskoncentration	4,13 * (2,34)	0,00 (0,09)	-0,01 (0,10)
<b>R2</b>	<b>0,49</b>	<b>0,20</b>	<b>0,07</b>
<b>Antal observationer</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

\*\*\* innebär statistisk signifikans på 1-procentsnivån, \*\* på 5-procentsnivån och \* på 10-procentsnivån. Standardfel anges inom parentes. R2 är ett mått på hur stor andel av variationen i utfallsvariabeln som förklaras av modellen.

**Tabell 25.** Indelning av landstingen i kategorier för perioden 2011–2015.

	Grupp I	Grupp II	Grupp III
Ersättningsmodell (egenskap)	Ingen rörlig ersättning	Viss rörlig ersättning	Hög rörlig ersättning
Antal landsting	4	16	1
Andel primärvård (primärvårdens resursandel av total nettokostnad)	Lägst	Medel	Högst
Antal landsting	7	7	7
Läkare/sjuksköterskor (antal årsarbetande läkare/årsarbetande sjuksköterskor)	Lägst	Medel	Högst
Antal landsting	7	7	6
Andel hyrläkare av total läkarbemannning	Lägst	Medel	Högst
Antal landsting	6	7	7
Förväntad kostnad (standardkostnad per landsting i relation till rikets standardkostnad)	Lägst	Medel	Högst
Antal landsting	7	7	7
Grad av utbudskonkurrens (HHL-index per landsting)	Lägst	Medel	Högst
Antal landsting	7	7	7



## BILAGA 9 – EN ÖVERSIKT AV LANDSTINGENS STYRNING AV PRIMÄRVÅRDEN


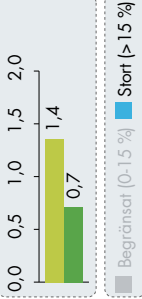

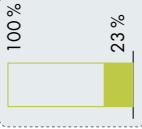
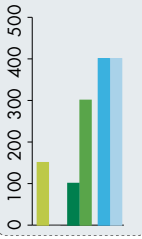
**Patientavgifter:** Redovisar patientavgifter för ett första läkarbesök i primärvård (■), specialiserad vård (■) samt akutmottagning (■). Vissa landsting har en annan avgift om man har en remiss från primärvård, vilket redovisas i en mörkare färgnyas i diagramet.  
**Källa:** SKL 2017

**Remisskrav:** Avser landstingens beslut om krav på remiss i öppen vård till annan specialitäläkare än specialitäläkare i allmänmedicin.  
**Källa:** SKL 2016c

**Tillgång till sjuksköterskor & läkare:** Årsarbetande sjuksköterskor (■) och läkare (■) i primärvård per 1 000 invånare år 2015. Korrigerat enligt SKLs täthetsmodell.  
**Källa:** SKL:s personaltätthetsnyckeltal

**Andel primärvård:** Avser primärvårdens kostnadsandel av totala kostnader för hälso- och sjukvården i landstinget år 2015.  
**Källa:** SKL:s Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling

**Trend:** Avser om primärvårdens kostnadsandel av totala kostnader för hälso- och sjukvården har ökat mellan 2011 och 2015.  
**Källa:** SKL:s Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling

	Andel primärvård	Bemanning	Ersättningsystem	Remisskrav	Andel privat primärvård	Patientavgifter (kr)
<b>Landsting</b>		 ■ Begränsat (0-1.5 %) ■ Stort (>1.5 %)		<p><input type="radio"/> Ja - för flertal områden</p> <p><input type="radio"/> Ja - för ett specifikt område</p> <p><input checked="" type="radio"/> Nej</p>		


**Andel privat primärvård:** Landstingens köp av verksamhet från privata företag 2015 (procentuell andel av primärvårdens nettokostnad, exkl. läkemedel inom läkemedelsförmånen)  
**Källa:** SKL:s Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling

**Ersättningsystem:** Avser av landstinget redovisade uppgifter om andel kopiering (■) och andel målrelaterad ersättning (■). Rörig ersättning (■) har antagits utgöra resterande del.  
**Källa:** SKL 2016b

**Behov av hyrläkare:** Behov av hyrläkare är uppskattat av landstingsrepresentanter.  
**Källa:** Vårdanalys enkät till landstinget 2016

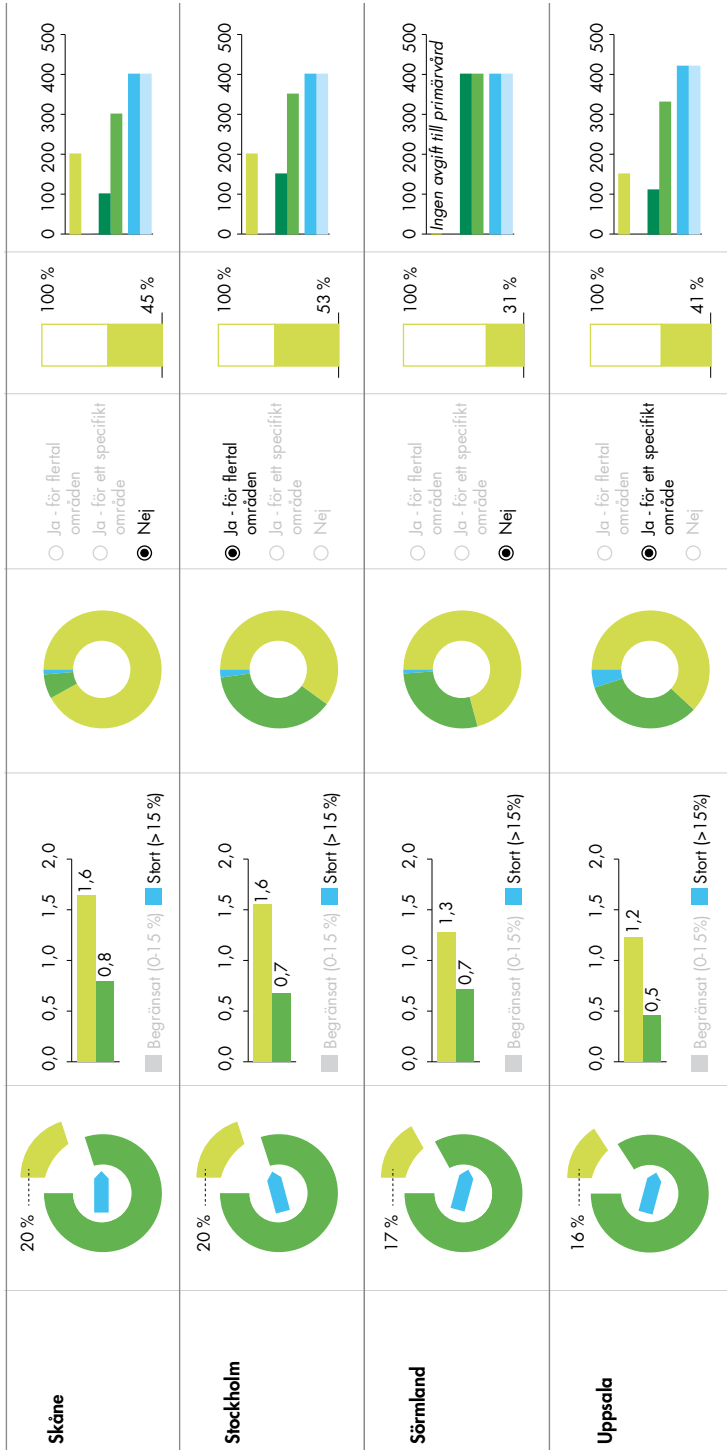
**Trend:** Avser om primärvårdens kostnadsandel av totala kostnader för hälso- och sjukvården har ökat mellan 2011 och 2015.  
**Källa:** SKL:s Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling

	Andel primärvård	Bemanning	Ersättningsystem	Remisskrav	Andel privat primärvård	Patientavgifter (kr)
<b>Blekinge</b>	<p>Andel primärvård</p> <p>Kostnad primärvård</p> <p>Kostnad övrig vård</p> <p>Förändring, 2011-2015</p> <p>17 %</p>	<p>Tillgång till sjuksköterskor &amp; läkare:</p> <p>Antal sjuksköterskor per 1 000 inv.</p> <p>Antal läkare per 1 000 inv.</p> <p>Behov av hyrläkare</p> <p>Begränsat (0-1,5 %)    Stort (&gt;1,5 %)</p> <p>0,0 0,5 1,0 1,5 2,0</p> <p>0,7 1,4</p>	<p>Kapitering</p> <p>Rörlig ersättning</p> <p>Måltrelaterad ersättning</p>	<p>Ja - för flertal områden</p> <p>Ja - för ett specifikt område</p> <p>Nej</p> <p><input type="radio"/> Ja - för flertal områden</p> <p><input type="radio"/> Ja - för ett specifikt område</p> <p><input checked="" type="radio"/> Nej</p>	<p>100 %</p> <p>23 %</p>	<p>Primärvård</p> <p>Specialistvård efter remiss</p> <p>Specialistvård</p> <p>Akutmottagning efter remiss</p> <p>Akutmottagning</p> <p>0 100 200 300 400 500</p>
<b>Dalarna</b>	<p>18 %</p>	<p>0,0 0,5 1,0 1,5 2,0</p> <p>0,8 1,8</p>		<p>Ja - för flertal områden</p> <p>Ja - för ett specifikt område</p> <p>Nej</p> <p><input type="radio"/> Ja - för flertal områden</p> <p><input type="radio"/> Ja - för ett specifikt område</p> <p><input checked="" type="radio"/> Nej</p>	<p>100 %</p> <p>19 %</p>	<p>0 100 200 300 400 500</p>
<b>Gotland</b>	<p>15 %</p>	<p>0,0 0,5 1,0 1,5 2,0</p> <p>0,8 1,8</p>		<p>Ja - för flertal områden</p> <p>Ja - för ett specifikt område</p> <p>Nej</p> <p><input type="radio"/> Ja - för flertal områden</p> <p><input checked="" type="radio"/> Ja - för ett specifikt område</p> <p><input type="radio"/> Nej</p>	<p>Ingen avgift vid remiss</p> <p>0 100 200 300 400 500</p>	

<p><b>Gräveborg</b></p>	<p>21 %</p> 	 <p>0,0 0,5 1,0 1,5 2,0</p> <p>0,8 1,7</p> <p>■ Begränsat (0-1,5 %) ■ Stort (&gt;15%)</p>		<p><input type="radio"/> Ja - för flertal områden</p> <p><input type="radio"/> Ja - för ett specifikt område</p> <p><input checked="" type="radio"/> Nej</p>	<p>100%</p>  <p>31%</p>	 <p>0 100 200 300 400 500</p>
<p><b>Halland</b></p>	<p>20 %</p> 	 <p>0,0 0,5 1,0 1,5 2,0</p> <p>0,7 1,4</p> <p>■ Begränsat (0-1,5 %) ■ Stort (&gt;15%)</p>		<p><input type="radio"/> Ja - för flertal områden</p> <p><input type="radio"/> Ja - för ett specifikt område</p> <p><input checked="" type="radio"/> Nej</p>	<p>100%</p>  <p>39%</p>	 <p>0 100 200 300 400 500</p>
<p><b>Jämtland Härjedalen</b></p>	<p>21 %</p> 	 <p>0,0 0,5 1,0 1,5 2,0</p> <p>0,9 1,3</p> <p>■ Begränsat (0-1,5 %) ■ Stort (&gt;15%)</p>		<p><input type="radio"/> Ja - för flertal områden</p> <p><input type="radio"/> Ja - för ett specifikt område</p> <p><input checked="" type="radio"/> Nej</p>	<p>100%</p>  <p>12%</p>	 <p>0 100 200 300 400 500</p>
<p><b>Jönköping</b></p>	<p>19 %</p> 	 <p>0,0 0,5 1,0 1,5 2,0</p> <p>0,7 1,0</p> <p>■ Begränsat (0-1,5 %) ■ Stort (&gt;15%)</p>		<p><input type="radio"/> Ja - för flertal områden</p> <p><input checked="" type="radio"/> Ja - för ett specifikt område</p> <p><input type="radio"/> Nej</p>	<p>100%</p>  <p>24%</p>	 <p>0 100 200 300 400 500</p> <p>Ingen avgift vid remiss</p>

	Andel primärvård Kostnad primärvård Kostnad övrig vård Förändring, 2011-2015	Bemanning Tillgång till sjuksköterskor & läkare: Antal sjuksköterskor per 1 000 inv. Antal läkare per 1 000 inv. Behov av hyrläkare Begränsat (0-1,5 %)    Stort (>1,5 %)	Ersättningsystem Kapitering Rörlig ersättning Måltrelaterad ersättning	Remisskrav <input type="radio"/> Ja - för flertal områden <input type="radio"/> Ja - för ett specifikt område <input checked="" type="radio"/> Nej	Andel privat primärvård	Patientavgifter (kr) Primärvård Specialistvård efter remiss Specialistvård Akutmottagning efter remiss Akutmottagning
<b>Kalmar</b>	20% 	 1,4 0,8 Begränsat (0-1,5%)    Stort (>1,5%)		<input type="radio"/> Ja - för flertal områden <input type="radio"/> Ja - för ett specifikt område <input checked="" type="radio"/> Nej	100% 	
<b>Kronoberg</b>	18% 	 1,3 0,7 Begränsat (0-1,5%)    Stort (>1,5%)		<input type="radio"/> Ja - för flertal områden <input type="radio"/> Ja - för ett specifikt område <input checked="" type="radio"/> Nej	100% 	
<b>Norrbothen</b>	20% 	 1,4 0,8* Begränsat (0-1,5%)    Stort (>1,5%)		<input type="radio"/> Ja - för flertal områden <input type="radio"/> Ja - för ett specifikt område <input checked="" type="radio"/> Nej	100% 	

\* Avser 2014



	<b>Andel primärvård</b> Kostnad primärvård Kostnad övrig vård Förändring, 2011-2015	<b>Bemanning</b> Tillgång till sjuksköterskor & läkare: Antal sjuksköterskor per 1 000 inv. Antal läkare per 1 000 inv. Behov av hyrläkare Begränsat (0-15 %)    Stort (>15 %)	<b>Ersättningsystem</b> Kapitering Rörig ersättning Måltrelaterad ersättning	<b>Remisskrav</b>	<b>Andel privat primärvård</b>	<b>Patientavgifter (kr)</b> Primärvård Specialistvård efter remiss Specialistvård Akutmottagning efter remiss Akutmottagning
<b>Värmland</b>	 18 %	 1,1 0,7 Begränsat (0-15 %)    Stort (>15 %)		<input type="radio"/> Ja - för flertal områden <input checked="" type="radio"/> Ja - för ett specifikt område <input type="radio"/> Nej	 100%    18%	
<b>Västerbotten</b>	 18 %	 1,4 0,8 Begränsat (0-15 %)    Stort (>15 %)		<input checked="" type="radio"/> Ja - för flertal områden <input type="radio"/> Ja - för ett specifikt område <input type="radio"/> Nej	 100%    20%	
<b>Västernorrland</b>	 16 %	 1,4 0,6 Begränsat (0-15 %)    Stort (>15 %)		<input type="radio"/> Ja - för flertal områden <input type="radio"/> Ja - för ett specifikt område <input checked="" type="radio"/> Nej	 100%    33%	

<b>Västmanland</b>	17 %		<p>■ Begränsat (0-1,5 %) ■ Stort (&gt;15%)</p> <p>0,0 0,5 1,0 1,5 2,0</p> <p>0,7 1,4</p>		<p><input type="radio"/> Ja - för flertal områden</p> <p><input type="radio"/> Ja - för ett specifikt område</p> <p><input checked="" type="radio"/> Nej</p>	<p>100%</p> <p>49%</p>	
<b>Västra Götaland</b>	22 %		<p>■ Begränsat (0-1,5 %) ■ Stort (&gt;15%)</p> <p>0,0 0,5 1,0 1,5 2,0</p> <p>0,7 1,5</p>		<p><input type="radio"/> Ja - för flertal områden</p> <p><input type="radio"/> Ja - för ett specifikt område</p> <p><input checked="" type="radio"/> Nej</p>	<p>100%</p> <p>33%</p>	
<b>Örebro</b>	17 %		<p>■ Begränsat (0-1,5 %) ■ Stort (&gt;15%)</p> <p>0,0 0,5 1,0 1,5 2,0</p> <p>0,7 1,3</p>		<p><input type="radio"/> Ja - för flertal områden</p> <p><input checked="" type="radio"/> Ja - för ett specifikt område</p> <p><input type="radio"/> Nej</p>	<p>100%</p> <p>16%</p>	
<b>Östergötland</b>	18 %		<p>■ Begränsat (0-1,5 %) ■ Stort (&gt;15%)</p> <p>0,0 0,5 1,0 1,5 2,0</p> <p>0,5 1,3</p>		<p><input type="radio"/> Ja - för flertal områden</p> <p><input checked="" type="radio"/> Ja - för ett specifikt område</p> <p><input type="radio"/> Nej</p>	<p>100%</p> <p>18%</p>	











# En primär angelägenhet

## Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum

Vårdanalys har på regeringens uppdrag analyserat förutsättningarna för en jämlik, patientcentrerad och effektiv primärvård. Vår bedömning är att primärvården har en viktig roll att fylla i hälso- och sjukvården, men saknar flera förutsättningar för att bli den tydliga bas i vården som den är tänkt att vara. Det finns inte heller någon enkel lösning för att nå dit. Vårdanalys lyfter därför tre centrala utvecklingsområden för en stärkt primärvård.

---

**Myndigheten för vård- och omsorgsanalys** (Vårdanalys) uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

