

# Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv 2019

– en jämförelse mellan Sverige  
och tio andra länder



Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,  
men ange alltid källa.

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

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

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2020

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

**Omslagsbild:** Getty Images International

**Tryck:** ÄTTA.45 Tryckeri

ISBN 978-91-88935-15-1



# Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv 2019

En jämförelse mellan Sverige  
och tio andra länder

Beslut om den här rapporten har fattats av styrelsen för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Projektledaren Peter Nilsson har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har projektdirektören Nils Janlöv och analyschefen Cecilia Stenbjörn deltagit.

Stockholm 2020-03-05  
Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Anders Anell  
*Styrelseledamot*

Anna Dunér  
*Vice Styrelseordförande*

Eva Fernvall  
*Styrelseledamot*

Hans Winberg  
*Styrelseledamot*

Håkan Ceder  
*Styrelseledamot*

Jean-Luc af Geijerstam  
*Generaldirektör*

Titti Mattsson  
*Styrelseledamot*

## Förord

Sverige deltar sedan 2009 i en årlig internationell jämförande undersökning av hälso- och sjukvården som syftar till ökat lärande mellan länder och att ge underlag till förbättrat beslutsfattande inom sektorn. Undersökningen – the International Health Policy Survey (IHP) – leds av den amerikanska stiftelsen The Commonwealth Fund och genomförs i 11 länder. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har sedan 2014 i uppdrag av regeringen att genomföra och redovisa den svenska delen av IHP-studien. I den här rapporten redovisas resultat och analyser av 2019 års undersökning, där Australien, Frankrike, Kanada, Nederländerna, Norge, Nya Zeeland, Schweiz, Storbritannien, Sverige, Tyskland och USA deltog. 2019 års IHP-undersökning undersöker hur läkare som är verksamma i de olika ländernas primärvård ser på sitt arbete och olika dimensioner av hälso- och sjukvården i stort.

Arbetet vid Vårdanalys har letts av Peter Nilsson och i arbetet har Agnes Lindvall, Eva Hagbjer och Alexander Hedlund Kancans deltagit. På uppdrag av The Commonwealth Fund har SSRS ansvarat för den internationella samordningen av undersökningen. Statistiska centralbyrån (SCB) har på uppdrag av Vårdanalys genomfört den svenska datainsamlingen.

Vårdanalys vill rikta ett varmt tack till de läkare som har besvarat enkäten. Vår förhoppning är att rapporten kan fungera som ett underlag för att förbättra svensk hälso- och sjukvård.

Stockholm i april 2020

Jean-Luc af Geijerstam  
*Generaldirektör*

Huvudsaklig finansiering av "The Commonwealth Fund's 2019 International Health Policy Survey of Primary Care Doctors in 11 countries" kommer från The Commonwealth Fund. Följande organisationer är medfinansierare: German Federal Ministry of Health, the German Institute for Quality Assurance and Transparency in Healthcare (Tyskland); Haute Autorité de Santé, Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, the Directorate for Research, Evaluation, Studies, and Statistics of the French Ministry of Health (Frankrike); Dutch Ministry of Health, Welfare, Sport, and Radboud University Medical Center (Nederländerna); Norwegian Institute of Public Health (Norge); Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Sverige); Swiss Federal Office of Public Health (Schweiz). Ytterligare finansiering för att öka urvalet i några av länderna kommer från: New South Wales Agency for Clinical Innovation and the Department of Health and Human Services (Australien); the Canadian Institute for Health Information, Canada Health Infoway, Health Quality Ontario, and the Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Quebec (Kanada); the Health Foundation of the United Kingdom (Storbritannien).

## Resultat i korthet

Vi har undersökt hur primärvårdsläkare i Sverige anser att primärvården fungerar och jämfört deras svar med svaren från primärvårdsläkare i tio andra länder. Informationen bygger på den internationella enkätundersökningen International Health Policy Survey (IHP), som genomförs varje år. I årets undersökning har primärvårdsläkarna gett sin bild av vården och arbetet på vårdcentralen. Resultaten från undersökningen är en viktig del i att förstå hur primärvården fungerar och under vilka förutsättningar läkarna arbetar. För att underlätta jämförelser mellan länderna har vi också genomfört en översiktlig studie av Sveriges och de övriga IHP-ländernas primärvård utifrån ett antal strukturella faktorer.

### Vi kommer fram till följande slutsatser

- ▶ Svensk primärvård är till sitt uppdrag lik andra länders, men styrning och organisering avviker på flera områden. Det mest utmärkande draget är det multiprofessionella arbetet som karaktäriserar svenska vårdcentraler.
- ▶ Läkare i Sverige är mest stressade, samtidigt som de träffar lägst antal patienter per arbetad timme.
- ▶ Sverige har kommit längst av IHP-länderna med att införa it-stöd för patienter och läkare i primärvården.
- ▶ Primärvården har fortsatta utmaningar med att samordna vården och omsorgen för patienter med kronisk sjukdom eller andra särskilda behov.
- ▶ Vårdcentraler belägna i glesbebyggda kommuner har oftare öppet på kvällar och helger samt har oftare flera olika yrkesgrupper på vårdcentralen.

## **Vi ger följande rekommendationer**

- ▶ Regionerna bör se över läkarnas arbetssituation och undersöka om vissa arbetsuppgifter kan utföras av andra yrkesgrupper.
- ▶ Staten och regionerna bör arbeta för att it-strukturen i högre grad än i dag ska bidra till att samordna information och inte skapa onödig administration för vårdpersonalen.
- ▶ Regionerna bör i högre grad än i dag använda kunskapen från regionala och nationella jämförelser mellan vårdcentraler.



## Sammanfattning

Primärvården är den del av hälso- och sjukvården dit invånare först vänder sig för att få en första bedömning och behandling eller för att skickas vidare för utredning eller behandling inom specialistsjukvården. Vi har undersökt hur primärvårdsläkare i Sverige anser att primärvården fungerar och jämfört deras svar med svaren från primärvårdsläkare i tio andra länder. Årets undersökning fokuserar därför på läkarnas perspektiv och alltså även den här rapporten, vars huvudsyfte är att återge resultaten av undersökningen.

Informationen bygger på den internationella enkätundersökningen International Health Policy Survey (IHP), som genomförs varje år. I årets undersökning har primärvårdsläkarna gett sin bild av vården och arbetet på vårdcentralen. Frågeområdena berör bland annat tillgången till primärvård, digitala verktyg för läkare och patienter samt samordning och vård av personer med kronisk sjukdom eller andra särskilda behov. Förutom Sverige ingår Australien, Frankrike, Kanada, Nederländerna, Norge, Nya Zeeland, Schweiz, Storbritannien, Tyskland och USA i studien.

I Sverige skickades enkäten till samtliga primärvårdsläkare, definierat som läkare i allmänmedicin eller som gör specialisttjänstgöring i allmänmedicin och arbetar på en vårdcentral, med en registrerad adress. 42 procent (2 411 personer) av läkarna som tog emot enkäten valde att delta.

Resultaten från undersökningen är en viktig del i att förstå hur primärvården fungerar och under vilka förutsättningar läkarna arbetar, men de ger inte hela bilden av hälso- och sjukvårdens tillstånd. Syftet med undersökningen är att bidra till en bättre förståelse av styrkor och svagheter i svensk hälso- och sjukvård samt till att initiera diskussioner och fördjupade analyser som kan bidra till dess utveckling.



För att fördjupa förståelsen av det svenska resultatet i undersökningen har vi även undersökt hur det svenska resultatet är kopplat till olika faktorer på individ- och mottagningsnivå med hänsyn tagit till flera faktorer samtidigt. Vi undersöker om läkarnas ålder och kön samt regiform, geografiskt läge och socioekonomiska förutsättningar i mottagningens upptagningsområde för vård- eller hälsocentralen (hädanefter vårdcentralen) där de svarande läkarna arbetar, har samband med resultaten.

För att underlätta jämförelser mellan länderna har vi också genomfört en översiktlig studie av Sveriges och de övriga IHP-ländernas primärvård utifrån ett antal strukturella faktorer. Vi har bland annat studerat ländernas resursmässiga förutsättningar och styrning av primärvården, i form av ersättningsystem, remisskrav, egenavgifter, finansieringssystem och kompetensförsörjning.

## RESULTAT OCH SLUTSATSER

Här presenterar vi undersökningens huvudsakliga resultat och slutsatser

### **Svensk primärvård är till sitt uppdrag lik andra länders, men styrning och organisering avviker på flera områden. Det mest utmärkande draget är det multiprofessionella arbetet som karaktäriserar svenska vårdcentraler**

Utifrån vår kartläggning av de elva ländernas primärvårdssystem har vi sett att den svenska primärvården till sitt uppdrag liknar de övriga ländernas primärvård. Den har likt de övriga ett fokus på att vara en första linje för patienten att vända sig till, där läkarna ska känna till och se patientens hela hälsobild. Det som kan skilja länderna åt är vilket utbud av vård som ska ingå, där barn- och mödravård ingår i vissa av Sveriges regioner medan exempelvis apotek, tandvård eller mödravård kan ingå i andra länders primärvård.

Däremot är den svenska primärvården i större utsträckning än i de andra IHP-länderna offentligt driven, med 60 procent primärvård i offentlig regi. Den är också i högre grad finansierad via allmän beskattning än i andra länder. Jämförelseländerna har ofta olika typer av försäkringssystem eller blandmodeller, där försäkringarna delvis kan vara skattefinansierade. Vid obligatoriska och inkomstrelaterade försäkringar är däremot skillnaderna gentemot beskattning i sak små. Svensk primärvård har också i mycket högre grad kapiteringsersättning, det vill säga att vårdgivarna får en viss ersättning per person som är listad vid vårdcentralen, medan jämförelseländerna har en blandning av kapiteringsersättning och ersättning per insats eller besök. Där dominerar ersättningar per insats eller besök i vissa fall.

En annan skillnad mot övriga länder är att primärvården i Sverige i mindre utsträckning styr patienters möjlighet att direkt ta kontakt med specialistvården.

Svensk primärvård är också mindre i förhållande till specialistvården än i andra länder, om vi ser till antalet läkare per invånare inom primärvården. Men bilden kan skilja sig åt beroende på vilken personalgrupp som jämförs, där en förklaring kan vara att fler olika yrkesgrupper arbetar i primärvården i Sverige. Jämför vi däremot primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens kostnader blir bilden inte lika tydlig.

Sverige utmärker sig gentemot övriga länder genom att det är vanligt att flera olika yrkesgrupper med olika kompetenser arbetar på vårdcentralerna. I IHP-undersökningen ser vi att Sverige är det land i undersökningen som i högst grad har psykologer, kuratorer och arbetsterapeuter anställda i primärvården. I övriga IHP-länderna är det vanligare att bara ett par av yrkesgrupperna arbetar i primärvården, oftast läkare och sjuksköterskor. Sammantaget framstår därför svensk primärvård som mindre läkarorienterad än övriga länders.

Slutligen ser vi också i IHP-undersökningen att det är vanligare i övriga länder att vårdcentralerna har öppet efter klockan 18 på vardagar eller öppet under helger. Samtidigt kan svenska patienter ofta vända sig någon annanstans än till enbart sjukhusens akutmottagningar för att få vård efter kontorstid, som till exempel närakuter.

## **Läkare i Sverige är mest stressade, samtidigt som de träffar lägst antal patienter per arbetad timme**

Läkare i Sverige är de läkare i undersökningen som oftast upplever sitt arbete som mycket eller oerhört stressigt. Andelen som är stressade har dessutom ökat med 10 procentenheter sedan 2015, när IHP-undersökningen senast riktades till primärvårdsläkare. Bara en av tio svenska primärvårdsläkare är mycket nöjda med den dagliga arbetsbördan och den tid de kan ägna åt varje patient.

Samtidigt träffar läkare i Sverige i genomsnitt lägst antal patienter per arbetad timme och har också de längsta patientmötena av länderna i undersökningen. De svenska läkarna träffar i genomsnitt ungefär en patient per arbetad timme, medan genomsnittet i övriga länder är mellan två och tre patienter. Patientmötena är i Sverige i genomsnitt cirka 25 minuter per möte, övriga ländernas läkare har i genomsnitt patientmöten mellan 10 och 20 minuter. Vi ser även att Sverige har lägst antal läkarbesök per invånare. En möjlig förklaring är att patienter med lägre vårdbehov oftare slussas vidare till andra yrkesgrupper jämfört med i andra IHP-länder. Två andra möjliga

förklaringar är att en lägre besöksfrekvens medför att kontinuiteten hos enskilda läkare blir lägre, vilket i sin tur kan öka besökens längd, och att kapiteringsersättning inte premierar en hög tillgänglighet mätt som antal besök.

En fördjupad jämförelse mellan grupper av läkare och vårdcentraler i Sverige visar att läkare som arbetar på privata vårdcentraler i genomsnitt träffar något fler patienter per arbetad timme än läkare på offentliga vårdcentraler. Samtidigt svarar de också i högre utsträckning att de är mycket stressade.

Kvinnliga läkare och läkare i medelåldern rapporterar att de träffar färre patienter per arbetad timme än manliga, yngre och äldre läkare. De upplever samtidigt sitt arbete som mer stressigt.

Andra undersökningar visar att läkarna lägger en stor del av sin arbetstid på olika administrativa uppgifter, där en del av dessa också är direkt vårdrelaterade uppgifter där patienten inte är närvarande. Det kan vara en delförklaring till att läkarna känner sig stressade, trots att de tar emot färre patienter än läkarna i andra länder. Sammantaget väcker resultatet frågor om ifall läkarnas arbetstid används på bästa sätt. Att de svenska vårdcentralerna har fler yrkesgrupper anställda jämfört med andra länder borde kunna bidra till att avlasta läkarna ännu mer, om de andra yrkesgruppernas kompetens tillvaratas på rätt sätt. Resultaten kan också peka på ett behov av att komplettera de vårdande yrkesgrupperna med administrativt stöd.

## **Sverige har kommit längst av IHP-länderna med att införa it-stöd för patienter och läkare i primärvården**

Sverige är det land som i allra högst grad erbjuder primärvårdens patienter olika digitala verktyg för informationshantering och informationsutbyte. Även läkarna använder i hög utsträckning olika digitala verktyg för informationshantering. Det är däremot få läkare i Sverige jämfört med i de andra IHP-länderna som använder digitala kunskapsstöd som automatiskt påminner dem om riktlinjebaserade interventioner eller screening. Vi ser också att Sverige är det land där vårdcentralerna i högst grad erbjuder videokonsultationer. Videokonsultationer innefattar alla typer av besök som görs på distans där patient och läkare kan mötas via video. De så kallade digitala vårdbesöken är en typ av videokonsultation och den typen av besök blir allt vanligare i Sverige.

Vår fördjupade analys av svaren från Sverige visar att läkare på privata vårdcentraler i lägre utsträckning än läkare på offentliga vårdcentraler svarar att de har möjlighet att utbyta information digitalt med andra vårdgivare och att de kan erbjuda patienterna digitala verktyg. Läkare som arbetar i glesbygd

och i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar svarar också i lägre utsträckning att de kan utbyta information digitalt med andra vårdgivare.

### **Primärvården har fortsatta utmaningar med att samordna vården och omsorgen för patienter med kronisk sjukdom eller andra särskilda behov**

Primärvårdens breda uppdrag kräver beredskap för att möta många tänkbara grupper av patienter. Men de svenska läkarnas svar visar att det fortfarande finns en förbättringspotential i beredskapen att hantera patienter med komplexa vårdbehov som kroniska sjukdomar, psykiska sjukdomar och missbruksproblematik. Till exempel svarar läkare i Sverige i lägre utsträckning än i andra länder att deras vårdcentraler är väl förberedda med kompetens och erfarenhet att möta personer med kronisk sjukdom. Få av de svenska läkarna tar fram en vårdplan för egenvård tillsammans med personen med kronisk sjukdom, vilket är betydligt vanligare i andra länder. Däremot har svenska vårdcentraler i högre grad personal som följer upp vården för personer med kroniska sjukdomar jämfört med många av de andra undersökta länderna.

När det gäller samverkan med andra vårdgivare anger läkarna i Sverige i hög grad att de skickar nödvändig information till specialistvården i samband med remittering. Däremot är det bara omkring hälften som får information om patienters besök i den specialiserade vården inom en vecka efter besöket. Bara fem procent av läkarna svarar att de får informationen inom 24 timmar efter att patienter skrivs ut från sjukhuset. För den del av dessa patienter som skrivs ut från slutenvård och har ett samordningsbehov finns numera ett lagkrav på att nödvändig information ska lämnas samma dag om det inte hindras av sekretess eller tystnadsplikt. Däremot tycks samordningen med hemsjukvården fungera relativt bra. Läkare i Sverige uppger i högre grad än i de andra länderna att de regelbundet samordnar information om patienterna med hemsjukvården.

### **Vårdcentraler belägna i glesbebyggda kommuner har oftare öppet på kvällar och helger samt har oftare flera olika yrkesgrupper på vårdcentralen**

Ingen av de undersökta faktorerna på individ- och mottagningsnivå kan sammantaget förklara alla skillnader i resultaten, utan det finns stora variationer i svaren. Vi kan dock urskilja några gemensamma mönster. Vi kan till exempel se att läkare på vårdcentraler belägna i glesbebyggda kommuner oftare anger att de har öppet utanför ordinarie öppettid eller på helger. De har



också oftare flera olika yrkesgrupper anställda på vårdcentralen och svarar i högre utsträckning att de är väl förberedda att möta patienter med kroniska sjukdomar. En förklaring kan vara att det övriga vårdutbudet är mindre på glesbygden och därför blir primärvårdens roll utanför kontorstid relativt sett viktigare här. Däremot framgår det att de i lägre utsträckning kan utbyta information digitalt med andra vårdgivare.

Det finns också flera skillnader i resultaten med avseende på driftsform, det vill säga beroende på om vårdcentralen som läkaren arbetar på är offentligt eller privat driven. Privata vårdcentraler har oftare öppet utanför ordinarie öppettid och erbjuder i högre utsträckning olika typer av stöd till egenvård för personer med kroniska sjukdomar. Vi ser också se att de i genomsnitt träffar fler patienter per arbetad timme och i högre utsträckning är mycket stressade. De har också generellt färre olika typer av yrkesgrupper anställda på vårdcentralen.

Slutligen har vi även undersökt om det finns skillnader beroende på socioekonomiskt förutsättningar i vårdcentralens upptagningsområde. Sämre socioekonomiska förutsättningar kan till exempel betyda att en vårdcentral ligger i ett område med till exempel många ensamstående äldre personer eller personer med låg utbildningsnivå. Vår analys visar att läkare på vårdcentraler i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar oftare har flera olika yrkesgrupper bland sina kollegor. De svarar samtidigt i lägre utsträckning att de är väl förberedda på att ta emot patienter med olika kroniska sjukdomar. Läkarna i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar uppger också att samordningen av information med den specialiserade vården inte fungerar lika bra som i andra områden. De svarar också i lägre utsträckning att de har möjlighet att utbyta information digitalt med andra vårdgivare.

## VÅRA REKOMMENDATIONER

Med utgångspunkt i resultaten från IHP-undersökningen har vi identifierat tre områden där staten och regioner kan stärka primärvården.

► *Regionerna bör se över läkarnas arbetssituation och undersöka om vissa arbetsuppgifter kan utföras av andra yrkesgrupper*

Utifrån den internationella jämförelsen uppger de svenska läkarna att de är mest stressade och andelen har ökat sedan 2015. Det är en negativ utveckling som är oroväckande. Dels ökar stress risken för ohälsa hos de enskilda läkarna, dels kan det riskera att leda till svårigheter att behålla

och rekrytera läkare i primärvården - en sektor som redan har utmaningar att klara sin kompetensförsörjning. En bristande arbetsmiljö kan också leda till att kvaliteten på patienternas vård försämras. Vårdgivarna har redan idag ett ansvar för arbetsmiljön och bör därför löpande se över arbetsmiljön i primärvården. IHP-undersökningen riktas visserligen enbart till läkare, men en sådan översyn bör även inkludera andra arbetsgrupper som arbetar inom primärvården.

Våra resultat visar dessutom att läkare i Sverige jämförelsevis träffar lägst antal patienter per arbetad timme jämfört med jämförelseländerna. Tidigare IHP-undersökningar har visat att läkarna anser att vissa av deras uppgifter skulle kunna utföras av andra. Tidigare IHP-undersökningar och andra studier visar också att drygt hälften av läkarnas tid går till administration, både sådan som är direkt patientrelaterad och övrig administration. En majoritet av de svenska läkarna i årets IHP-undersökning uppgav att tiden som läggs på rapportering till Försäkringskassan är ett stort problem.

Sammantaget väcker detta frågan om ifall läkarnas tid används på rätt sätt och om vissa uppgifter skulle gå att effektivisera eller överföra till andra yrkesgrupper. I synnerhet gäller det administrativa uppgifter som ej är patient- eller vårdrelaterade. Det borde finnas förutsättningar att avlasta läkarna genom att vårdcentralerna har många olika yrkesgrupper och kompetenser vid sidan om läkare. Denna fråga har förts fram tidigare av oss och i andra utredningar, men utifrån resultatet från IHP-undersökningen anser vi att behovet att se över situationen kvarstår.

► *Staten och regionerna bör arbeta för att it-strukturen i högre grad än i dag ska bidra till att samordna information och inte skapa onödig administration för vårdpersonalen*

Sverige har i jämförelse med de andra länderna i IHP-undersökningen en av de mest utbyggda it-strukturerna inom primärvården, både för läkare och för patienter. Däremot rapporterar läkarna att det fortfarande finns stora brister i möjligheten att digitalt dela information med andra vårdgivare. Läkare på privata vårdcentraler upplever oftare att detta är ett problem. Primärvården har samtidigt en hög andel privata aktörer vilket medför att det för denna vårdgren är extra problematiskt att privata vårdgivare inte i lika hög utsträckning har integrerats i informations-system. Andra studier visar också att läkarna uppger att it-systemen kan vara en börda i sig, som kan leda till extra administrativt arbete och stress.



Vi har i tidigare rapporter pekat på behovet av en sammanhållen vårdinformation och konstaterat att staten och regionerna har ett gemensamt ansvar för att driva en sådan utveckling. Det kan handla både om en gemensam struktur för information, men också om att systemen ska kunna dela information mellan varandra. Resultatet från IHP-undersökningen stärker ytterligare bilden av att behovet kvarstår. Vi rekommenderar därför staten och regionerna att säkerställa att arbetet förs vidare, så att it-systemen bättre än i dag möjliggör informationsutbyte samt underlättar arbetsituationen för läkare och vårdpersonal.

► *Regionerna bör i högre grad än i dag använda kunskapen från regionala och nationella jämförelser mellan vårdcentraler*

Vi identifierar flera skillnader i hur läkare i Sverige svarar på IHP-enkäten beroende på vårdcentralens driftsform och som karaktäriserar svenska vårdcentraler geografiska läge. Analysen understryker därför att resultaten är möjliga att påverka genom att öka lärandet mellan vårdcentralerna. Öppna jämförelser av vårdens resultat och kvalitet har funnits länge på regional och kommunal nivå, men något motsvarande verktyg finns ännu inte för vårdcentraler.

Det kan visserligen vara svårt att hitta exempel på verksamheter där alla aspekter fungerar bra, men det finns mycket att lära av vårdcentralernas varierande organisation och arbetssätt. Vi ser till exempel att läkare på vårdcentraler i glesbygd i högre grad än övriga primärvårdsläkare uppger att vårdcentralen erbjuder vård utanför kontorstid och att de har flera olika yrkesgrupper anställda. Dessa skillnader väcker frågor om hur patienterna och vårdpersonalen påverkas: vilken organisering underlättar exempelvis samordning och ett personcentrerat arbetssätt? En annan skillnad är att läkare på privata mottagningar anger att vårdcentralen är mer förberedd på att möta personer med kroniska sjukdomar och oftare tar fram en plan för patienternas egenvård. Vad beror skillnaderna på och kan andra vårdcentraler lära av deras arbete?

Sammantaget ser vi flera skillnader i arbetssätt som bör möjliggöra ett ökat lärande mellan vårdcentraler. Det är också möjligt att vissa av de observerade skillnaderna beror på geografiska faktorer och inte går att lösa på vårdcentralsnivå. I så fall kan de snarare vara en fråga för regionen att hantera centralt. I båda fallen finns det skäl för regionerna att systematiskt jämföra vårdcentralernas resultat på regional och nationell nivå samt att verka för att sprida goda exempel.







# Innehåll

<b>1</b>	<b>Inledning.....</b>	<b>21</b>
1.1	IHP bidrar till uppföljningen av primärvården i en tid av förändring.....	22
1.2	IHP 2019 ger primärvårdsläkarnas bild av primärvården .....	23
1.3	Sammanfattande metod .....	24
1.4	Begrepp och begränsningar i jämförelsen .....	25
1.5	Disposition.....	26
<b>2</b>	<b>Primärvårdens styrning, utformning och resurser skiljer sig åt mellan länderna .....</b>	<b>29</b>
2.1	Primärvårdens styrning och utformning på en övergripande nivå .....	31
2.2	Primärvårdens resursmässiga förutsättningar .....	44
<b>3</b>	<b>Läkarnas arbete på vårdcentralen och deras upplevelser av vården .....</b>	<b>55</b>
3.1	Läkare i Sverige träffar färre patienter per arbetad timma än läkare i andra länder men är samtidigt mer stressade .....	56
3.2	Läkarnas allmänna åsikter om hälso- och sjukvården .....	61
3.3	Det varierar vilken uppföljning som finns på vårdcentralen.....	63
<b>4</b>	<b>Öppettider och bemanning .....</b>	<b>67</b>
4.1	Svenska vårdcentraler anställer fler yrkesgrupper än i andra länder .....	68
4.2	Sämre möjlighet att besöka de ordinarie vårdcentralerna på kvällar och helger i Sverige .....	72
4.3	Svensk primärvård erbjuder i högst grad videokonsultationer .....	73



<b>5</b>	<b>Digitala verktyg för läkare och patienter .....</b>	<b>79</b>
5.1	Läkare i sverige har tillgång till vissa typer av digitala verksamhetsstöd.....	80
5.2	Sverige har mycket god digital tillgänglighet för patienter .....	82
5.3	I sverige har privata vårdcentraler något sämre tillgång till digitala verktyg .....	83
5.4	I de flesta länderna har mottagningar men inte patienter tillgång till digitala journaler .....	83
<b>6</b>	<b>Samordning och vård av personer med kronisk sjukdom .....</b>	<b>89</b>
6.1	Läkare i sverige anser sig mindre förberedda på patienter med kroniska sjukdomar .....	90
6.2	Vårdcentralens struktur och belägenhet avgör möjligheten att ta hand om patienter med kroniska sjukdomar .....	93
6.3	Samordning är en svag punkt för svensk primärvård .....	93
6.4	Primärvården viktig för vården av patienter med kroniska sjukdomar i flera länder.....	97
<b>7</b>	<b>Slutsatser och rekommendationer.....</b>	<b>103</b>
7.1	Resultat och slutsatser.....	103
7.2	Våra rekommendationer.....	108
<b>8</b>	<b>Referenser .....</b>	<b>113</b>
8.1	Övergripande källor.....	113
8.2	Sverige .....	114
8.3	Australien .....	116
8.4	Frankrike .....	116
8.5	Kanada .....	117
8.6	Nederländerna .....	118
8.7	Norge.....	118
8.8	Nya Zeeland .....	119
8.9	Schweiz .....	120
8.10	Storbritannien .....	120
8.11	Tyskland .....	121
8.12	USA .....	121





## Inledning

Sedan år 2009 deltar Sverige i en årlig internationell jämförande undersökning av hälso- och sjukvården som syftar till ökat lärande mellan länder och att ge underlag till förbättrat beslutsfattande inom sektorn. Undersökningen – the International Health Policy Survey (IHP) – leds av den amerikanska stiftelsen The Commonwealth Fund och genomförs i 11 länder. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har sedan 2014 i uppdrag av regeringen att genomföra och redovisa den svenska delen av IHP-studien. I den här rapporten redovisas resultaten från 2019 års undersökning, där Australien, Frankrike, Kanada, Nederländerna, Norge, Nya Zeeland, Schweiz, Storbritannien, Sverige, Tyskland och USA deltog.

2019 års IHP-undersökning tar fasta på hur läkare som är verksamma i de olika ländernas primärvård ser på sitt arbete och olika dimensioner av hälso- och sjukvården i stort. Årets undersökning fokuserar därför på läkarnas perspektiv och alltså även den här rapporten, vars bärande del är att återge resultaten av undersökningen. Vi fångar därmed inte upp samtliga yrkesgruppers perspektiv i primärvården. För att få en mer heltäckande bild av hälso- och sjukvården är det även viktigt att ta del av patienternas perspektiv. Därför riktar sig IHP-studien kontinuerligt till tre olika målgrupper enligt ett rullande treårs-schema. Målgrupperna är allmänheten, personer som är 65 år eller äldre och läkare i primärvården. Tidigare studier som riktade sig till läkare inom primärvården genomfördes år 2009, 2012 och 2015.



## 1.1 IHP BIDRAR TILL UPPFÖLJNINGEN AV PRIMÄRVÅRDEN I EN TID AV FÖRÄNDRING

I internationell jämförelse har Sverige tillgång till relativt mycket statistik över hälso- och sjukvården genom exempelvis nationella hälsodataregister, nationella kvalitetsregister, *Öppna jämförelser* och *Nationell patientenkät*. Däremot är nationellt samlad information och statistik som beskriver primärvården relativt begränsad. IHP-studien till primärvårdsläkare bidrar därför med viktig information.

IHP-studien gör det också möjligt att jämföra Sveriges primärvård med primärvården i andra länder. Genom jämförelser kan vi identifiera områden där svensk primärvård presterar relativt bra eller behöver stärkas. Jämförelser kan också bidra till att identifiera områden där andra länder har kommit längre och kan fungera som förebilder för svensk primärvård.

Primärvården har alltid haft en viktig roll i hälso- och sjukvårdssystemet. Det är dit patienten först vänder sig för att få en bedömning, behandling eller för att skickas vidare för utredning eller behandling inom specialist-sjukvården. Samtidigt har primärvården genomgått stora förändringar, som införandet av vårdval och en pågående digitalisering av vården, och står inför betydande framtida utmaningar. Behovet av att kunna följa hur primärvården fungerar och uppfyller sitt uppdrag kommer därför troligtvis att öka de närmaste åren.

Vid årsskiftet 2018/19 infördes också en ny lag som gav primärvården tydligare ansvar när patienter skrivs ut från sjukhus (3 kap. 2 § lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård). Det pågår också ett antal statliga utredningar som kan komma att påverka primärvårdens organisering och uppgift i framtiden. Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) har bland annat föreslagit att hälso- och sjukvård ska ges nära befolkningen och i första hand som öppen vård (SOU 2017:53, SOU 2018:39). Utredningen menar att öppettiderna i primärvården kan behöva öka jämfört med i dag, och att primärvårdens tillgänglighet behöver stärkas rent geografiskt (SOU 2018:39). Utredningen Styrning för en mer jämlik vård (S 2017:08) har samtidigt föreslagit en reform som skulle innebära en större likriktning av ersättningsystem och digitalt utbud i primärvården samt att patienter tydligare styrs mot att besöka den vårdcentral där de är listade.

Primärvården står slutligen inför flera stora framtida utmaningar som den delvis delar med den övriga vården och omsorgen. Antalet patienter som behöver kontinuerlig kontakt med vården, och med flera delar av vården, ökar när invånare lever allt längre och därmed hinner utveckla fler kroniska



sjukdomar. Samtidigt växer den psykiska ohälsan, där primärvården får ett allt större ansvar för att behandla lättare tillstånd (Vårdanalys 2017a). Förutsättningarna för att möta de nya behoven ser olika ut i landet, inte minst avseende bemanningsförutsättningar. Även den tekniska utvecklingen kommer sannolikt att påverka sammansättningen av personal samt vilken kunskap och kompetens som kommer att behövas i primärvården (Vårdanalys 2018a).

## 1.2 IHP 2019 GER PRIMÄRVÅRDSLÄKARNAS BILD AV PRIMÄRVÅRDEN

I arbetet med rapporten har vi utgått från följande frågor:

1. Hur skiljer sig primärvårdsläkarnas uppfattning om vården åt mellan länderna i IHP-undersökningen och hur står sig svensk primärvård i jämförelsen?
2. Hur ser primärvårdens övergripande styrning, utformning och resurser ut för deltagarländerna?
3. Vad kan det svenska resultatet bero på och påverkas det av läkarnas eller vårdcentralernas egenskaper?

Den första frågan besvaras genom att vi redovisar resultatet för Sverige och de övriga 10 länder som ingick i 2019 års IHP-undersökning riktad till primärvårdsläkare. Undersökningen och de frågor som ingår i denna bestäms av The Commonwealth Fund.

Frågorna är indelade i ett antal områden, bland annat: läkarnas arbete på vårdcentralen och deras upplevelser av vården, tillgång till vård, digitala verktyg samt samordning och vård av personer med kroniska sjukdomar eller andra särskilda behov. Till det kommer några frågor som bara har ställts i Sverige och som handlar om digitala vårdbesök.

### 1.2.1 Vi kompletterar IHP-undersökningen med två fördjupande analyser

För att besvara fråga 2 och 3 har vi kompletterat IHP-undersökningen med två fördjupande analyser. Syftet är att underlätta jämförelser och att fördjupa förståelsen av det svenska resultatet i undersökningen.

För att underlätta jämförelser mellan länderna har vi genomfört en översiktlig studie av Sveriges och de övriga IHP-ländernas primärvård utifrån ett antal strukturella faktorer. Vi har bland annat studerat ländernas



resursmässiga förutsättningar och styrning av primärvården, i form av ersättningssystem, remisskrav, egenavgifter, finansieringssystem och kompetensförsörjning.

För att fördjupa förståelsen av det svenska resultatet i undersökningen har vi även undersökt hur det svenska resultatet är kopplat till olika faktorer på individ- och mottagningsnivå med hänsyn tagit till flera faktorer samtidigt. Vi undersöker läkarnas ålder och kön samt regiform, geografiskt läge och socioekonomiska förutsättningar i mottagningens upptagningsområde för vård- eller hälsocentralen (hädanefter vårdcentralen) där de svarande läkarna arbetar.

### 1.3 SAMMANFATTANDE METOD

Enkäten och den övergripande metoden för undersökningen utformas av den oberoende sjukvårdsstiftelsen The Commonwealth Fund i USA. De deltagande länderna har sedan möjlighet att ge synpunkter på frågorna och göra vissa anpassningar utifrån lokala förutsättningar. Undersökningens målpopulation är enligt den internationella instruktionen ”primary care doctors”, där alla länder tillsammans med The Commonwealth Fund gör en lokal anpassning av begreppet. I den svenska undersökningen definierades ”primary care doctors” som allmänläkare och ST-läkare i allmänmedicin som arbetar på en fysisk vårdcentral.

Enkäten skickades ut till samtliga läkare som ingår i IQVIA Solutions Sweden AB:s register över läkare i Sverige (HSAR) och som i registret har en fast arbetsplats på en vårdcentral eller motsvarande. Det innebär att exempelvis stafettläkare eller läkare som enbart arbetar för en digital vårdgivare inte ingår. Enkäten skickades till 5 777 läkare, varav 2 411 läkare svarade, vilket är en svarsfrekvens på cirka 42 procent.

Vår bortfallsanalys visar att det är små skillnader mellan de läkare som svarat respektive inte svarat med avseende på kön och ålder. Däremot är det vissa skillnader beroende på vilket landsting de arbetar i. För att minska skevheten i bortfall har vikter beräknats som tar hänsyn till skillnader i svarsbenägenhet beroende på kön, ålder och landsting.

I de övriga länderna i IHP-undersökningen var det stor variation i hur många läkare som besvarade enkäten, det varierade mellan som lägst cirka 500 i Australien till cirka 2 600 i Kanada. Svarsfrekvensen varierade mellan som lägst cirka 15 procent i Australien och som högst cirka 49 procent i Nederländerna. I genomsnitt låg svarsfrekvensen på cirka 30 procent.

Vi har även genomfört regressionsanalyser för samtliga frågor som redovisas i rapporten för att analysera skillnader i hur de svenska läkarna svarat på enkäten. Regressionsanalysen analyserar effekten av olika bakgrundsfaktorer på individ- och mottagningsnivå med hänsyn tagit till flera faktorer samtidigt:

På individnivå:

- kön
- ålder.

På vårdcentralnivå:

- vårdcentralens driftform (offentlig/privat)
- socioekonomiska förutsättningar i vårdcentralens upptagningsområde (mätt enligt Care Need Index, CNI)
- befolkningstäthet i kommunen där vårdcentralen finns (Eurostats DEGURBA kodning).

Det är viktigt att betona att det kan finnas andra förklaringsfaktorer vid sidan av de som vi har analyserat och som kan ha samband med resultatet. Det bör också betonas att ett eventuellt samband som framkommer i regressionerna bara visar att de två variablerna samvarierar. Det behöver inte betyda att det är ett kausalt samband, det vill säga att den ena variabeln faktiskt påverkar den andra.

Jämförelsen och beskrivningen av Sveriges och de övriga IHP-ländernas primärvårdssystem bygger på uppgifter som i första hand inhämtats från respektive lands lagstiftning. I andra hand kommer uppgifterna från forskningsrapporter, utredningar och sammanställningar gjorda av nationella myndigheter och internationella organisationer. För de länder och frågor där det har varit möjligt och relevant har vi även kompletterat IHP-resultaten med exempel på arbetssätt och organisering i respektive land.

Se bilaga 2 på Vårdanalys webbplats för ytterligare beskrivning av metodiken för undersökningen och av hur vi har genomfört analyserna.

## 1.4 BEGREPP OCH BEGRÄNSNINGAR I JÄMFÖRELSEN

Varje försök till jämförelser mellan IHP-länderna är komplext och mångfacetterat. Som beskrivs i kapitel 2 har begreppet primärvård olika innebörd och definition i olika länder, vilket påverkar möjligheten till jämförelser. Rapporten bör läsas med detta i åtanke.



Även vad som avses med begreppet primärvårdsläkare skiljer sig åt mellan länderna. Den svenska delen av undersökningen har riktats till läkare med specialistbevis i allmänmedicin eller som gör specialisttjänstgöring och arbetar på en fysisk vårdcentral eller motsvarande (i den här rapporten kallade primärvårdsläkare eller läkare). I andra länder varierar det vilka läkare som ingår i studien. Ofta har studien riktats till så kallade general practitioners (GP), vilket i stort motsvarar betydelsen allmänläkare. Men det är inte givet att en GP är specialist inom allmänmedicin. I Tyskland, Schweiz och USA ingår även barnläkare och läkare inom internmedicin i undersökningen.

## 1.5 DISPOSITION

I det här kapitlet har vi beskrivit bakgrunden till IHP-studien, vilka frågor som vi utgått från och vilken metod vi har använt.

I kapitel 2 beskriver vi hur primärvården i Sverige styrs och dess resursmässiga förutsättningar samt hur de strukturella förutsättningarna för svensk primärvård liknar eller skiljer sig åt från primärvården i de andra länderna som deltar i IHP-undersökningen.

Kapitel 3–6 redovisar resultat från IHP-undersökningen och våra analyser av de svenska svaren. Varje kapitel samlar frågor som berör ett gemensamt tema. Kapitel 3 undersöker läkarnas arbete på vårdcentralen och deras upplevelse av vården, kapitel 4 undersöker bemanning och öppettider, kapitel 5 undersöker användningen av digitala verktyg och kapitel 6 undersöker frågor om samordning och vård av personer med kroniska sjukdomar eller andra särskilda behov.

Slutligen summerar vi resultatet och våra slutsatser i kapitel 7 och lämnar våra rekommendationer till regeringen och hälso- och sjukvårdshuvudmännen.





## Primärvårdens styrning, utformning och resurser skiljer sig åt mellan länderna

En möjlig delförklaring till att resultaten skiljer sig åt mellan länderna i IHP-undersökningen är att primärvården påverkas av vilka former och förutsättningar den verkar under. Vi har därför gjort en kompletterande översikt över hur primärvårdens styrning, utformning och resurser ser ut på några centrala områden i de länder som deltar i IHP-undersökningen.

Samtidigt är det viktigt att vara medveten om svårigheterna med att göra internationella jämförelser av hälso- och sjukvård. Ofta finns det regionala och lokala skillnader som gör det svårt att uttala sig på en nationell nivå, vilket inte minst Sverige är ett exempel på. Skillnaderna mellan länder handlar dessutom vanligtvis om grader, snarare än att länderna befinner sig i skalans ytterligheter. Slutligen saknar flera länder en tydlig uppdelning mellan primärvård och specialistvård i exempelvis lagar och författningar. Vi utgår därför från det som traditionellt räknas till primärvården, det vill säga generalistvård som ges utanför sjukhusen.

Vår internationella jämförelse pekar mot att primärvården i Sverige liknar och skiljer sig åt från andra länder på följande sätt:

- Till sitt uppdrag är den lik övriga länders primärvård, med ett fokus på att vara en första vårdinstans för patienten att vända sig till och som utgår från patientens hela hälsobild. Det som skiljer länderna åt är framför allt vilket utbud av vård som ingår i primärvården, där barn- och mödravård ingår i delar av Sverige och i vissa jämförelseländer medan exempelvis apotek eller tandvård ingår i andra länders primärvård.



- Primärvården i Sverige är i större utsträckning än andra länder offentligt driven, med 60 procent offentligt driven primärvård.
- Den har en högre andel skattefinansiering än i andra länder, som ofta har olika typer av försäkringssystem eller blandmodeller där försäkringarna delvis kan vara skattefinansierade.
- Färre läkare per 1 000 invånare och en lägre andel av det totala antalet läkare i Sverige arbetar i primärvården, jämfört med andra IHP-länder. Jämförs däremot primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens kostnader ligger Sverige på en nivå som liknar de andra länderna.
- I likhet med cirka hälften av länderna som ingår i studien, präglas svensk primärvård av relativt decentraliserad styrning. Utifrån vår jämförelse går det inte att se några tydliga samband mellan graden av nationell styrning och ländernas storlek.
- Den har i mycket högre grad har kapiteringsersättning, det vill säga att vårdgivarna får en viss ersättning per person som är listad vid vårdcentralen. Jämförelseländerna har alla en blandning av kapiteringsersättning och ersättning per insats eller besök, där ersättningar per insats eller besök i vissa fall dominerar.
- Sverige styr i mindre utsträckning patienters möjlighet att direkt ta kontakt med specialistvård, jämfört med andra länder.
- Den verkar ha något högre egenavgifter för att besöka primärvården jämfört med andra IHP-länder. Flera jämförelseländer har inga egenavgifter alls i primärvården.

Var och en av de här aspekterna diskuteras och utvecklas närmare i kapitlet. Vi börjar med att beskriva några centrala aspekter av primärvårdens styrning och utformning, för att sedan diskutera dess resursmässiga förutsättningar på några punkter.

Översikten grundar sig i första hand på lagstiftning från respektive land, men vi har inte gjort en regelrätt rättsutredning utan tagit avstamp i sekundärkällor som beskriver lagstiftningen. I andra hand grundar sig översikten på vad som anges i forskningsrapporter, utredningar och sammanställningar gjorda av nationella myndigheter och internationella organisationer.



## 2.1 PRIMÄRVÅRDENS STYRNING OCH UTFORMNING PÅ EN ÖVERGRIPANDE NIVÅ

Här gör vi nedslag på några punkter som rör primärvårdens styrning och utformning på centrala områden.

### 2.1.1 Primärvårdens uppdrag liknar varandra i IHP-länderna, men i några länder ingår apotek och tandvård i uppdraget

Jämförelseländerna varierar när det gäller i vilken utsträckning primärvårdens uppdrag och omfattning definieras i författningar. I vissa av länderna regleras primärvårdens uppdrag i stället genom avtal, överenskommelser eller politiska ramverk. Däremot är det inga väsentliga skillnader i vad som ingår i primärvårdens kärnuppdrag i respektive land, bortsett från att vissa länder inkluderar verksamheter som tandvård, apotek och kiropraktik i primärvården medan andra inte gör det. Det är inte heller givet att jämförelseländerna använder sig av primärvård eller motsvarande begrepp i sin uppdragsbeskrivning för hälso- och sjukvården, utan i vissa fall har vi utgått från det uppdrag som gäller för generalistvård och generalistläkare utanför sjukhusen. I skildringen av primärvårdens uppdrag i Storbritannien har vi utgått från uppdraget i England, där en majoritet av befolkningen bor.

I Sverige definieras primärvården i hälso- och sjukvårdslagen, där den beskrivs 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 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL)).

Förarbetena till HSL anger även att primärvården i sin roll som första linjens hälso- och sjukvård ska vägleda sina patienter i den övriga 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).

Till det kommer viss lagstiftning som berör primärvårdens organisering. Lagen om valfrihetssystem (så kallat obligatoriskt vårdval) reglerar bland annat att patienterna har rätt att själva välja utförare av primärvård och att fri etablering råder från alla primärvårdsgivare som uppfyller vissa grundläggande krav som ställs upp av regionerna (se 7 kap. 3 § HSL). Patienterna ska även få tillgång till och kunna välja en fast läkarkontakt (se 7 kap. 3 § HSL).



HSL anger också att den enskilde inom viss tid ska kunna få kontakt med primärvården respektive en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården (se 9 kap. 1 § HSL). Tidsgränserna för vårdgarantin framgår av hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) (HSF). Där anges att patienter ska få kontakt med primärvården samma dag och få en medicinsk bedömning inom tre dagar, förutsatt att vårdgivaren bedömer att det behövs (se 6 kap. 1 § HSF). Om regionen inte kan uppfylla tidsgränsen ska den se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad (se 9 kap. 2 HSL).

I övrigt styrs primärvårdens uppdrag av regionernas uppdragsdokument (så kallade regelböcker), som styr både offentlig och privat primärvård. Innebörden av dessa regionala styrdokument tar tydlig utgångspunkt i ovanstående uppdragsformulering men skiljer sig åt i vissa delar, exempelvis i tolkningen av vad som ingår i primärvården (Socialstyrelsen 2016). Under 2016 gjorde Socialstyrelsen (2016) en kartläggning av hur regionerna har formulerat uppdraget till primärvården. I kartläggningen konstaterade Socialstyrelsen att det finns en gemensam kärna i det medicinska uppdraget när det gäller:

- planerad och oplanerad mottagning
- rehabilitering
- psykosociala insatser
- jourverksamhet
- läkarinsatser i kommunal hälso- och sjukvård
- smittskyddsarbete
- kris- och beredskap.

Variationer finns när det gäller på vilken detaljnivå det medicinska uppdraget är formulerat samt vilka krav regionen ställer på den kompetens som ska finnas tillgänglig för att en vårdcentral ska få ingå i vårdvalet. Vidare finns olikheter om ifall barnhälsovård och mödravård ska ingå (Socialstyrelsen 2016).

Vår internationella jämförelse visar att drygt hälften av jämförelseländerna saknar en författningsreglerad definition av primärvårdens uppdrag i förhållande till annan hälso- och sjukvård. Det gäller USA, Schweiz, Australien, Nederländerna, Kanada och Tyskland. I Frankrike, Storbritannien, Norge och Nya Zeeland definieras primärvårdens uppdrag i stället i olika författningar (Hôpital, Patients, Santé et Territoires 2009 (The Hospital, Patients, Health, Territories Act), Code de la Santé Publique 2009, Health and Social Care Act 2012, National Health Service Act 2006,

§ 3–2 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. 2011 (Helse- og omsorgstjenesteloven), The New Zealand Public Health and Disability Act 2000). Men även när primärvården regleras i författningar kan dessa kompletteras av avtal mellan sjukvårdshuvudmannen och enskilda primärvårdsläkare eller kliniker. Det gäller till exempel i Storbritannien (Anell 2017).

I Australien definieras uppdraget i stället i strategiska ramverk, medan Nederländerna definierar primärvården i nationella avtal och i överenskommelser mellan staten och läkarföreningar (National Primary Health Care Strategic Framework 2013, Anell 2017, Kringos m.fl. 2015). I Kanada består hälso- och sjukvården av 13 regionala sammanlänkade sjukvårdsförsäkringar, där primärvårdens uppdrag kan variera beroende på regionala och lokala behov (Canada.ca 2012). I Tyskland definieras primärvården delvis genom lag, delvis genom ersättningsystem och delvis genom vad som ingår i utbildningen för allmänläkare (Simic m.fl. 2015).

I USA och Schweiz saknas en sammanhållen beskrivning av primärvårdens uppdrag i förhållande till annan vård. I USA definierar Affordable Care Act, ACA, att alla försäkringsplaner ska täcka in 10 obligatoriska vårdkategorier, bland annat öppenvård, akutvård, rehabilitering samt prevention och vård av kroniska sjukdomar (Affordable Care Act 2010). Det är sedan upp till varje delstat att besluta om omfattningen för respektive kategori (The Commonwealth Fund 2017). I Schweiz finns det flera policydokument från offentliga organ eller yrkesföreningar, men inget av dem har antagits formellt av den schweiziska regeringen. Policydokumenten speglar dessutom delvis olika visioner för nuvarande och framtida primärvård (Cartier m.fl. 2015).

Oavsett på vilket sätt primärvårdens uppdrag definieras, har en majoritet av jämförelseländerna en formulering som anger att primärvården har ett brett uppdrag att diagnosticera, behandla och följa upp sjukdomar. Sådana formuleringar finns i Frankrike, Storbritannien, Norge, Nya Zeeland, Australien, Tyskland och Kanada (Code de la Santé Publique 2009, NHS England 2019, § 3–2 Helse- og omsorgstjenesteloven 2011, Canada.ca 2012, New Zealand Ministry of Health 2001, National Primary Health Care Strategic Framework 2013, DEGAM 2002).

En majoritet av länderna slår även fast att primärvården ska ägna sig åt olika former av förebyggande insatser, screening och hälsoråd. Det gäller Frankrike, Storbritannien, Norge, Nya Zeeland, Australien och Tyskland (Code de la Santé Publique 2009, NHS England 2019, § 3–2 Helse- og omsorgstjenesteloven 2011, Primary Health Care Strategy 2001, National Primary Health Care Strategic Framework 2013, DEGAM 2002). Ett liknande



uppdrag finns i de flesta kanadensiska delstater (Canada.ca 2012). Frankrike och Storbritannien nämner särskilt att primärvården ska följa utvecklingen för personer med kronisk sjukdom (Code de la Santé Publique 2009, NHS England 2019).

Samordning och vägledning i relation till övrig hälso- och sjukvård ingår i vissa länders uppdragsbeskrivning för primärvården, men inte i andras. Det utesluter naturligtvis inte att primärvården har en liknande roll även i länder där det inte ingår i den formella uppdragsbeskrivningen, men det säger något om vilken central del av primärvårdens uppdrag man anser att samordningen är.

Primärvården i Frankrike, Kanada och Tyskland har en uttrycklig uppgift att samordna patienternas hälso- och sjukvård, även när den ges av andra vårdgivare (Code de la Santé Publique 2009, Canada.ca 2012, DEGAM 2002). I Frankrike och Tyskland ansvarar primärvården dessutom särskilt för att information som tillhandahålls av olika hälso- och sjukvårdspersonal sammanställs (Code de la Santé Publique 2009, DEGAM 2002). Det kan jämföras med svensk lagstiftning, där ansvaret för att samordna vården ligger på hela hälso- och sjukvården och inte bara på primärvården (5 kap. 1 § HSL, 6 kap. 1 § patientlagen (2014:821)).

I Frankrike, Storbritannien och Tyskland har primärvården även ett uppdrag att hänvisa patienter till andra vårdgivare efter behov (Code de la Santé Publique 2009, NHS England 2019, DEGAM 2002). I Frankrike innefattar det hela den medicinsk-sociala sektorn (Code de la Santé Publique 2009). Men eftersom en majoritet av jämförelseländerna styr patienterna mot att alltid ha remiss till specialistvården får primärvården i praktiken ett informellt uppdrag att lotsa patienterna rätt i hälso- och sjukvården även där.

Slutligen skiljer sig länderna åt när det gäller vilka verksamheter som anses ingå i primärvården. Fem länder (Australien, Storbritannien, Nya Zeeland, Kanada och Nederländerna) inkluderar apoteksverksamhet som en del av primärvården (National Primary Health Care Strategic Framework 2013, Thorlby & Arora 2017, New Zealand Ministry of Health 2001, Canada.ca. 2012, Kringos m.fl. 2015).

Tre länder (Australien, Nya Zeeland och Nederländerna) inkluderar även tandvård i primärvårdens uppdrag (National Primary Health Care Strategic Framework 2013, New Zealand Ministry of Health 2001, Kringos m.fl. 2015).

Två länder (Norge och Storbritannien) har gett primärvården ett ansvar för att tillhandahålla akutvård vid olyckor (NHS England 2019, § 3–2 Helse- og omsorgstjenesteloven 2011). Norsk lagstiftning nämner även att primärvården har ett särskilt ansvar för rehabilitering (§ 3–2 Helse- og

omsorgstjenesteloven 2011). Mödrahälsovård, familjeplanering och sexuell hälsovård ingår i primärvården i Norge och delar av Nya Zeeland (§ 3–2 Helse- og omsorgstjenesteloven 2011, New Zealand Ministry of Health 2001). Även många kanadensiska delstater inkluderar barnhälsovård, mödrahälsovård, rehabilitering och grundläggande räddningstjänster i primärvården (Canada.ca 2012). Slutligen kan vårdcentraler välja att erbjuda barn- och mödrahälsovård i Storbritannien (NHS England 2019).

### **2.1.2 Inget tydligt mönster i om IHP-länderna styr primärvården huvudsakligen regionalt, som i Sverige, eller centralt**

Det finns inget tydligt mönster som dominerar när det gäller hur centraliserad den strategiska styrningen av bland annat primärvårdens innehåll är. De flesta IHP-länderna använder en blandning av centrala och regionala styrelement, där centraliserad, ofta statlig, styrning dominerar i vissa länder medan andra har större inslag av lokal eller regional styrning. Sverige är ett av länderna där en jämförelsevis stor del av styrningen ligger på regional nivå. Det här avsnittet handlar om styrningen ur ett beställarperspektiv, medan primärvårdens praktiska finansiering och eventuella konkurrensutsättning återkommer senare i kapitlet.

I Sverige är det regionerna som styr primärvårdens innehåll och uppdrag, utifrån bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen och övrig hälso- och sjukvårdslagstiftning. Styrningen sker genom så kallade regelböcker, som anger krav och ekonomiska villkor för både offentligt och privat driven primärvård.

Den statliga styrningen av primärvården handlar framför allt om författningsreglering och viss finansiering, som exempelvis det obligatoriska vårdvalet (7 kap. 3 § HSL).

Nya Zeeland, Kanada och Schweiz har liksom Sverige en huvudsakligen regional styrning av hälso- och sjukvården. I Nya Zeeland ligger ansvaret för planering, inköp och leverans av primärvård på geografiskt indelade District Health Boards (DHB). De finansierar Primary Health Organizations (PHO), som antingen själva levererar primärvård eller har kontrakt med primärvårdsutförare. Individuer kan anmäla sig hos en PHO och få lägre avgifter för läkarbesök och läkemedel samt bättre samordning mellan vårdinstanser. I april 2019 var 93 procent av befolkningen knuten till en PHO (New Zealand Ministry of Health 2019).

I Kanada har den regionala nivån (provinser och territorier) huvudansvaret för organisering och leverans av hälso- och sjukvård samt



uppföljning av leverantörer. Många har etablerat regionala hälsomyndigheter som planerar och står för offentligt finansierade tjänster på lokal nivå. Provinser och territorier har egna universella sjukförsäkringsprogram, som täcker samtliga medborgare (Hutchison m.fl. 2011).

I Schweiz består den statliga styrningen av primärvården till största del av att licensiera läkare. Staten ansvarar även för den nationella försäkringen, reglering av läkemedel och vissa folkhälsoinsatser. I övrigt ansvarar de regionala kantonerna för hälso- och sjukvården (Cartier m.fl. 2015).

Storbritannien och Frankrike har statlig styrning av primärvården. Det statliga organet National Health Service, NHS, är beställare och utförare av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården i Storbritannien (Anell 2017). NHS består av fyra regionala organisationer i England, Skottland, Wales och Nordirland som är oberoende av varandra (Wilson 2015). Organisationen och styrningen av primärvården är däremot relativt lika mellan NHS-organisationerna (Anell 2017).

I Frankrike är ansvaret för styrning av hälso- och sjukvårdssystemet delat mellan staten och den nationella sjukförsäkringen *l'assurance maladie*. Sedan 1990-talet har ansvar flyttats från nationell till regional nivå (mest för planering). Sedan den nya lagen *Hôpital, Patients, Santé et Territoires* (Lagen om sjukhus, patienter, hälsa och territorier) kom 2009 har de regionala hälso- och sjukvårdsinstitutionerna samlats i så kallade *single regional health agencies/Agences régionales de santé, ARS* (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies 2017a).

Australien har statlig styrning, men ansvaret för exempelvis prevention ligger på regional nivå. Enligt National Health Reform Agreement 2011 har staten huvudansvaret för policyformulering och finansiering av primärvården samt för att administrera det australiensiska primärvårds-systemet. Staten gör detta genom att bland annat reglera vilka vårdinsatser och läkemedel som är subventionerade samt genom att finansiera regionala planerings- och samordningsorgan som ska stödja leverantörerna av primärvård. Det finns även viss annan finansiering till delstaterna och till specifika program. Staten finansierar även sjukhusvården. Delstaterna och territorierna ansvarar för driften av offentliga sjukhus, prevention, hälsopromotion och andra insatser för att främja god hälsa bland befolkningen. Ett antal av dessa områden inkluderar även det som brukar kallas primärvård (Australia Department of Health o.d., Glover 2017).

I Nederländerna är styrningen i allt väsentligt statlig. Staten ansvarar, förutom för finansiering av sjukförsäkringen, för vad som ingår i

försäkringen, för avgiftsnivåer för de tjänster som inte förhandlas fram, för målnivåer i vården och beslut om kapacitet vid till exempel vårdboenden samt för att säkerställa vårdens tillgänglighet och kvalitet. På lokal nivå har så kallade *kommunala folkhälsodepartement* en stor roll inom bland annat prevention, rådgivning och akut psykiatriskt omhändertagande. Kommunen ansvarar för en rad tjänster inom hemsjukvård (HSPM o.d., OECD & European Observatory on Health Systems and Policies 2017b, Kringos m.fl. 2015).

I Norge är primärvården ett kommunalt ansvar medan resten av vården – sjukhus och olika specialistmottagningar – har ett statligt huvudmannaskap (Steihaug m.fl. 2017).

I Tyskland regleras vissa aspekter av primärvården i lag på nationell nivå, men den mer specifika styrningen är delegerad till oberoende samlingsorganisationer för professioner och sjukförsäkringskassor. Dessa antas och utfärdas sedan av Gemeinsamer Bundesausschuss (Joint Federal Committee, landets högsta självstyrda beslutsorgan på hälso- och sjukvårdsområdet) (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies 2017c).

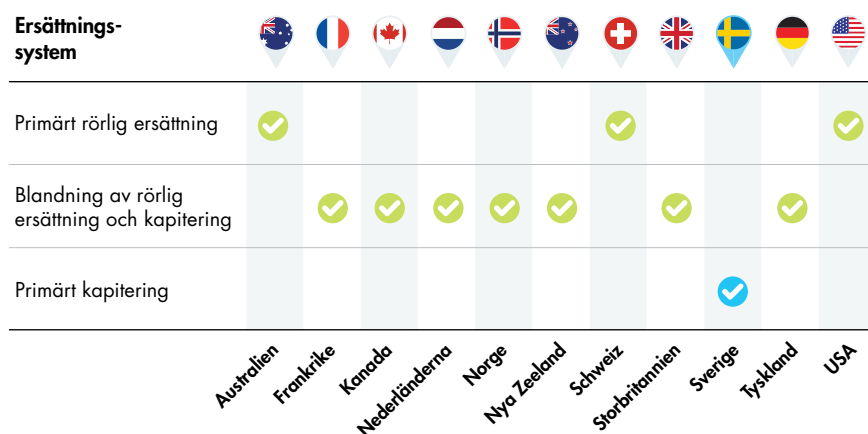
USA skiljer sig från övriga länder genom att ha en mer fragmenterad styrning, där staten, försäkringsorganisationer, vårdgivare samt offentliga och privata kontrollorgan har ett delat ansvar för hälso- och sjukvårdssystemet, inklusive primärvården. Framför allt har staten och delstaterna ett delat ansvar för planering, finansiering, administration, kontroll och leverans av hälso- och sjukvård. Direktiv kan komma från både privata och offentliga aktörer på federal och delstatlig nivå samt på läns-, kommun- och stadsnivå (Rice m.fl. 2013).

### **2.1.3 Sveriges ersättningsystem utmärker sig genom en ovanligt hög grad av kapitering**

Sverige utmärker sig jämfört med de andra IHP-länderna genom att ha en ovanligt hög grad av kapiteringsersättning, det vill säga att vårdgivarna får en viss ersättning per person som är listad vid vårdcentralen. De övriga IHP-länderna har en blandning av kapiteringsersättning och en rörlig styckeersättning per insats eller primärvårdsbesök, där inslagen av rörlig styckeersättning i vissa fall dominerar.



**Figur 1.** Ersättningsystem i IHP-länderna.



I Sverige är kapiteringsersättning den dominerande ersättningsformen och utgör i genomsnitt drygt 80 procent av ersättningen till primärvården (Lindgren 2019). Regionerna använder olika modeller för att beräkna kapiteringsersättningens nivå utifrån befolkningen eller antalet listade patienter. Ålder och socioekonomiska förutsättningar ingår som komponenter i de flesta modeller. Vidare ingår oftast en målrelaterad ersättning för kvalitetsindikatorer samt för hur mycket sjukhusvård de listade patienterna konsumerar (så kallad täckningsgrad, det vill säga hur mycket av personernas totala hälso- och sjukvård som utförs i primärvården) (Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) 2019a).

Australien och Schweiz tillämpar till allra största del en rörlig styckeersättning per insats, åtgärd eller besök (Swerissen & Duckett 2018, EU 2012). Även USA har i stor utsträckning rörlig styckeersättning per insats (The Commonwealth Fund 2017). Storbritannien har en blandning av kapiteringsersättning och styckeersättningar (Wilson 2015), men sammansättningen skiljer sig åt mellan England, Scotland, Wales och Nordirland (se exempelvis Thorlby & Arora 2017, The Scottish Government & British Medical Association 2017). Övriga länder har en blandning av kapiteringsersättning och styckeersättningar (se Iversen 2011, Kringos m.fl. 2015, Hutchison m.fl. 2011, Blümel & Busse 2017, Durand-Zaleski 2017, Gauld 2017).

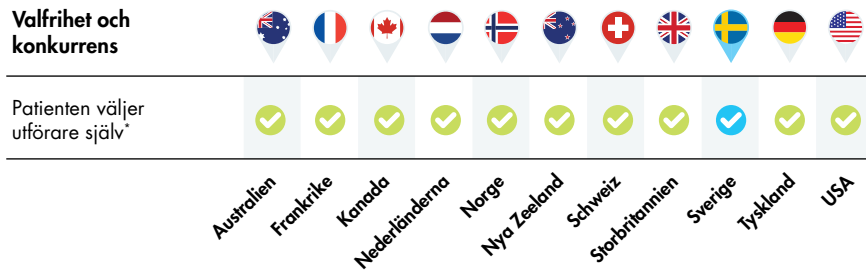
Nya Zeeland och Nederländerna har, som Sverige, även en liten andel målrelaterad ersättning för exempelvis tillgänglighet (Gauld 2017, Kroneman m.fl. 2016). Principerna skiljer sig ofta åt mellan provinser eller stater samt mellan olika försäkringar.



### 2.1.4 Alla IHP-länder har valfrihet och konkurrens i primärvården

I samtliga jämförelseländer, inklusive Sverige, kan patienten välja sin primärvårdsmottagning. Men i vissa länder begränsas valet praktiskt av geografiskt läge eller patientens försäkringsplan, alternativt av att listorna på närliggande mottagningar är fulla (Thorlby & Arora 2017, Kringos m.fl. 2015). Bara Storbritannien och Nederländerna har ett generellt krav på listning hos en mottagning.

Figur 2. Valfrihet och konkurrens i IHP-länderna.



I Sverige gäller att regionerna ska organisera primärvården så att alla som omfattas av regionernas ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem) (7 kap. 3 § HSL). Lagstiftningen om obligatoriskt vårdval innebär att alla utförare som uppfyller en regions krav på primärvårdens innehåll har rätt att etablera sig i regionen (8 kap. 1 § lagen om valfrihetssystem (2008:962) (LOV)). De har även rätt till ersättning enligt samma villkor som de övriga primärvårdsutförarna (4 kap. 1 § LOV).

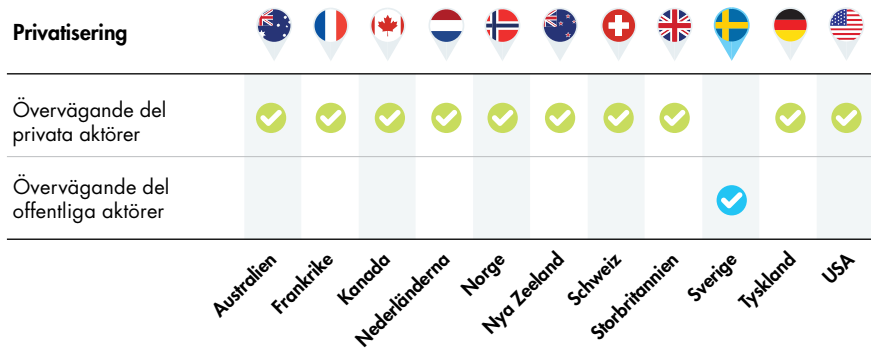
Befolkningen kan välja att lista sig på valfri vårdcentral och, i flera regioner, hos en specifik läkare. Görs inget aktivt val sker oftast en automatisk listning på en närbelägen vårdcentral eller så förblir personen olistad (1177 Vårdguiden 2017). Det är normalt inte tillåtet för vårdcentraler i Sverige att begränsa personers möjlighet att lista sig genom att exempelvis hänvisa till befintliga väntetider eller brist på kompetens. Men några regioner har börjat diskutera införande av tak för hur många patienter en läkare måste ta emot på sin lista (Dagens medicin 2019, Läkartidningen 2019). Även utredningen *Styrning för en mer jämlik vård* har föreslagit att regioner ska ha möjlighet att sätta ett tak för antalet listade patienter per vårdcentral (SOU 2019:42).

I områden med hög konkurrens påverkas vårdcentralerna märkbart av en förändring i antalet listade patienter, eftersom den ekonomiska ersättningen varierar och kan ställa krav på att anpassa personalstyrkan (Konkurrensverket 2014).

### 2.1.5 Sverige är det land som har lägst andel primärvård i privat regi, med cirka 40 procent privata vårdcentraler

Sverige är det land i IHP-undersökningen som har i särklass störst andel offentligt driven primärvård, knappt 60 procent. De övriga IHP-länderna varierar mellan att enbart ha privat primärvård och att ha en majoritet privata vårdgivare i primärvården.

Figur 3. Privatisering i IHP-länderna.



Enligt SKR (2019b) har andelen privata vårdcentraler i Sverige ökat över tid, så att andelen offentliga primärvårdsmottagningar minskat från knappt 75 procent 2006 till knappt 60 procent 2018. Men andelen privata vårdcentraler varierar starkt mellan olika regioner, från 68 procent i Region Stockholm till 13 procent i Region Västerbotten (SKR 2019b).

Bland jämförelseländerna har Kanada och Nederländerna enbart privata leverantörer medan resten har en övervägande del privata leverantörer, antingen som egna företagare eller läkare som slår sig samman och driver en vårdcentral i grupp. I England, där en majoritet av Storbritanniens befolkning bor, är cirka 65 procent av primärvårdsutförarna privata leverantörer (Thorlby & Arora 2017). I Frankrike redogör en källa från 2009 att cirka 70 procent av primärvårdsutförarna var egna företagare med kontrakt med National Sickness Fund (Cartier m.fl. 2015). I Norge är cirka 95 procent av primärvårdsläkarna egna företagare (Agerberg 2016).

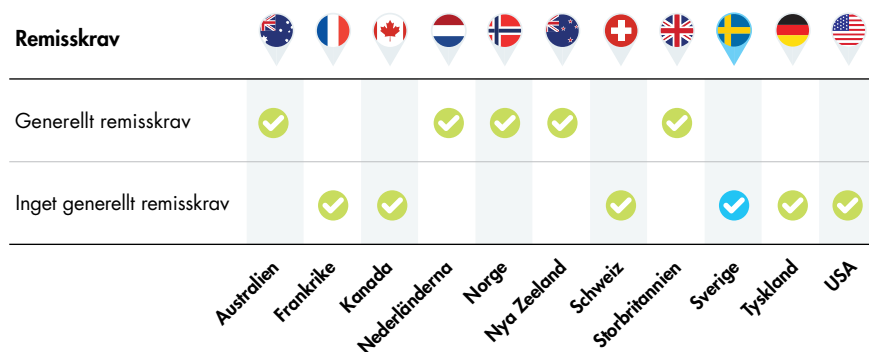
### 2.1.6 Sverige har en jämförelsevis låg styrning av patientflöden till specialistvården genom exempelvis remisskrav

I jämförelse med övriga IHP-länder styr Sverige patientflödena till specialistvård i relativt liten utsträckning. Det är upp till regionerna att ställa krav på remiss från primärvården och regionerna varierar i vilka krav de har.

Knappt 40 procent av regionerna har inga remisskrav till specialistvården alls. Knappt hälften av jämförelseländerna har generella remisskrav till specialistvården.

Sverige har inte heller något nationell styrning av patientflödena genom att ta ut en lägre egenavgift i specialistvården om en patient har remiss från primärvården. På så sätt skiljer sig svensk primärvård från exempelvis Frankrike, där det är en tydlig skillnad på avgiften till specialistvård beroende på om patienten söker med eller utan remiss.

**Figur 4.** Remisskrav till specialistvård i IHP-länderna.



Sverige har inget generellt remisskrav för att söka specialistvård, utan varje region beslutar vilka remissregler som ska gälla i den egna hälso- och sjukvården. 8 av 21 regioner har inga remisskrav för att träffa specialistläkare, 5 regioner har remisskrav för att få genomgå en neuropsykiatrisk utredning och 8 regioner har remisskrav för att träffa läkare i andra delar av specialistvården (SKR 2020a). Dessutom kräver samtliga regioner remiss för medicinsk service, till exempel röntgenundersökningar och provtagningar (1177 Vårdguiden 2018).

Även valet att sänka egenavgiften i specialistvården om patienterna har en remiss från primärvården ligger på varje enskild region. Många regioner har sänkt avgiften till en nivå där egenavgiften för ett besök i primärvården och ett i specialistvården tillsammans motsvarar egenavgiften om patienten hade sökt vård direkt i specialistvården (SKR 2020b).

Sverige har alltså dels stor variation mellan regionerna när det gäller remisskrav, dels en lägre styrning av patienternas sökmönster från primärvården till specialistvården jämfört med de flesta andra IHP-länder. Patienter hänvisas till 1177 Vårdguiden (2018) för att ta reda på vilka regler som gäller i den egna regionen.

De flesta jämförelseländerna har antingen ett generellt remisskrav eller olika former av ekonomiska incitament för att skaffa en remiss, för att på så sätt styra patienterna mot att i första hand kontakta primärvården. Fem av de studerade länderna har generella krav på remiss från primärvården för att få specialistvård. I Australien krävs exempelvis remiss för att vårdinsatsen ska subventioneras av den nationella sjukförsäkringen (Glover 2017). I Nederländerna krävs generellt sett remiss från primärvården för att få tillgång till specialistvård. Det finns däremot möjlighet att vända sig direkt till sjuksköterskor i hemsjukvården, sjukgymnaster, ambulera barnmorskor och arbetsterapeuter. Egen-avgifterna för den typen av besök är samtidigt högre, eftersom avgiftsfrihet gäller för besök hos läkare eller sjuksköterska i primärvården (Anell 2017).

Kanada och Frankrike har inget remisskrav, men de har skilda patientavgifter med eller utan remiss. I Kanada är remiss normen, men det är möjligt att gå direkt till en specialistmottagning. Begränsningen sker främst genom ekonomiska incitament riktade mot läkarna (i de flesta provinser får specialistläkare lägre ersättning för patienter utan remiss) (Hutchison m.fl. 2011, Allin & Rudoler 2017). I Frankrike är det inte heller tvunget att ha remiss, men det finns ekonomiska incitament för patienten att vända sig till primärvården först – vid direkt kontakt med en specialistmottagning blir egenavgiften högre (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies 2017a).

Tyskland, USA och Schweiz har olika regler beroende på vilken lokal sjukförsäkring en person tillhör. Schweiz har inget generellt remisskrav, utom inom vissa försäkringsplaner. I övrigt är patienter fria att söka specialiserad vård direkt. Men specialistläkare arbetar fortfarande främst med patienter via remiss (Cartier m.fl. 2015).

I USA krävs remiss inom vissa försäkringsplaner, som även begränsar valet av specialist, medan andra försäkringsplaner erbjuder patienter bredare och direkt tillgång till specialistvård. Tillgången till specialistvård är särskilt begränsad för till exempel Medicaid-användare och oförsäkrade (The Commonwealth Fund 2017).

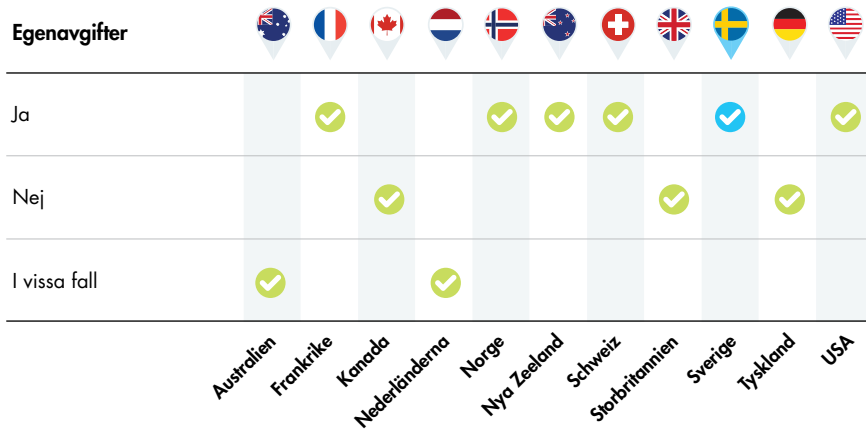
I Tyskland kan remiss krävas av vissa sjukförsäkringar (Anell 2015).

Men frågan är hur starkt remisskravet styr i praktiken. Trots ett generellt remisskrav i Nederländerna sker en viss andel nybesök hos specialister ändå utan remiss.

### 2.1.7 Flera IHP-länder saknar egenavgifter i primärvården

Det kan vara svårt att hitta aktuell information om vilka egenavgifter patienter betalar i primärvården internationellt. Vi har hittat information om att sex jämförelseländer har egenavgifter i varierande storlek, precis som Sverige, medan de övriga IHP-länderna saknar egenavgift för besök i primärvården.

Figur 5. Egenavgifter i IHP-länderna.



Regionerna i Sverige bestämmer som huvudregel egenavgifternas storlek (för bestämmelser om egenavgifter, se 17 kap HSL). Undantaget är att avgift inte får tas ut för patienter som är 85 år eller äldre i den öppna hälso- och sjukvården (17 kap. 3 § HSL). Alla regioner har dessutom beslutat att barn och ungdomar slipper betala egenavgift i öppenvården (SKR 2020b).

Avgiften varierar ofta beroende på vilken yrkeskategori som besöket avser. Den vanligaste avgiften är 200 kr/besök till allmänläkare eller fysioterapeut. I några regioner kostar det 300 kr om besöket gäller en annan specialist på vårdcentralen. Vissa regioner har 100 kr som avgift om patienterna besöker den vårdcentral där de är listade, och 200 eller 300 kr om besöket sker på en vårdcentral där de inte är listade (SKR 2020b).

Utredningen *Styrning för en mer jämlik vård* har förslagit en nationellt reglerad avgift på 100 kronor för att besöka primärvården vid den vårdcentral där man är listad. Avgiften för ett besök vid andra vårdcentraler föreslås vara högre, för att uppmuntra invånarna att vända sig till samma vårdcentral för all sin primärvård (SOU 2019:42).

De jämförelseländer som har egenavgifter ligger generellt något lägre än Sverige. I Nya Zeeland är avgiften 15–45 NZD (80–250 kr) (Gauld 2017), i Norge cirka 200 kr (Sandström 2018). I Australien beror avgiften på hur vårdgivaren är kopplad till Medicare Benefit Schedule (Swerissen och Duckett 2018). Cirka två tredjedelar av befolkningen har möjlighet till avgiftsfria besök om vårdgivaren är kopplad till så kallad *bulk billing* (mängdfakturering), men för andra kan egenavgiften bli en ekonomisk tröskel (Swerissen och Duckett 2018).

I Frankrike betalar patienten ett fast belopp för varje medicinskt ingrepp. 2005 var avgiften 1 euro för läkarbesök och biomedicinsk analys, 2 euro för medicinsk transport och 0,50 euro för paramedicinsk behandling, det vill säga behandlingar som inte är rent medicinska som exempelvis rehabilitering och kostrådgivning. Det finns ett årligt tak på 50 euro för varje kategori av insats (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies 2017a).

I Kanada är det i lag förbjudet med egenavgifter för medicinskt motiverade insatser (Hutchison m.fl. 2011). Tyskland har inte egenavgifter för läkarbesök, men tar i likhet med Sverige ut en egenavgift för till exempel läkemedel (Blümel & Busse 2017, OECD & European Observatory on Health Systems and Policies 2017c). Detsamma gäller Storbritannien (Wilson 2015). I Nederländerna täcks egenavgifterna för besök till läkare och sjuksköterskor i primärvården av den obligatoriska basförsäkringen som kostar cirka 100 euro i månaden, medan till exempel subventionerade besök hos exempelvis sjukgymnaster är mera begränsade (Anell 2017, TransferWise 2017).

## 2.2 PRIMÄRVÅRDENS RESURSMÄSSIGA FÖRUTSÄTTNINGAR

Primärvårdens resursmässiga förutsättningar påverkas dels av hur hälso- och vården är finansierad, dels av vilka personalmässiga och finansiella resurser primärvården har tillgång till jämfört med den övriga hälso- och sjukvården.

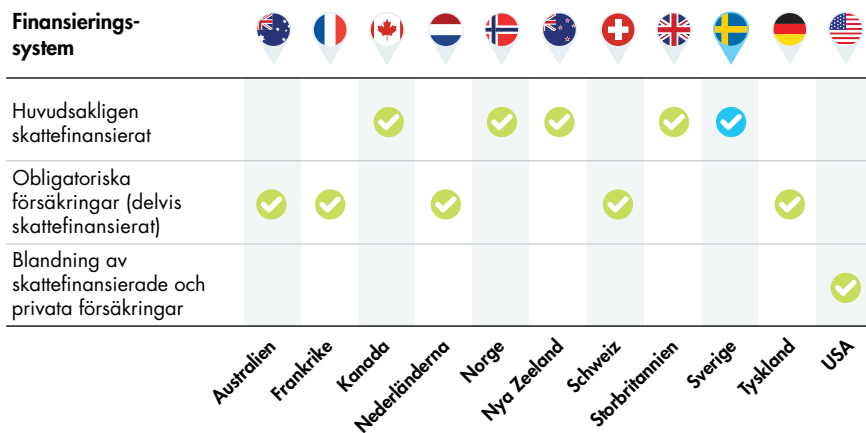
### 2.2.1 Majoriteten av IHP-länderna finansieras primärvården via skatt eller en obligatoriska försäkringar

Utredningen *Vårdens ägarformer – vinst och demokrati* beskrev i sitt betänkande att välfärds- och vårdsystemen i Västeuropa kan delas upp i två grundmodeller: skattefinansierade respektive försäkringsbaserade hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2002:31). Men i praktiken betalas ofta även premierna i obligatoriska försäkringsbaserade system i samband med skatten och anpassas efter inkomstens storlek, vilket gör att skillnaden i praktiken blir

liten. Vid inkomstberoende obligatoriska försäkringar är det alltså snarast administrationsformen och graden av fristående från statsmakten som skiljer de olika finansieringslösningarna åt (SOU 2002:31).

Av jämförelseländerna har Nya Zeeland, Norge, Storbritannien och Kanada ett i huvudsak skattefinansierat hälso- och sjukvårdssystem där primärvården ingår, som i Sverige. Tyskland, Nederländerna, Frankrike, Australien och Schweiz har istället ett system med obligatoriska försäkringar, som delvis också är direkt skattefinansierade. I många fall är det möjligt att utöka den obligatoriska, skattefinansierade sjukförsäkringen med en privat försäkring. Slutligen har USA en blandning av skattefinansierade (de så kallade Medicare- och Medicaid-systemen) och privata försäkringar.

**Figur 6.** Huvudsakligt finansieringssystem i IHP-länderna.



I Sverige finansieras primärvården till största delen av skattemedel (prop. 2019/20:1). Regionerna har egen beskattningsrätt som ingår som en del av kommunalskatten (14 kap. 4 § regeringsformen (1974:152) (RF)). En viss, mindre del av finansieringen består av riktade statsbidrag och egenavgifter, som betalas direkt av patienterna (SKR 2019c). De riktade statsbidragen är avsedda att stimulera till förstärkningar av bristområden som staten har identifierat och varierar typiskt sett i storlek och fokus över tid (Statskontoret 2019).

Av jämförelseländerna har Nya Zeeland, Norge, Storbritannien och Kanada ett skattefinansierat hälso- och sjukvårdssystem där primärvården ingår. Kanadas system kallas Medicare, och finansieras av skatter på statlig och regional nivå (Allin & Rudoler 2017). I Storbritannien kommer majoriteten av finansieringen från skatter (Wilson 2015).

I Nya Zeeland köper cirka en tredjedel av befolkningen kompletterande privat försäkringar (för till exempel reducerade avgifter till specialist och valbar kirurgi på privata sjukhus) samt tilläggförsäkring för snabbare tillgång till icke-akut behandling (Gauld 2017). I Norge finansieras primärvården delvis av staten genom prestationsbaserade avgifter till primärvårdsläkarna och delvis av kommunerna. Kommunernas intäkter kommer i sin tur dels från lokal inkomst- och förmögenhetsskatt med ett maxbelopp som fastställs av staten, dels från ett statligt utjämningsystem (Iversen 2011).

Tyskland, Nederländerna, Frankrike, Australien och Schweiz har i stället ett system med obligatoriska försäkringar, som är delvis skattefinansierade. I Australien finansierar staten Medicare, en universell sjukvårdsförsäkring som omfattar gratis eller subventionerad tillgång till vård. Medicare finansieras delvis genom en avgift via skattesystemet. Modellen kan ses som en hybrid, där medborgare, permanent bosatta och flyktingar kan köpa en privat försäkring som tillägg till den offentliga försäkring de redan har (Dixit & Sambasivan 2018).

Även i Nederländerna kan individer köpa tilläggförsäkringar (Kringos m.fl. 2015, Kroneman m.fl. 2016). I Schweiz finansieras de olika typerna av socialförsäkring i allmänhet huvudsakligen genom avgifter från försäkringsstagare och arbetsgivare, först därefter genom skattemedel (EU 2012).

I Tyskland finns den generella försäkringen GKV (Gesetzliche Krankenversicherung). Bidragen till GKV är inkomstrelaterade och liknande för samtliga sjukkassor. Trots att GKV ska gynna en jämlik tillgång till vård, har de med hög inkomst möjlighet att gå ur GKV och i stället teckna en privat försäkring. År 2017 täckte 113 sjukkassor 88 procent av befolkningen, medan 10 procent av befolkning täcktes av privat försäkring. Resterande andel var medlemmar i en av flera kassor som riktar sig till specifika grupper, exempelvis personer anställda inom den tyska försvarsmakten (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies 2017c).

Även i Frankrike är bidraget till den allmänna sjukvårdsförsäkringen (l'assurance maladie) inkomstrelaterat och kommer primärt från skattebetalare och arbetsgivare. Många invånare har dessutom en privat försäkring som täcker till exempel tandvård (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies 2017).

Slutligen har USA en blandning av skattefinansierade (de så kallade Medicare och Medicaid-systemen) och privata försäkringar (The Commonwealth Fund 2017). I Affordable Care Act (2010) framgår ett delat ansvar mellan staten, arbetsgivare och individer för att säkra att alla invånare har tillgång till en prisvärd sjukförsäkring av god kvalitet. Men den faktiska



täckningen för befolkningen är fortsatt fragmenterad, med ett stort antal privata och offentliga vårdgivare och en stor variation i hur många som är försäkrade i olika delar av landet (The Commonwealth Fund 2017).

### **2.2.2 Primärvårdens andel av läkarna är låg i Sverige, men två tredjedelar av besöken går till andra yrkesgrupper**

Det är svårt att jämföra kostnaden för olika länders primärvård, eftersom primärvården kan organiseras på olika sätt och det finns skillnader i vilka verksamheter som ingår (Vårdanalys 2017a). En grov uppskattning baserad på data från OECD visar att Sveriges kostnader för öppenvård som ges utan avgränsning till viss ohälsa eller symptom ligger på sex procent av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård och tandvård, vilket är strax över medel jämfört med de andra IHP-länder som det finns data för. Men andelen ligger långt ifrån vår beräkning att primärvården står för drygt 20 procent av regionernas kostnader för hälso- och sjukvård baserat på statistik från SKR (2019c). Skillnaden mellan de två måtten skulle bland annat kunna förklaras av att kommunernas kostnader för hälso- och sjukvård samt hushållens kostnader för tandvård finns med i OECD:s uppskattning av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård, men inte i vår beräkning utifrån SKR:s statistik.

Ett annat sätt att jämföra andelen resurser i primärvården i olika länder är att utgå från mottagningarnas bemanning. Det är troligtvis en mer rättvisande metod, och vi har använt den i tidigare rapporter (Vårdanalys 2017a, 2018a). Men jämförelsen av ländernas personalresurser försvåras av att de tillgängliga uppgifterna i stort sett bara gäller läkare. Det gör att jämförelsen underskattar bemanningen på till exempel svenska primärvårdsmottagningar, som bemannas av fler yrkesgrupper än läkare. Även urvalet av läkare som ingår i måttet kan variera, beroende på om beräkningarna utgår från antalet specialister i allmänmedicin, från specialister och ST-läkare i allmänmedicin eller från en uppskattning av antalet läkare som är verksamma i primärvården (Vårdanalys 2017a).

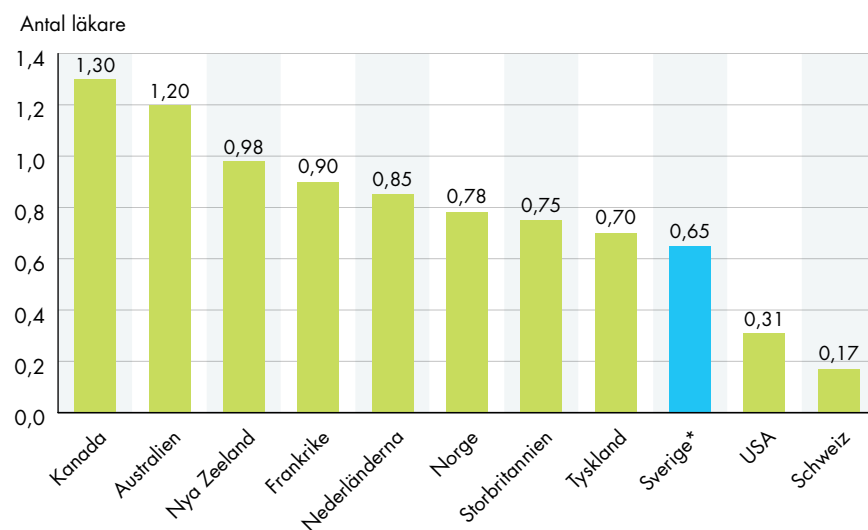
Enligt uppgifter från OECD har Sverige cirka 0,65 primärvårdsläkare per 1 000 invånare, vilket är lägre än majoriteten av IHP-länderna. Exempelvis har Kanada 1,3 läkare per 1 000 invånare i primärvården. Även sett till primärvårdsläkarna som andel av det totala antalet läkare ligger Sverige lågt, med knappt 16 procent primärvårdsläkare, medan 5 av 10 övriga IHP-länder ligger över 25 procent.



### Primärvårdens andel av läkarna

Eftersom IHP-länderna skiljer sig åt när det gäller primärvårdens uppdrag och organisation är det troligtvis mer rättvisande att jämföra andelen primärvårdsläkare än primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens kostnader. Men det finns svagheter även med det här måttet.

**Figur 7.** Antal läkare i primärvården per 1 000 invånare, 2017.



Not: Antalet för Sverige gäller 2016, eftersom det saknas information för 2017.

Källa: OECD Health Statistics.

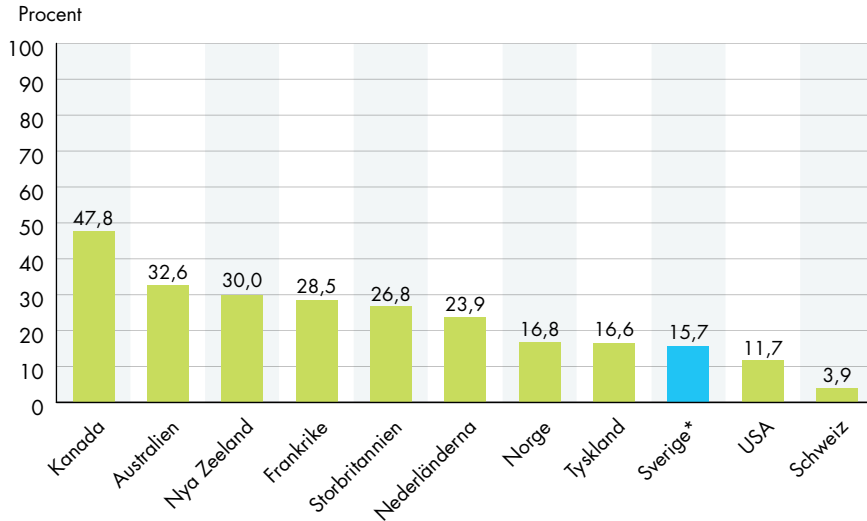
Statistiken i databasen *OECD Health Statistics* definierar primärvårdsläkare som läkare som arbetar med att ge "långsiktig och icke-specialiserad vård till individer, familjer och lokalsamhällen" (OECD 2019a). Det innebär att även ST-läkare i allmänmedicin och läkare utan specialistkompetens ingår i statistiken för vissa länder (OECD 2019a). Till exempel är det bara cirka 60 procent av läkarna i det norska fastläkarsystemet som är specialister i allmänmedicin (Den norske legeforening 2019). Samtidigt vet vi sedan tidigare att det saknas samlad statistik om antalet ST-läkare inom allmänmedicin i Sverige och att ST-läkare därför sannolikt inte ingår i data för Sverige (Vårdanalys 2018a).

Primärvårdsläkare i olika länder har inte heller nödvändigtvis samma kompetens. I många OECD-länder är specialisttjänstgöringen i allmänmedicin en av de kortaste specialisttjänstgöringarna för läkare, cirka 3 år i genomsnitt jämfört med 3–8 år för övriga inriktningar (OECD 2016). Som

jämförelse tar alla specialisttjänstgöringar i svensk sjukvård minst 5 år, oavsett inriktning (4 kap. 1 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1369)).

Antalet läkare som arbetar i primärvården kan även sättas i förhållande till det totala antalet läkare i hälso- och sjukvården, vilket ger ett liknande mönster.

**Figur 8.** Läkare i primärvården som andel av läkarkåren, procent 2017.



Not: Antalet för Sverige gäller 2016, eftersom det saknas information för 2017.

Källa: OECD Health Statistics.

Eftersom statistiken utgår från läkarna, underskattar båda figurerna den totala bemanningen på svenska primärvårdsmottagningar. I Sverige gick exempelvis 65 procent av besöken i primärvården till en annan personalkategori än läkare 2018 (se tabell 2). På det sättet ligger svensk primärvård långt fram i en utveckling som pågår i många europeiska länder (Vårdanalys 2018a). Enligt en enkät 2016 arbetade en tredjedel av de OECD-länder som besvarade enkäten för att ta in nya yrkesgrupper eller att öka ansvaret för andra yrkesgrupper än läkare i primärvården (OECD 2018). Till exempel har Frankrike och delar av Storbritannien som mål att flera yrkesgrupper ska arbeta gemensamt inom primärvården, exempelvis läkare, sjuksköterskor, farmaceuter, tandläkare, logoped, dietister och arbetsterapeuter (Ministère des Solidarités et de la Santé o.d., gouvernement. fr o.d., Thorlby & Arora 2017).



**Tabell 1.** Besök i svensk primärvård per 1 000 invånare, riket 2013–2018. Även digitala besök ingår i statistiken.

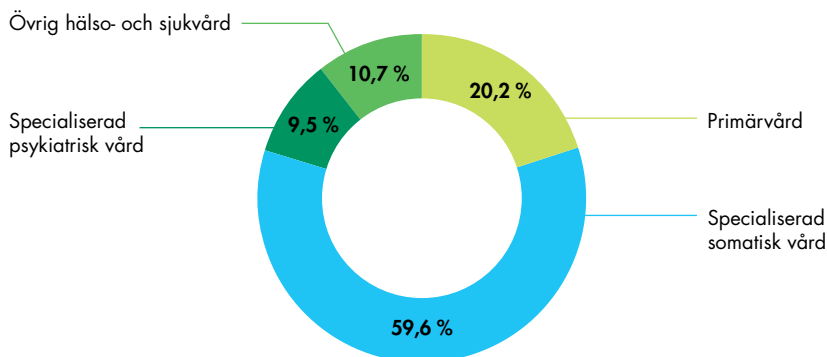
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Läkarbesök, antal/1 000 invånare	1 535,9	1 514,1	1 481,5	1 439,1	1 405,6	1 327,0
Läkarbesök, andel	36,6 %	36,1 %	35,1 %	34,2 %	33,8 %	32,1 %
Andra besök än läkarbesök, antal/1 000 invånare	2 656,4	2 682,0	2 738,0	2 765,6	2 758,4	2 802,9
Andra besök än läkarbesök, andel	63,4 %	63,9 %	64,9 %	65,8 %	66,2 %	67,9 %

Källa: Kolada.

### *Primärvårdens andel av kostnaderna för hälso- och sjukvård*

Enligt SKR (2019c) stod primärvården för 20 procent av regionernas kostnader för hälso- och sjukvård 2018. Det är oklart i vilken utsträckning patienternas egenavgifter är avräknade från regionernas kostnader, eftersom vissa regioner låter vårdcentralerna behålla patientavgifterna och minskar deras besöksersättning med motsvarande summa (SKR 2020c).

**Figur 9.** Regionernas kostnader för hälso- och sjukvård 2018.



Källa: SKR 2019c.

Eftersom det finns stora skillnader i hur primärvården organiseras och vilka verksamheter som ingår är det svårt att jämföra kostnaden för olika länders primärvård (Vårdanalys 2017a). I en jämförelse mellan 27 EU-länder baserad på data från åren 2008–2010 varierade primärvårdens andel av den totala

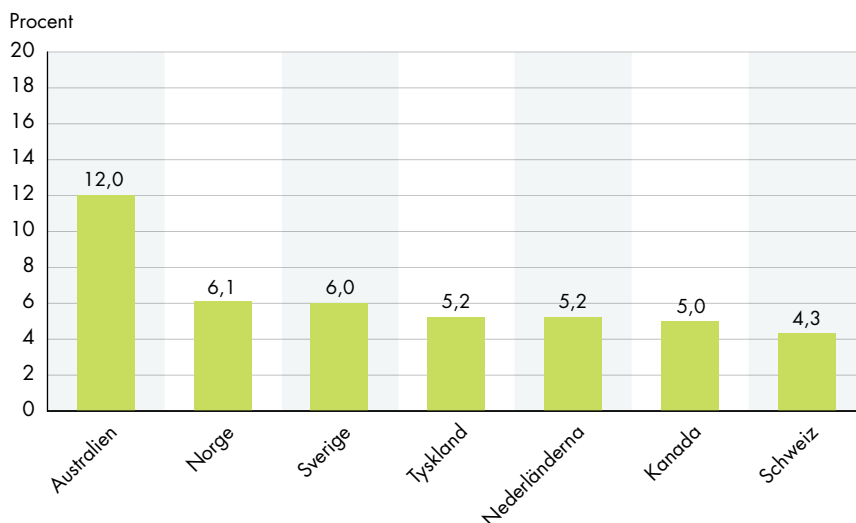
kostnaden för hälso- och sjukvården från drygt 25 procent i Schweiz till knappt 6 procent i Norge (Kringos m.fl. 2015). Då innehöll kostnadsandelen för Norge sannolikt bara kostnaden för det så kallade fastläkarsystemet och inte kostnaden för hela den norska primärvården (Vårdanalys 2017a).

En rapport från OECD (2019b) föreslog att kostnaden för primärvård som andel av den totala kostnaden för hälso- och sjukvården kan uppskattas genom att summera kostnadsandelen för bland annat generell öppenvård och öppen tandvård som ges av vårdgivare inom öppenvården. Generell öppenvård innebär i det här sammanhanget öppenvård som ges utan avgränsning till viss ohälsa eller symptom. Eftersom tandvård inte räknas som en del av primärvården i vare sig Sverige eller flera andra IHP-länder och flera av de andra måtten antingen redovisas för enstaka OECD-länder eller inte redovisas alls, har vi valt att enbart utgå från andelen generell öppenvård.

För att hantera skillnader i jämförelseländernas finansiering utgår vi från samtliga kostnader, oavsett om de finansieras genom skatter eller försäkringar.

Sett till andelen generell öppenvård av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård och tandvård ligger Sverige strax över medel jämfört med de övriga deltagarna i IHP, med en total andel på 6 procent (se figur 10). Men då ingår troligtvis även kommunernas kostnader för hälso- och sjukvård samt hushållens kostnader för tandvård i de totala kostnaderna.

**Figur 10.** Kostnader för generalistbaserad öppenvård som andel av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård och tandvård, 2017 eller senaste år. Procent.



Källa: OECD Health Statistics.









## Läkarnas arbete på vårdcentralen och deras upplevelser av vården

I 2015 års internationella jämförelse mellan primärvårdsläkare framgick att läkare i Sverige ägnade en förhållandevis liten del av sin arbetstid till direkt patientkontakt och att de i genomsnitt träffade färre patienter i veckan än läkarna i jämförelseländerna (Vårdanalys 2015). Den bilden förstärks i 2019 års undersökning. Bland frågorna i årets undersökning ingår även frågor om hur mycket stress läkarna anser att de utsätts för, och vad de anser om sjukvårdens övergripande kvalitet i det egna landet.

### Resultat för Sverige i helhet och i jämförelse med andra länder

- ▶ Läkare i Sverige är de läkare i undersökningen där flest upplever sitt arbete som mycket eller oerhört stressigt, och andelen har ökat med tio procentenheter sedan 2015. Endast en av tio svenska primärvårdsläkare är mycket nöjda med den dagliga arbetsbördan och den tid som de kan ägna varje patient. Samtidigt träffar läkare i Sverige i genomsnitt lägst antal patienter per arbetad timme och har också de längsta patientmötena av länderna i undersökningen.
- ▶ Majoriteten av primärvårdsläkarna i Sverige tycker att den övergripande kvaliteten på hälso- och sjukvårdssystemet är ganska eller mycket bra. Det är bara åtta procent i den här undersökningen som tycker att kvaliteten är dålig. Samtidigt tycker 35 procent att kvaliteten på den medicinska vården har försämrats under de tre senaste åren, medan 25 procent tycker att den har förbättrats.



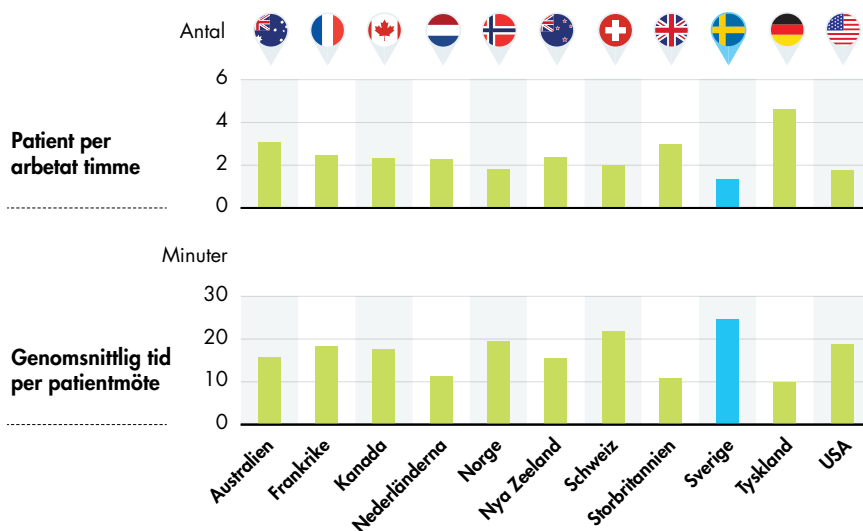
## Resultat för läkare i Sverige utifrån typ av vårdcentral och individuella faktorer

- De svenska resultaten visar att läkare som arbetar på privata vårdcentraler i genomsnitt träffar fler patienter per arbetad timma än läkare på offentliga vårdcentraler. Samtidigt svarar de också i högre utsträckning att de är mycket stressade och är mindre nöjda med den övergripande kvalitén på hälso- och sjukvården. Kvinnliga läkare och läkare i medelåldern rapporterar att de träffar färre patienter per arbetad timma jämfört med manliga läkare och yngre samt äldre läkare. De upplever samtidigt sitt arbete som mer stressigt. Läkare i Sverige upplever arbetet som mer stressigt än i andra länder även när analysen kontrollerar för ålders- och könssammansättning.

### 3.1 LÄKARE I SVERIGE TRÄFFAR FÄRRE PATIENTER PER ARBETAD TIMMA ÄN LÄKARE I ANDRA LÄNDER MEN ÄR SAMTIDIGT MER STRESSADE

Sverige utmärker sig i jämförelse med andra länder genom att läkarna i genomsnitt träffar färre patienter per arbetad timme än i de andra länderna i undersökningen, se figur 11. De svenska läkarna träffar i genomsnitt ungefär en patient per arbetad timme, medan genomsnittet i övriga länder är mellan två och tre patienter. Tyska läkare träffar flest patienter i jämförelsen, något fler än fyra patienter per arbetad timme.

**Figur 11.** Genomsnittligt antal patienter träffade per arbetad timma och genomsnittlig tid för varje patientmöte.



En del av förklaringen till det svenska resultatet finns i den nedre delen av figuren som visar genomsnittlig tid som läkarna ägnar åt ett patientmöte. Sverige utmärker sig här genom att de svenska läkarna i jämförelse har de längsta patientmötena, i genomsnitt cirka 25 minuter per möte. Övriga ländernas läkare har i genomsnitt patientmöten mellan 10 och 20 minuter. Samma resultat framkom i en annan studie av 67 olika länder där Sverige hade de längsta besöken i primärvården (Irving m.fl. 2017). Vi ser samtidigt i statistik från OECD (2020) att Sverige har färre läkarbesök per invånare jämfört med andra länder. En tänkbar förklaring kan vara skillnader i hur reglerna ser ut för sjukintyg där det kan andra vara krav på läkarbedömningar i andra länder. En annan möjlig förklaring kan vara att primärvården i Sverige i högre grad än i övriga länder ersätts via kapitering, det vill säga att vårdgivarna får en viss ersättning per person som är listad vid vårdcentralen. Kapitering har i tidigare forskning funnits ge incitament till färre och möjligtvis längre besök än prestationsersättning (Lindgren 2019).

Vi vet inte varför kontakt- och besöksmönstret i Sverige skiljer sig från övriga länder i undersökningen. Vi har identifierat några tänkbara orsaker, men här behövs mer fördjupade studier och analyser. Det faktum att vi har så få läkarbesök per person i Sverige skulle kunna indikera att läkare i Sverige träffar sina patienter mer sällan, vilket också innebär en lägre grad av personlig kontinuitet. Det skulle i sin tur kunna medföra att en större del av patientmötet går åt till att patienterna får berätta om sin sjukdomshistoria. I andra länder där läkarna träffar patienterna oftare skulle läkaren tänkas ha bättre kunskap om sina patienters sjukdomshistoria och bakgrund.

Vi har också sett att det är vanligt att det i Sverige finns många olika professioner utöver läkare anställda på vårdcentralen. Kanske de antalsmässigt färre och längre läkarbesöken i Sverige kan förklaras av att patienter i Sverige i större utsträckning träffar andra professioner på vårdcentralen. Många besök kan till exempel ske hos en sjuksköterska som i andra länder kanske hanteras av läkare. Det skulle i så fall också kunna medföra att när väl de svenska läkarna träffar en patient så är de i genomsnitt sjukare och har mer komplexa vårdbehov jämfört med andra länder, det vill säga; vårdtyngden är högre hos läkare i svensk primärvård. Kombinationen av att läkarna ofta inte känner patienten sedan tidigare och att de träffar patienter med mer komplexa vårdbehov skulle också kunna vara en bidragande faktor till de svenska läkarnas upplevda stress. Sammantaget vet vi dock inte vilken form av kontakt- och besöksmönster i primärvården som är effektivast ur kvalitets-, jämlikhets- och resurshänseende, men det är relevant att förstå mer kring varför Sverige avviker från övriga länder på denna punkt.



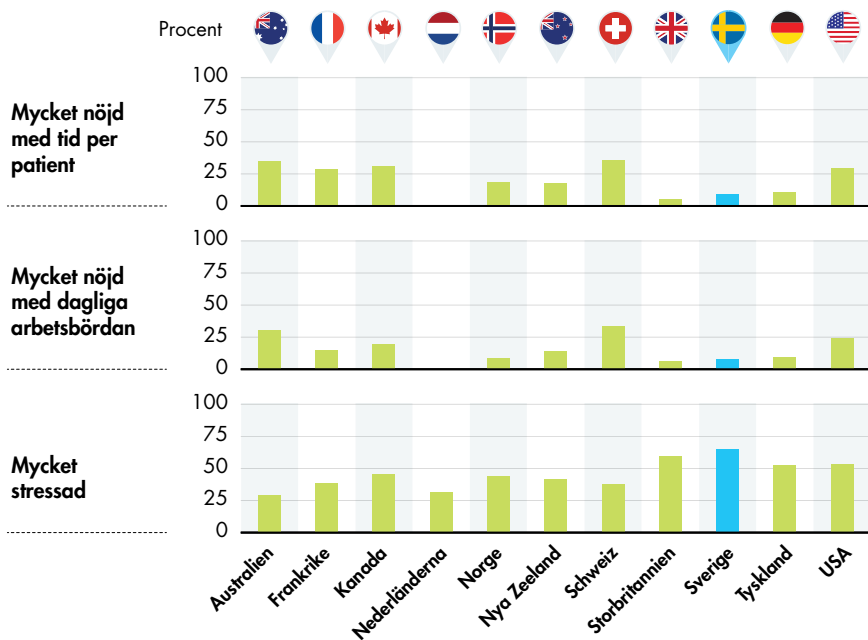
### *Privata vårdcentraler uppger att de träffar fler patienter per arbetad timma*

Analysen av det svenska resultatet visar att det finns skillnader i resultat både utifrån individuella faktorer hos läkarna och utifrån vissa kontextuella faktorer som är knutna till den vårdcentral som läkaren arbetar på. Vi kan se att män och äldre läkare uppger att de träffar fler patienter jämfört med kvinnor och yngre läkare, detta med hänsyn tagit till den genomsnittliga längden på besök och de kontextuella faktorerna. Det betyder därmed att de skillnader vi ser inte kan förklaras av dessa faktorer. Vi kan också se att läkare som arbetar på privata vårdcentraler svarar att de träffar fler patienter per arbetad timma jämfört med offentligt drivna vårdcentraler. Denna skillnad kvarstår kontrollerat för individuella och andra kontextuella faktorer. Men vi ser inga skillnader med avseende på de andra kontextuella faktorerna som befolkningstäthet, socioekonomiska förutsättningar och storlek på vårdcentralen.

### *Läkare i Sverige uppger i högst grad att de är mycket stressade*

Även om de svenska läkarna i genomsnitt lägger längst tid på varje patientbesök är jämförelsevis få läkare nöjda med den tid de kan lägga per patient, se figur 12. Få läkare är också nöjda med den arbetsbördan och de svenska läkarna uppger i högst grad att de är mycket stressade. Andelen läkare som uppger att de är mycket stressade har också ökat med 10 procentenheter sedan 2015.

**Figur 12.** Läkarnas syn på sin arbetssituation.



Not. För Nederländerna saknas data på de två första frågorna, på grund av att frågorna där ställdes på ett annat sätt och är inte jämförbara med övriga länder.

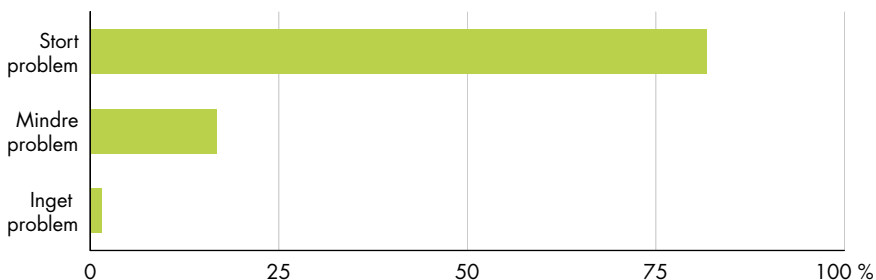
### 3.1.1 Kvinnliga läkare i medelåldern är de läkare som upplever mest stress på arbetet

I Sverige är kvinnliga läkare mindre nöjda med den tid de lägger på ett patientbesök och med sin arbetsbörda. Det är också vanligare att de upplever sitt arbete som stressigt. Medelålders läkare oavsett kön är också generellt mer stressade och mindre nöjda med sin arbetstid jämfört med sina yngre och äldre kollegor. Läkare som arbetar på vårdcentraler som är belägna i glesbefolkade områden är något mindre stressade medan läkare som arbetar på privata vårdcentraler är något mer stressade. I jämförelse med andra länder är läkare i Sverige fortfarande mest stressade även när vi kontrollerar för ålders- och könssammansättning bland primärvårdsläkarna i Sverige och i övriga länder.

### 3.1.2 Primärvårdsläkare i samtliga länder upplever att datarapportering är tidskrävande

Figur 13 visar att majoriteten av läkare i Sverige svarar att de upplever att de administrativa ärendena kopplat till Försäkringskassan är ett stort problem med avseende på den tid de eller den övriga personalen på vårdcentralen behöver ägna åt sådana ärenden. Denna fråga är inte jämförbar med andra länder då den är ställd på ett annat sätt, då med avseende på den tid läkarna lägger på administrativa ärenden kopplade till försäkringar som ersätter kostnader för vård.

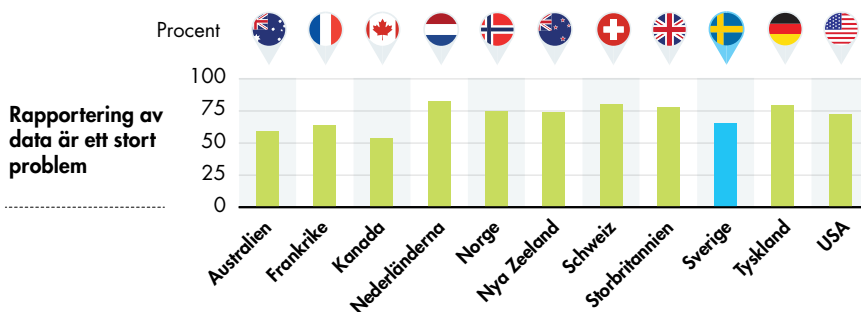
**Figur 13.** Andel läkare som upplever att ärendena kopplat till Försäkringskassan är ett stort problem med avseende på tid.



Samtidigt upplever majoriteten av läkarna i samtliga länder att det är ett stort problem med den tid de lägger på att rapportera olika typer av data till myndigheter, ledning eller andra som ansvarar för att följa upp vården, se figur 14. Det är relativt små skillnader mellan länderna i hur läkarna upplever problemet att rapportera olika typer av data för uppföljning.



**Figur 14.** Andel läkare som upplever att rapportering av data är ett stort problem med avseende på tid.



### *Svenska primärvårdsläkare lägger stor del av sin tid på administrativa uppgifter*

IHP-undersökningen från 2015 visade att 60 procent av de svenska läkarnas arbetstid läggs på direkt patientkontakt och 15 procent på annan kontakt med patienter, såsom e-post och telefon. Av den totala arbetstiden läggs 25 procent på administration. Svenska allmänläkare är tillsammans med läkare från Nederländerna de som lägger minst tid på direkt patientkontakt. Undersökningen visade också att 66 procent av de svenska läkarna anser att de idag har patientnära uppgifter som i stor eller till viss del skulle kunna utföras av andra yrkesgrupper. Frågan ställdes bara i Sverige och därför saknas en internationell jämförelse. Ingen av dessa två frågor om administrativa uppgifter ingick tyvärr inte i 2019 års enkät.

En enkät som genomfördes under 2019 av Läkarförbundet och McKinsey & Companys (2019) visar att mindre än hälften av läkarnas tid läggs på patienter, övrig tid läggs till stor del på olika administrativa uppgifter. En del av dessa är direkt vårdrelaterade uppgifter där patienten inte är närvarande, till exempel samråd med andra läkare eller sjuksköterskor kring patienten och informationsinhämtning från journaler. Ungefär 20 procent av tiden ägnar läkarna åt administration och dokumentation. Det kan handla om att göra journalanteckningar, söka vårdplatser, ringa efter provsvar, kontakta andra sjukhus för att få ut journalanteckningar, signera journaler, skriva sjuk-intyg samt föra in patientinformation i kvalitetsregister. Undersökningen visade också att läkarna upplevde att dessa uppgifter har ökat de senaste tre åren.

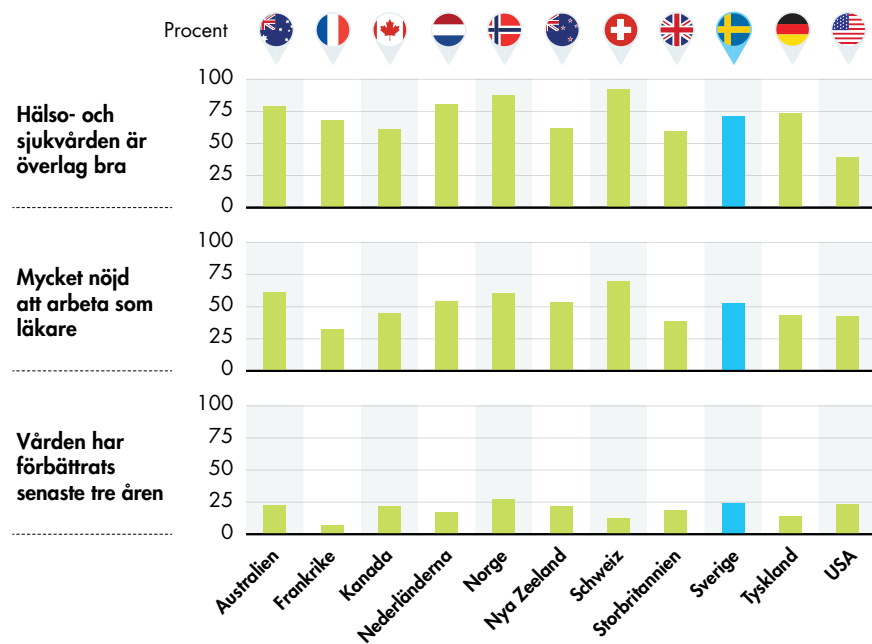
Det är en relativt stor skillnad mellan dessa två undersökningar i hur stor andel av den totala arbetstiden som läkarna lägger på direkta patientmöten. Det är svårt att avgöra om det handlar om en reell minskning sedan 2015 eller om skillnaderna kan förklaras av metodmässiga skillnader i

undersökningarna. Läkarförbundet och McKinsey & Companys frågor var till exempel mer detaljerade.

### 3.2 LÄKARNAS ALLMÄNNA ÅSIKTER OM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Läkarna i Sverige tycker att hälso- och sjukvården överlag fungerar bra, se figur 15. Samma resultat ser vi i övriga länder, förutom bland de amerikanska läkarna där endast drygt 40 procent av läkarna tycker sjukvården fungerar bra. En fjärdedel av de svenska läkarna svarar att vården har förbättrats de senaste tre åren, vilket är en förbättring med tre procentenheter jämfört med 2015. De flesta svenska primärvårdsläkare uppger att vården är oförändrad, men 35 procent tycker att vården har försämrats. Det bör betonas att det här är läkarnas uppfattning och inte nödvändigtvis avspeglar den faktiska vårdkvaliteten, vilken vi inte undersökt inom ramen för den här undersökningen. Ungefär hälften av läkarna svarar att de är fullständigt eller mycket nöjda med att arbeta som läkare.

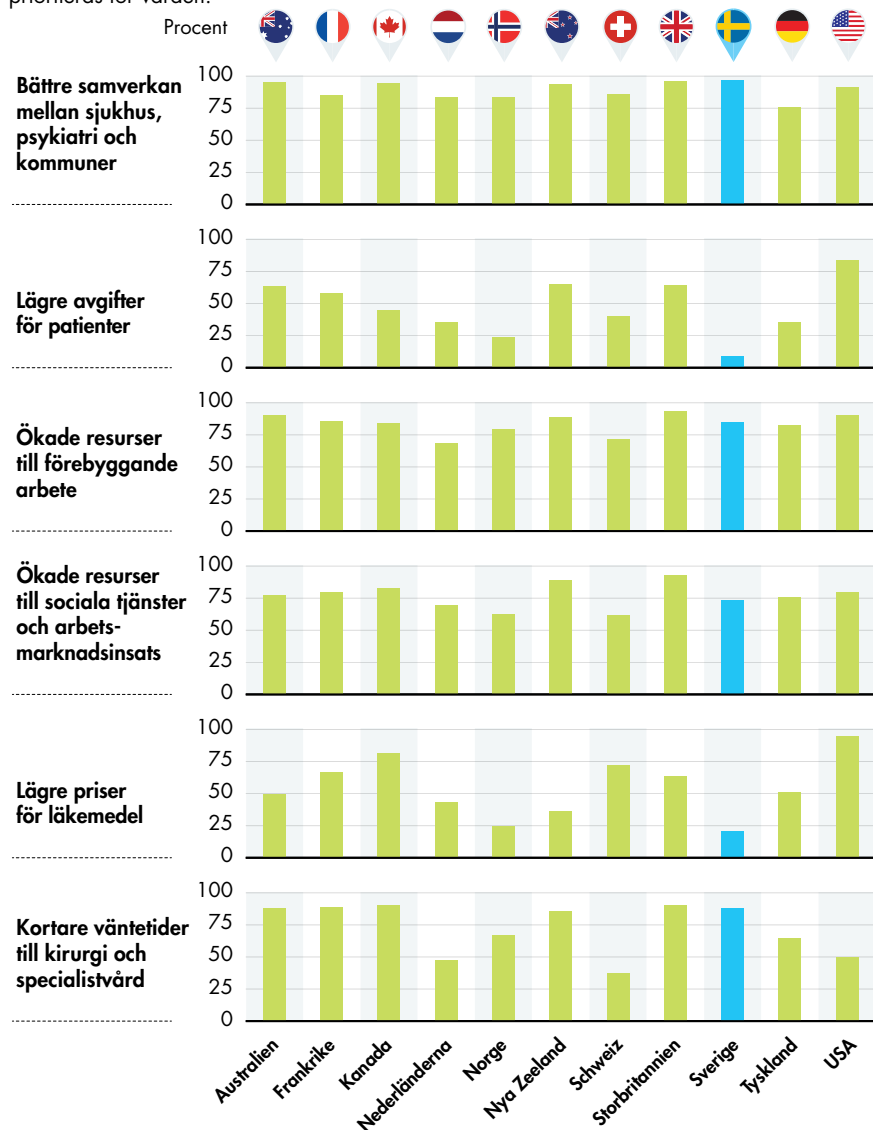
Figur 15. Läkares allmänna åsikter om hälso- och sjukvården.



Figur 16 visar hur stor del av läkarna som instämmer i ett antal olika påståenden om vilka strategier som bör prioriteras för att förbättra vårdens

kvalitet och tillgänglighet. I samtliga jämförelseländer anser de flesta läkarna att samverkan mellan sjukhus, psykiatri och sociala insatser behöver prioriteras. I Sverige är det få av läkarna som instämmer att det är prioriterat att sänka avgifterna för patienterna. Samma mönster ser vi för påståendet att priserna för läkemedel behöver bli lägre. De flesta läkarna oavsett land tycker också att ökade resurser behövs till förebyggande arbete och sociala insatser. De svenska läkarna anser också att kortare väntetider till specialiserad vård behöver prioriteras, men här är det större variationer mellan länderna.

**Figur 16.** Andel läkare som instämmer i ett antal påstående om olika strategier som bör prioriteras för vården.





### **3.2.1 Läkare i Sveriges åsikter varierar utifrån både individuella faktorer och vårdcentralens organisering**

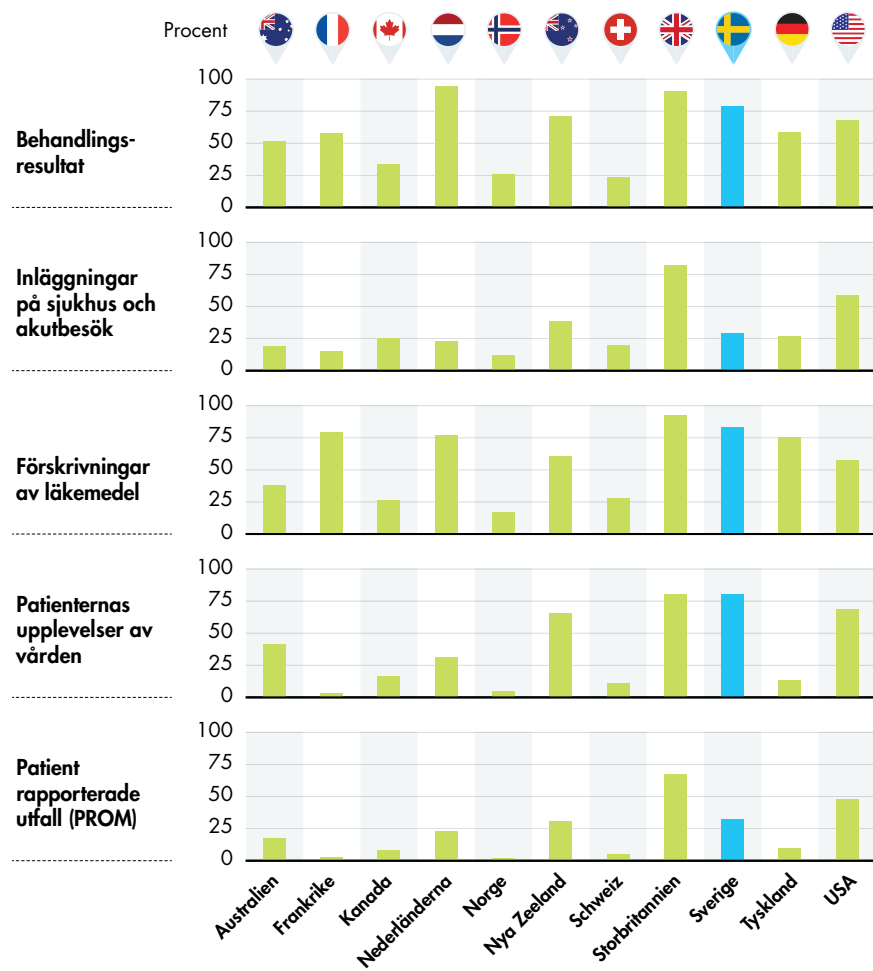
Kvinnliga läkare är mindre nöjda än manliga läkare både vad gäller den övergripande kvalitén på sjukvården och i hur nöjda de är med att arbeta som läkare. Äldre läkare är också nöjdare än yngre läkare. Läkare som arbetar på privata vårdcentraler anser i lägre utsträckning att hälso- och sjukvården överlag fungerar bra. Läkare på privata vårdcentraler och läkare som arbetar på vårdcentraler i ett område med sämre socioekonomiska förutsättningar bedömer också i lägre utsträckning att vården förbättrats de senaste tre åren.

### **3.3 DET VARIERAR VILKEN UPPFÖLJNING SOM FINNS PÅ VÅRDCENTRALEN**

Läkare i Sverige uppger i relativt hög grad att de minst varje kvartal får och granskar olika typer av uppföljning som rör olika delar av vården för de patienter som besökt vårdcentralen, se figur 17. Det är vanligt förekommande att läkarna följer upp behandlingsresultat, förskrivningar av läkemedel och patienternas upplevelser av vården. Däremot så är det inte lika vanligt att de svenska läkarna följer upp patienternas inläggningar på sjukhus eller akutbesök, inte heller patientrapporterade utfall, så kallade PROMs.



**Figur 17.** Andel läkare som svarar de minst varje kvartal får och granskar olika typer av uppföljning.







## Öppettider och bemanning

I egenskap av första linjens sjukvård är primärvården ofta den vårdinstans som patienter först kommer i kontakt med. Därför är det viktigt att primärvården är enkel att ta kontakt med och besöka vid behov. Samtidigt ser vi en negativ utveckling av befolkningens syn på väntetiderna till primärvården i Sverige (Hälso- och sjukvårdsbarometern 2018).

Vårdens tillgänglighet har samtidigt många olika dimensioner, såsom geografiska avstånd, tids- och kompetensmässiga aspekter. Årets undersökning fokuserar på några av dem, eftersom primärvårdsläkare blir tillfrågade om öppettiderna till vårdcentralerna de arbetar på. En viktig förutsättning för att primärvården ska kunna bemöta patienter med olika sjukdomshistorik och behov är också att vårdcentralerna är bemannade med rätt kompetens. Läkarna som har besvarat årets enkät har fått rapportera vilka yrkesgrupper som jobbar på deras vårdcentral. Detta kan ses som en undersökning av tillgängligheten till olika kompetenser. Läkarna har också fått svara på om de erbjuder andra möjlighet till kontakt med vårdcentralen som videokonsultationer och hembesök.

### Resultat för Sverige i helhet och i jämförelse med andra länder

- ▶ De svenska vårdcentralerna är bemannade med fler yrkesgrupper än i andra länder. Medan de andra länderna i undersökningen huvudsakligen har läkare och sjuksköterskor på sina mottagningar har Sverige också psykologer, kuratorer, och arbetsterapeuter anställda.



- ▶ I övriga länder är det vanligare att mottagningarna har öppet efter klockan 18 på vardagar eller öppet under helger. Samtidigt kan svenska patienter ofta vända sig någon annanstans än till sjukhusens akutmottagningar för att få vård efter kontorstid, som närakuter.

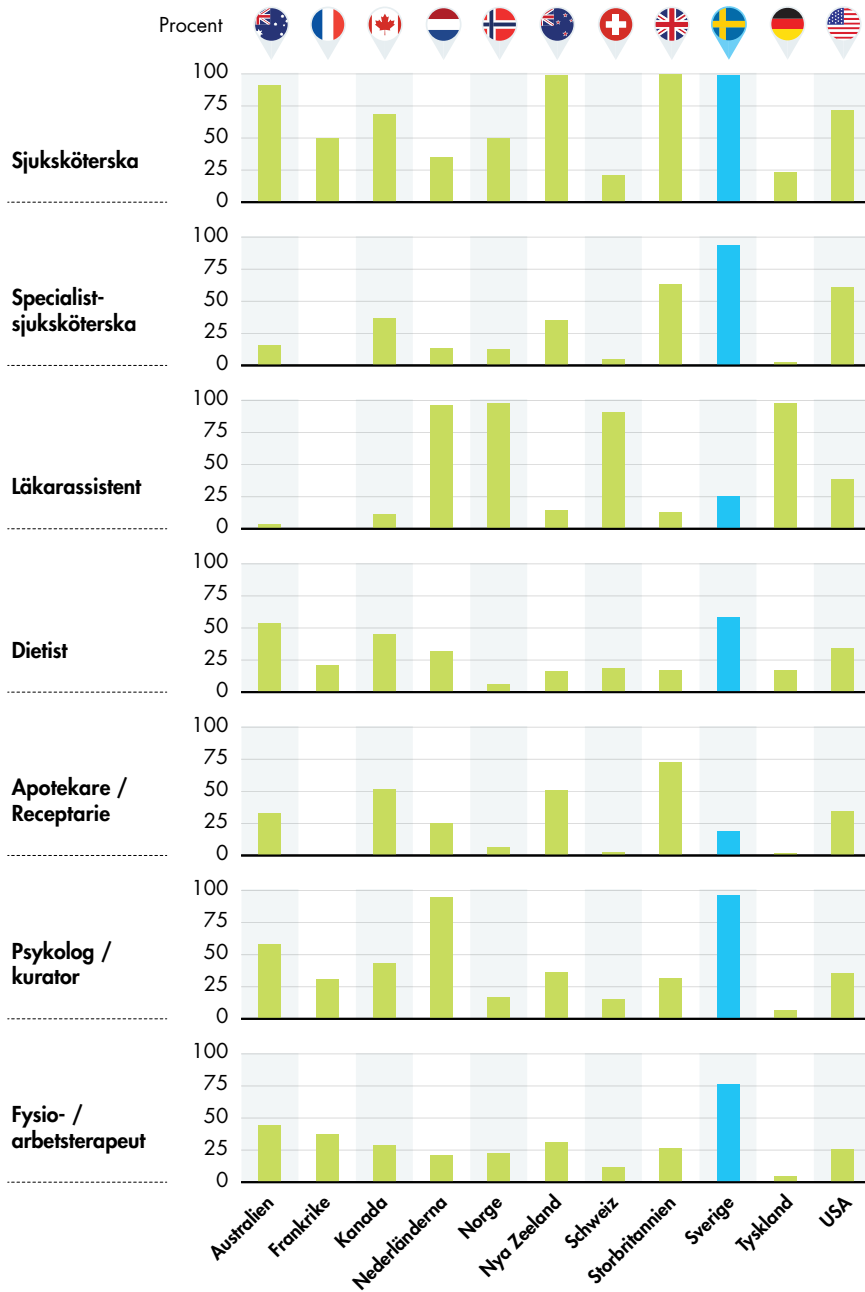
### **Resultat för läkare i Sverige utifrån typ av vårdcentral och individuella faktorer**

- ▶ Det finns skillnader i primärvårdens öppettider utifrån vårdcentralernas driftsform, geografiska placering och områdets socioekonomiska förutsättningar.
- ▶ Det är vanligare att privata vårdcentraler och vårdcentraler belägna i glesbygd eller områden med sämre socioekonomiska förutsättningar har flera olika yrkesgrupper anställda på vårdcentralen.
- ▶ Det är vanligare att privata vårdcentraler och vårdcentraler belägna i glesbygd eller områden med sämre socioekonomiska förutsättningar har öppet efter ordinarie öppettider. Vårdcentraler belägna i glesbygdsområden, i mindre städer och förorter har i större utsträckning öppet på helger jämfört med vårdcentraler i storstadsområden.
- ▶ Läkare på offentligt drivna vårdcentraler och vårdcentraler i städer svarar oftare att de ger vård via videokonsultationer.

### **4.1 SVENSKA VÅRDCENTRALER ANSTÄLLER FLER YRKESGRUPPER ÄN I ANDRA LÄNDER**

I undersökningen tillfrågas läkarna i respektive land om i vilken grad det finns sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor, läkarassistenter, dietister, apotekare eller receptarier, psykologer eller kuratorer, alternativt fysio- eller arbetsterapeuter på deras mottagning. Figur 18 visar andelen av läkare i respektive land som har svarat att respektive yrkesgrupp arbetar på läkarens vårdcentral eller mottagning.

Figur 18. Yrkesgrupper utöver läkare som arbetar på mottagningen.



Sammantaget framgår att vårdcentralerna i Sverige kännetecknas av att det är vanligt att flera yrkesgrupper arbetar på mottagningen jämfört med andra länder. I jämförelseländerna är det vanligt att bara ett par av yrkesgrupperna arbetar på mottagningen. Flera av de undersökta yrkena är legitimationsyrken i Sverige och de är även ytterligare reglerade, främst genom patientsäkerhetslagen och patientsäkerhetsförordningen. Sverige är ett av de länder där sjuksköterskor är vanligast förekommande, särskilt vad gäller specialistsjuksköterskor. Nästan 9 av 10 läkare uppger att det finns minst en specialistsjuksköterska på vårdcentralen. Även psykolog eller kurator och fysio- eller arbetsterapeut är vanliga i Sverige jämfört med andra länder. De yrkesgrupper som är mindre vanligt förekommande i Sverige är också sådana som antingen inte är reglerade genom legitimation eller inte utgör vedertagna yrkestitlar inom primärvården. Vi kan se det på Sveriges resultat vad gäller läkarassistenter, dietister och apotekare, eftersom få läkare har svarat att dessa arbetar på vårdcentralen.

#### **4.1.1 I Sverige har vårdcentraler i glesbygd och i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar fler anställda yrkesgrupper**

Vid analyser av det svenska resultatet ser vi att privata vårdcentraler i något lägre utsträckning har flera olika yrkesgrupper anställda på vårdcentralen jämfört offentliga verksamheter. Sjuksköterskor, psykologer/kuratorer och dietister är däremot ungefär lika vanliga oavsett driftsform, medan läkarassistenter, fysio- eller arbetsterapeuter och apotekare är något vanligare inom offentligt drivna vårdcentraler. Vi ser även att vårdcentraler som finns i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar och i glesbygd har flera olika yrkesgrupper på vårdcentralen. Sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor och psykolog eller kurator finns däremot på alla vårdcentraler, oavsett var de är belägna.

#### **4.1.2 Organisationen i andra länders mottagningar är fokuserade på läkare och sjuksköterskor**

I IHP 2019 har läkarna blivit ombudda att svara på vilka yrkesgrupper som finns på mottagningen där de arbetar. Vilka yrkesgrupper som kan förväntas arbeta på en primärvårdsmottagning avgörs av respektive lands nationella regelverk, vilket i praktiken innebär att det går att förvänta sig att svaren skiljer sig åt mellan länderna utifrån primärvårdens organisering.



Vårdcentralerna i Sverige jobbar i högre utsträckning multidisciplinärt än vad mottagningarna i andra länder gör. I jämförelseländerna består mottagningarna oftare av läkare och eventuellt sjuksköterskor och administrativ personal. Vilka kompetenser som ska finnas på vårdcentralerna i Sverige regleras av respektive region, men vårdcentralerna kan också själva välja att bemanna med kompetenser som inte formellt krävs av regionen, som till exempel psykologer och arbetsterapeuter. Vårdcentralerna är i hög grad bemannade med sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor, psykologer eller kuratorer samt fysio- eller arbetsterapeuter. I Sverige har bemanningen däremot generellt en betoning på somatisk hälso- och sjukvård.

I jämförelseländerna ingår läkarna ofta i grupper med andra läkare på mottagningarna och får stöd av läkarassistenter eller sjuksköterskor. Andra yrkesgrupper arbetar i mindre utsträckning på mottagningen. I Storbritannien, Nederländerna och Frankrike jobbar läkarna huvudsakligen på mottagningar med andra läkare och sjuksköterskor, men det finns i viss utsträckning mottagningar som arbetar mer multidisciplinärt. I Storbritannien pågår en förändring från enmanspraktiserande läkare till nätverk av mottagningar, inklusive multidisciplinära team av specialister, farmaceuter och socialarbetare (Thorlby & Arora o.d.). I Nederländerna och Frankrike är det redan idag ganska utbrett med läkare som jobbar på mottagningar tillsammans med andra yrkesgrupper. I Nederländerna arbetar ungefär var sjätte primärvårdsläkare vid en mottagning med två eller fler läkare, och resterande på enskilda mottagningar. För de läkare som arbetar i multidisciplinära hälsocenters är det vanligt att arbeta med olika yrkesgrupper (Kringos m.fl. 2015). Bland de franska primärvårdsläkarna arbetar över hälften av läkarna på en mottagning med andra läkare. Av dessa mottagningar består en fjärdedel av olika yrkesgrupper. Det finns också mer experimentella läkarnätverk som erbjuder koordinerad vård för kroniskt sjuka, psykologhjälp, dietisthjälp och andra tjänster utanför den nationella sjukförsäkringen (Durand-Zaleski o.d.).

Norges primärvårdsläkare (så kallade fastläkare) arbetar med personligt ansvar för listade invånare men det är vanligt att de organiserar sig i grupper om 2–5 läkare som delar på en mottagning. Det är ovanligt att fastläkare anställer vårdpersonal utöver hälsosekreterare. Det finns däremot ingen samlad statistik över hur många hälsosekreterare eller annan vårdpersonal som fastläkarna anställer. Deras närmaste professionella samarbete är med sjuksköterskor i hemsjukvården (Anell 2017). Tyskland avviker från de andra länderna genom att majoriteten av läkarna inom primärvården vanligtvis

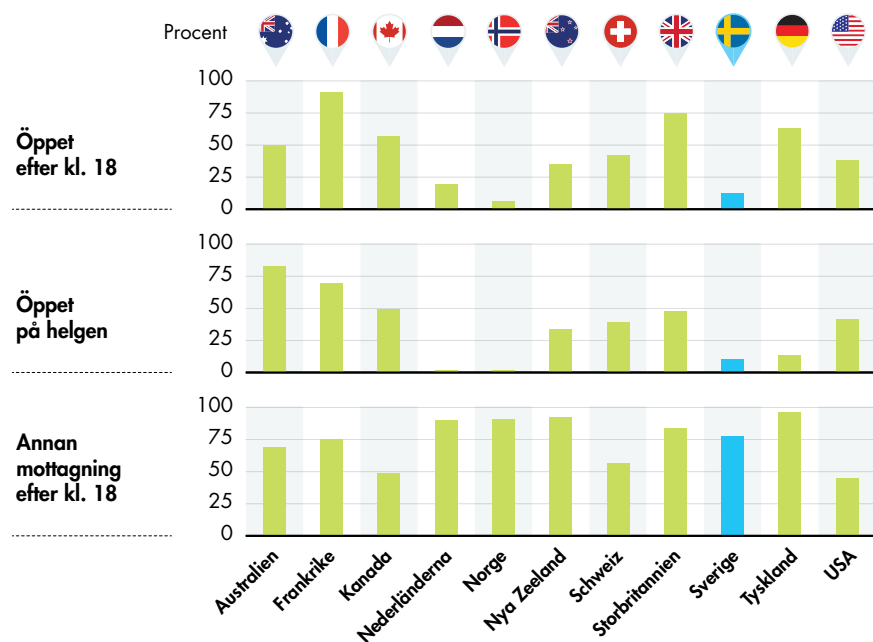


arbetar på egna mottagningar. Ungefär 60 procent arbetar på enskilda mottagningar och 25 procent tillsammans med andra läkare.

## 4.2 SÄMRE MÖJLIGHET ATT BESÖKA DE ORDINARIE VÅRDCENTRALERNA PÅ KVÄLLAR OCH HELGER I SVERIGE

Svenska vårdcentraler har i minst utsträckning öppet efter klockan 18 på vardagar och öppet på helger jämfört med övriga länder, se figur 19. Däremot erbjuder svenska mottagningar i stor utsträckning hembesök, videokonsultationer, eller tillgång till andra mottagningar som har öppet på kvällstid eller helger.

Figur 19. Öppettider på mottagningar.



Bara elva procent av läkarna i Sverige uppger att det är möjligt att besöka vårdcentralen efter klockan 18 på vardagar, se figur 19. Av jämförelseländerna så är Sverige efter Norge det land med lägst tillgänglighet till vård utanför kontorstid på den ordinarie vårdcentralen. Vi kan i figur 19 se att cirka tre av fyra primärvårdsläkare uppger att deras patienter har någon annanstans att vända sig för vård även utanför kontorstid, bortsett från sjukhusets akutmottagning. Denna nivå är i linje med övriga länder, men den har dock

ökat något sedan tidigare mätningar. Det är relativt ovanligt att vårdcentraler i Sverige erbjuder möjlighet att besöka vårdcentralen på helger, se figur 19. Endast cirka tio procent av läkarna svarar att det möjligt. Jämfört med de andra länderna är det endast Norge och Nederländerna som har en lägre andel. Den totala tiden som vårdcentralerna har öppet har inte jämförts i undersökningen, det är därför möjligt att en jämförelse av öppettiden på arbetstid på vardagar skulle visa en annan bild.

I IHP 2015 svarade tre av fyra svenska primärvårdsläkare att deras vårdcentral ingick i ett system som gör det möjligt för patienter att träffa en läkare eller sjuksköterska utanför ordinarie öppettid (Vårdanalys 2015). Patienterna i 2016 års befolkningsundersökning hade dock en mer negativ bild av öppettiderna – endast en av fyra svarade att det var enkelt att få vård på helger eller kvällstid (Vårdanalys 2016).

#### Lagstiftning om tillgänglighet

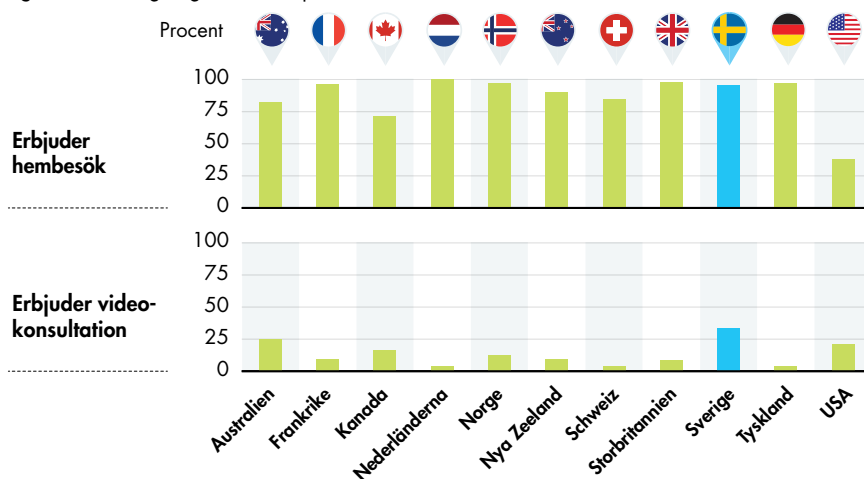
Vården ska vara lättillgänglig enligt den lagstiftning som delvis varit gällande sedan 1982 (5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL), 2 kap. 1 § patientlagen (2014:821) (PL)). Kravet tar främst sikte på de geografiska förhållandena men även på öppettider, jourtjänstgöringstider och förekomsten av köer inom vården (prop. 1981/82:97 s. 57, 117). Det finns även krav på att patienten snarast ska få en medicinsk bedömning, om det inte är uppenbart obehövt (2 kap. 2 § PL). Ytterligare krav finns genom den så kallade vårdgarantin (9 kap. 1 § HSL, 2 kap. 3 § PL och 6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)). Enligt den ska den enskilde få en försäkran om att inom en viss tid få kontakt med primärvården, besöka läkare inom primärvården, besöka den specialiserade vården och få planerad vård.

### 4.3 SVENSK PRIMÄRVÅRD ERBJUDER I HÖGST GRAD VIDEOKONSULTATIONER

Sverige är det land där det är vanligast att vårdcentralen erbjuder vård via videokonsultationer, se figur 20. Cirka 34 procent av de svenska läkarna uppger att de ofta eller ibland använder sig av videokonsultationer. Vad som avses med videokonsultationer är inte vidare specificerat i frågan och kan därför inkludera olika typer av tekniker för videokonsultation. I Australien och USA uppger drygt 25 procent av läkarna att de använder sig av videokonsultationer, i övriga länder ligger andelen lägre.



**Figur 20.** Mottagningar som erbjuder hembesök eller videokonsultationer.



Sammantaget uppger 95 procent av de svenska läkarna att någon personal på vårdcentralen ofta eller ibland gör hembesök. Det framgår inte i frågan vilken personal på vårdcentralen som genomför hembesöket, det kan i många fall till exempel vara en sjuksköterska som genomför besöket.

### 4.3.1 I Sverige har vårdcentraler som finns i glesbygd oftare öppet på kvällar och helger

Vi ser att även här är det vanligare att vårdcentraler som finns i glesbygd oftare har helgöppet. Det är däremot inga skillnader mellan privata och offentliga vårdcentraler eller utifrån socioekonomiska förutsättningar.

Vi kan se att privata vårdcentraler, vårdcentraler i glesbygd och vårdcentraler som i områden med bättre socioekonomiska förutsättningar i något högre grad har öppet utanför ordinarie öppettid. Vårdcentraler som finns i glesbygd och i mindre städer och förorter har också i större utsträckning öppet på helger jämfört med andra vårdcentraler.

Vi kan se att läkare som arbetar på offentligt drivna vårdcentraler och vårdcentraler som finns i städer oftare svarar att de ger vård via videokonsultationer. Videokonsultationer innefattar alla typer av besök som görs på distans där patient och läkare kan se varandra via video. De så kallade digitala vårdbesöken är en typ av videokonsultation och den typen av besök blir allt vanligare i Sverige (Vårdanalys 2020). Det är därför möjligt att flera av dessa videokonsultationer gäller patienter i andra delar av Sverige oavsett var läkaren själv befinner sig. Vi ser inga statistiskt signifikanta skillnader för de faktorer vi har undersökt med avseende på hur ofta hembesök görs.

### 4.3.2 Primärvårdsmottagningarna svarar i vissa länder för utbudet av första linjens vård efter ordinarie kontorstid

I IHP 2019 blir primärvårdsläkarna tillfrågade om öppettiderna på sin mottagning, och vilka möjligheter patienterna har att söka vård utanför ordinarie öppettider. I vilken utsträckning som primärvården har ansvar för vårdutbudet efter ordinarie öppettider varierar mellan de olika jämförelseländerna.

I de flesta jämförelseländer finns det lösningar som gör det möjligt att få kontakt med vården efter att primärvårdsmottagningarna har stängt. I Sverige, Nederländerna, Norge och Storbritannien ansvarar primärvården för att det ska finnas jourverksamhet efter ordinarie kontorstid, men lösningarna ser olika ut i olika länder. I Tyskland och Frankrike hanteras jourverksamhet och andra besök efter ordinarie kontorstid på andra sätt. I Sverige regleras öppettider och eventuell jour med mera i regionernas respektive uppdragsbeskrivningar till vårdcentralerna. Det går utöver fysiska besök, att kontakta vårdcentralerna med telefon och i viss utsträckning med digitala verktyg. Efter vårdcentralernas stängning finns det möjlighet att ringa 1177-Vårdguiden för rådgivning. Vid flera vårdcentraler finns det även möjligheter att ställa frågor via chattfunktioner. Under senare år har det också lanserats olika digitala verktyg för att komma i kontakt med primärvården efter ordinarie kontorstid.

I Nederländerna, Norge och Storbritannien bedrivs någon form av jourverksamhet när ordinarie mottagningar är stängda. I Nederländerna ansvarar primärvårdsmottagningarna för att erbjuda sina patienter god vård dygnet runt och alla dagar i veckan, vilket inkluderar att erbjuda jour. Utvecklingen har gått från att mindre mottagningar tidigare hjälpts åt med hjälp av rotation till att använda större kooperativ (så kallade GPC) för att erbjuda jour (Kringos m.fl. 2015, OECD/EU 2016).

I Norge hanteras tillgängligheten efter primärvårdsmottagningarnas ordinarie öppettider med en samling kollektiva lösningar på kommunnivå, den så kallade *legevakten*. Det finns en generell utveckling mot att jourmottagningar i primärvården har ett allt större upptagningsområde (Anell 2017). Precis som i Sverige är den främsta kontaktvägen till vård utanför ordinarie öppettid att ringa en sjuksköterska som gör en behovsbedömning.

Primärvården i Storbritannien ansvarar för att patienten har tillgång till jourverksamhet utanför mottagningarnas ordinarie öppettider. I praktiken innebär det att Clinical Commissioning Groups (CCGs) inom NHS skriver kontrakt med mottagningar och kooperativ samt privata företag om jour medan akuta ärenden hanteras på sjukhus. I vissa områden finns



det även närakuter för minde allvarliga ärenden (Thorlby & Arora o.d.). De flesta läkare erbjuder hembesök och telefonkonsultation. Medan antalet hembesök minskar har antalet telefonkonsultationer ökat. Ett fåtal genomför konsultation via epost (Wilson, 2015).

Läkare i Kanada, Tyskland och Frankrike är till skillnad från läkare i Sverige, Norge, Nederländerna och Storbritannien inte skyldiga att erbjuda patienterna jourverksamhet. I Kanada är det istället privata läkarledda drop in-kliniker och akutmottagningar som generellt förser patienterna med vård utanför mottagningarnas ordinarie öppettider. Även om allmänläkare traditionellt inte har behövt erbjuda jour är det i dag flera av de regionala myndigheterna som har krav eller ekonomiska incitament för grupp-mottagningar att erbjuda jour till sina listade patienter (Allin m.fl. o.d.). I vissa regioner finns det utöver möjligheten till telefonrådgivning möjlighet till online-konsultation och förskrivning av läkemedel.

Det finns inget krav på tyska läkare att ha öppettider utöver vanliga arbetstider (Simic m.fl. 2015). Jourverksamhet organiseras i stället av regionala föreningar. Det finns också lokala nätverk för akut vård och rådgivning som är tillgänglig via en nationell telefonlinje (Blümel m.fl. o.d.). Läkarna erbjuder telefonkonsultation men sällan konsultation via e-post (Simic m.fl., 2015). Inte heller i Frankrike behöver primärvårdsläkare erbjuda jourverksamhet. Jourverksamhet ges i stället av akutmottagningar på offentliga eller privata sjukhus, och av läkare som är egenföretagare och arbetar för akutmottagningar och sjukhem.







## Digitala verktyg för läkare och patienter

Enligt Vision e-hälsa 2025 ska Sverige bli världsledande på digitaliserad vård och omsorg. IHP-undersökningen 2015 visade att den svenska primärvården i hög grad är digitaliserad, även om det fortfarande kvarstod utmaningar (Vårdanalys 2015). Trots den höga graden av digitalisering har Vårdanalys också rapporterat att det fortfarande finns ett grundläggande behov av sammanhållna och tillgängliga digitala verktyg i svensk sjukvård (Vårdanalys 2019). I 2019 års IHP-undersökning har primärvårdsläkarna svarat på vilka digitala verktyg som finns tillgängliga på deras mottagning. Frågorna berör både digitala verktyg som hjälper läkarna att utbyta information med andra inom vården, och digitala verktyg som är till för patienterna.

### Resultat för Sverige i helhet och i jämförelse med andra länder

- ▶ Sverige är det land som i allra högst grad erbjuder patienter olika digitala verktyg för informationshantering och informationsutbyte. Läkarna använder också i hög utsträckning olika digitala verktyg för informationshantering.
- ▶ Det är däremot få läkare i Sverige jämfört med i andra länder som använder digitala verktyg som kan påminna om riktlinjebaserade interventioner eller screening



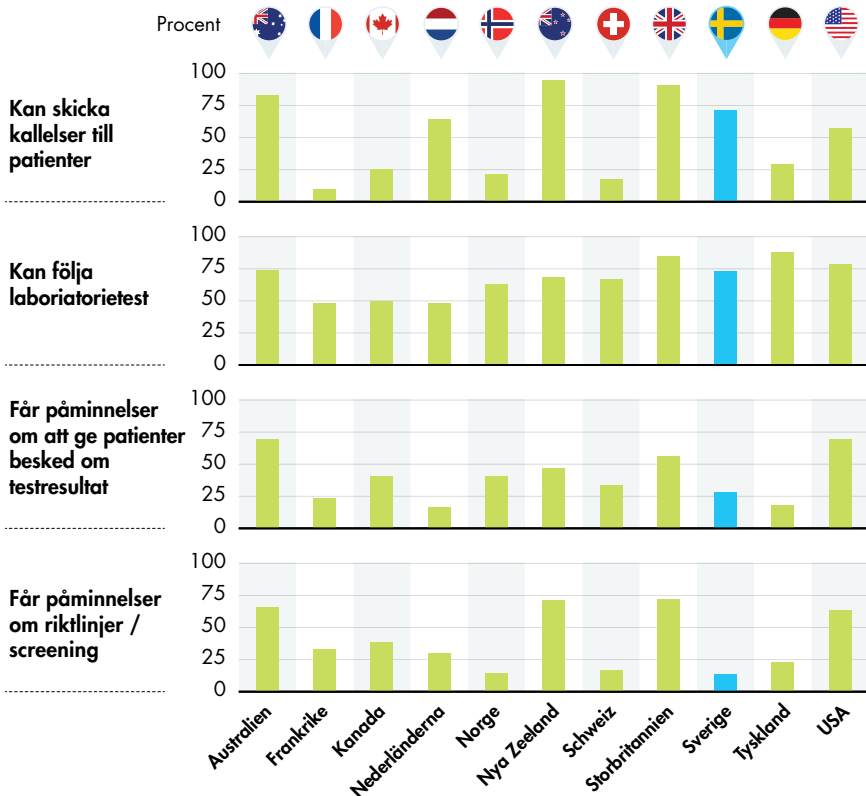
## Resultat för läkare i Sverige utifrån typ av vårdcentral och individuella faktorer

- ▶ Läkare som arbetar på privata vårdcentraler svarar i lägre utsträckning än läkare på offentliga vårdcentraler att de har möjlighet att utbyta information digitalt med andra vårdgivare, och att de kan erbjuda digitala verktyg för patienterna.
- ▶ Läkare som arbetar på vårdcentraler i glesbygd och i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar svarar också i lägre utsträckning att de kan utbyta informationen digitalt med andra vårdgivare.

### 5.1 LÄKARE I SVERIGE HAR TILLGÅNG TILL VISSA TYPER AV DIGITALA VERKSAMHETSSTÖD

Läkare inom den svenska primärvården har relativt god tillgång till olika digitala verksamhetsstöd för att skicka kallelser till patienter och följa laborietest. Däremot ser det annorlunda ut för tillgången till digitalt stöd som ger påminnelser om riktlinjer eller screening, där Sverige har bland de lägre resultaten. Figur 21 visar andelen läkare som svarar att de har digitala verksamhetsstöd som underlättar vissa regelbundna åtgärder.

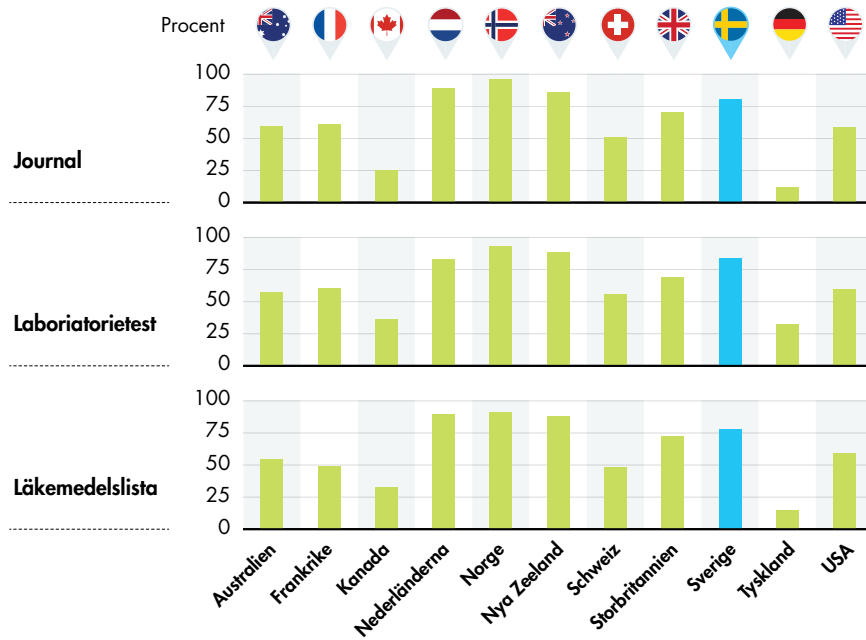
Figur 21. Tillgång till digitala verksamhetsstöd åt läkarna.



Bara en fjärdedel av de svenska läkarna att de får påminnelser om att ge patienter besked om testresultat och ännu färre svarar att de får påminnelser om riktlinjebaserade interventioner eller screening. Det är vanligare i andra länder att läkarna har sådana möjligheter via digitala verksamhetsstöd.

I jämförelse med andra länder har Sverige kommit relativt långt med digitala verktyg som möjliggör för läkarna att utbyta information med andra läkare utanför den egna vårdcentralen, se figur 22.

**Figur 22.** Möjlighet att digitalt dela olika typer av information.

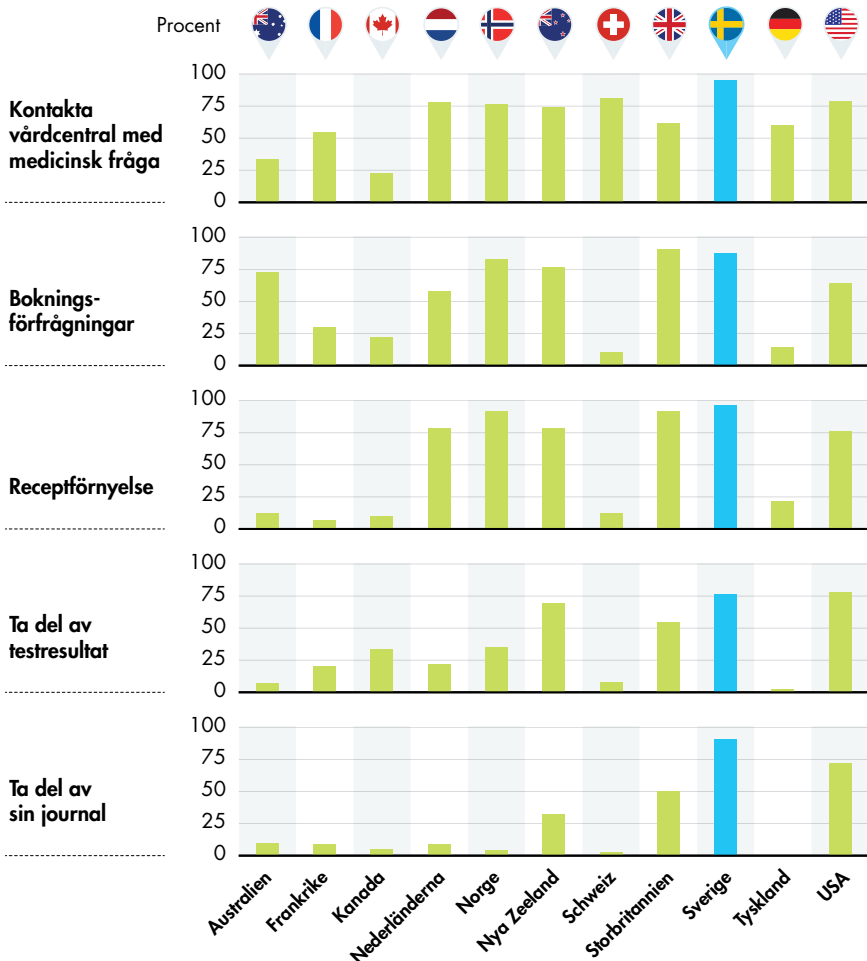


Figur 22 visar tillgången till digitala verktyg som möjliggör utbyte av patientens journal, laboriatorietester och en lista över alla de läkemedel som patienterna tar. Sverige har bland de starkaste resultaten, men Nya Zeeland, Norge och Nederländerna har i ännu högre utsträckning än läkare i Sverige sådana verktyg. Samtidigt visar IHP-undersökningarna riktade till befolkningen att svenska patienter i lägre utsträckning än patienter i andra länder säger att deras ordinarie läkare är uppdaterade om vård de fått inom specialistvården (Vårdanalys 2016, Vårdanalys 2017b).

## 5.2 SVERIGE HAR MYCKET GOD DIGITAL TILLGÄNGLIGHET FÖR PATIENTER

Sverige är det land som i allra högst grad erbjuder patienter olika digitala verktyg för informationshantering, se figur 23. Nästan samtliga läkare i Sverige svarar att vårdcentralen de arbetar på ger patienterna möjlighet att ställa en medicinsk fråga, göra en bokningsförfrågan, göra receptförnyelse och ta del av sin journal digitalt via en webbplats eller liknande. Sverige utmärker sig särskilt när det gäller att göra det möjligt för patienterna att få tillgång till sin egen journal, något som är ovanligt i de flesta andra deltagande länderna. Det är något mindre vanligt att patienterna erbjuds ta del av testresultat digitalt, även om Sverige är ett av de länderna där det är vanligast. En förklaring till Sveriges relativt goda resultat kan vara den höga it-vanan i Sverige, Internetstiftelsen (2019) har till exempel visat att princip alla svenskar använder internet.

Figur 23. Digital tillgänglighet för patienterna.



### 5.3 I SVERIGE HAR PRIVATA VÅRDcentraler NÅGOT SÄMRE TILLGÅNG TILL DIGITALA VERKTYG

Tillgången till digitala verktyg som gör det möjligt att skicka kallelser till patienter och följa laborietester samt påminner om att skicka testresultat eller om riktlinjer skiljer sig inte åt mellan vårdcentralerna när det gäller driftsform, olika socioekonomiska förutsättningar eller utifrån befolkningstäthet.

I Sverige svarar läkare som arbetar på privata vårdcentraler i lägre utsträckning att de har möjlighet att utbyta patientjournaler, laborietester och läkemedelslistor digitalt. Även läkare som arbetar på vårdcentraler på glesbygd och i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar svarar i lägre utsträckning att de kan göra detta.

De svenska läkarna som arbetar på en privat vårdcentral kan i mindre utsträckning erbjuda olika digitala verktygen till patienter, i övrigt är det inte några statistiskt signifikanta skillnader mellan vårdcentraler med olika socioekonomiska förutsättningar eller utifrån befolkningstäthet.

### 5.4 I DE FLESTA LÄNDERNA HAR MOTTAGNINGAR MEN INTE PATIENTER TILLGÅNG TILL DIGITALA JOURNALER

IHP 2019 undersöker i vilken utsträckning läkarna har tillgång till digitala verksamhetsstöd, kan dela information digitalt, och i vilken utsträckning patienter erbjuds att använda digitala verktyg. Bland de länder som deltar i IHP-undersökningen varierar resultaten. Samtliga länder har i någon utsträckning digitala journaler som åtminstone mottagningen har tillgång till. Det varierar däremot mellan länderna i vilken utsträckning den elektroniska journalen är tillgänglig för andra vårdgivare eller patienten själv.

I Sverige utvecklar respektive region själva informationssystemen som används inom hälso- och sjukvården. I de flesta fall kan sjukhus, vårdcentral och kommunal hälso- och sjukvård komma åt relevant patientinformation för planering av utskrivningsklara patienter. Detta kallas för *sammanhållen journalföring* (se 1 kap. 3 § patientdatalagen (2008:355) (PDL) för definition). Vissa förutsättningar ska vara uppfyllda för att en vårdgivare ska få ta del av patientuppgifter genom sammanhållen journalföring. Dessa är dels att uppgifterna rör en patient som det finns en aktuell patientrelation med, dels att uppgifterna kan antas ha betydelse för att förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador hos patienten inom hälso- och sjukvården, och slutligen att patienten samtycker till det (6 kap. 3 § PDL). Generellt gäller också att endast den som deltar i



patientens vård eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete får ta del av uppgifterna (se 4 kap. 1 § PDL). Vidare har vårdgivaren en skyldighet att en behörig användares åtkomst till ospärrade uppgifter om en patient hos en annan vårdgivare föregås av att användaren kontrollerar att förutsättningarna för behandling av personuppgifter enligt 6 kap. 3 § eller 3 a § PDL är uppfyllda och därefter gör ett aktivt val för att ta del av uppgifterna (4 kap. 6 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40)).

Nederländerna har en god digital tillgänglighet mellan olika aspekter av hälso- och sjukvården, men patienterna saknar generellt tillgång till de digitala stöden. År 2016 hade 98 procent av läkarna tillgång till elektroniska journaler. Cirka 90 procent av läkarna delar elektroniska uppgifter med apotek, laboratorier, sjukhus och jourverksamhet. Däremot delar bara 8-11 procent elektroniska uppgifter med omsorgsboende och hemsjukvård (Ministry of Health, Welfare and Sport 2016). I samma undersökning framkom att 46 procent av specialisterna delar elektronisk information med läkarna, men det finns inte något nationellt system för utbyte av elektroniska journaler eller e-förskrivning. Det saknas också generell tillgång för patienterna.

I Norge har nästan alla läkare elektroniska journaler, men innehållet i dem kan generellt inte delas med andra vårdgivare. Gruppomtagningar har vanligtvis gemensamma journaler, men känslig information kan göras otillgänglig för andra läkare än den som patienterna är listad hos. (Anell 2017).

I Frankrike har patienter enligt lag tillgång till sin egen journal antingen direkt eller via sin läkare. Det är för närvarande inte tillåtet att dela information mellan hälso- och sjukvård och social omsorg, och möjligheterna att dela information mellan primärvården och sjukhus är begränsad. Det har tidigare funnits ett lågt intresse inom professionen att använda e-journaler. För att uppmuntra utvecklingen har incitament införts för att stärka läkarnas användande av informationssystem för till exempel hantering av försäkringshandlingar, uppföljning av patienter och hantering av läkemedel. (Chevreul m.fl. 2015).

I Kanada finns ingen nationell strategi eller nationell identifiering per patient. Det är upp till varje provins och territorium att etablera system för att dela information. De flesta provinser har system för att samla dokumentation elektroniskt men det finns begränsade möjligheter att dela informationen (Allin m.fl. o.d.).

I Tyskland varierar det i vilken grad information finns, och elektroniskt och information delas sällan rutinmässigt mellan vårdgivare (Simic m.fl. 2015).

Även i Storbritannien finns elektroniska journaler hos samtliga mottagningar, men information delas inte rutinmässigt mellan vårdgivare (Thorlby & Arora o.d.).











## Samordning och vård av personer med kronisk sjukdom

Bristande samordning bidrar ofta till en försämrad upplevelse för patienter och brukare samt till sämre vård eller omsorg, särskilt för personer med kroniska sjukdomar som ofta har flera och långa kontakter med vården och omsorgen (Vårdanalys 2017c). Tidigare IHP-undersökningar har också visat att Sverige i jämförelse med andra länder har särskilt stora utmaningar med att samordna vården (Vårdanalys 2015 och Vårdanalys 2016).

### Resultat för Sverige i helhet och jämfört med andra länder

- ▶ I Sverige uppger primärvårdsläkarna att de ofta skickar information till specialistvården i samband med remittering, men sällan får information tillbaka efter patientens besök. Fem procent av läkarna får information inom ett dygn efter att patienter skrivs ut från sjukhuset. Det är endast en ökning på en procentenhet sedan 2010. Läkare i Sverige uppger i högre grad att de regelbundet samordnar information om patienterna med hemsjukvården.
- ▶ Läkare i Sverige svarar i lägre utsträckning än i andra länder att de är väl förberedda att erbjuda personer med kroniska sjukdomar vård. Samtidigt uppger läkare i Sverige i högst utsträckning att det finns personal på vårdcentralen som följer upp vården för personer med kroniska sjukdomar.



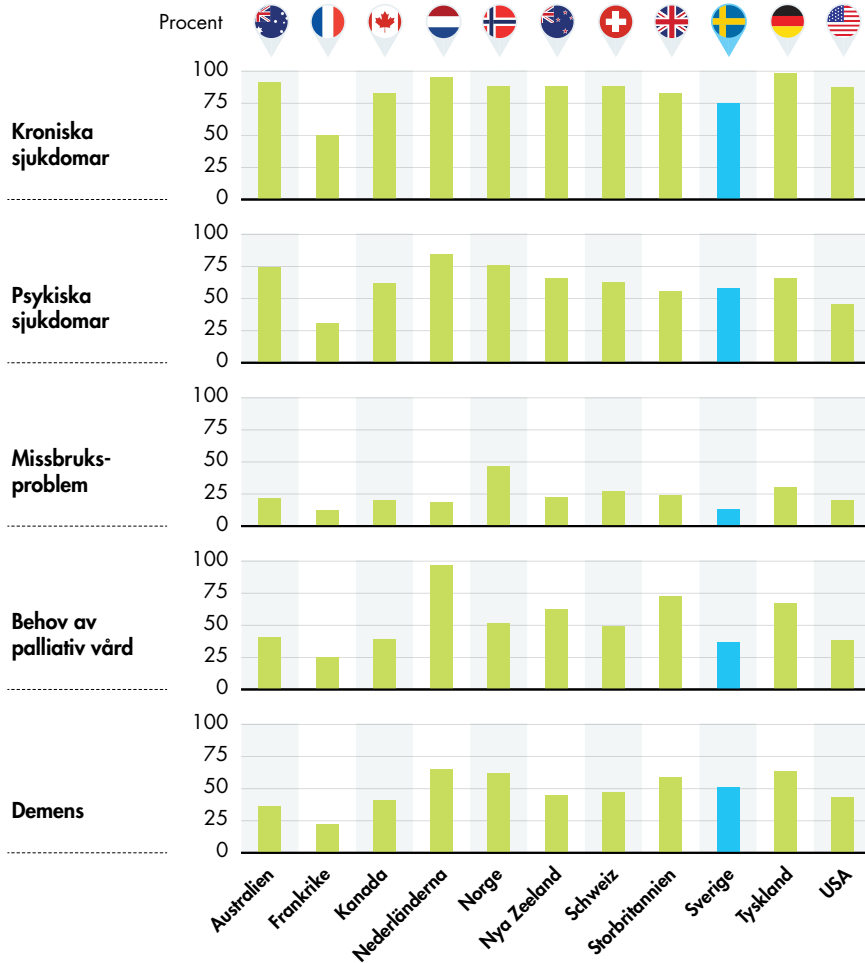
## Resultat för läkare i Sverige utifrån typ av vårdcentral och individuella faktorer

- ▶ Läkare som arbetar på en privat vårdcentral svarar i högre utsträckning att de erbjuder de olika typerna av stöd till egenvård för personer med kroniska sjukdomar än läkare på offentliga vårdcentraler. Läkare som arbetar i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar uppger i lägre grad att samordningen med den specialiserade vården fungerar bra.

### 6.1 LÄKARE I SVERIGE ANSER SIG MINDRE FÖRBEREDDA PÅ PATIENTER MED KRONISKA SJUKDOMAR

Cirka tre av fyra av de svenska läkarna anser att vårdcentralen de arbetar på är väl förberedda att ta emot patienter med kroniska sjukdomar när det gäller kompetens och erfarenhet, se figur 24. Det är en lägre andel jämfört med de flesta andra länder. Ungefär hälften av de svenska läkarna uppger att de är väl förberedda på att möta personer med psykiska sjukdomar på sin mottagning, vilket ungefär är i linje med de andra länderna. I samtliga länder är det få läkare som svarar att de är väl förberedda på att ta emot patienter med missbruksproblem. I Sverige svarar ungefär var åttonde läkare att vårdcentralen är väl förberedd på missbruksproblematik. De norska läkarna är ett undantag där nästan hälften av läkarna svarar att de är väl förberedda på att ta emot patienter med missbruksproblem. Avslutningsvis svarar drygt hälften av de svenska läkarna att de är förberedda att möta patienter med behov av palliativ vård och patienter med demens.

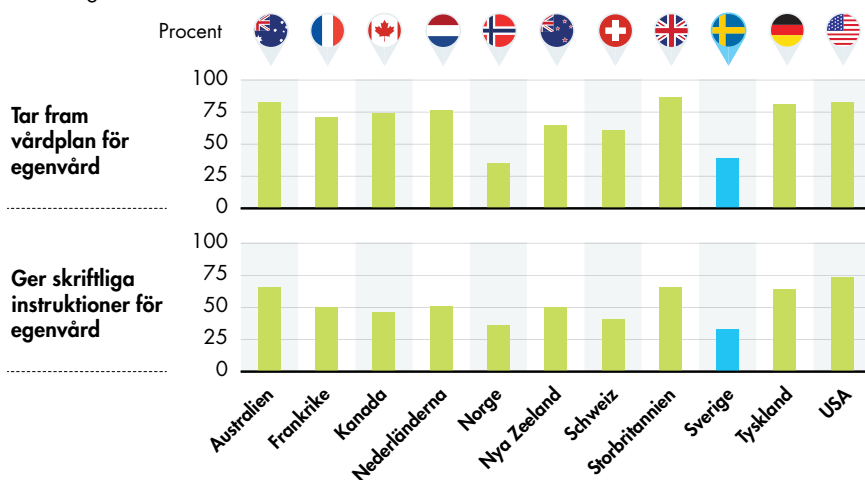
**Figur 24.** Andelen läkare som anser att deras mottagning är väl förberedd att ta emot patienter med olika hälsoproblem.



En del i en personcentrerad vård är att stödja patienten att själv hantera och följa sin sjukdom (Vårdanalys 2018:8). Figur 25 visar hur stor andel läkare som svarar att de själva eller personal på deras vårdcentral vanligtvis eller ofta ger patienter med kroniska sjukdomar stöd till egenvård på olika sätt.



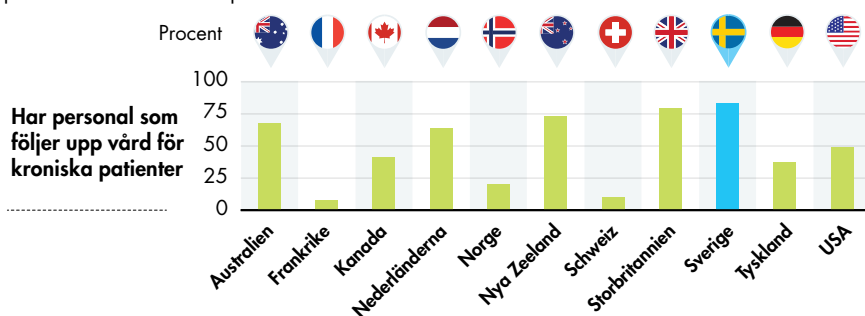
**Figur 25.** Läkare som svarar att deras mottagningar ger patienter med kroniska sjukdomar stöd till egenvård.



Norge och Sverige är de länder där det är minst förekommande att patienterna får stöd till egenvård från någon på mottagningen. Frågorna är inte exakt jämförbara med tidigare IHP-undersökningar på grund av att svarsskalan har förändrats, men tidigare undersökningar tyder också på att stöd till egenvård är ett svagt område för svensk del. Detta är ett problem som visats vid tidigare IHP-undersökningar riktade till både befolkningen och läkare (Vårdanalys 2016, Vårdanalys 2015).

Figur 26 visar dock att Sverige är det land som i högst grad har personal på vårdcentralen som följer upp och hanterar vården för patienter med kroniska sjukdomar och som har behov av regelbunden uppföljning.

**Figur 26.** Andelen mottagningar som har personal som följer upp och hanterar vården för patienter med kroniska sjukdomar.



Drygt 80 procent av läkarna i Sverige svarar att sådan personal finns på vårdcentralen. I övriga länder svarar läkarna att de tar hjälp av sådan

personal men de inte är anställda på vårdcentralen eller att de inte tar hjälp av sådan personal alls.

### Lagsiftning om egenvård

Egenvård definieras som en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient kan utföra själv (2 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård (SOSFS 2009:6)). Omständigheterna i varje enskilt fall avgör vilka åtgärder som kan utgöra egenvård eller inte. Om en hälso- och sjukvårdsåtgärd bedöms vara egenvård räknas den inte längre som hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Huvudmännen för hälso- och sjukvården och socialtjänsten har ett ansvar att ta fram rutiner för samverkan om egenvård (se 3 kap. 1 § SOSFS 2009:6).

Det finns krav i hälso- och sjukvårdslagstiftningen på att hälso- och sjukvården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten (se 5 kap. 1 § PL). Vid egenvård ska patientens medverkan utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar (5 kap. 2 § PL).

## 6.2 VÅRDCENTRALENS STRUKTUR OCH BELÄGENHET AVGÖR MÖJLIGHETEN ATT TA HAND OM PATIENTER MED KRONISKA SJUKDOMAR

Analyser av det svenska resultatet visar att vårdcentraler i glesbygdskommuner i högre grad svarar att de är väl förberedda på att ta emot patienter med olika kroniska sjukdomar och behov. Vårdcentraler i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar svarar däremot i lägre utsträckning att de är väl förberedda på dessa patienter.

Det är vanligare att läkare i Sverige som arbetar på en privat vårdcentral svarar att de erbjuder de olika typerna av stöd till egenvård för personer med kroniska sjukdomar.

I Sverige är det färre läkare som arbetar i ett område med sämre socioekonomiska förutsättningar som svarar att de har personal som följer upp och hanterar vården för patienter med kroniska sjukdomar, medan det är något vanligare att läkare som arbetare i större städer eller förorter har sådan personal.

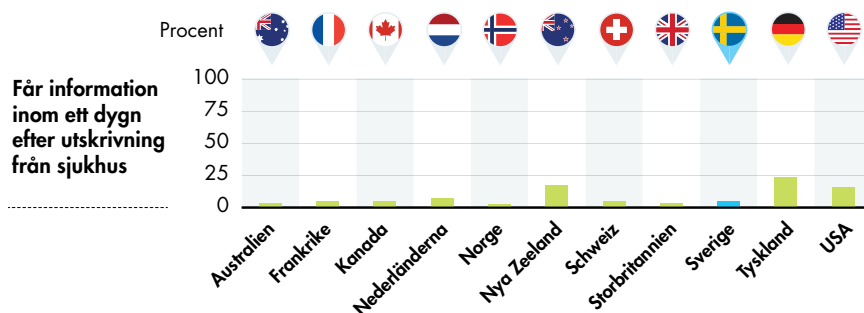
## 6.3 SAMORDNING ÄR EN SVAG PUNKT FÖR SVENSK PRIMÄRVÅRD

Bara 5 procent av de svenska läkarna uppger att de får den information de behöver inom ett dygn för att kunna fortsätta vårda sina patienter efter utskrivning från sjukhus, se figur 27. Frågan ställdes även i enkäten 2015 och sedan den mätningen har det svenska resultatet bara ökat med 1 procentenhet. För patienter som kan komma att behöva insatser från



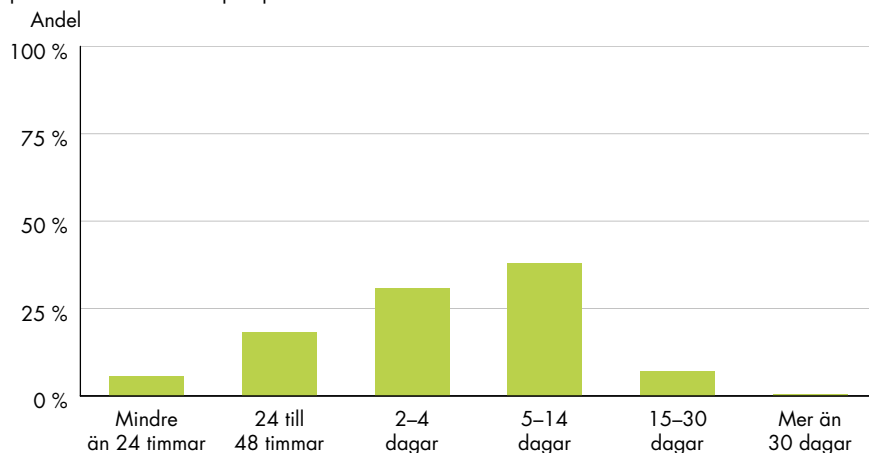
socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården efter det att patienten har skrivits ut ska den slutna vården, senast samma dag som patienten skrivs ut därifrån, föra över den information som är nödvändig för att ge patienten sådan socialtjänst eller hälso- och sjukvård, om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar det (3 kap. 2 § lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård). Det tycks inte vara vanligt att detta sker i något av jämförelseländerna, men i några av länderna, till exempel i Tyskland, uppger läkarna att det sker i större utsträckning.

**Figur 27.** Andel läkare som får information inom ett dygn efter utskrivning från sjukhus.



Figur 28 visar hur de svenska primärvårdsläkarna har svarat på frågan. Vi kan se att det vanligaste är att läkaren får informationen mellan fem och tio dagar efter utskrivning.

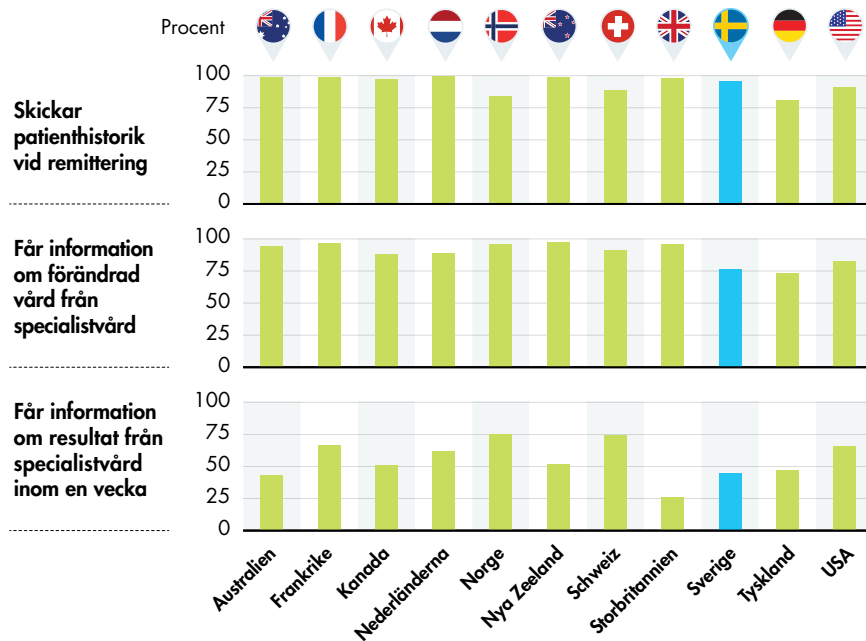
**Figur 28.** Hur lång tid efter utskrivning blir svenska primärvårdsläkare informerade om att patienten har fått vård på sjukhuset?





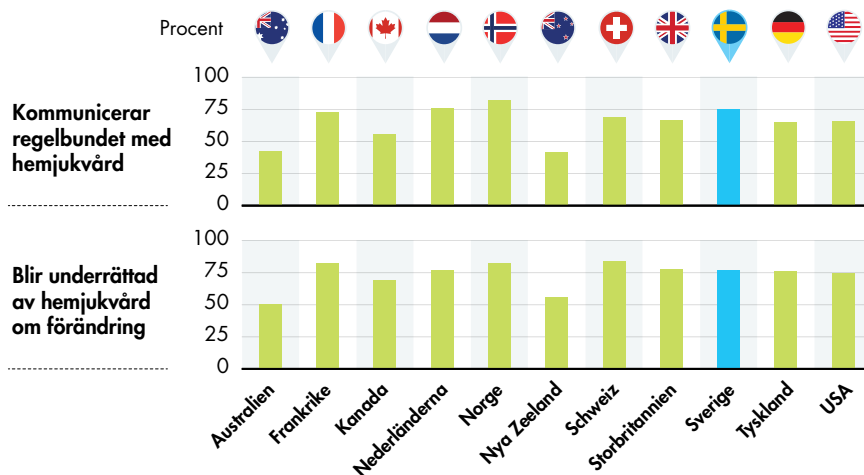
Figur 29 visar att det i samtliga länder inklusive Sverige är det vanligt eller ofta förekommande att läkarna skickar patienthistorik och anledningen till remitteringen samtidigt som de remitterar en patient till den specialiserade vården. Det är också relativt vanligt att läkarna får information om vilka ändringar den specialiserade vården gjorde i patientens medicinering eller vårdplan, men Sverige och Tyskland är de länder där detta sker i lägst utsträckning. Det är stor variation mellan länderna i fråga om läkarna får information om resultat från patientens besök i den specialiserade vården inom en vecka. I några av länderna är det vanligt, men bara drygt hälften av de svenska läkarna svarar att det ofta eller vanligtvis sker.

Figur 29. Informationsutbyte med specialistvården.



Läkare i Sverige svarar i mycket lägre utsträckning än läkare i andra länder att de ofta eller vanligtvis blir delgivna om deras patienter har besökt en närankut, en akutmottagning eller blivit inlagda på sjukhus. Bara drygt en fjärdedel av läkarna svarar att de får information när en patient har besökt en närankut eller en akutmottagning. I några av de andra länderna svarar nästan alla läkare att de får sådan information. Något fler, cirka hälften, av de svenska läkarna svarar att de får information om en patient blir inlagd på sjukhus. Men även här finns det länder där nästan samtliga läkare blir delgivna den informationen.

Figur 30. Samordning med hemsjukvård.



I de flesta länder tycks samordningen av information med hemsjukvården fungera relativt bra, se figur 30. Läkarna i Sverige uppger i hög grad att de regelbundet samordnar information om patienterna med kommunens hemsjukvård för de patienter som får vård i hemmet. Det handlar om att läkaren eller någon annan på vårdcentralen kommunicerar med kommunen om patientens behov av vård. Cirka 75 procent av läkarna svarar att det görs vanligtvis eller ofta. Det handlar också om att vårdcentralen blir underrättad om hemsjukvården identifierar en förändring av patienternas hälsotillstånd. Även på den frågan svarar 75 procent av läkarna att det sker.

#### Lagstiftning om samordning

Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt (6 kap. 1 § patientlagen (2014:821) (PL) och en fast vårdkontakt ska utses för en patient, bl.a. om det är nödvändigt för att tillgodose hans behov av samordning (6 kap. 2 § PL).

Om den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, ska landstinget tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om landstinget eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser som respektive huvudman ska svara för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen, och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen (16 kap. 4 § HSL) (motsvarande bestämmelse återfinns i 2 kap. 7 § SoL). Andra exempel

(forts.)

på samordningskrav innebär att om en patient efter utskrivning från slutna vård behöver insatser från både landsting och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst, ska en samordnad individuell planering genomföras av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna. Om insatser behövs från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården, ska även den landstingsfinansierade öppna vården medverka i den samordnade individuella planeringen (4 kap. 1 § lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2017:612)). Rutiner för informationsöverföring och samverkan vid in- och utskrivning mellan vårdgivare ska finnas så att de gemensamt eftersträvar att enskilda individer säkert och smidigt kan överföras mellan olika vårdgivare, vårdenheter och vårdformer (se 2 kap. 3 § SOSFS 2005:27).

### 6.3.1 Små skillnader mellan svenska vårdcentralerna oavsett driftsform eller belägenhet

Det är få primärvårdsläkare i Sverige som får den information de behöver för att fortsätta vårda sina patienter när de lämnar sjukhusvården. Vid analyser av det svenska resultatet framkommer det att det är små skillnader mellan vårdcentralerna i hur lång tid det tar att få information oberoende av om vårdcentralen är belägen i stad eller glesbygd, vilka socioekonomiska förutsättningar eller vilken driftsform som vårdcentralen har.

I informationsutbytet med specialistvården tenderar läkare som arbetar på vårdcentraler i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar att i lägre grad svara att samordningen med specialistvården fungerar bra. Vi ser inga övriga skillnader utifrån driftsform eller stad och glesbygd.

Vid samordning med sjukhusvård kan vi inte se att det finns några signifikanta skillnader inom Sverige mellan vårdcentralerna när det gäller driftsform, olika socioekonomiska förutsättningar eller olika befolkningstäthet.

I Sverige är primärvårdsläkarna i hög grad i kontakt med och samordnar information om patienterna med kommunens hemsjukvård för de patienter som får vård i hemmet. Läkare i Sverige som arbetar på en privat vårdcentral svarar i något lägre grad att samordning av information med hemsjukvården sker vanligtvis eller ofta. Läkare som arbetar på vårdcentraler i glesbygd svarar i något högre grad att samordningen sker vanligtvis eller ofta.

## 6.4 PRIMÄRVÅRDEN VIKTIG FÖR VÅRDEN AV PATIENTER MED KRONISKA SJUKDOMAR I FLERA LÄNDER

I de sex jämförelseländer som vi funnit information om, har vi kunnat se en ambition mot att primärvården ska få ett tydligare samordningsansvar för vård av patienter med kroniska sjukdomar. Trots att primärvården ska



ta ett större ansvar för vården varierar det i praktiken hur väl till exempel informationsdelning och samordning mellan olika vårdinstanser fungerar.

I Sverige ökar antalet patienter med kroniska sjukdomar (SKR 2019d), och primärvårdens kapacitet att bemöta dessa patienter påverkar i förlängningen behovet av sjukhusens akutmottagningar. För många patienter med kroniska sjukdomar (till exempel patienter med diabetes, astma eller KOL, och högt blodtryck) sker kontroller och uppföljningar till stor del vid vårdcentralerna. Att patienterna i första hand ska vänta sig till primärvården är en del av en nationell strategi för primärvården. Det framgår bland annat av betänkanden från *Nationella samordnaren för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården* och utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* (SOU 2016:2, 2019:29).

I Norge lade vårdreformen 2012 mer fokus på koordinering och individuella vårdplaner för kroniskt sjuka. Sjukhus och kommuner ska skriva avtal om patienter med komplexa behov (Lindahl o.d.). Men det försvåras praktiskt av flera faktorer. Dels är det olika finansieringssystem, dels inkluderar inte samverkan mellan sjukhus och kommun nödvändigtvis fastläkaren, som kan bestämma sina samarbeten själv i hög grad (Steihaug m.fl. 2017).

Primärvårdsläkarna i Nederländerna och Storbritannien har precis som i Sverige fått ett allt större ansvar för att koordinera vården för patienter med kroniska sjukdomar. I Nederländerna förväntas primärvården att ta hand om enklare fall av bland annat diabetes, KOL, astma, hjärt-/kärlrisker samt psykisk ohälsa, medan svårare fall remitteras till specialistvården. Inom primärvården förväntas sjuksköterskorna att ansvara för vissa grupper av patienter med kroniska sjukdomar (HSPM o.d.). Även i Storbritannien har sjuksköterskorna en stor betydelse för vården och uppföljningen av patienter med vanliga kroniska sjukdomar (Anell 2017). Primärvårdsläkarna i Storbritannien är ansvariga för att koordinera vården av patienter med kroniska sjukdomar, och får också ekonomiska incitament att erbjuda kontinuerlig bevakning av de vanligaste kroniska sjukdomarna, som diabetes och hjärt-/kärlsjukdomar (Thorlby & Arora o.d.). I Tyskland har primärvårdsläkaren en viktig roll i vården av många kroniska sjukdomar, och specialister används bara vid svåra fall eller om det uppstår komplikationer. Däremot har läkarmottagningarna endast utrustning för grundläggande diagnostik (Simicm.fl. 2015). För till exempel KOL, diabetes, bröstcancer och astma finns behandlingsprogram som introducerades 2002 och inkluderar samordning mellan primärvårdsläkare, specialister och sjukhus.

Frankrike har genomförts flera reformer och införts ekonomiska incitament som syftat till att förbättra koordineringen av vård för kroniska sjukdomar.

Till exempel har behandlingsprogram tagits fram för diabetes och astma. Särskilda vårdvägar har skapats för till exempel Parkinsons och kroniska njursjukdomar (EU 2019). Det har även utvecklats nationella program för behandling av ovanliga sjukdomar och ett antal kroniska sjukdomar. Den nationella sjukförsäkringen och staten finansierar så kallade "*utförarnätverk*" där deltagande professioner delar riktlinjer och protokoll, best practice och tillgång till ett gemensamt patientregister (Durand-Zaleski. o.d.).

I Kanada har varje provins sitt eget program för behandling av kroniska sjukdomar. Det har dock däremot kommit flera regionala initiativ för att bättre integrera och koordinera vården av kroniskt sjuka. Strukturen för arbetet bestäms på regional nivå och skiljer sig därför åt (Allin m.fl. o.d.).











## Slutsatser och rekommendationer

The International Health Policy Survey är ett värdefullt tillfälle att lära oss mer om hur väl svensk primärvård fungerar ur primärvårdsläkarnas perspektiv samt att jämföra oss med de andra deltagarländerna. Vi har analyserat resultaten med utgångspunkt i tre frågor:

1. Hur skiljer sig primärvårdsläkarnas uppfattning om vården åt mellan länderna i IHP-undersökningen och hur står sig svensk primärvård?
2. Hur ser primärvårdens övergripande styrning, utformning och resurser ut för deltagarländerna?
3. Vad kan det svenska utfallet bero på och påverkas det av läkarnas eller vårdcentralernas egenskaper?

I det här kapitlet sammanfattar vi våra slutsatser från analysen och lämnar våra rekommendationer till staten och huvudmän.

### 7.1 RESULTAT OCH SLUTSATSER

Nedan presenteras våra huvudsakliga resultat och slutsatser.

**Svensk primärvård är till sitt uppdrag lik andra länders, men styrning och organisering avviker på flera områden. Det mest utmärkande draget är det multiprofessionella arbetet**

Utifrån vår kartläggning av de elva ländernas primärvårdsystem har vi sett att den svenska primärvården till sitt uppdrag liknar de övriga ländernas



primärvård. Den har likt de övriga ett fokus på att vara en första linje för patienten att vända sig till, där läkarna ska känna till och se patientens hela hälsobild. Det som kan skilja länderna åt är vilket utbud av vård som ska ingå, där barn- och mödravård ingår i vissa av Sveriges regioner medan exempelvis apotek, tandvård eller mödravård kan ingå i andra länders primärvård.

Däremot är den svenska primärvården i större utsträckning än i de andra IHP-länderna offentligt driven, med 60 procent primärvård i offentlig regi. Den är också i högre grad finansierad via allmän beskattning än i andra länder. Jämförelseländerna har ofta olika typer av försäkringssystem eller blandmodeller, där försäkringarna delvis kan vara skattefinansierade. Vid obligatoriska och inkomstrelaterade försäkringar är däremot skillnaderna gentemot beskattning i sak små. Svensk primärvård har också i mycket högre grad kapiteringsersättning, det vill säga att vårdgivarna får en viss ersättning per person som är listad vid vårdcentralen, medan jämförelseländerna har en blandning av kapiteringsersättning och ersättning per insats eller besök. Där dominerar ersättning per insats eller besök i vissa fall.

En annan skillnad mot övriga länder är att primärvården i Sverige i mindre utsträckning styr patienters möjlighet att direkt ta kontakt med specialistvården.

Svensk primärvård är också mindre i förhållande till specialistvården än i andra länder, om vi ser till antalet läkare per invånare inom primärvården. Men bilden kan skilja sig åt beroende på vilken personalgrupp som jämförs, där en förklaring kan vara att fler olika yrkesgrupper arbetar i primärvården i Sverige. Jämför vi däremot primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens kostnader blir bilden inte lika tydlig.

Sverige utmärker sig gentemot övriga länder genom att det är vanligt att flera olika yrkesgrupper med olika kompetenser arbetar på vårdcentralerna. I IHP-undersökningen ser vi att Sverige är det land i undersökningen som i högst grad har psykologer, kuratorer och arbetsterapeuter anställda i primärvården. I övriga IHP-länderna är det vanligare att bara ett par av yrkesgrupperna arbetar i primärvården, oftast läkare och sjuksköterskor. Sammantaget framstår därför svensk primärvård som mindre läkarorienterad än övriga länders.

Slutligen ser vi också i IHP-undersökningen att det är vanligare i övriga länder att vårdcentralerna har öppet efter klockan 18 på vardagar eller öppet under helger. Samtidigt kan svenska patienter ofta vända sig någon annanstans än till enbart sjukhusens akutmottagningar för att få vård efter kontorstid, som till exempel narakuter.

## Läkare i Sverige är mest stressade, samtidigt som de träffar lägst antal patienter per arbetad timme

Läkare i Sverige är de läkare i undersökningen som oftast upplever sitt arbete som mycket eller oerhört stressigt. Andelen som är stressade har dessutom ökat med 10 procentenheter sedan 2015, när IHP-undersökningen senast riktades till primärvårdsläkare. Bara en av tio svenska primärvårdsläkare är mycket nöjda med den dagliga arbetsbördan och den tid de kan ägna åt varje patient.

Samtidigt träffar läkare i Sverige i genomsnitt lägst antal patienter per arbetad timme och har också de längsta patientmötena av länderna i undersökningen. De svenska läkarna träffar i genomsnitt ungefär en patient per arbetad timme, medan genomsnittet i övriga länder är mellan två och tre patienter. Patientmötena är i Sverige i genomsnitt cirka 25 minuter per möte, övriga ländernas läkare har i genomsnitt patientmöten mellan 10 och 20 minuter. Vi ser även att Sverige har lägst antal läkarbesök per invånare. En möjlig förklaring är att patienter med lägre vårdbehov oftare slussas vidare till andra yrkesgrupper jämfört med i andra IHP-länder. Två andra möjliga förklaringar är att en lägre besöksfrekvens medför att kontinuiteten hos enskilda läkare blir lägre, vilket i sin tur kan öka besökens längd, och att kapiteringsersättning inte premierar en hög tillgänglighet mätt som antal besök.

En fördjupad jämförelse mellan grupper av läkare och vårdcentraler i Sverige visar att läkare som arbetar på privata vårdcentraler i genomsnitt träffar något fler patienter per arbetad timme än läkare på offentliga vårdcentraler. Samtidigt svarar de också i högre utsträckning att de är mycket stressade.

Kvinnliga läkare och läkare i medelåldern rapporterar att de träffar färre patienter per arbetad timme än manliga, yngre och äldre läkare. De upplever samtidigt sitt arbete som mer stressigt.

Andra undersökningar visar att läkarna lägger en stor del av sin arbetstid på olika administrativa uppgifter, där en del av dessa också är direkt vårdrelaterade uppgifter där patienten inte är närvarande. Det kan vara en delförklaring till att läkarna känner sig stressade, trots att de tar emot färre patienter än läkarna i andra länder. Sammantaget väcker resultatet frågor om ifall läkarnas arbetstid används på bästa sätt. Att de svenska vårdcentralerna har fler yrkesgrupper anställda jämfört med andra länder borde kunna bidra till att avlasta läkarna ännu mer, om de andra yrkesgruppernas kompetens tillvaratas på rätt sätt. Resultaten kan också peka på ett behov av att komplettera de vårdande yrkesgrupperna med administrativt stöd.



## **Sverige har kommit längst av IHP-länderna med att införa it-stöd för patienter och läkare i primärvården**

Sverige är det land som i allra högst grad erbjuder primärvårdens patienter olika digitala verktyg för informationshantering och informationsutbyte. Även läkarna använder i hög utsträckning olika digitala verktyg för informationshantering. Det är däremot få läkare i Sverige jämfört med i de andra IHP-länderna som använder digitala kunskapsstöd som automatiskt påminner dem om riktlinjebaserade interventioner eller screening. Vi ser också att Sverige är det land där vårdcentralerna i högst grad erbjuder videokonsultationer. Videokonsultationer innefattar alla typer av besök som görs på distans där patient och läkare kan mötas via video. De så kallade digitala vårdbesöken är en typ av videokonsultation och den typen av besök blir allt vanligare i Sverige.

Vår fördjupade analys av svaren från Sverige visar att läkare på privata vårdcentraler i lägre utsträckning än läkare på offentliga vårdcentraler svarar att de har möjlighet att utbyta information digitalt med andra vårdgivare och att de kan erbjuda patienterna digitala verktyg. Läkare som arbetar i glesbygd och i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar svarar också i lägre utsträckning att de kan utbyta information digitalt med andra vårdgivare.

## **Primärvården har fortsatta utmaningar med att samordna vården och omsorgen för patienter med kronisk sjukdom eller andra särskilda behov**

Primärvårdens breda uppdrag kräver beredskap för att möta många tänkbara grupper av patienter. Men de svenska läkarnas svar visar att det fortfarande finns en förbättringspotential i beredskapen att hantera patienter med komplexa vårdbehov som kroniska sjukdomar, psykiska sjukdomar och missbruksproblematik. Till exempel svarar läkare i Sverige i lägre utsträckning än i andra länder att deras vårdcentraler är väl förberedda med kompetens och erfarenhet att möta personer med kronisk sjukdom. Få av de svenska läkarna tar fram en vårdplan för egenvård tillsammans med personen med kronisk sjukdom, vilket är betydligt vanligare i andra länder. Däremot har svenska vårdcentraler i högre grad personal som följer upp vården för personer med kroniska sjukdomar jämfört med många av de andra undersökta länderna.

När det gäller samverkan med andra vårdgivare anger läkarna i Sverige i hög grad att de skickar nödvändig information till specialistvården i samband med remittering. Däremot är det bara omkring hälften som får information

om patienters besök i den specialiserade vården inom en vecka efter besöket. Bara fem procent av läkarna svarar att de får informationen inom 24 timmar efter att patienter skrivs ut från sjukhuset. För den del av dessa patienter som skrivs ut från slutenvården och har ett samordningsbehov finns numera ett lagkrav på att nödvändig information ska lämnas samma dag om det inte hindras av sekretess eller tystnadsplikt. Däremot tycks samordningen med hemsjukvården fungera relativt bra. Läkare i Sverige uppger i högre grad än i de andra länderna att de regelbundet samordnar information om patienterna med hemsjukvården.

### **Vårdcentraler belägna i glesbebyggda kommuner har oftare öppet på kvällar och helger samt har oftare flera olika yrkesgrupper på vårdcentralen**

Ingen av de undersökta faktorerna på individ- och mottagningsnivå kan sammantaget förklara alla skillnader i resultaten, utan det finns stora variationer i svaren. Vi kan dock urskilja några gemensamma mönster. Vi kan till exempel se att läkare på vårdcentraler belägna i glesbebyggda kommuner oftare anger att de har öppet utanför ordinarie öppettid eller på helger. De har också oftare flera olika yrkesgrupper anställda på vårdcentralen och svarar i högre utsträckning att de är väl förberedda att möta patienter med kroniska sjukdomar. En förklaring kan vara att det övriga vårdutbudet är mindre på glesbygden och därför blir primärvårdens roll utanför kontorstid relativt sett viktigare här. Däremot framgår det att de i lägre utsträckning kan utbyta information digitalt med andra vårdgivare.

Det finns också flera skillnader i resultaten med avseende på driftsform, det vill säga beroende på om vårdcentralen som läkaren arbetar på är offentligt eller privat driven. Privata vårdcentraler har oftare öppet utanför ordinarie öppettid och erbjuder i högre utsträckning olika typer av stöd till egenvård för personer med kroniska sjukdomar. Vi ser också se att de i genomsnitt träffar fler patienter per arbetad timme och i högre utsträckning är mycket stressade. De har också generellt färre olika typer av yrkesgrupper anställda på vårdcentralen.

Slutligen har vi även undersökt om det finns skillnader beroende på socioekonomiskt förutsättningar i vårdcentralens upptagningsområde. Sämre socioekonomiska förutsättningar kan till exempel betyda att en vårdcentral ligger i ett område med många ensamstående äldre personer eller personer med låg utbildningsnivå. Vår analys visar att läkare på vårdcentraler i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar oftare har flera olika



yrkesgrupper bland sina kollegor. De svarar samtidigt i lägre utsträckning att de är väl förberedda på att ta emot patienter med olika kroniska sjukdomar. Läkarna i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar uppger också att samordningen av information med den specialiserade vården inte fungerar lika bra som i andra områden. De svarar också i lägre utsträckning att de har möjlighet att utbyta information digitalt med andra vårdgivare.

## 7.2 VÅRA REKOMMENDATIONER

Med utgångspunkt i resultaten från IHP-undersökningen har vi identifierat tre områden där staten och regioner kan stärka primärvården.

### ► *Regionerna bör se över läkarnas arbetssituation och undersöka om vissa arbetsuppgifter kan utföras av andra yrkesgrupper*

Utifrån den internationella jämförelsen uppger de svenska läkarna att de är mest stressade och andelen har ökat sedan 2015. Det är en negativ utveckling som är oroväckande. Dels ökar stress risken för ohälsa hos de enskilda läkarna, dels kan det riskera att leda till svårigheter att behålla och rekrytera läkare i primärvården - en sektor som redan har utmaningar att klara sin kompetensförsörjning. En bristande arbetsmiljö kan också leda till att kvaliteten på patienternas vård försämras. Vårdgivarna har redan idag ett ansvar för arbetsmiljön och bör därför löpande se över arbetsmiljön i primärvården. IHP-undersökningen riktas visserligen enbart till läkare, men en sådan översyn bör även inkludera andra arbetsgrupper som arbetar inom primärvården.

Våra resultat visar dessutom att läkare i Sverige jämförelsevis träffar lägst antal patienter per arbetad timme jämfört med jämförelseländerna. Tidigare IHP-undersökningar har visat att läkarna anser att vissa av deras uppgifter skulle kunna utföras av andra. Tidigare IHP-undersökningar och andra studier visar också att drygt hälften av läkarnas tid går till administration, både sådan som är direkt patientrelaterad och övrig administration. En majoritet av de svenska läkarna i årets IHP-undersökning uppgav att tiden som läggs på rapportering till Försäkringskassan är ett stort problem.

Sammantaget väcker detta frågan om ifall läkarnas tid används på rätt sätt och om vissa uppgifter skulle gå att effektivisera eller överföra till andra yrkesgrupper. I synnerhet gäller det administrativa uppgifter som ej är patient- eller vårdrelaterade. Det borde finnas förutsättningar att avlasta läkarna genom att vårdcentralerna har många olika yrkesgrupper

och kompetenser vid sidan om läkare. Denna fråga har förts fram tidigare av oss och i andra utredningar, men utifrån resultatet från IHP-undersökningen anser vi att behovet att se över situationen kvarstår.

► *Staten och regionerna bör arbeta för att it-strukturen i högre grad än i dag ska bidra till att samordna information och inte skapa onödig administration för vårdpersonalen*

Sverige har i jämförelse med de andra länderna i IHP-undersökningen en av de mest utbyggda it-strukturerna inom primärvården, både för läkare och för patienter. Däremot rapporterar läkarna att det fortfarande finns stora brister i möjligheten att digitalt dela information med andra vårdgivare. Läkare på privata vårdcentraler upplever oftare att detta är ett problem. Primärvården har samtidigt en hög andel privata aktörer vilket medför att det för denna vårdgren är extra problematiskt att privata vårdgivare inte i lika hög utsträckning har integrerats i informations-system. Andra studier visar också att läkarna uppger att it-systemen kan vara en börda i sig, som kan leda till extra administrativt arbete och stress.

Vi har i tidigare rapporter pekat på behovet av en sammanhållen vårdinformation och konstaterat att staten och regionerna har ett gemensamt ansvar för att driva en sådan utveckling. Det kan handla både om en gemensam struktur för information, men också om att systemen ska kunna dela information mellan varandra. Resultatet från IHP-undersökningen stärker ytterligare bilden av att behovet kvarstår. Vi rekommenderar därför staten och regionerna att säkerställa att arbetet förs vidare, så att it-systemen bättre än i dag möjliggör informationsutbyte samt underlättar arbetssituationen för läkare och vårdpersonal.

► *Regionerna bör i högre grad än i dag använda kunskapen från regionala och nationella jämförelser mellan vårdcentraler*

Vi identifierar flera skillnader i hur läkare i Sverige svarar på IHP-enkäten beroende på vårdcentralens driftsform och geografiska läge. Analysen understryker därför att resultaten är möjliga att påverka genom att öka lärandet mellan vårdcentralerna. Öppna jämförelser av vårdens resultat och kvalitet har funnits länge på regional och kommunal nivå, men något motsvarande verktyg finns ännu inte för vårdcentraler.

Det kan visserligen vara svårt att hitta exempel på verksamheter där alla aspekter fungerar bra, men det finns mycket att lära av vårdcentralernas



varierande organisation och arbetssätt. Vi ser till exempel att läkare på vårdcentraler i glesbygd i högre grad än övriga primärvårdsläkare uppger att vårdcentralen erbjuder vård utanför kontorstid och att de har flera olika yrkesgrupper anställda. Dessa skillnader väcker frågor om hur patienterna och vårdpersonalen påverkas: vilken organisering underlättar exempelvis samordning och ett personcentrerat arbetssätt? En annan skillnad är att läkare på privata mottagningar anger att vårdcentralen är mer förberedd på att möta personer med kroniska sjukdomar och oftare tar fram en plan för patienternas egenvård. Vad beror skillnaderna på och kan andra vårdcentraler lära av deras arbete?

Sammantaget ser vi flera skillnader i arbetssätt som bör möjliggöra ett ökat lärande mellan vårdcentraler. Det är också möjligt att vissa av de observerade skillnaderna beror på geografiska faktorer och inte går att lösa på vårdcentralsnivå. I så fall kan de snarare vara en fråga för regionen att hantera centralt. I båda fallen finns det skäl för regionerna att systematiskt jämföra vårdcentralernas resultat på regional och nationell nivå samt att verka för att sprida goda exempel.







## Referenser

### 8.1 ÖVERGRIPANDE KÄLLOR

- Irving, G.; Neves, A.L., Dambha-Miller, H. m.fl. (2017). International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open*, 2017:7.
- OECD (2016). *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2018). Health System Characteristics online database <https://qdd.oecd.org/subject.aspx?Subject=hsc> [Senast besökt: 2018-03-19]
- OECD (2019a). *OECD Health Statistics 2019. Definitions, Sources and Methods*. <http://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=80130ebd-5f8d-482f-9613-2891b0fcofcf> [Senast besökt: 2019-12-20]
- OECD (2019b). Deriving preliminary estimates of primary care spending under the 2011 SHA Framework.
- OECD (2020). *Doctors' consultations, 2017*. *OECD Health Statistics: Health care utilisation 2020*. Tillgänglig på: <https://data.oecd.org/healthcare/doctors-consultations.htm> [Senast besökt: 2020-02-27]
- SOU 2002:31. *Vinst för vården*.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015). *Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv* (rapport 2015:9). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016). *Vården ur befolkningens perspektiv* (PM 2016:5). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017b). *Vården ur patienternas perspektiv – 65 år och äldre* (PM 2017:2). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

## 8.2 SVERIGE

- 1177 Vårdguiden (2017). *Välja vårdmottagning*. Tillgänglig på: <https://www.1177.se/sa-fungerar-varden/att-valja-vardmottagning/valja-vardmottagning/> [Senast besökt: 2019-10-08]
- 1177 Vårdguiden (2018). *Remiss*. Tillgänglig på: <https://www.1177.se/sa-fungerar-varden/att-valja-vardmottagning/remiss/> [Senast besökt: 2019-10-08]
- Dagens medicin (2019). *Stockholm inför listningstak i primärvården*. Tillgänglig på: <https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2019/02/27/stockholm-infor-listningstak-i-primarvarden/> [Senast besökt: 2020-02-13]
- Internetstiftelsen (2019). *Svenskarna och internet 2019*.
- Konkurrensverket (2014). *Etablering och konkurrens bland vårdcentraler – om kvalitetsdriven konkurrens och ekonomiska villkor*. Konkurrensverkets rapportserie 2014:2.
- Lindgren, Peter (2019). *Ersättningen och e-hälsan*. SNS förlag: Stockholm.
- Läkartidningen (2019). *Sörmland inför listningstak i primärvården*. Tillgänglig på: <https://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2019/04/Sormland-infor-listningstak-i-primarvarden/> [Senast besökt: 2020-02-13]
- McKinsey & Company (2019). *Tid till vård ger vård i tid - Hur möjliggör vi en bättre användning av läkarens tid och en ökad produktivitet?*
- S 2017:01. *Tilläggsdirektiv till Samordnad utveckling för god och nära vård*.
- S 2017:08. *Styrning för en mer jämlik vård*.
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2018). *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2018*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2019a). *Fast riskjusterad kapitationersättning*. Tillgänglig på <https://skl.se/demokratiledningstyrning/driftformervalfrihet/valfrihetssystemochersattningsmodeller/halsoochsjukvard/ersattningmodellerhalsoochsjukvard/ersattningsmodellerprimarvard/fastersattning.28895.html> [Hämtad: 2019-10-08]
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2019b). *Köp av verksamhet 2019. Kommuner och regioner 2006–2018*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2019c). *Sektorn i siffror*. Tillgänglig på: <https://skr.se/ekonomijuridikstatistik/ekonomi/sektorni/siffror.1821.html> [Senast besökt: 2019-12-12]
- SKR (2019d). *Hälso- och sjukvårdsrapporten 2019 – Öppna jämförelser*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.

- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020a). *Sammanställning över regionernas krav på remiss i öppen vård*. Tillgänglig på: <https://skr.se/halsasjukvard/patientinflytande/utomlansvardriksavtal/remissioppenvard.30838.html> [Senast besökt: 2020-02-21]
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020b). *Patientavgifter i hälso- och sjukvården 2020*. Tillgänglig på: <https://skr.se/halsasjukvard/patientinflytande/patientavgifter.14668.html> [Senast besökt: 2020-02-13]
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020c). *Rörlig ersättning kopplat till besök eller åtgärder*. Tillgänglig på: <https://skr.se/demokratiledningstyrning/driftformervalfrihet/valfrihetssystemochersattningsmodeller/halsoochsjukvard/ersattningsmodellerhalsoochsjukvard/ersattningsmodelleriprimarvard/orrligersattning.28896.html> [Senast besökt: 2020-02-19]
- Socialstyrelsen (2016). Primärvårdens uppdrag. En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2016:2. *Effektiv vård*.
- SOU 2017:53. *God och nära vård*. En gemensam färdplan och målbild.
- SOU 2018:39. *God och nära vård*. En primärvårdsreform.
- SOU 2019:29. *God och nära vård*. Vård i samverkan.
- SOU 2019:42. *Digifysiskt vårdval*. Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet.
- Statskontoret (2019). Utveckling av den statliga styrningen av kommuner och landsting – en analys. Stockholm: Statskontoret.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017a). *En primär angelägenhet* (rapport 2017:3). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017c). *Från medel till mål* (rapport 2017:9). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018a). *Allmän tillgång?* (rapport 2018:5). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018b). *Från mottagare till medskapare* (rapport 2018:8). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018c). *Tre perspektiv på digitala vårdbesök* (rapport 2020:1). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019). *Gränslösa möjligheter, gränslösa utmaningar?* (rapport 2019:5). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

### 8.3 AUSTRALIEN

Australian Department of Health (o.d.). *Primary Care*. Tillgänglig på: <https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/primarycare> [Senast besökt: 2019-10-04]

Dixit S. K. och Sambasivan M. (2018). *A review of the Australian healthcare system: A policy perspective*. SAGE Open Med. 2018:6.

Glover, L. (2017). The Australian Health Care System. I Mossialos, E., Djordjevic, A., Osborn, R., Sarnak, D. (red.) *International Profiles of Health Care Systems. Australia, Canada, China, Denmark, England, France, Germany, India, Israel, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Singapore, Sweden, Switzerland, Taiwan, and the United States*. New York: The Commonwealth Fund.

National Primary Health Care Strategic Framework (2013). *National Primary Health Care Strategic Framework*. Canberra: Standing Council on Health.

Swerissen H. & Duckett S. (2018). *Mapping Primary Care in Australia*. Grattan Institute.

### 8.4 FRANKRIKE

Cartier, T., Bourguel, Y. (2015). France. I Kringos, D. S., Boerma W. G.W., Hutchinson, A., Saltman, R. B. (red.). (2015) *Building primary care in a changing Europe: Case studies* (Observatory Studies Series 40), s. 77–88. Köpenhamn: European Observatory on Health Systems and Policies.

Chevreur K, Berg Brigham K, Durand-Zaleski, I., Hernández-Quevedo. C. (2015). *France: Health system review*. *Health Systems in Transition*, 17(3): 1–218.

*Code de la Santé Publique (2009) : Chapitre préliminaire : Médecin généraliste de premier recours*. Article L4130-1. LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 36 Tillgänglig på: <http://www.codes-et-lois.fr/code-de-la-sante-publique/toc-professions-sante-professions-medicales-profession-medecin--15coe76-texte-integral> [Senast besökt: 2019-11-11]

- Durand-Zaleski, I. (2017). The French Health Care System. I Mossialos, E., Djordjevic, A., Osborn, R., Sarnak, D. (red.) *International Profiles of Health Care Systems. Australia, Canada, China, Denmark, England, France, Germany, India, Israel, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Singapore, Sweden, Switzerland, Taiwan, and the United States*. New York: The Commonwealth Fund.
- EU (2019). *Joint report on health care and long-term care systems & fiscal sustainability*. Country documents: 2019 update. Tillgänglig på: [https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip105\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip105_en.pdf) [Hämtad: 2020-11-11]
- Gouvernement.fr. (o.d.). *Health system transformation strategy*. Tillgänglig på: <https://www.gouvernement.fr/en/health-system-transformation-strategy> [Senast besökt: 2019-10-04]
- Hôpital, Patients, Santé et Territoires (2009). (The Hospital, Patients, Health, Territories). LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009. Tillgänglig på: [https://beta.legifrance.gouv.fr/loda/texte\\_lc/LEGITEXT000020881046](https://beta.legifrance.gouv.fr/loda/texte_lc/LEGITEXT000020881046) [Senast besökt: 2020-03-10]
- Ministère des Solidarités et de la Santé : *Ma santé 2022 : un engagement collectif*. Tillgänglig på: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/> [Senast besökt: 2019-11-11]
- OECD, European Observatory on Health Systems and Policies (2017a). *France: Country Health Profile 2017. State of Health in the EU*. Bryssel: OECD Publishing. Tillgänglig på: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264283374-en> [Senast besökt: 2019-11-21]

## 8.5 KANADA

- Allin, S. & Rudoler, D. (2017). The French Health Care System. I Mossialos, E., Djordjevic, A., Osborn, R., Sarnak, D. (red.) *International Profiles of Health Care Systems. Australia, Canada, China, Denmark, England, France, Germany, India, Israel, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Singapore, Sweden, Switzerland, Taiwan, and the United States*. New York: The Commonwealth Fund.
- Canada.ca (2012). About Primary Health Care. Tillgänglig på: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/primary-health-care/about-primary-health-care.html> [Senast besökt: 2019-10-04]
- Hutchinson, B., Levesque J-F., Strumpf, E., Coyle, N. (2011). Primary Health Care in Canada: Systems in Motion. *The Milbank Quarterly*, Vol. 89, No. 2, 2011 (s. 256–288).

## 8.6 NEDERLÄNDERNA

- Anell, A. (2017). *Primärvårdens resurser, styrning och organisation: En jämförelse av villkor och förhållanden i Danmark, Norge, Nederländerna och Storbritannien*. PM 2017:1. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- HSPM, o.d. Health Systems in Transition (HiT) Profile of the Netherlands. Tillgänglig på: <https://www.hspm.org/countries/netherlands25062012/livinghit.aspx?Section=5.3%20Primary%20/%20ambulatory%20care&Type=Section> [Senast besökt: 2019-10-04]
- Kringos, D.S., van Riet Paap, J., Boerma W.G.W. (2015). *The Netherlands*. I Kringos, D. S., Boerma W. G.W., Hutchinson, A., Saltman, R. B. (red.). *Building primary care in a changing Europe: Case studies (Observatory Studies Series 40)*, s. 181–192. Köpenhamn: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Groenewegen P, de Jong J, van Ginneken E (2016). *The Netherlands: health system review*. *Health Systems in Transition*, 2016; 18(2):1–239.
- Ministry of Health, Welfare and Sport (2016): *National strategy - The art of upscaling: Making patient centered eHealth available for all people*.
- OECD/EU (2016). *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris.
- OECD, European Observatory on Health Systems and Policies (2017b). *Netherlands: Country Health Profile 2017. State of Health in the EU*. Bryssel: OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/25227041> [Senast besökt: 2019-11-11]
- TransferWise (2017). *Healthcare in the Netherlands: A guide to the Dutch healthcare system*. Tillgänglig på: <https://transferwise.com/gb/blog/healthcare-system-in-the-netherlands> [Senast besökt: 2019-10-11]

## 8.7 NORGE

- Agerberg, M. (2016). *Fastlegeordningen – reformen som alla är nöjda med*. *Läkartidningen* 17/2016. Tillgänglig på: <https://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2016/04/Fastlegeordningen--reformen-som-alla-ar-nojda-med/> [Senast besökt: 2019-09-06]
- Anell, A. (2017). *Primärvårdens resurser, styrning och organisation: En jämförelse av villkor och förhållanden i Danmark, Norge, Nederländerna och Storbritannien*. PM 2017:1. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.



- Den norske legeforening (2019). *Fastleger og spesialistgodkjenning i allmennmedisin 2010- 2019*. Finns tillgänglig på: <https://www.legeforeningen.no/om-oss/legestatistikk/yrkesaktive-leger-i-norge/> [Hämtad: 2020-03-05]
- Helse- och omsorgstjenesteloven (2011). Tillgänglig på: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3) [Senast besökt: 2019-10-21]
- Iversen, T. (2011). *Vägval i vården – en ESO-rapport om skillnader och likheter i Norden*. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2011:7.
- Lindahl, A. K. (2017). The Norwegian Health Care System. I Mossialos, E., Djordjevic, A., Osborn, R., Sarnak, D. (red.) *International Profiles of Health Care Systems. Australia, Canada, China, Denmark, England, France, Germany, India, Israel, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Singapore, Sweden, Switzerland, Taiwan, and the United States*. New York: The Commonwealth Fund.
- Sandström, Y. (2018). *Studieresa till Oslo – Norges fastlegesystem*. Distriktsläkaren. 1/2018: 37-39.
- Steihaug, S., Paulsen, B., Melby, L. (2017). *Norwegian general practitioners' collaboration with municipal care providers – a qualitative study of structural conditions*. Scandinavian Journal of Primary Health Care. 35:4, 344-351.

## 8.8 NYA ZEELAND

- Gauld, R. (2017). The New Zealand Health Care System. I Mossialos, E., Djordjevic, A., Osborn, R., Sarnak, D. (red.) *International Profiles of Health Care Systems. Australia, Canada, China, Denmark, England, France, Germany, India, Israel, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Singapore, Sweden, Switzerland, Taiwan, and the United States*. New York: The Commonwealth Fund.
- New Zealand Ministry of health (2001). The Primary Health Care Strategy. Tillgänglig på: [https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/phcstrat\\_0.pdf](https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/phcstrat_0.pdf) [Hämtad: 2019-11-22]
- New Zealand Ministry of Health (2019). Primary care. Tillgänglig på: <https://www.health.govt.nz/our-work/primary-health-care> [Senast besökt: 2019-10-04]
- The New Zealand Public Health and Disability Act (2000). Tillgänglig på: <http://legislation.govt.nz/act/public/2000/0091/72.0/DLM80051.html> [Hämtad: 2019-09-30]

## 8.9 SCHWEIZ

- Cartier, T., Senn, N., Cornuz, J., Bourgueil, Y. (2015). Switzerland. I Kringos, D. S., Boerma W. G.W., Hutchinson, A., Saltman, R. B. (red.). *Building primary care in a changing Europe: Case studies* (Observatory Studies Series 40), s. 275–283. Köpenhamn: European Observatory on Health Systems and Policies.
- EU (2012). *Europeiska kommissionen: Dina socialförsäkringsrättigheter: i Schweiz*. Tillgänglig på [https://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Switzerland\\_sv.pdf](https://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Switzerland_sv.pdf) [Hämtad: 2019-11-22]

## 8.10 STORBRIANNIEN

- Anell, A. (2017). Primärvårdens resurser, styrning och organisation: En jämförelse av villkor och förhållanden i Danmark, Norge, Nederländerna och Storbritannien (PM 2017:1). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Health and Social Care Act (2012). Tillgänglig på: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents/enacted> [Hämtad: 2019-10-20]
- National Health Service Act (2006). Tillgänglig på: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2006/41/contents> [Hämtad: 2019-10-10]
- NHS England (2019). General Medical Services Contract 2018/2019. Leeds: NHS England. Tillgänglig på: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/04/general-medical-services-contract-19-20.pdf> [Hämtad: 2019-10-20]
- The Scottish Government & British Medical Association (2017). The 2018 general medical services contract in Scotland. Edinburgh: The Scottish Government. Tillgänglig på: <https://www.isdscotland.org/Health-Topics/General-Practice/Publications/2017-11-07/2017-11-07-ScotlandGP-Payments2016-17-Report.pdf> [Hämtad: 2020-03-06]
- Thorlby R. & Arora S. (2017). The English Health Care System. I Mossialos, E., Djordjevic, A., Osborn, R., Sarnak, D. (red.) *International Profiles of Health Care Systems. Australia, Canada, China, Denmark, England, France, Germany, India, Israel, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Singapore, Sweden, Switzerland, Taiwan, and the United States*. New York: The Commonwealth Fund.
- Wilson, A. (2015). United Kingdom i Kringos, D. S., Boerma W. G.W., Hutchinson, A., Saltman, R. B. (red.). *Building primary care in a changing Europe: Case studies* (Observatory Studies Series 40), s. 295–304. Köpenhamn: European Observatory on Health Systems and Policies.

## 8.11 TYSKLAND

- Anell, A. (2015). Primärvårdens funktion, organisation och ekonomi – en litteraturöversikt. Rapport till utredningen *En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården* (S 2013:4).
- Blümel, M. & Busse, R. (2017). The German Health Care System. I Mossialos, E., Djordjevic, A., Osborn, R., Sarnak, D. (red.) *International Profiles of Health Care Systems. Australia, Canada, China, Denmark, England, France, Germany, India, Israel, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Singapore, Sweden, Switzerland, Taiwan, and the United States*. New York: The Commonwealth Fund.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin: *what we do*. Tillgänglig på: <https://www.degam.de/what-we-do.html> [Senast besökt: 2019-11-20]
- EU (2019). *Joint report on health care and long-term care systems & fiscal sustainability*. Country documents: 2019 update.
- OECD, European Observatory on Health Systems and Policies (2017c). *Germany: Country Health Profile 2017. State of Health in the EU*. Bryssel: OECD Publishing. Tillgänglig på: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264283398-en> [Hämtad: 2019-11-11]
- Simic, D., Wilm, S., Redaelli M. (2015). Germany. I Kringos, D. S., Boerma W. G.W., Hutchinson, A., Saltman, R. B. (red.). *Building primary care in a changing Europe: Case studies* (Observatory Studies Series 40), s. 89–98. Köpenhamn: European Observatory on Health Systems and Policies.

## 8.12 USA

- Affordable Care Act (2010). Tillgänglig på: <http://housedocs.house.gov/energycommerce/ppacacon.pdf> [Hämtad: 2019-11-11]
- Rice T., Rosenau P., Unruh L. Y., Barnes A. J., Saltman R. B., van Ginneken E (2013). *United States of America: Health system review*. Health Systems in Transition, 15(3), s. 1–431.
- The Commonwealth Fund (2017). The U.S. Health Care System. I Mossialos, E., Djordjevic, A., Osborn, R., Sarnak, D. (red.) *International Profiles of Health Care Systems. Australia, Canada, China, Denmark, England, France, Germany, India, Israel, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Singapore, Sweden, Switzerland, Taiwan, and the United States*. New York: The Commonwealth Fund.









# Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv 2019

– en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder.

På regeringens uppdrag genomför Vårdanalys årligen den svenska delen av den internationella undersökningen International Health Policy Survey (IHP). Under 2019 vände sig undersökningen till läkare i primärvården, och ger därmed möjligheter att jämföra svenska läkares upplevelser av hur vården fungerar med 11 andra länder. I den här rapporten redovisar och analyserar vi de svenska och internationella resultaten från undersökningen. Vår förhoppning är att rapporten ska fungera som ett underlag för att identifiera förbättringsområden i förhållande till andra länder och för fördjupade analyser i syfte att utveckla hälso- och sjukvården.

---

**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.

