

Primärvård i Sverige

Uppdrag, organisation, kontinuitet och prioriteringar



Upplysningar om innehållet: Susanne Steen, susanne.steen@skr.se

Text: Susanne Steen, Eva Arvidsson, Einar Sjölund, Magnus Jacobson, Daniel Melén, Lena Karlsson, Birgitta Olsson, Kristina Malmsten, Lina Sarv, Jörgen Månsson, Maria Eriksson och Malin André

© Sveriges Kommuner och Regioner, 2024

ISBN: 978-91-8047-325-5

Foto: SKR:s bildarkiv/Scandinav Bildbyrå/Johnér Bildbyrå

Produktion: Advant

Förord

På bara ett par generationer har den förväntade livslängden ökat markant för både kvinnor och män. Det är en fantastisk utveckling som speglar förbättrade levnadsvillkor och levnadsvanor, men också en dramatisk utveckling av hälso- och sjukvårdens möjligheter att bota sjukdomar och rädda liv.

Samtidigt innebär det nya utmaningar. Att vi blir äldre innebär att vi lever längre med olika former av sjuklighet. Ju större andel äldre i befolkningen, desto större blir vårdbehovet. Ökningen sker i en takt som överstiger tillgången på ekonomiska resurser och kanske framför allt tillgången på vårdpersonal.

Det finns flera strategier för att möta utmaningen: att förebygga ohälsa, att stärka patienternas möjlighet till egenvård, eller att ersätta dyr slutenvård med mer kostnadseffektiv öppenvård. Oavsett strategi har primärvården en nyckelroll, såväl den kommunala som den regionala.

Men vi kommer också att ställas inför krav på allt hårdare prioriteringar: vilka behov är störst och vilken vård ska vi ge?

Utifrån data i ett antal nationella kvalitetsregister om kommunernas primärvård och en ny databas för PrimärvårdsKvalitet, som samlar data från regional primärvård, ger den här rapporten ett bidrag till förståelsen av hälso- och sjukvårdens utmaningar, pekar på utvecklingsområden och belyser framsteg och visar på lärande exempel.

Det är ingen vågad gissning att Region Kalmar läns devis för sitt prioriteringsarbete ger en bra bild av vägen framåt: Mycket till få och lagom till alla.

Stockholm i december 2024

Johan Kaarme

Avdelningsdirektör

Avdelningen för vård och omsorg

Sveriges Kommuner och Regioner

Innehåll

6	Sammanfattning
7	Bättre kontinuitet för kroniker
8	Patientgrupper med stora behov prioriteras
8	Brist på data försvårar prioritering
11	Kapitel 1. Inledning och syfte
13	Läsanvisning
14	Avgränsningar
15	Datakällor
17	Kapitel 2. Primärvården i Sverige
17	Primärvårdens uppdrag
18	Primärvårdens organisation
25	Primärvårdens kostnader
29	Patienternas upplevelse av primärvården
41	Bedömning och kommentar
45	Kapitel 3. Kontinuitet
46	Kontinuitet i kommunal primärvård
47	Kontinuitet i regional primärvård
51	Bedömning och kommentar

54 Kapitel 4. Vård efter behov

- 54 Den etiska plattformen
- 55 Nationell modell för öppna prioriteringar
- 55 Horisontella och vertikala prioriteringar
- 63 Prioriterade insatser i regional primärvård
- 68 Överdiagnostik och överbehandling
- 71 Vård efter behov i Region Kalmar län
- 77 Uppföljningen
- 77 Resultat
- 78 Bedömning och kommentar

80 Avslutande reflektion

82 Referenser

88 Bilaga 1. Datakällor

- 88 PrimärvårdsKvalitet
- 90 SKR:s insamlingar
- 92 Kvalitetsregister

95 Bilaga 2. Indikatorer

Sammanfattning

Enligt hälso- och sjukvårdslagen är primärvård sådan hälso- sjukvårdsverksamhet som ger öppen vård utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården ska svara för behovet av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Både kommuner och regioner är huvudmän för primärvården och ansvarar för att förverkliga grunduppdraget. I den regionala primärvården bedrivs vården framförallt inom ramen för olika vårdval enligt lag (2008:962) om valfrihetssystem. Majoriteten av regionerna samlar primärvårdsuppdraget inom ett och samma vårdval som utgår från vårdcentraler eller hälsocentraler: ”vårdval vårdcentral”.

Uppdraget avseende den kommunala primärvården är detsamma som för den regionala primärvården men det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret är i huvudsak begränsat till grupper som får insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Dessutom ligger ansvaret för läkarinsatser på regionerna.

Inom regionerna står primärvården för ungefär 20 procent av hälso- och sjukvårdens totala nettokostnad (inklusive tandvård) och har endast ökat marginellt sedan 2006. Huvuddelen av den primärvård som regionerna köper utifrån avser numera digital utomlänsvård och utgjorde 2,2 procent av den regionala primärvårdens nettokostnader 2023, nära nog en tredubbling sedan 2015.

När det gäller kostnaden för kommunernas primärvård saknas tillförlitlig och heltäckande data. Att sätta en standard för kostnadsdata för den kommunala primärvården på samma sätt som man nu har för att följa den regionala primärvården skulle förbättra möjligheterna till analyser av hälso- och sjukvården som helhet.

Patienternas upplevelse av den regionala primärvården har varit stabilt positiv sedan 2016. Patienternas helhetsintryck av primärvården har enligt Nationell patientenkät ett indexvärde omkring 80 på en skala 0–100. För den kommunala primärvården saknas en motsvarande sammanställning på nationell nivå.

I dag kännetecknas primärvården av en mångfald av aktörer. Samverkan mellan dessa och med andra delar i hälso- och sjukvårdssystemet är en viktig del i primärvårdens vardag. Fullt implementerad kommer lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation (SVOD) att kraftigt förbättra möjligheterna till samverkan och stärka patientsäkerheten.

För att primärvården skall kunna fylla sin roll som navet i svensk hälso- och sjukvård skulle även regelverket för kvalitetssäkring över vårdgivargränser behöva ses över. Att kunna kvalitetssäkra insatser och patientflöden mellan vårdgivare skulle underlätta överblick och möjligheten att optimera vårdövergångar och samverkan mellan olika delar i såväl primärvården som övriga hälso- och sjukvården.

Bättre kontinuitet för kroniker

Att bibehålla hög vårdkvalitet i ett system i snabb förändring och ett hårt tryck på effektivisering är en utmaning i sig. En helt central kvalitetsaspekt handlar om vårdens kontinuitet. Vetenskapliga studier visar ett samband mellan högre kontinuitet till läkare i primärvården och nöjdare patienter, bättre följsamhet till ordinationer, färre sjukhusinläggningar och besök på akutmottagningar, samt lägre sjuklighet och dödlighet. En förbättrad kontinuitet i primärvården i Sverige är också kopplad till en effektiv vård och skulle kunna vara resurseffektivt för hela hälso- och sjukvårdssystemet.

Data från PrimärvårdsKvalitet (PVQ) visar att kontinuitetsindex i regional primärvård är högre för patienter med kronisk sjukdom än för genomsnittspatienten och allra högst för personer med flera sjukdomar och för de med många kontakter i primärvården. Det tyder på att vårdcentraler och hälsocentraler försöker prioritera kontinuitet för personer med stora behov. I ett fåtal regioner har kontinuiteten ökat mellan 2021 och 2024 men för majoriteten, liksom för riket som helhet, syns ingen ökning av kontinuiteten för någon yrkesgrupp i den regionala primärvården. Gällande kontinuitet för vårdpersonal i den kommunala primärvården saknas data.

Patientgrupper med stora behov prioriteras

Att göra rätt prioriteringar i primärvården är avgörande när varken ekonomiska eller personella resurser räcker för att ge allt till alla. Hur primärvården jobbar med detta har hittills inte blivit belyst ur ett nationellt perspektiv. I rapporten ges exempel på vilka insatser som ges till stora patientgrupper.

Palliativ vård inom kommunal primärvård är ett av få områden inom kommunal primärvård där det i dag finns tillförlitlig data som visar på positiva resultat, med förbättringar inom exempelvis brytpunktssamtal och smärtskattning. Även omhändertagandet av patienter med beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD) har utvecklats positivt.

Inom den regionala primärvården finns en betydande variation där insatser prioriterats olika, fast de kanske varit lika angelägna. För stora patientgrupper med kroniska sjukdomar som KOL, förmaksflimmer och diabetes visar nationella resultat att en stor andel av patienterna får angelägna insatser, vilket talar för att patientgrupper med stora behov prioriteras. Däremot antyder data att äldre patienter och personer med samsjuklighet och samtidig depression inte prioriteras för psykologisk behandling i samma utsträckning som yngre patienter utan samsjuklighet. Här frångår man troligen den etiska plattformen, vars människovärdesprincip innebär att patientgrupper inte får nedprioriteras på grund av ålder, samt behovs- och solidaritetsprincipen som stipulerar att de med störst behov ska ha företräde till vårdens resurser.

Brist på data försvårar prioritering

För att primärvården ska kunna hantera sitt komplexa uppdrag effektivt krävs en organisation som stärker och stödjer kontinuitet och prioritering på ett övergripande plan. Det krävs också att horisontella prioriteringar genomsyrar sjukvårdens styrsystem, så att prioriteringar görs på ett systematiskt sätt.

Tillgång till pålitlig data är avgörande för välgrundade beslut och effektiva prioriteringar. Även om felkällor existerar och data inte alltid är jämförbar mellan regioner, finns nu mer information tillgänglig inom den regionala primärvården än någonsin. Den nya nationella databasen för PVQ möjliggör bättre analys av vårdkvaliteten i regional primärvård, men den kommunala primärvården saknar fortfarande heltäckande indikatorer. Bristen på samordnade data försvårar helhetssynen och prioriteringarna för patientgrupper med komplexa vårdbehov.

Hälso- och sjukvård är i ständig förändring. Det kräver en vårdorganisation som ständigt utvecklas och förbättras för att ge en god och säker vård som skapar värde utifrån patientens individuella behov och situation. Att balansera tillgänglighet för friskare patientgrupper med hög förmåga att efterfråga vård gentemot patientgrupper med större vårdbehov och lägre förmåga att förebygga och hantera sin sjukdom, är avgörande.



Inledning och syfte

I dag har 70–80 procent av Sveriges befolkning årligen kontakt med primärvården (1). För många sker den första kontakten med vården inom primärvården. Primärvården i Sverige bedrivs av två huvudmän och kännetecknas av att ha helhetsansvar för många patientgrupper. Den spelar en avgörande roll i att tillhandahålla vård för en mångfald av patienter med olika medicinska tillstånd och livssituationer.

För att effektivt möta denna variation krävs en bred kompetens från flera yrkesgrupper och det är genom att kombinera dessa olika kompetenser som primärvården kan erbjuda en helhetssyn på patientens hälsa och välbefinnande.

Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) är primärvården en grundläggande del av ett inkluderande och jämlikt hälso- och sjukvårdssystem. Länder med ett starkt system för primärvård har mer effektiva hälsosystem och bättre hälsoutfall än länder som fokuserar starkt på sjukhustjänster (2). När primärvården inte fungerar optimalt får det negativa effekter i hela vårdkedjan. Hela systemet tjänar på en välfungerande och stark primärvård.

Hälso- och sjukvårdssystemet i Sverige genomgår en omställning till en Nära vård, vilket innebär ett skifte från ett system som utgår från organisationers och professioners perspektiv till ett som utgår från patienters och anhörigas perspektiv. Målet är att patienten ska få en mer samordnad vård som stärker hälsan, att patienten tillåts vara delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser, samt att hälso- och sjukvårdens resurser används effektivare. Omställningen trycker även på vikten av att stärka primärvården så att den kan erbjuda ökad kontinuitet, tillgänglighet och delaktighet.

Primärvården är ett komplext system som kan vara svårt att definiera och beskriva på ett enkelt sätt. Den omfattar ett brett spann av tjänster som utförs av både offentliga och privata vårdgivare. Primärvårdens uppdrag varierar

dessutom mellan olika regioner, vilket ytterligare bidrar till dess komplexitet. Primärvården har varit i fokus för många stora utredningar och förändringar under de senaste decennierna. Förändringarna har bland annat lett till nya sätt att erbjuda vård och har varit viktiga ur ett patientperspektiv.

I denna rapport ger vi en beskrivning av primärvårdens struktur och funktion utifrån aktuella data med målet att läsaren ska få en djupare förståelse för primärvårdens roll i hälso- och sjukvårdssystemet.

Genom att belysa vikten av ett sammanhållet synsätt på primärvården som inkluderar både kommunala och regionala perspektiv är förhoppningen att rapporten ska bidra till insikter om hur primärvården bäst kan stärkas och stödjas.

Primärvården i Sverige har flera utmaningar. Tillgänglighet brukar påtalas som ett problem. Men faktum är att närmare nio av tio patienter får kontakt med primärvården samma dag som de söker vård. Ungefär lika många får en medicinsk bedömning av legitimerad personal inom tre dagar, alltså inom ramen för vårdgarantins krav.

Bristande kontinuitet har de senaste åren också lyfts allt mer. Med en åldrande befolkning som lever längre med kroniska sjukdomar, ökade medicinska och medicintekniska landvinningar som gör att allt mer vård kan erbjudas allt fler, kombinerat med stora utmaningar inom kompetensförsörjningen, kommer utmaningarna fortsätta att öka för primärvården. Även behovet av kommunal hälso- och sjukvård har förändrats, vårdtiderna på sjukhus har blivit kortare och utskrivningen av patienter från sjukhusen sker tidigare eftersom vården i dag i större utsträckning kan ges i hemmet.

Det är en utmaning i sig att bibehålla hög vårdkvalitet i ett system i snabb förändring och ett hårt tryck på effektivisering. En helt central kvalitetsaspekt handlar om vårdens kontinuitet. Forskning visar att en ökad kontinuitet i primärvården kan bidra till högre kvalitet, effektivitet och ökad nöjdhet hos patienterna. I den här rapporten belyser vi hur kontinuiteten i primärvården ser ut i dag och diskuterar vad som krävs för att en starkare utveckling skall kunna ske på området.

Resurserna är begränsade och de patienter som har störst behov ska ges företräde enligt hälso- och sjukvårdslagen. Prioriteringar av både insatser, arbetssätt och patientgrupper är angeläget för att tillse att den med störst behov ges företräde till vården. En viktig uppgift för primärvården är just prioriteringar och att balansera tillgänglighet för friskare patientgrupper som har hög förmåga att efterfråga vård mot behovet av vård för patientgrupper som har större vårdbehov men lägre förmåga att förebygga och hantera sin sjukdom.

Prioriteringar i primärvården är således avgörande när varken ekonomiska eller personella resurser räcker till. Hur primärvården jobbar med detta är hittills inte väl belyst ur ett nationellt perspektiv. I den här rapporten illustreras prioriteringarna genom data för några stora patientgrupper i primärvården och insatser som ges till dessa.

För att kunna bedöma hur verksamheten kan effektiviseras krävs en god förståelse för primärvårdens uppdrag, styrkor och svagheter. För att dessutom kunna göra väl underbyggda prioriteringar behövs systematik och helhetstänk. Förhoppningen är att denna rapport ska bidra till en bredare förståelse av primärvården och resursfördelning efter behov. Betoningen ligger på primärvården som helhet, där både kommunala och regionala perspektiv beaktas.

Målet med rapporten är att bidra till en konstruktiv diskussion om hur ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem kan utvecklas där primärvården har förutsättningar att hantera sitt uppdrag effektivt och kan möta samhällets växande vårdbehov.

Läsanvisning

Rapporten är indelad i fem kapitel. Efter sammanfattningen och inledningen i kapitel 1 följer kapitel 2–4 som är uppdelade i separata teman: primärvårdens roll, kontinuitet i primärvården och vård för grupper med stora vårdbehov. Efter respektive tema följer ett kort avsnitt med bedömning och kommentar. Rapporten avslutas med en övergripande reflektion.

Detaljer om diagnoskoder för de olika indikatorerna från PVQ som används i rapporten finns i bilaga 2.

Avgränsningar

Primärvården bedrivs av många olika vårdgivare och verksamheter på olika organisatoriska nivåer i regioner och kommuner. Den här rapporten belyser primärvårdens största organisatoriska beståndsdelar: vård- och hälsocentraler i regionernas primärvård samt den kommunala primärvård som bedrivs i hemsjukvård, för personer inom funktionshinderområdet på gruppbostad (LSS) samt på daglig verksamhet, samt äldre på särskilt boende (SÄBO). I rapporten använder vi oss av begreppen regional och kommunal primärvård för att understryka att de båda är delar av samma vårdnivå.

Vård på distans är en växande vårdform inom primärvården. I dag sker distansvården dels som en integrerad, digifysisk del i den regionala primärvårdens uppdrag, dels som en heldigital nationell marknad som utgörs av utomlänsvård. Dessa båda delar av distansvård i primärvården beskrivs till en del i rapporten.

Mödra- och barnhälsovård finns på vårdcentraler och hälsocentraler i flera regioner och inkluderas delvis i kapitel 2 men inte i kapitlen om kontinuitet och vård för grupper med stora vårdbehov. Primärvård som bedrivs inom ramen för lag (1993:1652) om ersättning för fysioterapi och lag (1993: 1651) om läkarsvårdsersättning (den så kallade nationella taxan) beskrivs inte inom ramen för denna rapport.

I de regioner där rehabilitering är ett eget vårdval finns data på förekomst av några kroniska sjukdomar som är vanliga på rehabiliteringsenheter. Dessa data är ännu ofullständiga och redovisas därför inte i denna rapport.

Kompetensförsörjning är en viktig faktor för primärvården som har stora behov. Vårdkompetensrådet har nyligen genomlyst situationen i en så gott som heltäckande rapport (3). Bemanningsdata ingår därför inte i rapporten mer än mycket marginellt.

Rapporten belyser huvudsakligen det aktuella tillståndet inom primärvården med hjälp av aggregerade data på nationell nivå och endast i utvalda fall visas data uppdelat per region. När data saknas för riket används data från enskilda regioner eller kommuner för att belysa området. Avseende vissa mått är det särskilt viktigt att visa utvecklingen över tid. Därför presenteras längre tids-serier när det är relevant och data finns tillgängligt.

Indikatorer och data kan ofta fungera som värdefulla utgångspunkter, men de kan aldrig fullt ut spegla komplexiteten i vården. Ett för stort fokus på det som är mätbart riskerar att viktiga aspekter, som inte enkelt kan kvantifieras, hamnar i skymundan. Därför är det av stor vikt att förstå begränsningarna som data och indikatorer innebär och använda det med viss försiktighet, som grund för dialog snarare än som slutgiltiga svar.

Datakällor

Primärvårdskvalitet är ett stöd för kvalitetsarbete i primärvården och omfattar kvalitetsindikatorer samt tekniska lösningar som gör det enkelt att automatiskt få ut kvalitetsdata om patienter, sjukdomsgrupper och verksamheten utan extraarbete. Indikatorerna utvecklas av primärvårdens professioner och baseras på evidens och nationella riktlinjer.

Data hämtas automatiskt från befintliga datakällor, utan behov av extra registrering och visas upp tillsammans med regionala och nationella jämförelsevärden. Indikatorerna bygger på data som kan sökas fram i journalerna. Fritext kan inte sökas och därför används olika diagnos- och åtgärds-koder samt fasta sökord, labvärden etc.

Från 2024 finns den nationella databasen för PrimärvårdsKvalitet(PVQ) på SKR, som vid rapportens publicering innefattar data från nitton regioner och i princip samtliga vård- och hälsocentraler i dessa regioner. Detta möjliggör för första gången analys av den regionala primärvårdens kvalitet från ett nationellt perspektiv och kommer därför att utgöra den huvudsakliga datakällan. Primärvården blir också belyst med hjälp av ett urval av nationella kvalitetsregister, SKR:s samlade datamängder samt kompletterande data från Socialstyrelsen och data från regionala databaser.

När det gäller data från såväl den regionala som den kommunala primärvården är det viktigt att ta hänsyn till att en stor del av variationerna i data kan bero på andra faktorer än variation i kvalitet. Det finns skillnader mellan regioner gällande bland annat uppdrag och ersättning, registrering av koder och variation i vilka data som är tillgängliga. Utöver detta kan slumpen ge variation i data.

Ett urval av datakällorna beskrivs i bilaga 1.



Primärvården i Sverige

För de allra flesta är primärvården vägen in till hälso- och sjukvården. Det är hit invånarna vänder sig med sjukdomar och skador som inte kräver akut vård på sjukhus och det är hit många patienter med kroniska besvär kommer för uppföljning och behandling. I övergången till en mer patientcentrerad hälso- och sjukvård, det som kallas Nära vård, är primärvården själva navet.

I dag kännetecknas primärvården av en mångfald av aktörer. Samverkan mellan dessa och även med andra delar i hälso- och sjukvårdssystemet är en viktig del i primärvårdens vardag.

Primärvården står för en femtedel av hälso- och sjukvårdens kostnader men svarar för en betydligt större del av verksamheten. Drygt sex av tio fysiska vårdbesök görs i primärvården, under 2023 innebar det över 40 miljoner besök. Läger vi till distanskontakter handlar det om ytterligare drygt 18 miljoner.

Primärvårdens uppdrag

Primärvård definieras som hälso- sjukvårdsverksamhet som ger öppen vård utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper (2 kap. 6 § hälso- och sjukvårdslagen). Primärvården ska svara för behovet av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Primärvården tar emot patienter utan krav på remiss från annan vårdinstans, gör en bedömning av symtomen och ställer diagnos. Primärvården hjälper också patienter med redan kända, ofta kroniska diagnoser, men också med osorterade symtom och tecken på ohälsa och sjukdom. Genom sin närhet till människors vardag har primärvården en särskilt viktig roll i det förebyggande arbetet på befolkningsnivå.

Vad som ingår i primärvård förändras över tid och påverkas av såväl regionala som lokala förutsättningar för hur vården behöver organiseras för att vara effektiv. Den påverkas även i stor utsträckning av den tekniska och medicinska utvecklingen då nya metoder och verktyg kan förändra hur vård ges, och kan leda till att vissa behandlingar blir mer vanliga eller att nya typer av vård introduceras.

Primärvårdens grunduppdrag är att:

- tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov
- se till att vården är lätt tillgänglig
- tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar
- tillhandahålla rehabiliterande insatser utifrån patientens individuella behov och förutsättningar
- samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården
- möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.

(Kap. 13 a 1 § hälso- och sjukvårdslagen)

Primärvårdens organisation

Både kommuner och regioner är huvudmän för primärvård med ansvar att förverkliga grunduppdraget. Men medan regionerna ska erbjuda vård till alla invånare, är kommunernas uppdrag i huvudsak begränsat till brukare som får kommunal omsorg.

Kommunernas organisation

Uppdraget avseende den kommunala primärvården är detsamma som för den regionala primärvården, men är huvudsakligen avgränsat till att gälla i förhållande till vissa grupper som får insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Kommuner har heller inte rätt att anställa egna läkare.

Kommuner ska erbjuda en god hälso- och sjukvård i:

- › särskilda boendeformer för äldre personer (inklusive korttidsplats)
- › bostad med särskild service för personer med funktionsnedsättning enligt socialtjänstlagen
- › motsvarande boendeformer enligt ovan som bedrivs i enskild verksamhet
- › dagverksamheter eller annan liknande social tjänst (dagverksamhet som avses i 3 kap. 6 § socialtjänstlagen).

(12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen)

I hela landet utom i Region Stockholm har kommunerna genom avtal övertagit ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende.

Kommunal primärvård innefattar många åtgärder. Sjuksköterskor inklusive distriktssköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och undersköterskor står för större delen av de medicinska insatserna, medan ansvaret för läkarinsatserna åligger regionen. En statlig utredning har under 2024 tagit fram förslag för att stärka den medicinska kompetensen inom den kommunala hälso- och sjukvården och möjligheten för kommuner att frivilligt anställa läkare (4).

Lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) innebär att personer som erhåller hälso- och sjukvård har rätt att välja vilken leverantör som ska utföra tjänsten, efter att upphandlande myndigheter har tecknat avtal med leverantören. När lagen infördes 2010 var syftet att flytta makt från politik och tjänstepersoner till invånarna, som skulle ges större inflytande över sin vård och omsorg. Med vårdvalsreformen ville regeringen öka konkurrensen mellan aktörer inom primärvården och på så vis stimulera till ökad kvalitet och tillgänglighet.

Regionerna är enligt lag ålagda att etablera vårdvalssystem men för kommunerna är det valfritt att tillämpa LOV. Endast cirka tre procent av kommunerna hade 2023 infört LOV inom hälso- och sjukvårdslagens område inom den kommunala primärvården, medan ungefär åtta procent hade infört LOV för särskilt boende (SÄBO).

Särskilda boenden

Med särskilt boende (SÄBO) för personer 65 år eller äldre avses biståndsbedömt boende med vård- och omsorgsinsatser för äldre personer med behov av särskilt stöd, till exempel vård- och omsorgsboende eller boende anpassat för personer med demenssjukdom. År 2016 fanns det cirka 2 300 särskilda boenden som utför insatser till personer 65 år och äldre (5). Andelen personer 65 år och äldre som bor på särskilt boende har minskat från 5,3 procent 2010 till 4 procent 2019 (6). 2021 hade drygt 88 000 personer särskilt boende i Sverige, varav 4 000 med stöd av LSS och resterande 84 000 inom ramen för äldreomsorgen. (7). Av de boende fick 37 procent av männen och 27 procent av kvinnorna hälso- och sjukvårdsinsatser, enligt Socialstyrelsens statistik för 2017 (8).

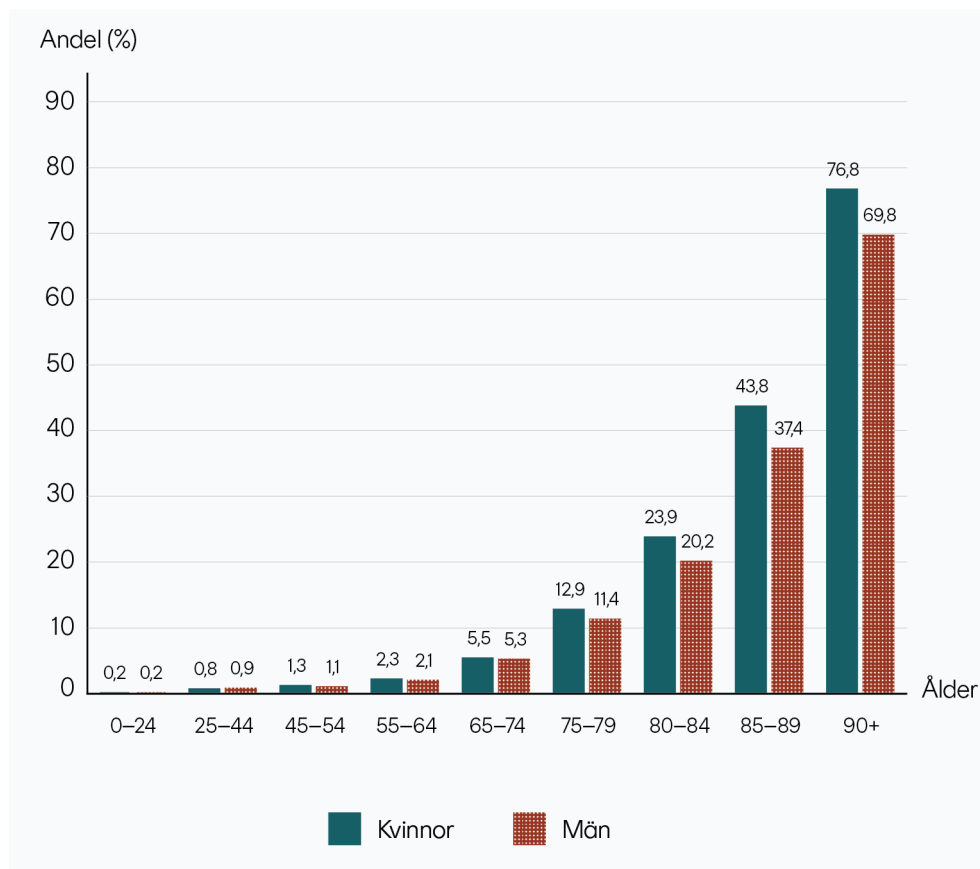
LSS-boenden och socialpsykiatri

Bostad med särskild service för vuxna (LSS-boende) är en anpassad boendeform för personer med omfattande funktionsnedsättningar, som behöver stöd i vardagen. Sedan 2008 har antalet boende i LSS ökat med drygt 25 procent. 90 procent av de som har LSS-boende utgörs av personer med intellektuell funktionsnedsättning, autism eller autismspektrum-tillstånd (9).

Hemsjukvård

Under 2023 fick nästan 414 000 personer insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården, en ökning med 50 000 personer eller nära 14 procent jämfört med 2019 (10). Närmare 83 procent av gruppen var 65 år eller äldre. Som diagram 1 visar ökar andelen av befolkningen som får kommunal primärvård med stigande ålder. Andelen är högre bland kvinnor än bland män.

Diagram 1: Andel som får kommunal primärvård baserat på antalet individer efter ålder och kön i populationen.



Källa: Registret över kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser, Socialstyrelsen 2023.

Regionernas organisation

Vårdval är en lagreglerad rättighet i Sverige som ger patienter möjlighet att välja mellan olika konkurrerande vårdenheter. Det är regionerna själva som bestämmer hur verksamheterna ska organiseras och därför kan vårdvalen se olika ut i olika regioner.

Omfattningen av uppdragsområdet primärvård kan alltså skifta. Merparten av regionerna har ett samlat vårdval för hela primärvården som utgår ifrån vård- och hälsocentralerna, ett ”vårdval vårdcentral”.

Vårdval inom regionernas primärvård

Vårdvalssystemet inom regionernas primärvård innebär att regionen ska organisera primärvården så att alla personer som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster, exempelvis välja en vård- eller hälsocentral genom att lista sig på denna, alltså anmäla att man vill höra dit. Regionen får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom regionen (7 kap 3 § hälso- och sjukvårdslagen).

Det är också obligatoriskt för regioner att teckna avtal med privata vårdgivare som önskar bedriva primärvård, givet att de uppfyller kvalitetskraven. Exakt vad som ska ingå i primärvården är däremot inte tydliggjort. Mellan regionerna finns det skillnader i vad som innefattas i vård- och hälsocentralernas uppdrag och vad som ligger i separata vårdval inom ramen för primärvården.

Under 2024 har SKR tillsammans med Myndigheten för vård- och omsorgsanalys kartlagt vilka delverksamheter som ingår i primärvården i olika regioner och hur dessa är fördelade i olika vårdval. En sammanställning av enkäten visas i diagram 2. De delverksamheter som ingår i "vårdval vårdcentral", dvs. vad som ingår i vård- och hälsocentralernas uppdrag i respektive region, är markerade med rosa, grupp A.

I fem regioner är vårdval vårdcentral ett brett uppdrag med fjorton eller flera delverksamheter. Här ingår samtliga fyra regioner i norra sjukvårdsregionen samt Västmanland. I det breda uppdraget ingår de flesta delverksamheter och uppdrag, som hembesök, läkarbesök i SÄBO, barnavårdscentral (BVC) och mödravårdscentral (MVC), rehabilitering, medicinsk fotvård, psykisk ohälsa, asylhälsovård, habilitering etc.

Tio regioner har "mellanbreda" vårdval vårdcentral med 10–13 olika delverksamheter. Områden som MVC, asylhälsa och habilitering ingår sällan här. Några områden är organiserade som egna vårdval, till exempel BVC eller delar av rehabiliteringsuppdraget. Flera delar drivs också av regionen själv, antingen på primärvårdsnivå eller inom specialistsjukvården.

I gruppen med smala vårdval vårdcentral återfinns sex regioner och här ingår åtta eller färre delområden. Primärvården är i dessa regioner organiserad i flera fristående vårdval, frivilliga tilläggsuppdrag och i vissa fall ligger några av primärvårdens delverksamheter i regionens egen regi.

Diagram 2: Ingående delar i vårdval primärvård per region fördelade per delområde.

	Andel obligatoriska delverksamheter, procent (A+B)	Allmänmedicin	Hembesök	Jour	Läkarmedverkan SÄBO	Sjukvårdsupplysning (SVU)	Barnhälsovård (BVC)	Mödravård/kvinnohälsa (MVC)	Ungdomsmottagning (UM/BUM)	Cellprovtagning	Rehabilitering	Fysioterapeuter	Arbetssterapeuter	Medicinsk fotvård	Psykisk ohälsa	Vaccinationer	Asylmottagn./migranhälsa	Habilitering	Logopedi	Audionom (hörselrehabilitering)	Slutenvårdsplatser	Familjecentral
Stockholm		A	A	F	D	A	D	D	D	D	D	D	D	A	A	A	C	D	D	D	F	..
Uppsala		A	A	F	C	F	C	D	C	D	A	A	F	C	A	A	F	F	F	D	E	..
Sörmland		A	A	A	A	F	A	F	F	F	A	A	A	F	A	A	A	C	F	F	F	..
Östergötland		A	A	A	A	E	A	F	F	D	A	F	F	A	A	A	A	F	F	D	F	..
Jönköping		A	A	A	A	A	E	F	F	F	A	A	A	A	A	A	A	A	F	F	F	..
Kronoberg		A	A	A	A	E	A	F	F	F	A	A	E	F	C	A	F	F	F	F	F	..
Kalmar		A	A	A	A	A	A	F	F	F	F	F	F	F	D	A	F	F	F	F	F	..
Gotland		A	A	A	B	E	E	F	F	F	E	E	E	C	A	A	A	E	E	E	F	..
Blekinge		A	A	A	A	F	A	F	E	F	A	A	A	F	A	A	A	F	F	F	F	..
Skåne		A	A	A	A	A	D	D	F	A	A	A	A	F	A	A	A	A	F	F	F	..
Halland		A	A	F	B	A	A	F	F	A	A	A	A	A	A	A	A	F	F	F	E	..
Västra Götaland		A	A	A	A	A	A	E	E	A	D	D	D	A	A	A	A	F	D	F	F	..
Värmland		A	A	A	A	A	C	C	C	C	E	D	E	A	A	A	E	E	F	E	F	..
Örebro		A	A	A	A	E	A	A	E	A	A	A	A	F	A	A	A	F	F	F	F	..
Västmanland		A	A	B	A	A	A	A	F	A	A	A	A	D	A	A	A	F	F	F	F	..
Dalarna		A	A	F	A	A	A	A	F	A	A	A	A	A	A	A	F	F	F	F	F	..
Gävleborg		A	A	A	A	F	C	F	F	F	A	A	A	A	A	A	A	A	F	F	F	..
Västernorrland		A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	F	F	..
Jämtland Härjedalen		A	A	A	B	A	A	A	E	A	A	A	A	D	A	A	A	A	F	F	F	C
Västerbotten		A	A	A	B	A	A	A	F	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	F	B	E
Norrbottn		A	A	A	A	E	A	A	E	A	A	A	A	A	A	A	C	A	F	F	C	..

- | | |
|--|---|
| A Uppdraget ingår i vårdval vårdcentral | D Fristående eget vårdval |
| B Obligatoriskt tilläggsuppdrag | E Utförs endast av primärvård i offentlig regi |
| C Frivilligt tilläggsuppdrag | F Annan organisatorisk form |

Källa: Enkät till regionerna via SKR och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2024.

Offentliga och privata leverantörer

Genom lagen om valfrihetssystem kan både offentliga och privata leverantörer utföra primärvårdstjänster i den regionala primärvården. Samma villkor gäller oavsett leverantör. Mellan 2006 och 2023 har andelen privata vård- och hälsocentraler ökat från 26 till 46 procent. Störst andel privata vård- och hälsocentraler finns i Region Stockholm (71 procent) och minst andel i Region Västerbotten (13 procent).

Fristående aktörer

Utöver vårdvalet återfinns även fristående fysioterapeuter och läkarmottagningar på nationella taxan (enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi), samt heldigitala aktörer som bedriver vård för primärvårdsnivån fördelat inom många områden. De senare beskrivs mer utförligt nedan.

Multiprofessionella vård- och hälsocentraler

Vård- och hälsocentraler i Sverige är till stor del organiserade så att de är multiprofessionella, till skillnad från primärvårdsmottagningar i stora delar av Norden och övriga Europa som framförallt består av läkare och sjuksköterskor. Professionerna som jobbar på en vårdcentral kompletterar varandra med sina kompetenser och kan således bedöma och behandla en stor variation av symtombilder och sjukdomar.

Exempel på professioner som arbetar i den regionala primärvården är sjuksköterskor, distriktssköterskor, specialister i allmänmedicin (även kallade allmänläkare), läkare under utbildning (ST-läkare och AT-läkare), fysioterapeuter, psykologer, psykoterapeuter och arbetsterapeuter. I några regioner är fysioterapeuter och arbetsterapeuter organiserade i separata vårdval inom primärvården men i majoriteten av regionerna återfinns dessa på vårdcentraler och hälsocentraler. Psykologer och psykoterapeuter är delvis organiserade separat i några regioner. Många vårdcentraler och hälsocentraler erbjuder även barnhälsovård, mödravård och medicinsk fotvård. Logopededer, dietister och ungdomsmottagningar ligger oftast utanför vårdval primärvård i separata organisationer (se diagram 2).

1177 för medicinsk rådgivning

1177 är en nationell tjänst för medicinsk rådgivning och information som tillhandahålls av SKR:s dotterbolag Inera. Tjänsten erbjuder en telefonlinje, 1177 Vårdguiden på telefon, där sjuksköterskor ger medicinsk rådgivning och vägleder invånarna om vårdbehov, symtom och lämplig vårdnivå. Detta kan inkludera allt från egenvårdsråd till hänvisning till rätt vårdinstans.

1177 finns även som en webbplats och app, där användare kan hitta information om sjukdomar, behandlingar och hälsoråd. Via 1177 Vårdguidens e-tjänster kan patienter dessutom boka tider, förnya recept, läsa sin journal och hantera sina kontakter med vården digitalt. Tjänsten är tillgänglig dygnet runt och är en viktig resurs för att göra vården mer tillgänglig, effektiv och personcentrerad.

Digital och digifysisk primärvård

Att primärvård kan ges på många olika sätt och i många olika kontaktformer är numera en självklarhet. Telefon och brev är gamla etablerade former för distanskontakter som på senare år kompletterats med digitala former som videomöten och chattfunktioner. Utvecklingen av den vård som ges på distans har varit viktig ur patientperspektiv och har ökat tillgängligheten till primärvården för en stor del av befolkningen.

I dag sker distansvården dels som en integrerad del i den regionala primärvårdens uppdrag (det som i rapporten benämns som digifysisk vård), dels som en fristående, heldigital nationell marknad som utgörs av både inom- och utomlänsvård. Utomlänsvård avser vård som ges till patienter utanför deras hemregion. Det innebär att personer kan få bedömning och behandling i en annan region än den där de är folkbokförda men att hemregionen står för kostnaden.

Primärvårdens kostnader

Kommunernas kostnader

Kommunernas totala utgifter uppgick år 2023 till 823 miljarder kronor. Av dessa utgjordes 19 procent av äldreomsorg och 11 procent av utgifter för funktionshinderområdet (11). I dessa kostnadsposter ingår såväl kommunal hälso- och sjukvård som omsorg. Det går inte i dag att bryta ut vad som är kostnaden för utförd vård respektive omsorg, eftersom det saknas data på området.

Fler olika beräkningar finns dock. Statistiska centralbyråns (SCB) schablonberäkning Hälsoräkenskaperna baseras på data från 72 kommuner år 2011. Enligt den uppgick kommunernas totala hälso- och sjukvårdskostnad till 26 miljarder 2019. Myndigheten för vård och omsorgsanalys har gjort en ny beräkning baserad på data från 36 kommuner. I den landade man i att den kommunala primärvårdens kostnad uppgick till 29 miljarder kronor 2019. Man konstaterar samtidigt att resultatet bör tolkas med viss försiktighet (12).

I en rapport framtagen av Göteborgsregionen har nyckeltal utvecklats för dess tretton medlemskommuner för att bättre kunna följa den kommunala primärvården. I rapporten konstaterar man att kostnaden per patient som får kommunal primärvård har ökat i hälften av kommunerna mellan 2019 och 2021 och minskat i hälften (fasta priser). År 2021 var kostnaden i genomsnitt 105 000 kronor per patient och år. Kostnaden för kommunal primärvård fördelat per invånare 80 år eller äldre har däremot minskat i samtliga ingående kommuner utom en, och uppgick 2021 till 64 000 kronor (13). Eftersom underlaget är litet är det svårt att dra säkra slutsatser för den nationella nivån, men siffrorna ger ändå en indikation om kostnaderna inom den kommunala primärvården.

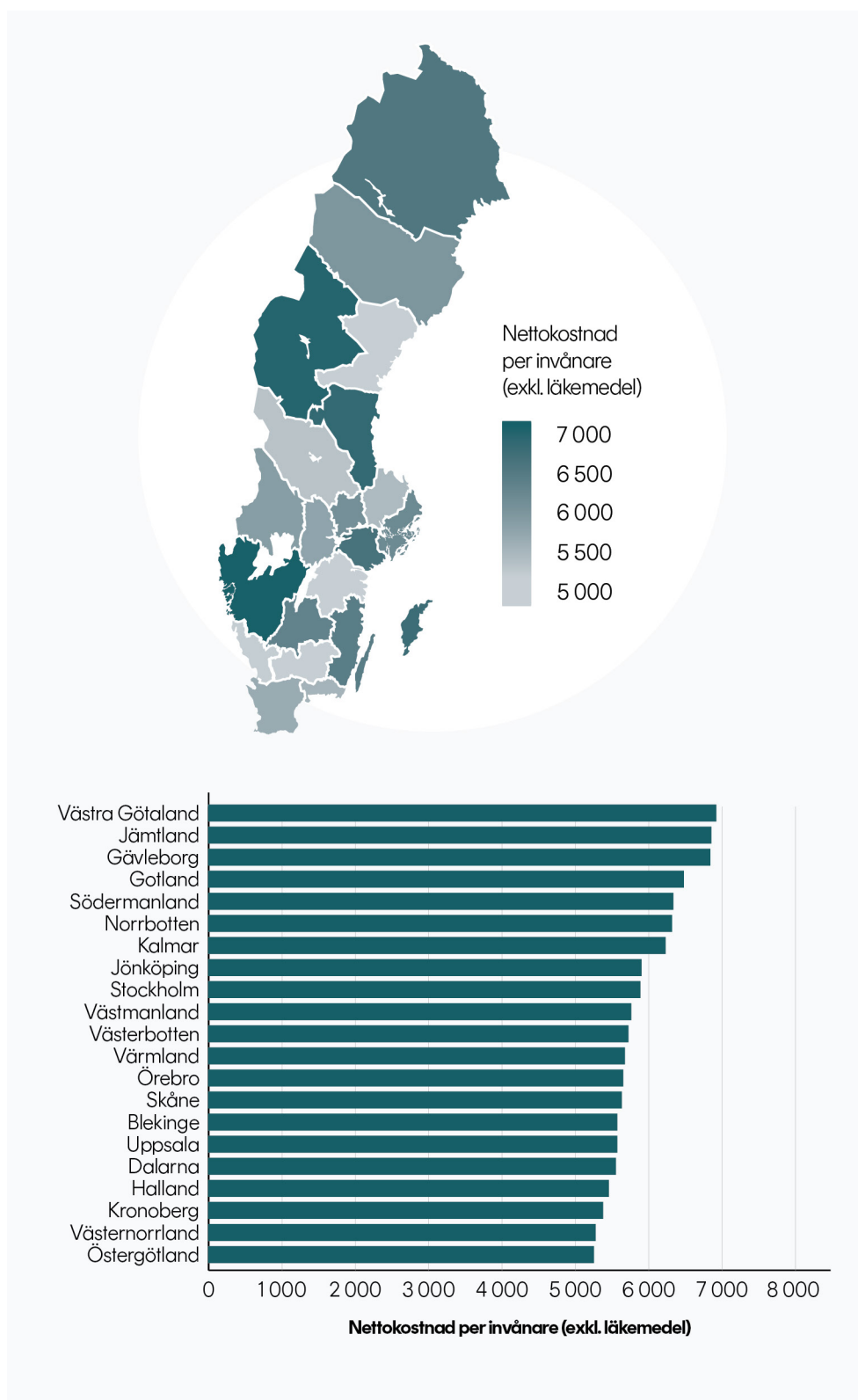
Den kommunala primärvården finansieras till största delen med den kommunala skatten och avgifter (11).

Regionernas kostnader

Den regionala primärvården står för ungefär 20 procent av den regionala hälso- och sjukvårdens nettokostnad (inklusive tandvård). Kostnadsandelen har endast ökat marginellt sedan 2006, mätt i fasta priser. Som visas i diagram 3 och 4 finns det betydande regionala skillnader både när det gäller primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens totala kostnad och kostnaden per invånare. Eftersom uppdelningen i primärvård och annan sjukvård skiljer sig åt mellan regionerna är skillnaderna svårvärderade.

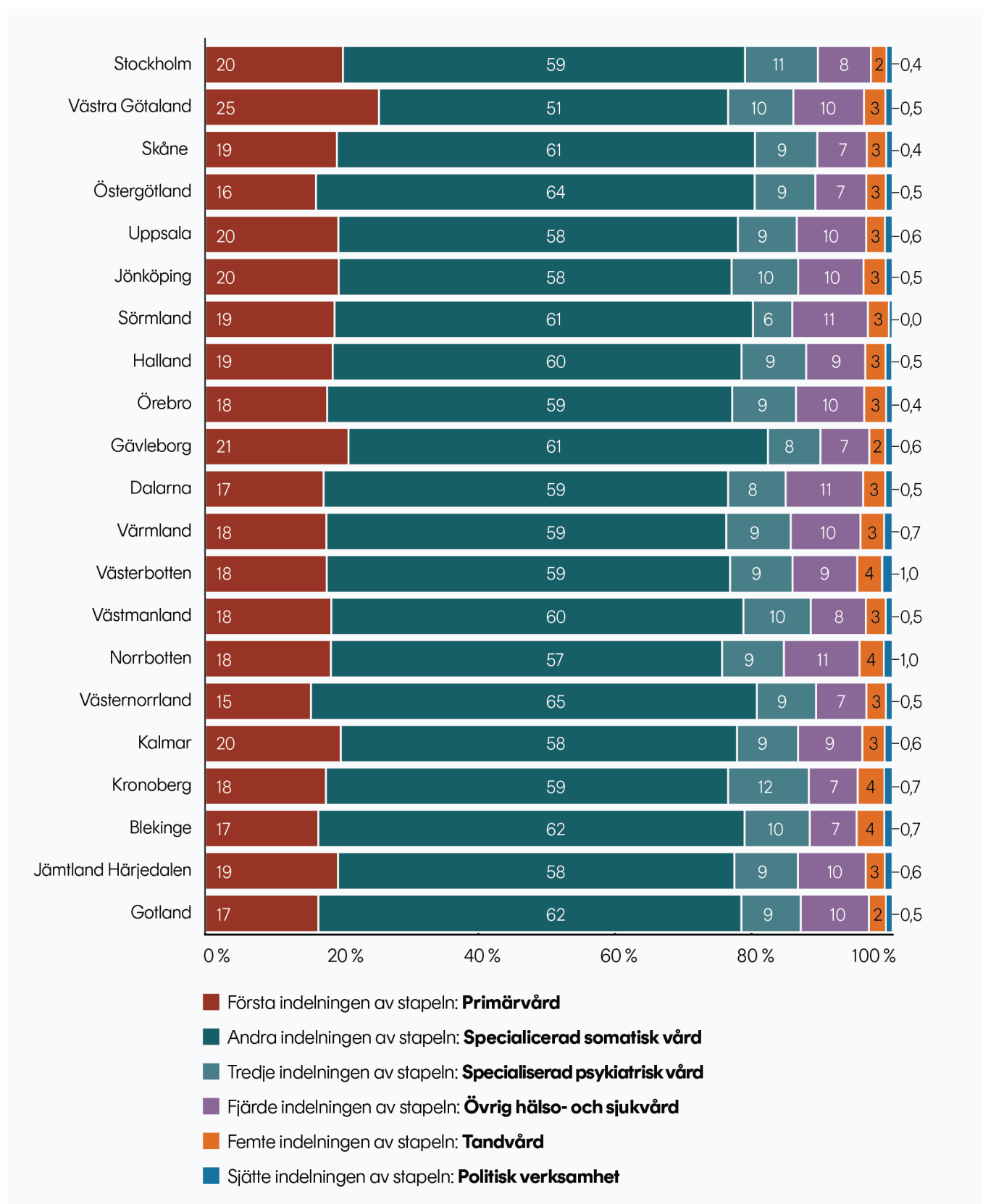
Finansieringen av regionens primärvård sker till största delen genom den regionala skatten medan endast en liten del utgörs av patientavgifter och statliga medel. Vård- och hälsocentralerna inom den regionala primärvården får större delen av sin ersättning baserat på invånarnas val av vårdcentral.

Diagram 3: Primärvårdens nettokostnad per invånare (exkl. läkemedel).



Källa: Regionernas räkenskaper (SCB).

Diagram 4: Nettokostnader i hälso- och sjukvården fördelade per region.



Källa: Regionernas räkenskaper, SCB.

Kostnader för utomlänsvård på primärvårdsnivå

Huvuddelen av regionernas köpta primärvård avser numera digital utomlänsvård som huvudsakligen utförts av privata aktörer som tillhandahåller tjänster nationellt.

År 2016 etablerades de första privata aktörerna som tillhandahöll digital vård över hela landet. Flera aktörer har därefter valt att ansluta sig till vårdvalssystemet, genom uppköp av vård- och hälsocentraler, och på så vis integrerat sig med den primärvård som drivs inom regionernas ”vårdval vårdcentral”. Trots detta har antalet digitala vårdkontakter, främst i form av chatt- och videobesök via utomlänsvård, ökat snabbt de senaste åren. Det innebär i sin tur ökade kostnader för primärvården i patienternas hemregioner, som betalar för den digitala utomlänsvården. Fram till år 2015 var regionernas kostnader för primärvård i andra regioner tämligen stabil. År 2015 uppgick kostnaden totalt till 0,8 procent och 2023 till 2,2 procent (motsvarande 1,4 miljarder kronor) av primärvårdens nettokostnad. Som jämförelse motsvarar summan kostnaderna för lite mer än 30 vårdcentraler och hälsocentraler med drygt 10 000 listade personer per vårdcentral och år. Kostnaderna belyses här även med data från VGR där utvecklingen av kostnader för den digitala utomlänsvården nästintill fördubblats från 96 miljoner kronor 2019 till 181 miljoner kronor 2023, med en genomsnittlig kostnad på nästan 400 kronor per kontakt 2023.

Ersättningen för de digitala utomlänsbesöken har sänkts från ett spann på 300–650 kronor 2017 till 275–500 kronor 2019. Kostnaden för kontakten beror på vem kontakten skett med (övrig personal, läkare, psykolog etc.) men tar i dag ingen hänsyn till diagnos eller vårdtyngd utan alla besök ersätts lika (14).

Patienternas upplevelse av primärvården

Regional primärvård

Nationell patientenkät är ett samlingsnamn på återkommande nationella undersökningar om hur patienter upplever hälso- och sjukvården. Resultaten av undersökningarna presenteras i sju dimensioner: helhetsintryck, emotionellt stöd, delaktighet och involvering, information och kunskap, kontinuitet och koordinering, respekt och bemötande samt tillgänglighet. Varje dimension innehåller ett antal frågor. Undersökningarna om upplevelser i primärvården visar att patienter överlag har haft en stabilt positiv upplevelse av regionernas vård- och hälsocentraler sedan 2015. Patienternas helhetsintryck har ett indexvärde på omkring 80 på en skala 0–100. Vad gäller tillgänglighet är indexvärdet 82,5 och för respekt och bemötande är värdet 85. När det gäller delaktighet och involvering är motsvarande värde 80, liksom för emotionellt stöd, information och kunskap. Indexvärdet för kontinuitet och koordinering är lägre än för övriga dimensioner och ligger på drygt 70.

Allt fler patienter anger att de har samtalat om sina levnadsvanor med vårdpersonalen. I den senaste mätningen uppger drygt 30 procent av respondenterna att de har diskuterat alkoholvanor, jämfört med 19 procent 2015. Samtalen om tobaks- och matvanor har under samma period ökat från 25 till 30 procent. Slutligen uppger 42 procent att de har haft samtal om motionsvanor, vilket är en marginell ökning sedan 2015.

Skillnader i resultatet mellan olika grupper

Patienter 65 år och äldre har generellt en bättre upplevelse av sina besök än yngre (0–34 år).

Kvinnor ger uttryck för en något sämre upplevelse än män. Skillnaden är genomgående i undersökningen och över tid sedan 2015. Under hösten 2024 genomför SKR en fördjupad analys av kvinnors och mäns upplevelser av vården, med planerad publicering i början av 2025.

Personer som anger att grundskola är deras högsta avslutade utbildning ger i högre utsträckning uttryck för en positiv upplevelse jämfört med övriga utbildningsnivåer (gymnasium, eftergymnasial utbildning och ingen avslutad utbildning). Det finns dock några undantag. Vad gäller information och kunskap är det fler med avslutad eftergymnasial utbildning som har en positiv upplevelse, särskilt avseende de frågor som handlar om att förstå informationen.

Kommunal primärvård

Det saknas en motsvarande undersökning av den kommunala primärvården på nationell nivå. FoU Väst genomför dock en enkätundersökning bland patienter inskrivna i kommunal primärvård i Göteborgsregionen, där 12 av 13 samverkande kommuner deltog 2023. I undersökningen svarar 87 procent av respondenterna att de är ganska eller mycket nöjda med den kommunala primärvården. Respondenternas medelålder är 80 år, vilket är noterbart eftersom liknande undersökningar pekar på att äldre brukar vara mer nöjda med vården än yngre (15).

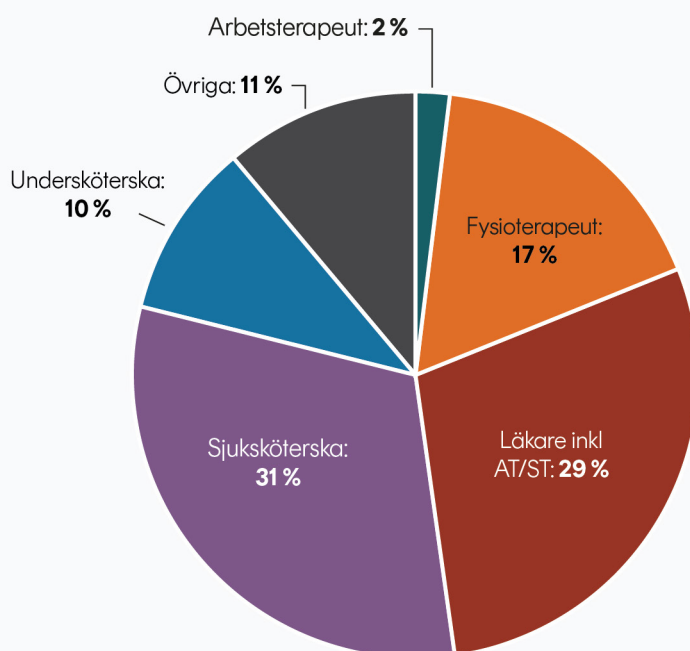
Vårdnyttjande i regional primärvård

Primärvårdskontakter

2023 gjordes över 40 miljoner fysiska besök i primärvården, vilket utgör 61 procent av alla fysiska besök inom den regionala hälso- och sjukvården. Dessutom skedde över 18 miljoner distanskontakter i den regionala primärvården inom ramen för vårdvalen 2023.

Diagram 5 visar att besök till sjuksköterskor och läkare utgör över hälften av de fysiska besöken på hälso- och vårdcentral. Vård av fysioterapeuter står för 17,3 procent och arbetsterapeuter för 1,6 procent av de fysiska besöken.

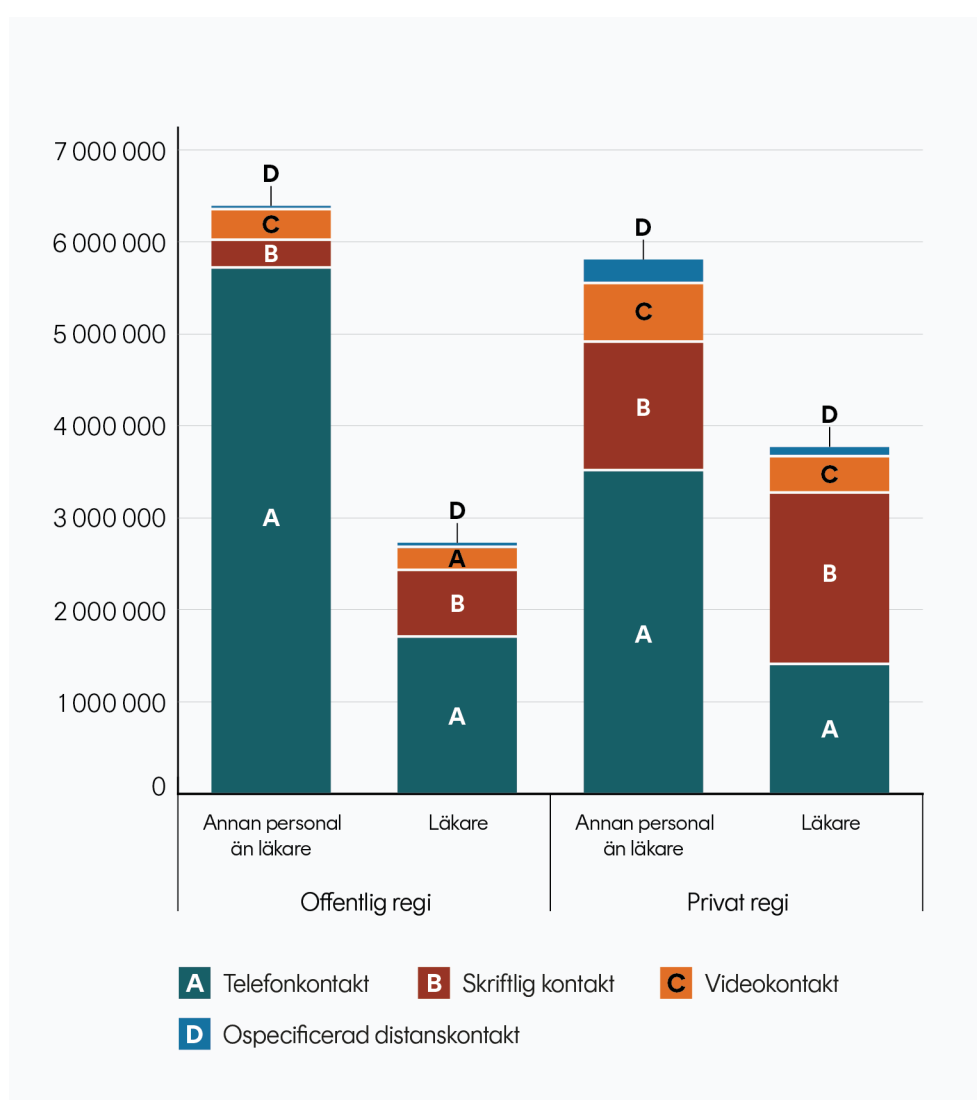
Diagram 5: Andel av fysiska besök per profession i den regionala primärvården.



Källa: Regionernas verksamhetsstatistik, SKR.

När det gäller distanskontakter inom regionernas vårdval står telefonkontakter fortsatt för en betydande del, vilket framgår av diagram 6. Fördelningen mellan olika kategorier av distanskontakter (skriftlig, telefon- eller videokontakt) skiljer sig något mellan de regionalt drivna respektive de privatdrivna vårdcentralerna och hälsocentralerna. Då denna data bygger på kodade kontakter finns här troligtvis ett stort mörkertal som inte kommer med i statistiken. Vidare kan definitionen se olika ut och kodas olika i regionerna, men på nationell nivå får man en ungefärlig bild av fördelningen mellan olika typer av kontakter.

Diagram 6: Distanskontakter per driftsform (offentlig respektive privat) och yrkesgrupp.



Källa: Regionernas verksamhetsstatistik, SKR.

Konsumtionsmönster

Uppföljningen av den digitala utomlänsvården har inte hängt med i den snabba utvecklingen och är inte komplett för dessa kontakter. Region Sörmland har fungerat som hemregion för många privata aktörer och har agerat som mellanhand mellan patienternas hemregion och vårdgivarna när det gäller utbetalning av ersättning. Region Sörmland har därigenom data för en stor del av den digitala vården via Hälsovalssystemet. Dessa data visar att det främst är yngre patienter som använder digital utomlänsvård, och att dessa kontakter är ojämnt fördelade över landet, med en tydlig koncentration till storstadsområdena, särskilt kommuner i Stockholms län.

För att kunna visa skillnader i konsumtionsmönster mellan olika typer av kontaktformer inom en region har data från VGR använts. Det är en stor region med över 1,6 miljoner invånare och har en demografisk sammansättning som gör att data från VGR kan ge insikter om hur olika befolkningsgrupper interagerar med hälso- och sjukvårdssystemet.

Data från VGR visar en tydlig skillnad i konsumtionsmönster mellan olika åldersgrupper inom "vårdval vårdcentral". Åldersgruppen 70 år och äldre står för 29 procent av samtliga kontakter (fysiska kontakter och distanskontakter), medan gruppen 20–39 år står för 18 procent.

För distanskontakter som skett genom digital utomlänsvård ser fördelningen annorlunda ut. Nästan hälften av de digitala utomlänskontakterna görs av personer i åldrarna 20–39 år, medan personer som är 70 år eller äldre bara står för 3 procent.

När det gäller distanskontakter inom ramen för "vårdval vårdcentral" är fördelningen jämnare, åldersgruppen 20–39 år står för 23 procent och gruppen 70 år och äldre för 25 procent av kontakterna.

Vårdnivåer

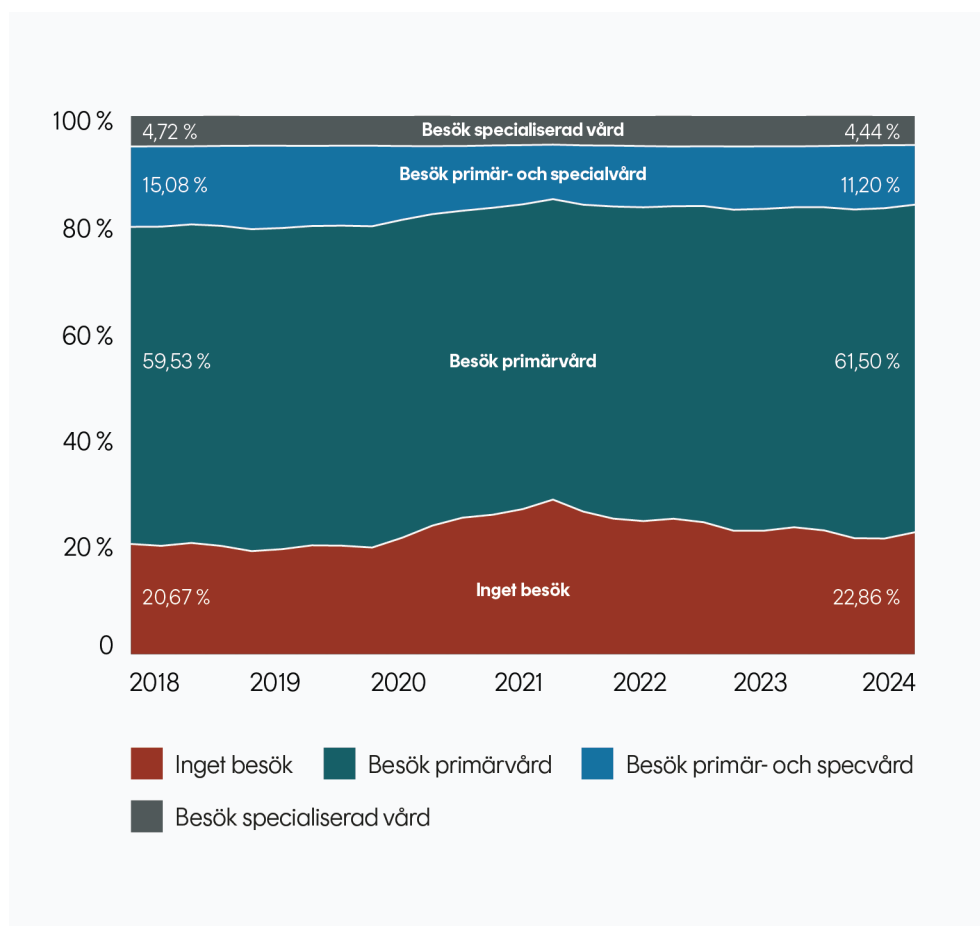
Patienter med kroniska sjukdomar kan få vård både i primärvården och inom specialiserad vård. Data från PVQ visar hur stor andel av listade patienter med en eller flera kroniska sjukdomar (som noterats med diagnoskod på sjukhus- eller i primärvårdsjournal) som haft ett uppföljande fysiskt besök och var den kontakten skett.

Eftersom bara ett fåtal regioner har tagit fram denna indikator visas data från VGR. Diagram 7 nedan illustrerar tydligt att en majoritet av patienterna får sin uppföljning i primärvården, antingen enbart eller både i primärvård och på sjukhus. Bara 4 procent av patientgruppen följs upp enbart inom specialiserad vård. En femtedel av patienterna hade inte något uppföljande fysiskt besök alls registrerat inom ett och ett halvt år.

Under pandemin ses en tydlig nedgång i antal fysiska besök. Data saknas här för övriga typer av kontakter varför patienter kan ha haft ett återbesök via distanskontakt som inte syns i diagrammet. Under 2023 ses därefter en viss ökning av andelen fysiska besök inom primärvården medan andelen med utebliven uppföljning har minskat men inte till samma nivåer som före pandemin.

En annan utveckling som tydliggörs i diagram 7 är att andelen som får hela eller delar av sin uppföljning inom den specialiserade vården har minskat över tid från nästan 20 procent till knappt 16 procent.

Diagram 7: Andel som fått uppföljande kontakt vid kroniska sjukdomar i primärvård, både primärvård och på sjukhus och bara på sjukhus i VGR. Diagnoserna som ingår är demens, diabetes, förmaksflimmer, hjärtsvikt, hypertoni, KOL, kranskärslsjukdom och TIA/Stroke. Värdena som anges i diagrammet avser Q1 2018 och Q3 2024.



Källa: PrimärvårdsKvalitet. För indikator detaljer se bilaga 2.

Sjukdomspanorama

Diagnoser i vården anges med hjälp av ett kodningssystem, ICD-10. Diagnoskoder är ett sätt att strukturera patientens symtom och diagnoser vid kontakt med vården. Diagnoskoder kan omöjligt spegla den komplexitet som kontakten inneburit men är i dag den enda strukturerade och därmed sökbara datamängd som finns för att visa på vårdtyngd. Totalt registrerades cirka 15 500 olika diagnoskoder i primärvården under 2023. Det är med andra ord ett brett sjukdomspanorama som tas om hand i den regionala primärvården.

Nedan visas ett urval av sjukdomsområden som är vanligt förekommande inom primärvården. I dessa diagram är diagnoserna sammanslagna så att till exempel olika typer av astma räknas som en diagnos.

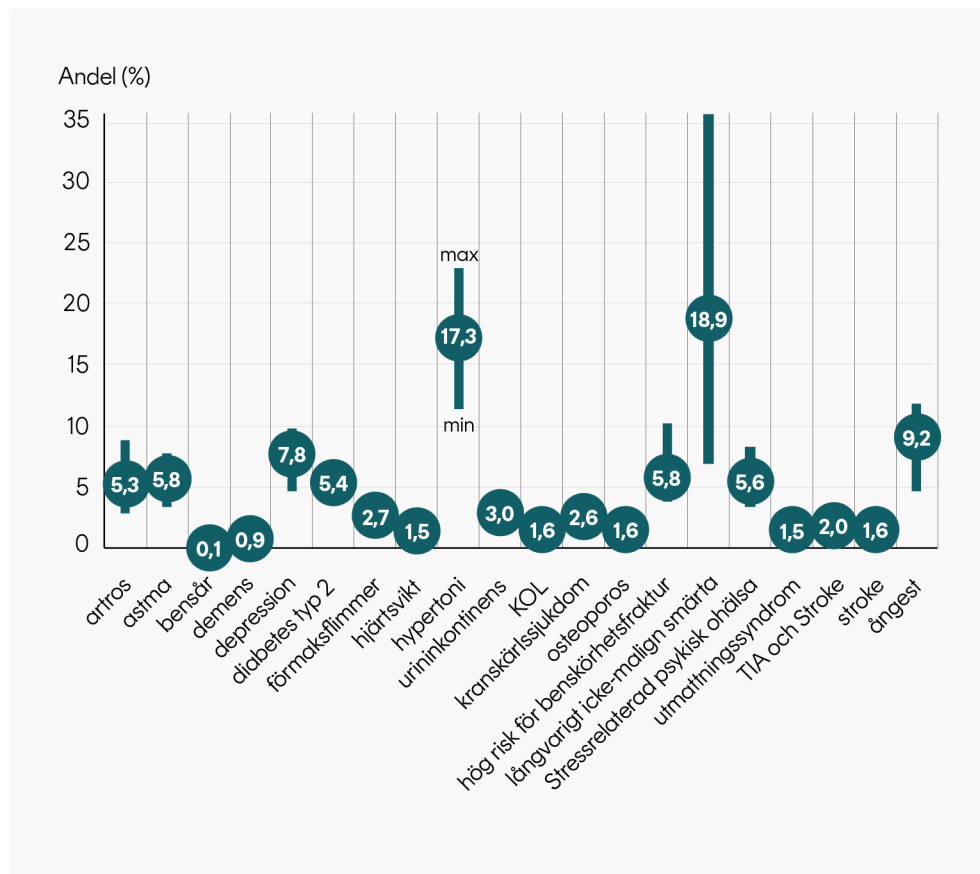
Kroniska sjukdomar

Som diagram 9 visar nedan har 36 procent av Sveriges listade befolkning på vård- och hälsocentral en eller flera kroniska sjukdomar, enligt data från PVQ. Andelen som har någon av sjukdomarna ökar med stigande ålder. Kroniska sjukdomar kan vara av olika allvarlighetsgrad och patienter kan ha olika behov av vård och stöd.

I diagram 8 visas hur stor andel av den listade populationen som 2023 hade någon av ett urval vanliga kroniska sjukdomar, som primärvården till stor del ansvarar för vården av. Det vanligaste tillståndet är långvarig smärta följt av högt blodtryck (hypertoni), ångest och depression.

Spridningen i diagrammet utgörs av skillnaderna mellan regioner i förekomst av diagnos för de olika kroniska sjukdomarna. Observera att det handlar om hur många patienter som har diagnosticerats med de olika diagnoserna, vilket inte nödvändigtvis är samma som hur många som faktiskt har sjukdomen. I vilken omfattning diagnoser kodalas varierar också beroende på region och arbetssätt.

Diagram 8: Andel listade på vårdcentral med diagnos för någon av ett urval av kroniska sjukdomar. Cirkeln visar genomsnitt för riket och staplarna visar spridningen från lägsta till högsta värde i regionerna.

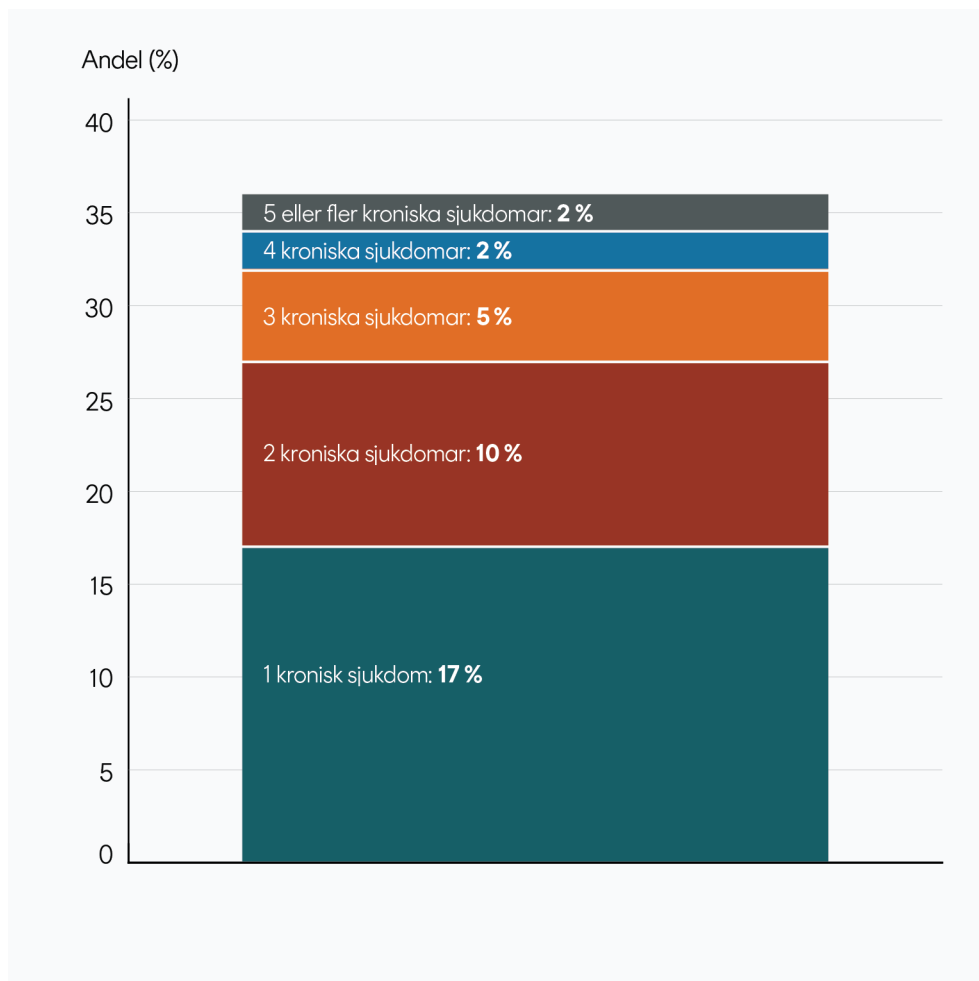


Källa: PrimärvårdsKvalitet. För indikator detaljer se bilaga 2.

Samsjuklighet

Som framgår av diagram 9 har en stor andel av befolkningen flera kroniska sjukdomar samtidigt. Bland äldre är det mer regel än undantag att man har flera samtidiga sjukdomar. För sjukdomar som hjärtsvikt och KOL har nio av tio flera samtidiga kroniska sjukdomar (16, 17). Flera samtidiga kroniska diagnoser kan skapa utmaningar vid val av behandling. Läkemedel och behandlingar som är effektiva för en diagnos kan interagera negativt med behandlingar för en annan, vilket kräver stor kunskap och vikten av individanpassning är stor. Riskerna för biverkningar ökar också med fler läkemedel.

Diagram 9: Andel listade på vårdcentral med en eller flera diagnoser för kronisk sjukdom.



I detta mått ingår diagnoserna alkoholproblematik, astma, artros, demens, depression, diabetes, fetma, förmaksflimmer, hjärtsvikt, hypertoni, KOL, kranskärslsjukdom, MS, osteoporos, Parkinsons sjukdom, psoriasis, RA, schizofreni, TIA/Stroke och ångest

Källa: PrimärvårdsKvalitet 2024. För indikator detaljer se bilaga 2.

Infektioner

Infektionssjukdomar är vanliga i primärvården. De flesta infektioner är självläkande och utgörs till största del av virusinfektioner. Patienter med den här typen av besvär brukar få hjälp av sjuksköterska eller distriktssköterska i telefonen och kommer sällan på besök.

Den vanligaste infektionsdiagnosen är övre luftvägsinfektion och därefter kommer urinvägsinfektion hos kvinnor följt av halsfluss och urinvägsinfektion hos män.

Skillnader i besöksorsaker mellan vårdval primärvård och digital utomlänsvård på primärvårdsnivå

Eftersom det saknas nationellt heltäckande data får data från VGR illustrera de vanligaste kontaktorsakerna (satta diagnoskoderna) inom ”vårdval vårdcentral” respektive digital utomlänsvård på primärvårdsnivå. Som framgår av tabell 1 nedan visar data för 2023 att det är stora skillnader i diagnospanorama.

Tabell 1: De fem vanligaste kontaktorsakerna (satta diagnoskoderna) inom ramen för vårdval vårdcentral respektive digital utomlänsvård på primärvårdsnivå för VGR:s befolkning under 2023.

”Vårdval vårdcentral” i VGR				Vård utanför vårdval
Fysiskt besök	Digitala vårdmöten (Ljud och Bild)	Skriftlig digital distanskontakt som ersätter besök	Distanskontakt/telefonkontakt som ersätter besök	Digital utomlänsvård
I10 - Essentiell hypertoni (högt blodtryck utan känd orsak) E11 - Diabetes mellitus typ 2 F41 - Andra ångestsyndrom E78 - Rubbning i omsättningen av lipoprotein och andra lipidemier R52 - Smärta och värk som ej klassificeras på annan plats	F41 - Andra ångestsyndrom J06 - Akut övre luftvägsinfektion med multipel och ospecificerad lokalisation F43 - Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress F32 - Depressiv episod Z71 - Kontakt med hälso- och sjukvården för medicinsk och annan rådgivning som ej klassificeras på annan plats	I10 - Essentiell hypertoni (högt blodtryck utan känd orsak) F41 - Andra ångestsyndrom Z76 - Kontakt med hälso- och sjukvården under andra omständigheter R52 - Smärta och värk som ej klassificeras på annan plats E78 - Rubbning i omsättningen av lipoprotein och andra lipidemier	I10 - Essentiell hypertoni (högt blodtryck utan känd orsak) F41 - Andra ångestsyndrom R52 - Smärta och värk som ej klassificeras på annan plats E11 - Diabetes mellitus typ 2 F43 - Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress	B34 - Virussjukdom med ospecificerad lokalisation Z71 - Kontakt med hälso- och sjukvården för medicinsk och annan rådgivning som ej klassificeras på annan plats G43 – Migrän E66 – Fetma Y34 - Ospecificerad skadehändelse, med oklar avsikt

Källa: Västra Götalandsregionen.

För de fysiska vårdbesöken dominerar diagnoskoder för kroniska sjukdomar. För distanskontakter (skriftlig, video samt telefon) som skett inom ”vårdval vårdcentral” skiljer sig kontaktorsaken beroende på typen av kontaktform. För videobesök och telefonkontakter dominerar diagnoskoder för kronisk sjukdom och psykisk sjukdom. Dock tyder koderna Z71 (Kontakt med hälso- och sjukvården för medicinsk och annan rådgivning som ej klassificeras på annan plats) och Z76 (Kontakt med hälso- och sjukvården under andra omständigheter) även på att många av kontakterna har handlat om generell rådgivning.

För den digitala utomlänsvården återfinns bland de fem vanligaste diagnoskoderna enklare besvär såsom virussjukdom och rådgivning. Att migrän och fetma återfinns här kan tyda på att kontakten handlat om receptförskrivning, eftersom varken fysisk undersökning eller utredning av dessa två tillstånd kan eller bör ske på distans.

Forskning i primärvården

Forskning inom primärvården är av yttersta vikt för att säkerställa att vården är anpassad till den population som behandlas. Många av de studier som ligger till grund för riktlinjer och beslut inom vården har genomförts på sjukhus, vilket innebär att de ofta fokuserar på specifika diagnoser och en helt annan patientgrupp. Dessutom är många studier utförda i andra länder, vilket gör att resultaten inte alltid är direkt överförbara till den svenska kontexten. Få studier har genomförts inom primärvården, och ännu färre inom den kommunala primärvården.

Primärvårdsforskning bedrivs vid allmänmedicinska forskningscentra, angränsande forskningsenheter och vid medicinska fakulteter på universiteten. Regionerna investerar också i forskning genom forsknings- och utvecklingsenheter (FoU-enheter) och akademiska vård- och hälsocentraler.

Denna forskning spelar en avgörande roll för att förbättra både kvaliteten och tillgängligheten inom vården. Genom att fokusera på patientnära problem och förbättrad vårdorganisation strävar forskningen efter att skapa en mer effektiv och hållbar primärvård. Aktuella studier inom områden som kroniska sjukdomar, multisjuklighet, psykisk hälsa, hälsofrämjande arbete och tillgänglighet visar stor potential för att förnya och anpassa vården för att möta framtida behov.

Nedan följer en kort sammanfattning av några av de mest aktuella forskningsområdena inom svensk primärvård.

Kroniska sjukdomar. Primärvårdsforskningen inom kroniska sjukdomar fokuserar på de vanligaste folksjukdomarna, som diabetes, hjärt-kärlsjukdomar och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL). Eftersom primärvården ofta är den första och kontinuerliga kontakten för dessa patienter, är målet att förbättra tidig diagnos, behandling och uppföljning.

Infektioner. Viktigt område för primärvården då det är där som merparten av all antibiotika förskrivs, vilket har stora konsekvenser för miljön och för utvecklingen av antibiotikaresistens. Forskningen har bland annat visat att kortare antibiotikabehandlingar kan vara tillräckliga för vissa infektioner, vilket har vård- och miljömässiga fördelar (18).

Psykisk hälsa. Den psykisk ohälsan har ökat och behandlas till största delen inom primärvården. Forskning inom detta område fokuserar på upptäckt och behandling av bland annat depression, ångest och stressrelaterade problem. Studier har visat att vårdsamordnare, exempelvis så kallade care managers, kan förbättra behandlingsresultaten för depression, bland annat genom ökad andel tillfrisknade samt förbättrad livskvalitet (19). Många forskningsprojekt avser psykologisk behandling, både fysisk och digital, och primärvårdsanpassade arbetssätt.

Hälsofrämjande arbete och förebyggande vård. Primärvårdsforskningen har också en stark inriktning mot förebyggande vård och hälsofrämjande insatser som syftar till att minska förekomst av sjukdomar och därmed minska belastningen på sjukvården, som att uppmuntra till livsstilsförändringar, främja fysisk aktivitet och rökavvänjning. Forskning inom primärvårdsrehabilitering, är inriktad på kunskapsutveckling för att främja hälsa, funktion, aktivitet och delaktighet för alla åldrar, som en integrerad del av primärvården. Denna forskning omfattar också insatser av fysioterapeuter/ sjukgymnaster och arbetsterapeuter, för att förbättra vårdens tillgänglighet och minska behovet av remisser till specialistvård. Forskning har visat att detta inte bara stärker patienternas hälsa, utan även bidrar till en effektivare vårdorganisation (25).

Tillgänglighet, kontinuitet och organisering av vården. Forskning om vårdens organisation, kontinuitet och tillgänglighet har också prioritet för primärvården, som ska vara navet i utvecklingen mot en Nära vård. Studier har visat att kontinuitet i vården, då patienter har en fast läkare eller sjuksköterska, förbättrar patientnöjdhet och hälsoutfall, samtidigt som det minskar antalet akutbesök (21). Effekter av vårdvalssystemet i Sverige, där patienter kan välja sin vårdcentral, har varit föremål för omfattande forskning när det gäller organisation, tillgänglighet, kvalitet och jämlikhet (22). Digitalisering och e-hälsa undersöks också som verktyg för att öka tillgängligheten, särskilt i glesbygdsområden.

Äldrevård. Med en allt åldrande befolkning fokuserar primärvårdsforskningen också på hur man kan optimera vården för äldre patienter. Detta inkluderar studier kring multisjuklighet, läkemedelsanvändning och vård i livets slutskede, med målet att förbättra livskvaliteten för äldre och göra vården mer samordnad (23–25).

Bedömning och kommentar

De senaste årens utveckling mot Nära vård har ökat fokus på primärvården som vårdnivå, med två samverkande huvudmän. Under en längre tid har det skett en medveten förflyttning av vård mellan olika nivåer inom hälso- och sjukvårdssystemet. Data från VGR visar att andelen patienter som gör fysiska besök för sin kroniska sjukdom har ökat i den regionala primärvården och minskat i den specialiserade öppenvården. Utvecklingen mot att fler patienter vårdas i hemmet är också tydlig. Det är en önskvärd utveckling för hälso- och sjukvårdssystemet som helhet och inte minst utifrån patienternas perspektiv. Samtidigt innebär utvecklingen utmaningar för både den kommunala och den regionala primärvården.

Avsaknaden av data för den kommunala primärvården och juridiska gränser mellan huvudmännen gör utvecklingen som beskrivs ovan svår att följa och kvalitetsgranska i sin helhet. Att sätta en gemensam standard för kostnadsdata för den kommunala primärvården på samma sätt som man nu kan följa den regionala primärvården skulle förbättra möjligheterna till sådana analyser.

Den mångfald av aktörer som i dag verkar inom primärvården försvårar primärvårdens uppgift att utgöra nav i hälso- och sjukvården. Med många olika aktörer, inklusive offentliga och privata vårdgivare, uppstår utmaningar i kommunikationen och samordningen av vårdinsatser. För att primärvården skall kunna fylla sin sammanhållande roll i hälso- och sjukvårdssystemet behöver regelverk för kvalitetssäkring över vårdgivargränser ses över. Att kunna följa patienter mellan olika aktörer i syfte att förbättra kvaliteten av vården skulle underlätta överblicken och möjligheten att optimera vårdövergångar och samverkan mellan olika delar i såväl primärvården som övriga hälso- och sjukvården.

Från och med den 1 januari 2023 är det möjligt för vårdgivare och omsorgsgivare att dela information med varandra genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande genom ett elektroniskt system för sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation (SVOD). Lagen är frivillig och har som primärt syfte att öka, förbättra och förenkla kommunikationen mellan vårdgivare och omsorgsgivare. Implementeringen av lagen varierar men kommer fullt införd troligtvis ha stora positiva effekter.

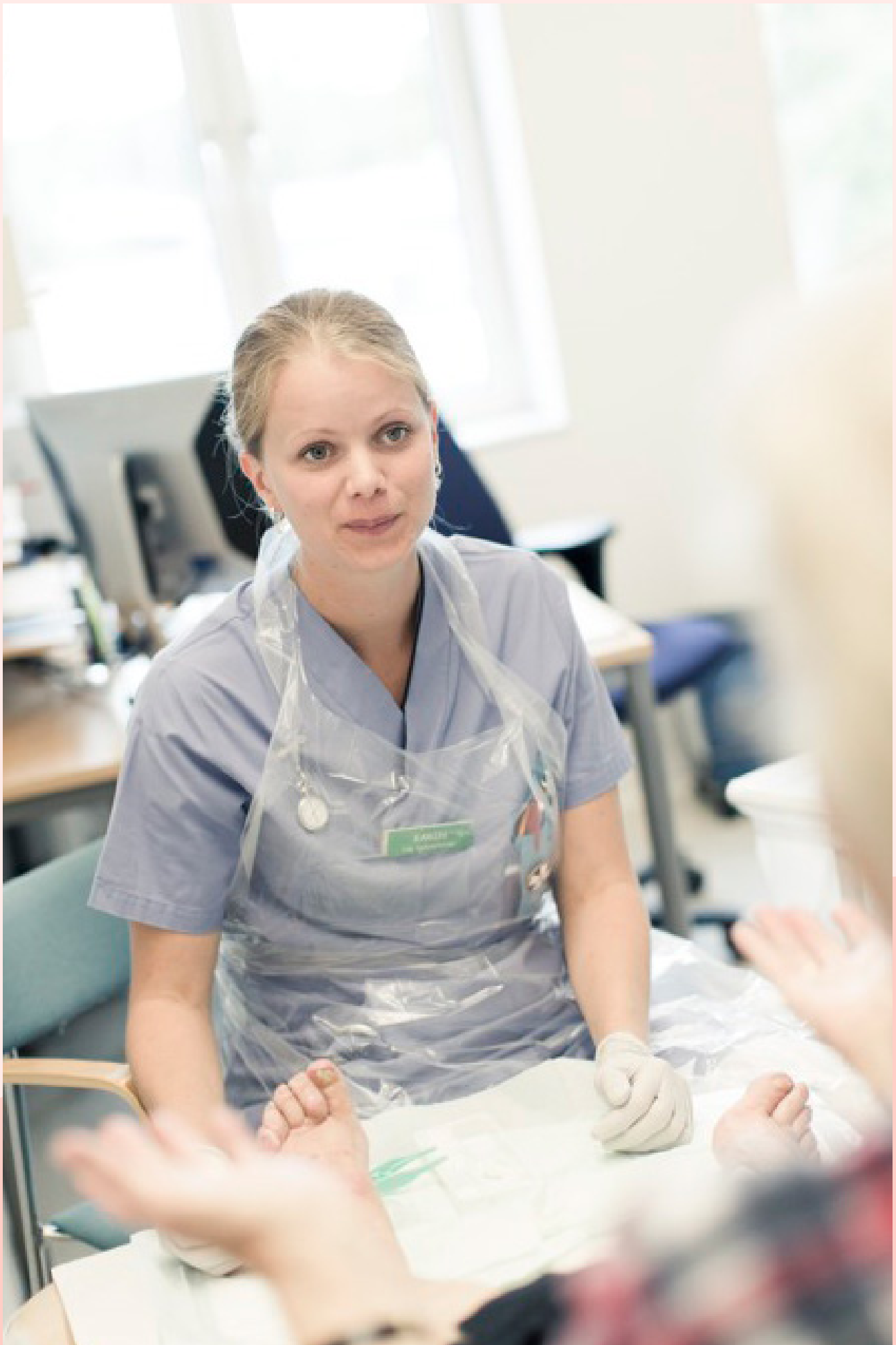
Den primärvårdsforskning som bedrivs i Sverige i dag är av stor betydelse för att anpassa vården efter patienternas behov. Ökad forskning inom primärvården är avgörande för att säkerställa att vårdinsatserna ges efter behov och är evidensbaserade utifrån en primärvårdspopulation. Forskning är också viktig för att analysera hur de förändringar som i dag sker inom vårdsystemet påverkar vården och för att identifiera de bästa metoderna för anpassning. Dessutom behövs forskning för att prognostisera och förutse patientbeteenden, vilket kan bidra till att förbättra vårdplanering och resursallokering. Genom att stärka forskningen inom primärvården kan en mer effektiv och patientcentrerad vård skapas med kapacitet att möta framtidens utmaningar.

Möjligheter till digifysisk vård ökar tillgängligheten och kan bidra till god kontinuitet när fysiska och digitala besök kan ges av samma vårdpersonal. Utvecklingen har även gått mot att mycket av den vård som tidigare endast skedde via digital utomlänsvård nu integrerats i den digifysiska vården inom vårdvalet i regionernas primärvård. Data från VGR visar att det är påtagliga skillnader i ålders- och diagnospanorama mellan den digifysiska vården som bedrivs inom ramen för ”vårdval vårdcentral” i regionen, jämfört med de digitala utomlänskontakterna. Att resurser i större utsträckning läggs på unga med lindrigare sjukdomar som i många fall är självläkande skulle strida mot den etiska plattformen för hälso- och sjukvården (26). Digitala utomlänskontakter är en fri nyttighet för befolkningen och det är viktigt att se till att det inte ger undanträngningseffekter för ”vårdval vårdcentral”.

Inga konkreta lagändringar har ännu trätt i kraft från utredningen Effektiv och behovsbaserad digital vård (Ds 2023:27) som kom 2023. Utredningen, som fokuserar på behovs- och kostnadseffektiv digital vård, innehåller förslag som att regioner ska erbjuda distanskontakter om det är medicinskt möjligt, och att dessa kontakter ska ersättas endast om de uppfyller vissa behovs- och lämplighetskrav. Förslagen syftar också till att förtydliga hur utomlänsersättning hanteras för digitala vårdtjänster för att bättre integrera dem i regionernas vårdstruktur.

En fortsatt bred utveckling av nya arbetssätt med stöd av digitala lösningar har stora möjligheter att göra vården både bättre och mer tillgänglig för patienter och samtidigt effektivare för samhället. Samtidigt är det viktigt att skapa förutsättningar för att nya arbetssätt och nya erbjudanden kan integreras i det offentligfinansierade hälso- och sjukvårdssystemet på ett sätt som är långsiktigt hållbart och som värnar principerna om en god vård som ges efter behov, är kostnadseffektiv och som systematiskt kvalitetssäkras och utvecklas.

Kostnaderna för utomlänsvården inom primärvården har ökat och kan möjligen leda till en obalans i resursfördelningen i förhållande till behovsprinciperna som beskrivs i kapitel 4, Vård efter behov. De resurser som 2023 lades på digital utomlänsvård motsvarar över 30 nya vårdcentraler med drygt 10 000 listade patienter på varje eller, i den kommunala primärvården, drygt 13 000 patienter med hemsjukvård i enlighet med Göteborgsregionens uträkning från 2021 (13). Att balansera resurser mellan tillgänglighet för friskare patientgrupper med hög egenvårdsförmåga och efterfrågan på vård, och patientgrupper med större vårdbehov och lägre förmåga att förebygga och hantera sin sjukdom, är viktigt när både ekonomiska och personella resurser är begränsade.



Kontinuitet

Begreppet “kontinuitet” avser i vårdsammanhang vanligen **relationell kontinuitet**, dvs. den subjektiva och ömsesidiga upplevelsen av en relation mellan patienten och läkaren (eller sjuksköterskan eller annan personal). **Longitudinell kontinuitet** innebär att patienten över tid möter samma vårdpersonal (SBU 2021). Ofta används dock begreppen synonymt.

Relationell och longitudinell kontinuitet lyfts allt mer fram som en viktig faktor för god vård och är en viktig del i regeringens proposition om nära vård (27). Kontinuitet upplevs positivt av både patienter och personal. Vetenskapliga studier visar på ett samband mellan högre kontinuitet i kontakten med läkare i primärvården och nöjdare patienter, bättre följsamhet till ordinationer, färre sjukhusinläggningar och besök på akutmottagningar samt lägre sjuklighet och dödlighet (28–32). Enligt preliminära och ännu opublicerade data från en sammanställning av internationell litteratur om just läkarkontinuitet i primärvård (populationer med blandade åldrar och olika sjuklighet) kan bättre relationell kontinuitet minska sannolikheten för förtidig död, sjukhusinläggning och besök på akutmottagning med 10–15 procent vardera. För andra yrkesgrupper saknas studier som belyser betydelsen av kontinuitet. I en svensk studie har man visat att god kontinuitet minskar antalet besök på akutmottagning även för yngre personer (31). De flesta studierna om kontinuitet visar positiva effekter av kontinuitet för patienter i alla åldrar och med alla grader av sjuklighet. Det tycks inte finnas något värde på kontinuitet där ”maxeffekt” skulle uppstå, utan ju högre kontinuitet för alla desto färre sjukhusinläggningar, akutbesök och mindre dödlighet.

För att uppnå de bästa systemeffekterna av god kontinuitet, som minskad sjukhusvård, och därmed frigöra resurser till personer med stora behov, krävs det att kontinuiteten omfattar hela organisationen. Att bryta ut vissa vårdinsatser och erbjuda till exempel separata “lättakuter” eller digitala besök hos olika vårdgivare istället för att samla all primärvård på vårdcentralerna, minskar kontinuiteten och systemnyttan.

I studier mäts relationell kontinuitet ofta med olika index. I PrimärvårdsKvalitet använts ett index, Continuity of Care Index (33), som väger in antalet kontakter som en patient haft med läkare (eller annan vårdpersonal) och hur många olika läkare (eller annan vårdpersonal) som patienten har träffat. Värdet går från 0 (varje besök hos en ny person) till 1 (alla besök hos en och samma person). Bara patienter som har gjort minst tre besök under tidsperioden kommer med i beräkningen.

Ett annat sätt att mäta relationell kontinuitet är att fråga patienterna om de upplever att de har kontinuitet, alltså om de får träffa samma personer vid sina vårdkontakter och/eller om de upplever att de har relationell kontinuitet i form av fast läkare/fasta vårdkontakter.

Det finns flera typer av kontinuitet: **Informationskontinuitet** innebär att vårdpersonalen har tillgång till relevant information om patientens tidigare vård, även från andra delar av sjukvårdssystemet. **Behandlingskontinuitet** (kallas även managementkontinuitet eller koordinerande kontinuitet) innebär att vården ges enligt gemensamma riktlinjer och vårdprogram även om patienten byter vårdnivå eller vårdgivare. De olika typerna av kontinuitet hänger delvis samman och kan sägas understödja varandra. Även dessa är naturligtvis viktiga men det saknas i dag mått för att beskriva dem.

Kontinuitet i kommunal primärvård

Kontinuitet är en kvalitetsaspekt inom vård och omsorg av äldre som är starkt sammanlänkad med känslan av trygghet hos vård- och omsorgstagare. I den kommunala primärvården bygger kontinuiteten till stor del på fasta vårdkontakter, vanligen patientens omvårdnadsansvariga sjuksköterska. I en punktmätning på SÅBO i 282 kommuner som genomfördes av SKR 2021 hade 97 procent av de boende en fast vårdkontakt och 93 procent hade en fast läkarkontakt (34). I vilken utsträckning patienter i den kommunala primärvården faktiskt träffar sin fasta vårdkontakt finns däremot ingen data om.

Kontinuitet i regional primärvård

Bland kontinuitetsmått för regional primärvård i PVQ redovisas här kontinuitet dels för patienter med kronisk sjukdom (både olika kroniska sjukdomar och samsjuklighet), dels för alla patienter oberoende av vilka sjukdomar eller besvär de har. Mått på kontinuitet hos olika professioner visas också. Relationell kontinuitet omfattar både relationen mellan patienten och en specifik person i vården och kontakten med ett vårdteam. Dessvärre går det inte att mäta kontinuitet till ett team med automatiska datauttag, eftersom teamen inte är fördefinierade och kodade på ett sökbart sätt.

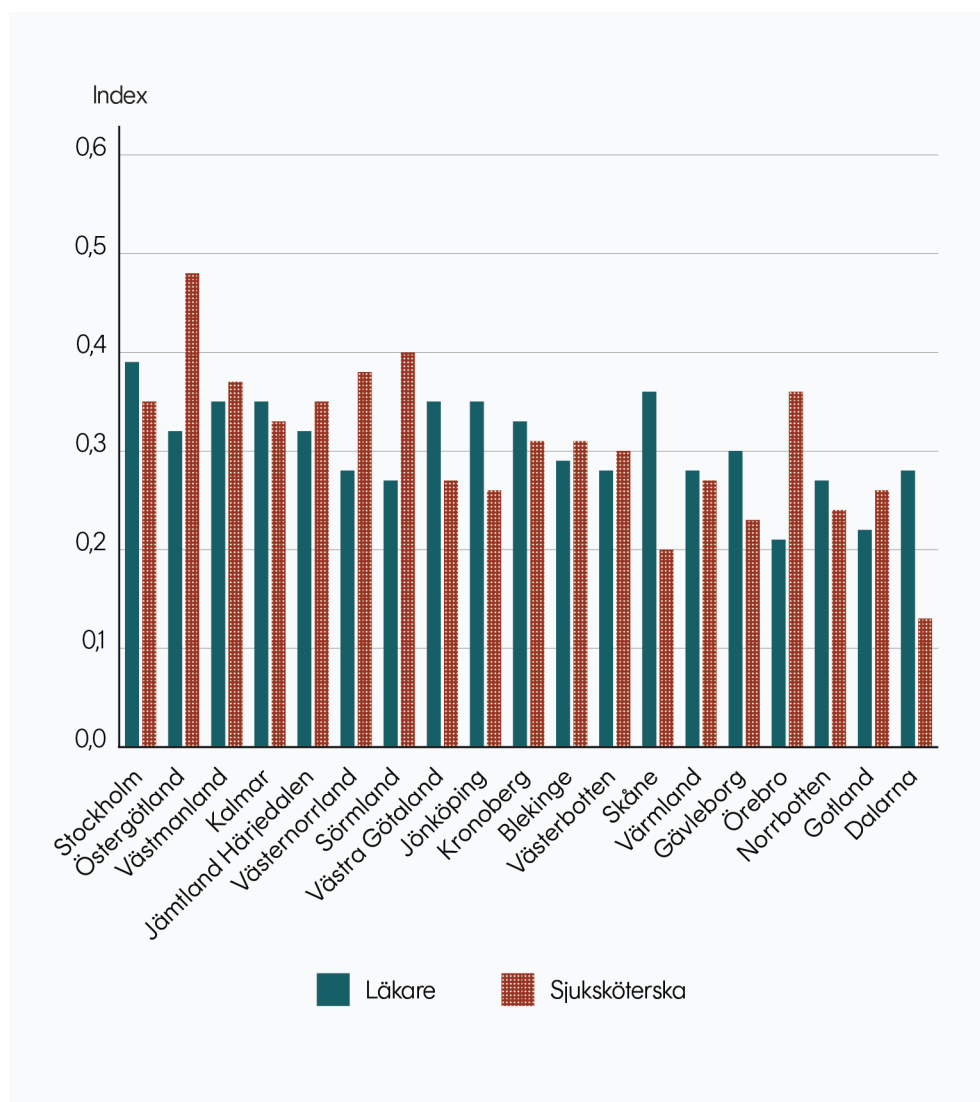
Kontinuitet för alla patienter

Diagram 10 visar kontinuiteten under de senaste 18 månaderna i kontakten till läkare respektive sjuksköterska eller distriktssköterska för alla patienter på vård- och hälsocentralerna, oberoende av diagnos. Diagrammet visar att kontinuiteten skiljer sig åt både mellan läkare och sjuksköterskor och mellan regioner.

För läkare och sjuksköterskor kan kontinuiteten variera av flera orsaker. En faktor är hur arbetet på enheten organiseras. Om **läkarna** turas om att vara "akutläkare" (för att kunna erbjuda patienterna snabba tider) blir den lägre, liksom om man har många olika sköterskor med specialistmottagning för olika sjukdomar eftersom patienterna ofta har flera sjukdomar. En liten vårdcentral har ofta bättre uppmätt kontinuitet då det är färre personer som kan turas om att träffa patienterna samtidigt som en mindre personalstyrka även måste vara mer av "generalister". Andra faktorer som kan påverka kontinuiteten kan till exempel vara personalens föräldraledighet, deltidsarbete och sidouppdrag som till exempel studierektor eller deltidschef.

Skillnaden mellan regionerna kan ha olika orsaker. En förklaring är naturligtvis faktiska skillnader beroende på hur mycket man prioriterat arbetet med förbättrad kontinuitet. En annan är skillnader i diagnossättning, eftersom alla diagnossatta kontakter räknas med.

Diagram 10: Kontinuitet per region för alla patienter (oberoende av vilka sjukdomar de har) med minst tre besök på vårdcentral uppdelat på läkare och sjuksköterska/distriktssköterska. Juni 2024.



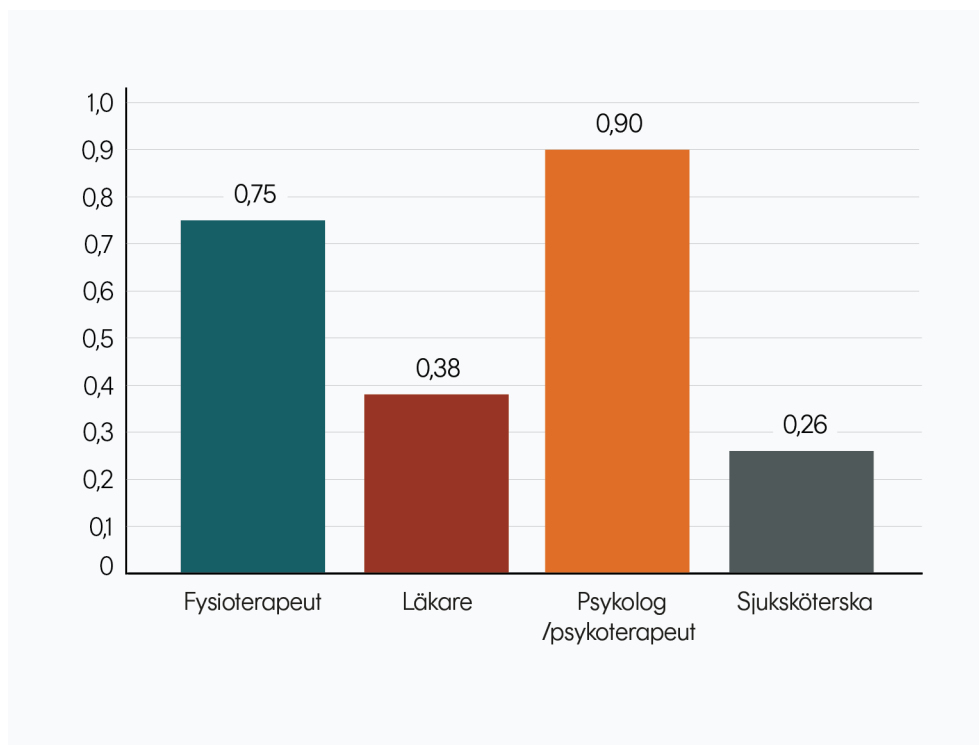
Källa: PrimärvårdsKvalitet 2024. För indikator detaljer se bilaga 2.

Kontinuitet vid kronisk sjukdom

Diagram 11 visar kontinuiteten för olika yrkesgrupper under de senaste 18 månaderna för patienter med en eller flera kroniska eller långvariga sjukdomar: demens, depression, diabetes, förmaksflimmer, hjärtsvikt, hypertoni, KOL, kranskärslsjukdom, TIA/stroke och ångest. Urvalet är gjort för att få med sjukdomsgrupper som till stor del handläggs i primärvården. Kontinuiteten är högst för kontakter med psykolog eller psykoterapeut och därefter fysioterapeut, yrkeskategorier som det ofta inte finns så många av på en vårdcentral. Det ökar chansen för att patienten ska återkomma till samma person. Ofta har man också en behandlingsserie där återbesöken bokas till samma terapeut.

Mellan januari 2021 och juni 2024 syns ingen förändring på nationell nivå för någon profession vad gäller kontinuitet för patienter med kronisk sjukdom. Däremot har ett fåtal regioner förbättrat sin kontinuitet för patienter med kronisk sjukdom så väl som alla patienter oberoende av sjukdom till läkare (Dalarna, Jämtland-Härjedalen, Blekinge och Kalmar) respektive till sjuksköterska (Sörmland, Blekinge, Gotland, Västernorrland, VGR och Västmanland).

Diagram 11: Värde på kontinuitetsindex per region för alla patienter med kronisk sjukdom och minst tre besök på vårdcentral uppdelat på läkare, sjuksköterska/distriktsköterska, fysioterapeut och psykolog/psykoterapeut för riket.



Källa: PrimärvårdsKvalitet 2024. För indikator detaljer se bilaga 2.

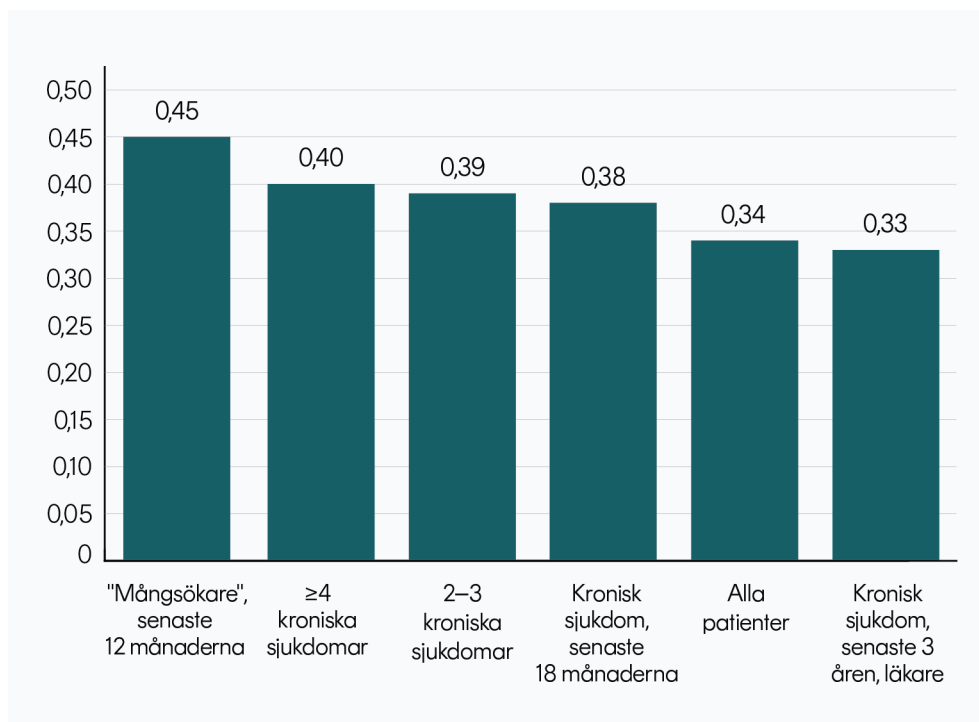
Kontinuitet vid samsjuklighet

Diagram 12 visar att patienter med någon kronisk sjukdom har högre kontinuitet i sina läkarkontakter än gruppen alla patienter oberoende av sjukdom. För patienter med samsjuklighet, dvs. minst två sjukdomar samtidigt (i PVQ registrerade som kroniska eller långvariga sjukdomar) är kontinuiteten högre än för dem med någon kronisk sjukdom. Ju fler kroniska sjukdomar, desto större kontinuitet.

Data i PVQ indikerar alltså att patienter med flera sjukdomar prioriteras när det gäller kontinuitet. Högst är kontinuitetsindex för läkarkontakter för mångsökare, dvs. de som har många kontakter med läkare på vårdcentralen. Det ser alltså ut som om vård- och hälsocentralerna prioriterar patienter med stora behov när det gäller kontinuitet. Data för kontinuitet i kontakt med sjuksköterska visar samma mönster.

I måtten för samsjuklighet ingår förutom sjukdomarna ovan (demens, depression, diabetes, förmaksflimmer, hjärtsvikt, hypertoni, KOL, kranskärslssjukdom, TIA/stroke och ångest) också artros, astma, fetma, MS, psoriasis, Parkinsons sjukdom, osteoporos, reumatoid artrit (RA), och schizofreni. Många personer med dessa sjukdomar får också all eller en stor del av sin vård via primärvården, men alla kommer inte på regelbundna uppföljningsbesök.

Diagram 12: Kontinuitetsindex vid läkarbesök för olika patientgrupper.



Källa: PrimärvårdsKvalitet 2024. För indikator detaljer se bilaga 2.

Bedömning och kommentar

Den kommunala primärvården saknar i dag data om relationell kontinuitet. Som nämns i kapitel 2 kan arbetet med att införa sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation (SVOD) förbättra informationskontinuiteten för vårdgivare och med det bidra till ökad patientsäkerhet.

Data från PrimärvårdsKvalitet visar att kontinuitetsindex i regional primärvård är högre för patienter med kronisk sjukdom än för genomsnittspatienten och allra högst för personer med flera sjukdomar och för de som har många kontakter med primärvården. Det tyder på att vård- och hälsocentralerna försöker prioritera kontinuitet för personer med stora behov.

I jämförelse med många andra länder har Sverige låg läkarkontinuitet (för kontinuitet till övriga professioner saknas internationella data). Vetenskapliga studier visar att ökad kontinuitet i läkarkontakterna för alla patientgrupper sannolikt skulle ge positiva effekter för patienter och sjukvårdssystem i form av minskad förtidig död, sjukhusinläggning och besök på akutmottagning.

Allt fler regioner börjar få upp ögonen för de positiva effekterna av ökad kontinuitet. Arbeta behövs för att i vardagen identifiera rutiner som förstärker kontinuiteten. Inte bara arbetssätten behöver ses över. Även sjukvårdssystemet behöver omformas så att det underlättar upprätthållande och en ökning av den relationella kontinuiteten. De senaste årtiondena har patienterna fått ökade möjligheter att byta vårdcentral och att i varje enskild vårdkontakt fritt söka öppen vård var som helst i landet. Detta har stärkt patientens ställning och inflytande över sin egen vård, men kan samtidigt ha påverkat kontinuiteten till det sämre.

Det finns flera förklaringar till att läkarkontinuiteten i Sverige är låg. En viktig faktor är den låga andelen allmänläkare. I Sverige är 14 procent av läkarna specialister i allmänmedicin, jämfört med genomsnittet kring 23 procent för OECD-länderna (35). I dag finns cirka 5 000 allmänläkare i Sverige men beräkningar från Nationella vårdkompetensrådet pekar på att det skulle behövas totalt 8 400. Enligt den beräkningen saknas alltså 3 400 specialister i allmänmedicin (3).

Kompetensförsörjningen av allmänläkare är en prioriterad fråga för regionerna och allt fler tar fram handlingsplaner. Under åren 2019–2023 ökade antalet ST-läkare i Sverige från 2 950 till 3 310, en ökning med dryga 12 procent. Regioner som har prioriterat rekryteringen av nya ST-läkare har kunnat se resultat, som exempelvis Jämtland-Härjedalen, en av få regioner som har ökat läkarkontinuiteten de senaste åren.

En annan förklaring till de internationellt sett låga siffrorna i Sverige är att patienterna gör färre men längre besök. Fler besök leder till högre värden på kontinuitetsindex. Svensk primärvård är också multiprofessionell i en mycket större omfattning än andra OECD-länder. Antalet läkare per enhet är ofta fler än internationellt jämförbara enheter. Det ökar tillgängligheten men kan med bristande organisation minska kontinuiteten.

Data från PrimärvårdsKvalitet (PVQ) visar att kontinuitetsindex i regional primärvård är högre för patienter med kronisk sjukdom än för alla patienter, oberoende av vilka sjukdomar eller besvär, och allra högst för personer med flera sjukdomar och för de med många kontakter i primärvården. Det tyder på att vårdcentraler och hälsocenförsöker prioritera kontinuitet för personer med stora behov. I ett fåtal regioner har kontinuiteten ökat mellan 2021 och 2024 men för majoriteten, liksom för riket som helhet, syns ingen ökning av kontinuiteten för någon yrkesgrupp i den regionala primärvården.



Vård efter behov

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska de som har störst behov av hälso- och sjukvård ges företräde till vårdens resurser. Det innebär att vården, till skillnad från exempelvis socialtjänsten, både kan och ska göra en prioritering av insatser för olika patienter. Prioriteringen utgår ytterst från den etiska plattform som beslutats av riksdagen, som i sin tur omsatts i en nationell modell för öppna prioriteringar.

Huruvida vården faktiskt prioriterar insatser för de patienter som har de största behoven är temat för detta kapitel. För detaljer om diagnoskoder för de olika indikatorerna från PVQ som används i kapitlet hänvisas till bilaga 2.

Den etiska plattformen

Sveriges riksdag beslutade 1997 att prioriteringar inom sjukvården ska baseras på en så kallad etisk plattform som består av tre grundläggande principer:

- › Människovärdesprincipen: alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
- › Behovs-solidaritetsprincipen: den som har störst behov av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.
- › Kostnadseffektivitetsprincipen: vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt eftersträvas, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet.

De tre principerna är rangordnade och principen om kostnadseffektivitet är underordnad de två andra. Den etiska plattformen ska användas för beslut om resursfördelning på gruppnivå och gäller såväl i klinisk verksamhet som vid politiska beslut om resursfördelning. Vid vård av enskilda patienter påverkar individuella faktorer besluten. Den etiska plattformen ingår i hälso- och sjukvårdslagen.

Nationell modell för öppna prioriteringar

Utifrån den etiska plattformen har en nationell modell för prioritering tagits fram. Den ursprungliga modellen har uppdaterats något sedan den först togs fram (36). I korthet går modellen ut på att det som ska prioriteras (prioriteringsobjektet) består av en kombination av ett tillstånd och en åtgärd (tillstånd-åtgärdspar). De olika prioriteringsobjekten rangordnas sedan genom att kvalitativt väga in:

- › tillståndets svårighetsgrad
- › åtgärdens patientnytta (i relation till alternativa åtgärder)
- › åtgärdens kostnadseffektivitet (i relation till alternativa åtgärder)
- › kunskapsunderlaget för att bedöma patientnytta och kostnadseffektivitet.

I underlagen för beslutet om den etiska plattformen är det tydligt att prioriteringsprinciperna ska användas för beslut om resursfördelning på gruppnivå. När det gäller vård av enskilda patienter måste individuella faktorer vägas in i besluten.

Horisontella och vertikala prioriteringar

Prioritering mellan olika åtgärder eller insatser inom samma sjukdomsområde eller diagnosområde kallas vertikal prioritering och prioritering mellan åtgärder eller insatser för olika sjukdoms- eller diagnosområden kallas horisontell prioritering. I praktiken finns inga skarpa gränser mellan horisontell och vertikal prioritering. Även inom ett avgränsat ”vertikalt” område, till exempel hjärtsjukdom, kan det finnas många olika sjukdomar eller diagnosområden. Inom primärvården kan alla prioriteringar anses vara horisontella eftersom verksamheten innehåller många olika sjukdomstillstånd och åtgärder. Horisontella prioriteringar kan ske både inom ett verksamhetsområde (till exempel primärvård) och inom en större del av hälso- och sjukvårdssystemet. Trots denna otydlighet har begreppen varit användbara för att tydliggöra frågor som måste besvaras vid prioriteringsarbete: Mellan vilka patientgrupper ska resurserna fördelas? Vilka patientgrupper utesluts med den aktuella avgränsningen? Hur ser deras behov ut?

En modell för horisontella prioriteringar togs fram av Expertgruppen för horisontella prioriteringar vid Prioriteringscentrum, Linköpings universitet, vilken tillsattes av Partnerskapet för kunskapsstyrning. Modellen presenterades hösten 2023, och bygger på den nationella modellen för öppna prioriteringar men tar också hänsyn till hur nya åtgärder påverkar hela systemet, inklusive tillgängliga resurser.

Prioriterade insatser i kommunal primärvård

Prioriteringar bygger som nämnts på svårighetsgraden vid sjukdomstillståndet för en viss patientgrupp tillsammans med kostnadseffektiviteten av en viss åtgärd för dessa. Ju svårare sjukdomstillstånd och ju större kostnadseffektivitet för en insats, desto högre prioritering. Enligt prioriteringsutredningen bör man ta särskild hänsyn till personer med nedsatt autonomi, alltså personer som har svårigheter att föra sin egen talan. För dessa måste man vara särskilt uppmärksam på behov. Det kan till exempel handla om personer som inte själva kan samordna sin vård och omsorg, är multisjuka eller har kognitiv svikt, vilket är vanligt i kommunal primärvård. I detta avsnitt visas data för ett urval personer som erhåller kommunal primärvård.

Sköra äldre

I takt med att andelen äldre ökar, växer behovet av att prioritera och styra resurser dit de gör bäst nytta. Äldre drabbas oftare av vårdrelaterade skador, har ökad risk för fall, undernäring, trycksår och läkemedelsrelaterade problem. Genom att styra resurser till förebyggande arbete, till att tidigt identifiera sköra personer och personer i riskzonen för att utveckla skörhet, stärks förutsättningarna att förebygga exempelvis undvikbar slutenvård. Kännedom om gruppens riskfaktorer, dess specifika vård- och omsorgsbehov samt behovet av samverkan mellan kommun, slutenvård och öppenvård är nödvändigt för bästa omhändertagande.

Förebyggande arbete

Vårdskador bland äldre, som vårdrelaterade infektioner, trycksår och fallskador till följd av exempelvis olämplig läkemedelsbehandling eller uteblivna rehabiliterande insatser, skapar stort lidande för enskilda och tär på vårdens begränsade resurser. Att förhindra vårdskador är alltså av yttersta vikt när det gäller vård av äldre. Äldre som får vård via primärvården är ofta sköra och har komplexa vårdbehov. Data från Socialstyrelsen visar att andelen med vårdskador ökar med stigande ålder, bland patienter 85 år eller äldre hade 8,9 procent minst en vårdskada 2021 (37). Problem som undernäring, fall, trycksår, dålig munhälsa och urinproblem kan förebyggas men är trots det vanliga hos äldre, oavsett deras specifika medicinska tillstånd.

Socialstyrelsens stöd för att hantera risker för vårdskador omfattar flera steg. Efter den egentliga riskbedömningen utreds de bakomliggande orsakerna, och därefter planeras åtgärder för att hantera riskerna. När åtgärderna genomförts är det viktigt att följa upp resultatet. Det är önskvärt att samtliga steg genomförs i så stor utsträckning som möjligt.

Fallolyckor

Fallolyckor är den vanligaste orsaken till att äldre personer skadar sig och utgör ett stort hälsoproblem i samhället. Varje år skadas omkring 70 000 personer, de flesta äldre, så illa att de behöver läggas in på sjukhus. Evidensbaserade fallpreventiva åtgärder innefattar bland annat fysisk träning och omgivningsanpassning, inklusive hjälpmedel. Socialstyrelsen har konstaterat att de direkta kostnaderna för fallolyckor bland äldre år 2020 uppgick till 6,5 miljarder kronor för kommunerna. Kostnadsbesparingarna skulle vida överstiga kostnaderna för att genomföra preventiva åtgärder (38).

I det nationella kvalitetsregistret Senior alert registreras både antalet fallkonsekvenser och när fallen inträffade. Under 2023 registrerades det att 12 469 personer fallit totalt 34 495 gånger. Vanligaste tiden för ett fall är under eftermiddagen kl. 12–18, vilket kan vara något för verksamheterna att fundera över då uppfattningen ofta är att fallen inträffar på natten när bemanningen är låg.

Mörkertalet gällande fall och fallolyckor är stort inom hemsjukvården.

Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Att förebygga vårdrelaterade infektioner och minska spridning av antibiotikaresistenta bakterier är en viktig del i patientsäkerhetsarbetet. En ansvarsfull antibiotikaanvändning och god vårdhygien är centrala delar i arbetet med att minska uppkomst och spridning av resistenta bakterier.

Svenska HALT är en årlig mätning av vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning i särskilt boende. I HALT-mätningen 2023 deltog 144 kommuner och 1 809 enheter med drygt 20 000 vårdtagare. Vid de två tidigare mätningarna 2021 och 2022 noterades en signifikant minskning av andelen VRI, men i 2023 års mätning ökade andelen VRI till nivåer som sågs 2020 och tidigare. Mätningen visade att 1,5 procent av vårdtagarna hade en vårdrelaterad infektion (VRI). De två vanligaste vårdrelaterade infektionerna är hud- och mjukdelsinfektion och luftvägsvägsinfektion. Antalet vårdrelaterade luftvägsinfektioner har fördubblats jämfört med förra årets mätning.

De vanligaste riskfaktorerna för en vårdrelaterad infektion hos äldre vårdtagare är någon form av sår eller urinkateter. En trendanalys av förekomst av riskfaktorerna 2015–2023 visar att det har skett en signifikant ökning av urinkateter, trycksår och andra sår. För de övriga två riskfaktorerna, kirurgi de senaste 30 dagarna och kärlkateter, ses inga signifikanta förändringar över tid.

I 2023 års mätning behandlas 3,1 procent (644) av vårdtagarna med antibiotika. Här ingår både behandling av samhällsförvärvade och vårdrelaterade infektioner samt behandling som ges i förebyggande syfte (profylax).

Svårläkta sår

Svårläkta sår är ett stort problem framför allt för den drabbade patienten, med smärta och nedsatt livskvalitet. I studier uppskattas förekomsten till 0,1–0,3 procent av den svenska befolkningen (39). Data från PVQ visar att förekomsten av diagnos bensår i riket är 0,2 procent, vilket utgör en majoritet av alla svårläkta sår. Då patienter inom den kommunala primärvården generellt sett är äldre och multisjuka är förekomsten av svårläkta sår sannolikt betydligt högre i den gruppen. Tyvärr saknas data för detta.

Kostnaderna för vården av svårläkta sår uppskattas till 2–4 procent av den totala hälso- och sjukvårdsbudgeten (39). Data från RiksSår visar att mediansår-läkningstiden för patienter inom kommunal hälso- och sjukvård var 173 dagar. Svårläkta sår medför således betydande resursbehov och kostnader för behandling. Brister i uppföljning och kontinuitet i vården får stora konsekvenser för dessa patienter, som är äldre och ofta sköra med multisjuklighet.

Trycksår

Tidig upptäckt av risker kan förebygga många trycksår. Vidare kan trycksår som redan uppstått förvärras om inte åtgärder sätts in i tid.

För att undvika återfall av trycksår är förebyggande åtgärder (sekundärprevention) avgörande. Detta inkluderar avlastning med olika hjälpmedel samt rådgivning om levnadsvanor såsom kost, fysisk aktivitet eller rökstopp. I Senior alert registrerades 2023 totalt 14 279 trycksår hos 10 174 personer. Trycksår uppstår vanligast i ryggslut/sacrum samt på hälarna. Vanliga förebyggande åtgärder vid identifierad risk innefattar daglig eller tätare hudbedömning och hudvård.

Undernäring

Risken för undernäring inom den kommunala hälso- och sjukvården ligger enligt data från Senior alert på 40–80 procent beroende på enhetstyp, där risken är lägst på LSS-boende och högst på korttidsboende. Tabell 3 belyser den höga andelen undernärda personer inom den kommunala primärvården. Siffrorna illustrerar det faktum att stora insatser behövs för att stävja undernäring och undvika ytterligare sjukdomar och vårdskador.

Tabell 2: Andel av undernärda per enhetstyp 2023

Enhetstyp	Andel undernärda (%)
LSS	8,8
Socialpsykiatri	13,0
Demensboende	21,8
Vård och omsorg	23,0
Hemsjukvård	23,8
Korttidsboende	38,7
Totalsumma	23,9

Källa: Senior alert 2023.

Vård till patienter i livets slutskede

Vård i livets slutskede, palliativ vård, inkluderar insatser från flera kompetenser och ofta från flera huvudmän. Målet för den palliativa vården är att den ska vara symtomlindrande och inriktad på livskvalitet.

Drygt 90 000 personer avlider årligen i Sverige. Data från palliativregistret visar att 38 procent avlider på sjukhus, 26 procent på sjukhem och särskilt boende, 22 procent i privat bostad och i 4 procent av fallen saknas data. Enligt data från palliativregistret är kommunal primärvård den vårdform där lägst andel dör ensamma.

Omkring 80 procent av de som avlider bedöms ha varit i behov av palliativ vård (40). Att identifiera patienter med sådana vårdbehov i rätt tid kan vara en utmaning, inte minst när det gäller patienter med andra diagnoser än cancer. Nedan visas data från Svenska palliativregistret avseende några aspekter i den palliativa vården som ges i kommunal primärvård.

Brytpunktssamtal

Att vara informerad om sin situation är viktigt för en person som befinner sig i livets slutskede. Det ger möjlighet till planering av den sista tiden i livet för personen och dennes närstående. Ett brytpunktssamtal som hålls av ansvarig läkare vid övergången till vård i livets slutskede är tänkt att förmedla denna viktiga information. Samtalet handlar bland annat om att målet med vården inte längre är livsförlängande utan effektiv symtomlindring och livskvalitet.

Det är en större andel av de som avlidit i ordinärt boende som haft ett brytpunktssamtal än av de som avlidit i särskilt boende, 89 procent av 4 118 registrerade dödsfall i ordinärt boende mot 78 procent av 18 751 avlidna i särskilt boende under perioden januari–oktober 2024. Andelen avlidna som fått brytpunktssamtal på SÄBO har dock ökat från 73 procent 2018.

Smärtskattning

Att slippa ha ont och kunna få smärtlindring i livets slut är en av de viktigaste frågorna för patienter och deras närstående. Sjuksköterskors och läkares uppfattning om personers smärta och smärtintensitet har i flera studier visat stora skillnader jämfört med den smärta personerna själv skattar, bland annat för personer med cancersjukdom. En strukturerad smärtskattning är således ett viktigt instrument för den palliativa vården.

Andelen som erhållit smärtskattning på SÄBO och korttidsboende är högre än för de som bor i ordinärt boende. För samtliga boendeformer har dock utvecklingen varit positiv över tid.

SÄBO och korttidsboende har andelen ökat från 50 procent 2018 till 68 procent 2023 och i ordinärt boende från 52 procent 2018 till 62 procent 2023.

Närståendes upplevelse av den palliativa vården

Stöd till närstående är en viktig del i palliativ vård. Svenska palliativregistret har en enkät som närstående fyller i efter dödsfallet, med frågor om bemötande, kommunikation och information. Syftet är att få en bild av hur närstående upplevt personens sista tid och det stöd de fått.

Resultat från 2023 visar att närstående är nöjda med vården. Av närstående till patienter som avled på SÄBO svarar 79 procent att de är helt nöjda, på korttidsboende 92 procent och i ordinärt boende 77 procent.

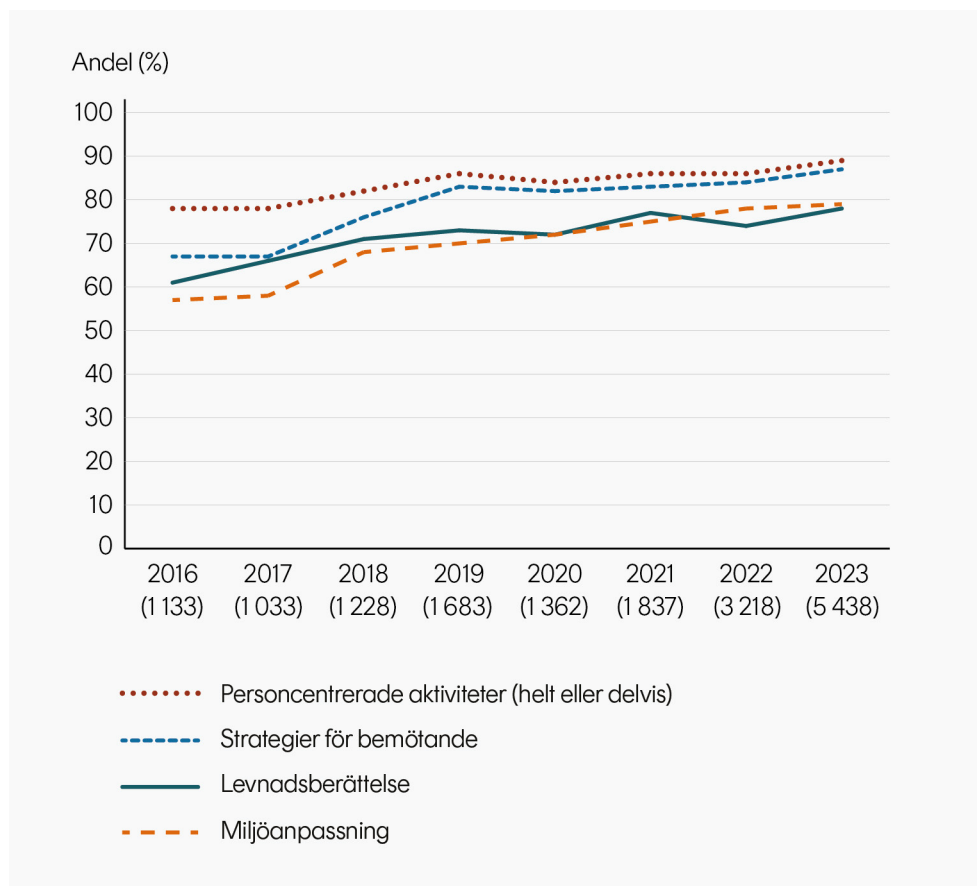
Personer med demenssjukdom

I Sverige beräknas mellan 130 000 och 150 000 personer ha en demenssjukdom och varje år insjuknar 20 000–25 000 personer (41). Demenssjukdomar orsakas av olika typer av skador i hjärnan som försämrar förmågan att uppfatta och förstå omvärlden, dvs. den kognitiva förmågan. Vanligtvis tilltar symptomen över tid. Alzheimers sjukdom är den vanligaste demenssjukdomen.

Personcentrerad vård i särskilt boende

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer (2017) bör all vård och omsorg av personer med demenssjukdom genomsyras av ett personcentrerat förhållningssätt (42). År 2020 introducerade Socialstyrelsen nationella målnivåer kopplade till tio indikatorer från de nationella riktlinjerna, varav fyra är specifikt inriktade på personcentrerad vård (43). De nationella målnivåerna för respektive indikator är 98 procent. Som framgår av diagram 13 har det under de senaste åren skett en ökning av andelen patienter som fått personcentrerade insatser, enligt data från svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem). Då täckningsgraden är begränsad är det dock svårt att dra några generella slutsatser av resultaten.

Diagram 13: Andel personer där levnadsberättelsen ligger till grund för vårdens utformande, där strategier för bemötande finns i individens genomförandeplan, där individuella miljöanpassningar finns dokumenterade och där personcentrerade aktiviteter (helt eller delvis) erbjudits senaste veckan utifrån genomförandeplanen, data från SÄBO 2016–2023.



Källa: SveDem 2023

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD)

Nio av tio personer med demenssjukdom upplever någon gång under sjukdomsförloppet beteendemässiga eller psykiska symtom (BPSD). Dessa symtom kan orsaka stort lidande för den drabbade och är ofta svåra att hantera för både anhöriga och vårdpersonal.

Förekomst och allvarlighetsgrad av BPSD observeras och analyseras av personalen med hjälp av en särskild skala, NPI-NH skalan (Neuropsychiatric Inventory – Nursing Home) i BPSD-registret. Formuläret kan ge maximalt 144 poäng. Ju högre poäng desto svårare besvär (44). Den totala NPI-poängen låg 2018 på cirka 20 poäng och 2024 på cirka 18 poäng och ligger således kvar på en låg nivå.

Behandling med antipsykosläkemedel

Ofta kan BPSD lindras genom strategier för bemötande och förändringar i den omgivande miljön. I vissa fall kan dock kortvarig behandling med antipsykotiska läkemedel vara nödvändig. På grund av risken för biverkningar bör användningen av dessa läkemedel begränsas så mycket som möjligt.

Andel personer i särskilt boende som behandlas med antipsykotiska läkemedel är generellt sett låg i Sverige (45). Under pandemin ökade användningen av antipsykotiska läkemedel på de särskilda boenden som registrerar i SveDem och uppgick 2022 till 18 procent av de boende. En viss minskning har observerats och 2023 låg andelen på dryga 16 procent.

Eftersom det är få personer på SÄBO som registreras i SveDem (2023 var det cirka 5 400 personer av totalt 84 000 boende) (46) är det svårt att dra några slutsatser om hur det ser ut på nationell nivå för samtliga boende i SÄBO. Data från PVQ visar att 11 procent av alla patienter över 75 år i den regionala primärvården har förskrivits läkemedel som enligt Socialstyrelsen bör undvikas (47). Med tanke på att SÄBO-populationen sannolikt har högre medelålder och sjuklighet kan 16 procent vara en rimlig siffra.

Multiprofessionellt omhändertagande

I Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom (2017) står det som första prioritet att ”hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda en regelbunden och sammanhållen uppföljning av den demenssjukes situation och behov, inklusive medicinsk bedömning, samt vård- och omsorgsinsatser till personer med demenssjukdom”.

Den multiprofessionella registreringen i BPSD-registret har ökat från 40 procent 2020 till 89 procent 2024. En ökad registrering av teamvård skulle kunna tyda på att allt fler får teamvård.

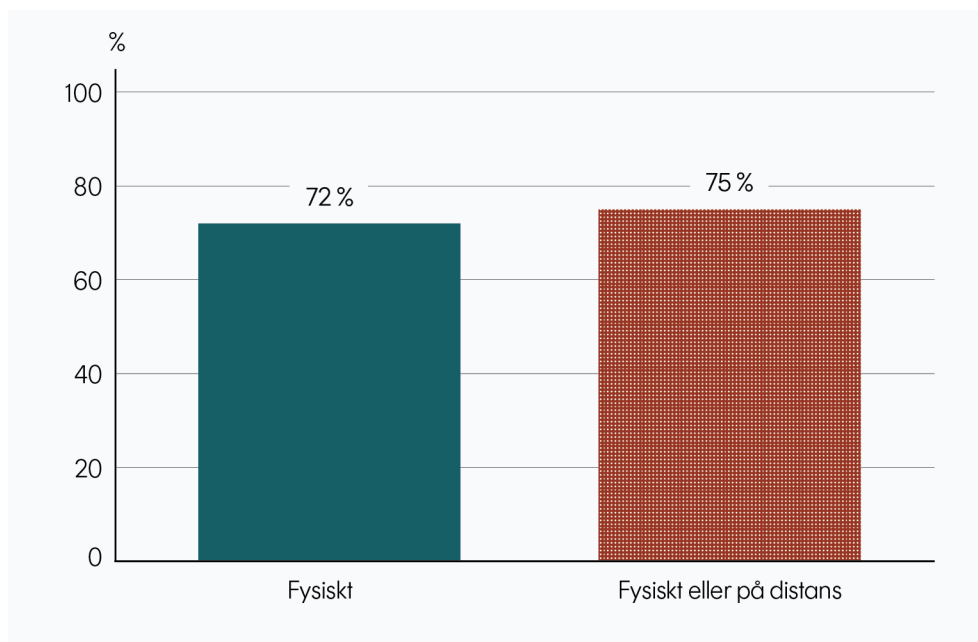
Prioriterade insatser i regional primärvård

Ny kontakt vid kronisk sjukdom

Prioriteringar bygger alltså på svårighetsgraden av sjukdomstillståndet för en viss patientgrupp tillsammans med kostnadseffektiviteten av en viss åtgärd för dessa. Patienter med kronisk sjukdom som får regelbundna återbesök mår bättre, har mindre symtom och söker mindre ofta vård på akutmottagningar (48–51). Dessa patienter bör således prioriteras framför patienter med enklare åkommor som är självläkande.

Diagram 14 visar att 75 procent av de patienter som fått diagnos för en eller flera kroniska sjukdomar under de senaste fem åren haft en uppföljande kontakt i primärvården inom 18 månader. Om man endast ser till andelen med fysiskt besök så är siffran något lägre, 72 procent. Men för 25 procent av patienterna saknas alltså en registrerad uppföljning under denna tidperiod. Det kan vara så att de fått en uppföljning inom den specialiserade vården som inte fångas här (se diagram 7) och en andel kan ha haft återbesök i primärvården men utan att diagnoskod registrerats. En stor andel kan dock ha ”fallit mellan stolarna”. PVQ som system ger för vård- och hälsocentralerna en unik möjlighet att hitta patienter som inte fått, men bör erbjudas en uppföljande kontakt.

Diagram 14: Andel patienter som har haft uppföljande kontakt vid kronisk sjukdom genom fysiskt besök samt som antingen som fysiskt besök eller på distans.



Källa: PrimärvårdsKvalitet 2024. För indikator detaljer se bilaga 2.

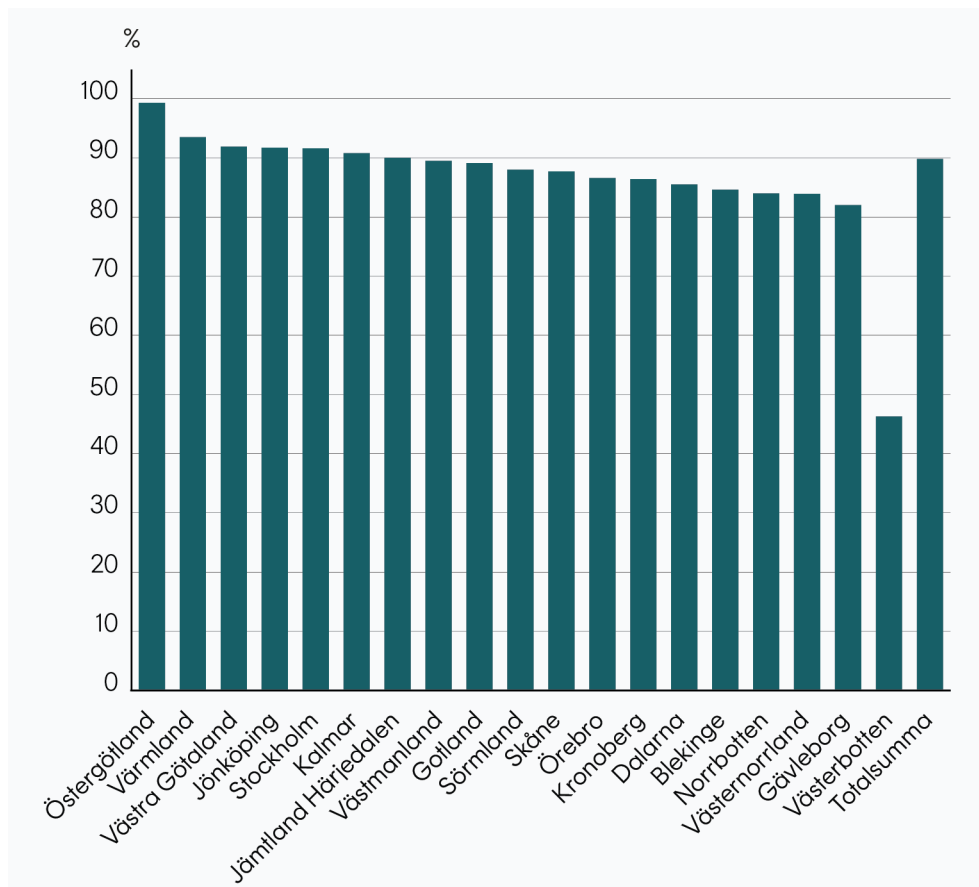
Tillgång till vård och behandling

Förebyggande åtgärder handlar inte bara om att undvika vårdskador utan minst lika mycket om att minska kända sjukdomsrisker vid kroniska sjukdomar som diabetes, KOL och förmaksflimmer. Följande genomgång visar på vikten av att prioritera åtgärder som minskar riskerna för följsjukdomar vid olika sjukdomstillstånd.

Diabetes

Regelbunden uppföljning vid kronisk sjukdom är viktigt (48–51). Vid diabetes kan detta bidra till bättre metabol kontroll (kontroll av ämnesomsättningen) och bättre blodtryck, vilket minskar risken för komplikationer. Som framgår av diagram 15 är andelen diabetespatienter som varit på återbesök till någon profession i primärvården generellt hög i samtliga regioner och betydligt högre än när man tittar på flera kroniska sjukdomar tillsammans som ovan (diagram 14). Att Västerbotten ligger lågt kan delvis förklaras av att man i regionen haft ett beslut att ej registrera diagnoskod i primärvården för att minska på den administrativa bördan.

Diagram 15: Andel patienter med diabetes typ 2 som varit på återbesök, alla professioner inräknade.



Källa: PrimärvårdsKvalitet 2024. För indikator detaljer se bilaga 2.

Vid behandling med det vanliga diabetesläkemedlet metformin måste njurfunktionen följas regelbundet eftersom dosen måste minskas vid nedsatt njurfunktion. Detta har enligt data från PVQ gjorts för 92 procent av patienterna. Det är en hög siffra som kanske är ännu högre egentligen, eftersom datainsamlingen i en del regioner gör att alla laboratorievärden inte fångas upp och siffran därmed blir för låg.

Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)

Vid kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) finns en risk för undernäring som i sin tur kan försämra sjukdomen. Det är därför viktigt att följa patienternas vikt eller BMI för att upptäcka förändringar i tid. Detta har gjorts för 71 procent av patienterna enligt PVQ:s data. Siffran borde kunna vara högre men en möjlig felkälla är att patientens vikt kan ha skrivits i löpande text i journalen. Den blir då inte sökbar med automatiska datauttag och siffran blir för låg. En annan felkälla är att diagnosen kan finnas i regionens primärvård medan vikten finns i kommunens data.

Förmaksflimmer

Vid förmaksflimmer tillsammans med andra riskfaktorer kan behandling med antikoagulantia (blodförtunnande läkemedel) påtagligt minska risken för stroke. Förekomsten av stroke i Sverige har minskat från drygt 33 000 till 25 000 fall per år från 2008 till 2022, enligt Socialstyrelsens statistik. Den kraftiga minskningen beror bland annat på förebyggande åtgärder för patienter i riskgrupp (52) där behandlingen av förmaksflimmer är en viktig åtgärd.

Av de patienter i primärvården som fått diagnosen förmaksflimmer och som har hög risk för stroke behandlas 84 procent med antikoagulantia. 100 procent är inte ett rimligt målvärde här eftersom alla patienter av olika anledningar ändå inte bör eller vill ha behandlingen. Viktigare än procentsiffran är att rätt patienter fått behandlingen, dvs. att man övervägt behandling för 100 procent, men detta går inte att visa genom automatiska datauttag.

Levnadsvanor

Hälsosamma levnadsvanor är viktigt både för att förebygga och behandla många sjukdomar. Förbättrade levnadsvanor kan också förebygga försämring och komplikationer vid flera kroniska eller långvariga sjukdomar. I PVQ finns ett mått på hur stor andel patienter med någon kronisk sjukdom som har en sökbar anteckning om levnadsvanor (noterade åtgärds-koder, diagnoskoder och fasta sökord). Genomsnittet i Sverige är 53 procent vilket får betraktas som ett högt värde, eftersom samtalen ofta inte kodas på ett sökbart sätt vilket innebär att den verkliga siffran sannolikt är ännu högre.

Risk för hjärt-kärlsjukdom

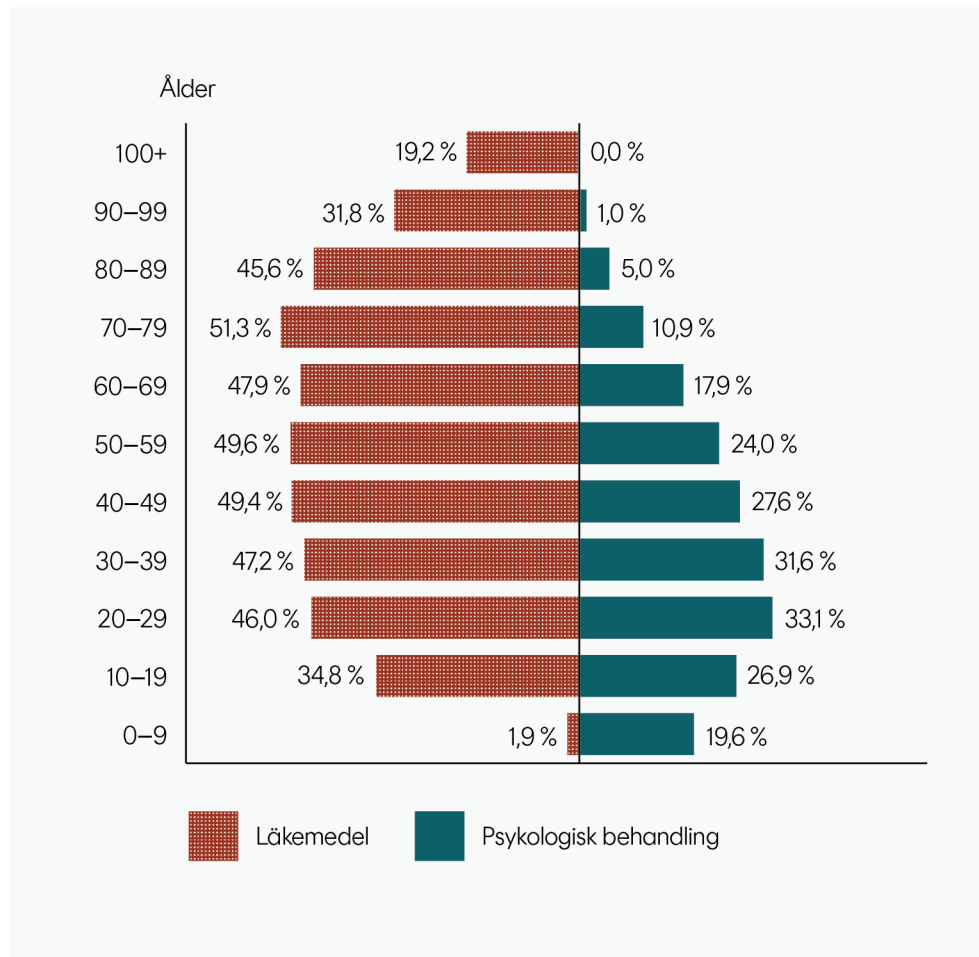
Vid några sjukdomar är risken extra stor för att man utöver grundsjukdomen också ska utveckla hjärt-kärlsjukdom. För dessa patienter är det därför viktigt att följa riskfaktorer så att förebyggande behandling kan påbörjas om det behövs. Andelen patienter i svensk primärvård som fått en riskbedömning är enligt PVQ-data 65 procent. Denna siffra visar på att förebyggande arbete för riskgrupper görs i relativt stor utsträckning. En felkälla i denna indikator är att notering om levnadsvana ingår som en del av beräkningen och som nyss nämnts kodas detta ofta inte på ett sökbart sätt.

Depression

För personer med depression är det viktigt med tillgång till psykologisk behandling likaväl som läkemedelsbehandling. Enligt nationella riktlinjer för behandling av mild till medelsvår depression har psykologisk behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT) högst prioritet. I vårdförlopp depression rekommenderas stegvis vård, där behandlingens intensitet anpassas efter depressionsdjup och patientens behov (53). Diagram 16 visar att fler får läkemedelsbehandling än psykologisk behandling. Tillgången till psykologer och andra behandlare påverkar förstås siffran men en viktig felkälla är också att man på många vård- och hälsocentraler inte kodar psykologisk behandling, alltså går den inte att fånga vid automatiskt datauttag. Psykologisk behandling kodas manuellt medan läkemedel registreras automatiskt i journalen vid förskrivning av läkemedel.

I diagram 16 ser man också att det framför allt är yngre patienter som får psykologisk behandling, medan de äldre i större utsträckning får läkemedelsbehandling. Det finns ingen bra förklaring till detta. Patientgrupper får inte prioriteras ner på grund av ålder enligt den etiska plattformen.

Diagram 16: Andel patienter per åldersgrupp som erhållit behandling med läkemedel respektive psykologisk behandling vid depression.



Källa: PrimärvårdsKvalitet 2024

För patienter som har depression och en annan samtidig sjukdom är behandling av depressionen viktig också eftersom depressionen kan medföra att man blir sämre i sina andra sjukdomar och tvärt om. För personer med många läkemedelsbehandlade sjukdomar kan psykologisk behandling vara extra värdefull eftersom det kan finnas en risk med att kombinera många läkemedel. Data från PVQ visar dock att i gruppen med samsjuklighet och ny depression får bara 3 procent psykologisk behandling medan 37 procent får läkemedel. Även här är en felkälla att man på många vård- och hälsocentraler inte kodar psykologisk behandling så att den kan fångas vid datauttagen.

Vid depression är det viktigt att bedöma om det finns samsjuklighet eller att göra en fysisk undersökning för att upptäcka eventuella tecken på annan sjukdom (somatisk undersökning) och detta har hög prioritet i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Det handlar om att upptäcka, följa upp och behandla andra sjukdomar som en person med depression kanske inte själv kan eller orkar söka vård för. Personer med depression har till exempel ofta diabetes och hjärt-kärlsjukdom. Data från PVQ visar att bara 23 procent genomgår sådan undersökning. Det blir allt vanligare att patienter med psykisk ohälsa får första bedömning av psykolog eller annan behandlare i det psykosociala teamet. I samband med det görs vid en del hälso- och vårdcentraler enbart provtagning, vilket inte kommer med i indikatorn för somatisk undersökning.

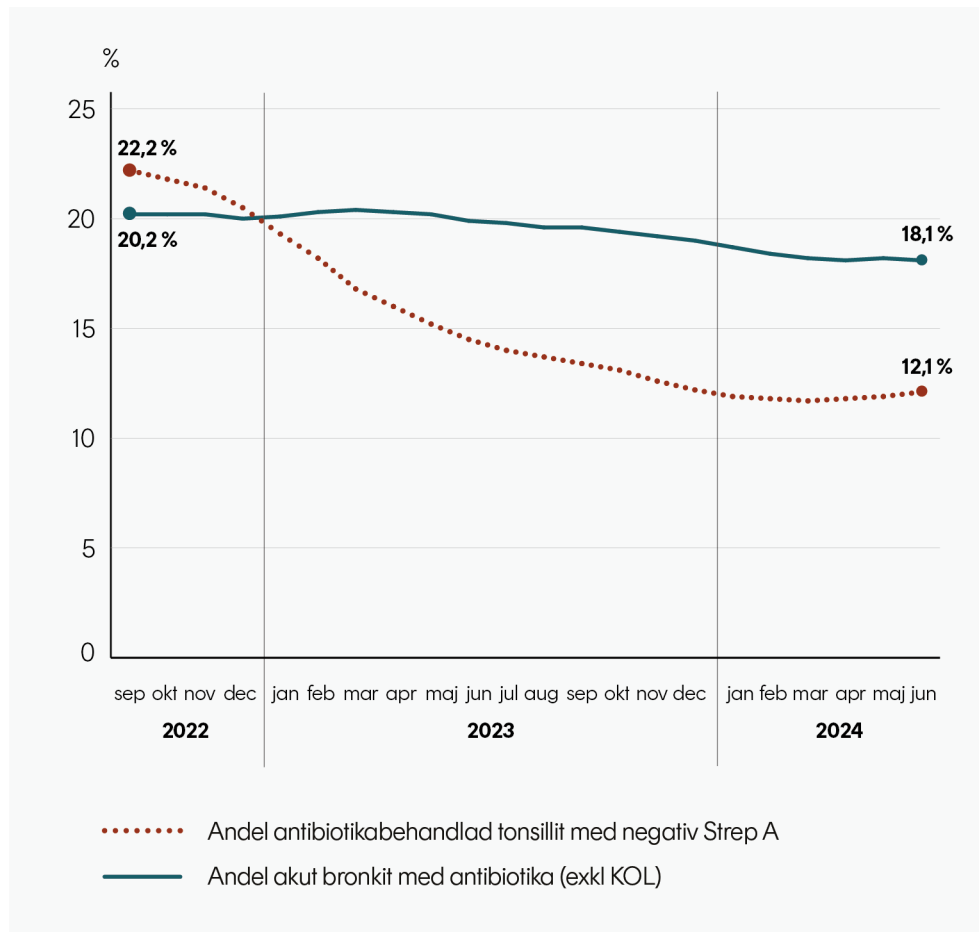
Överdiagnostik och överbehandling

Prioritering innebär som nämnts ovan att rangordna. Tillstånd med stor svårighetsgrad tillsammans med åtgärder med stor patientnytta och liten kostnad prioriteras högt medan lindriga besvär och åtgärder med liten nytta prioriteras lågt, speciellt om det också har en hög kostnad. Det finns också åtgärder som inte alls gör nytta eller till och med är skadliga och som bör utmönstras helt. Svenska läkaresällskapets kampanj Kloka kliniska val syftar till att identifiera och rensa ut den här typen av åtgärder (54).

PVQ:s infektionsindikatorer tas fram tillsammans med Strama (Samverkan mot antibiotikaresistens) för arbetet för en klok användning av antibiotika på vård- och hälsocentralerna. Dessa berör i stor utsträckning åtgärder som bör undvikas, såsom antibiotikabehandling vid infektioner där det sällan eller inte alls gör nytta och antibiotikabehandling med bredare spektrum än nödvändigt (att inte använda förstahandsantibiotika). Diagram 17 visar andelen patienter som fått antibiotika vid tillstånd där det sällan rekommenderas. För patienter med halsfluss (tonsillit) där provtagning (Strep A) inte påvisat bakterien streptokocker rekommenderas att avstå från antibiotika. Målvärdet är högst 10 procent. Här syns en tydlig nedgång i diagrammet från 22 till 12 procent på två och ett halvt år.

Vid luftrörskatarr (akut bronkit) finns inte någon dokumenterad nytta av antibiotika vad gäller symtomlängd eller grad av besvär, oavsett om bronkiten orsakats av virus, mykoplasma eller andra bakterier. Däremot ökar förekomst av biverkningar i gruppen som behandlas med antibiotika. Här har andelen som fått antibiotika minskat från 20 till 18 procent. Målnivån är satt till högst 10 procent.

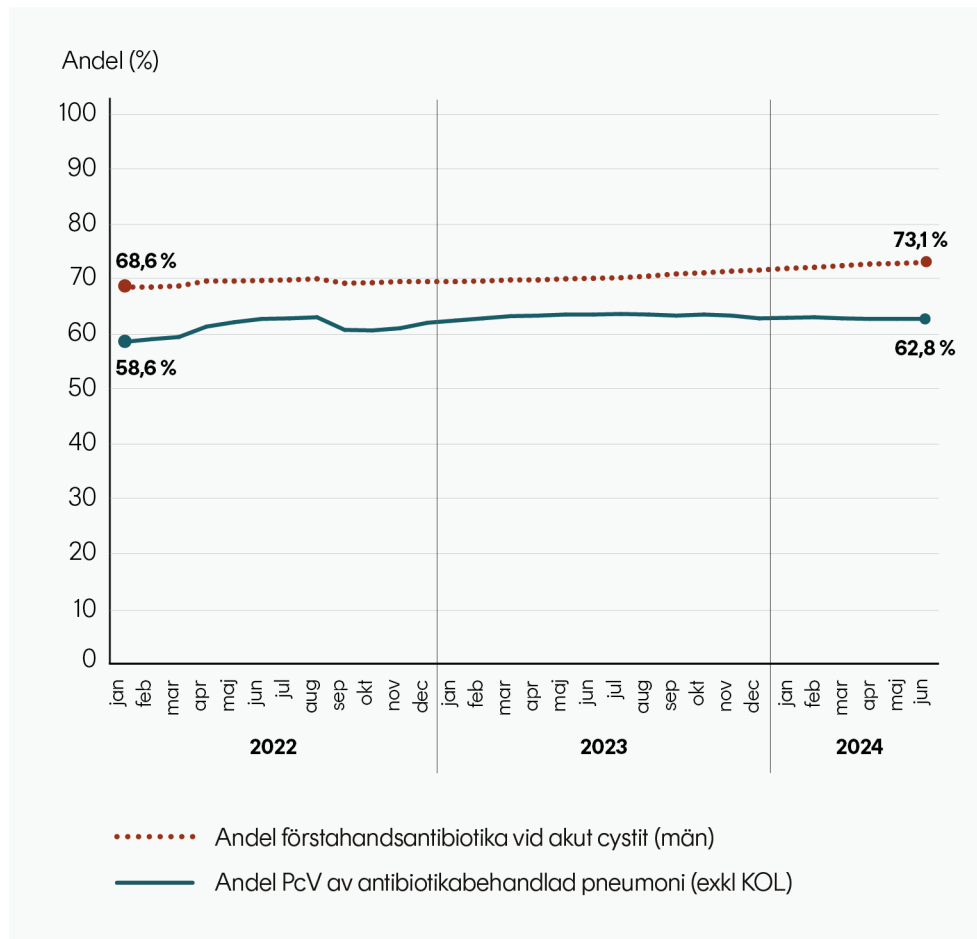
Diagram 17: Andel som fått antibiotika vid tillstånd där antibiotika sällan rekommenderas.



Källa: PrimärvårdsKvalitet. För indikator detaljer se bilaga 2.

Användningen av rekommenderad antibiotika går också åt rätt håll, vilket framgår av diagram 18. Andelen män med nedre urinvägsinfektion (blåskatarr) som fått rekommenderad antibiotika har ökat från knappt 69 till drygt 73 procent (målvärde ≥ 80 procent). Också vid lunginflammation (pneumoni) har andelen som fått behandling med rekommenderad antibiotika ökat. När förstahandsantibiotika används istället för bredspektriga alternativ, bevaras de mer potenta antibiotika för allvarligare infektioner. Förstahandsantibiotika är dessutom mer smalspektriga, vilket innebär att de är riktade mot specifika bakterier istället för att påverka en bred mängd bakterier i kroppen. Detta minskar risken för att bakterier utvecklar resistens och minskar även risken för biverkningar.

Diagram 18: Andel som fått rekommenderat antibiotika vid blåskatarr (akut cystit) hos män och vid lunginflammation (pneumoni).



Källa: Primärvårdskvalitet 2024. För indikator detaljer se bilaga 2.

Det finns också några indikatorer i PVQ som beskriver läkemedelsbehandling utan att diagnos finns i journalen, det saknas alltså en sökbar orsak till behandlingen. Om ingen aktuell orsak finns bör behandlingen avslutas. Andel av de listade på vård- och hälsocentraler som har en diagnos som förklaring till behandling med läkemedel mot magsår eller magkatarr samt mot depression är sådana mått. När det gäller depressionsbehandling har knappt 60 procent en journalförd diagnos som motiverar behandlingen, när det gäller läkemedel mot magsår eller magkatarr (PPI) är siffran under 25 procent. En felkälla här är att läkemedel ofta samlas in från hela sjukvården och att man inte kan se var det är utskrivet. Diagnoser hämtas i regel bara från den egna vård- och hälsocentralen. En diagnos kan alltså ha noterats på sjukhus eller annan vård- och hälsocentral än på den vård- och hälsocentral där läkemedlet skrivits ut.

Vård efter behov i Region Kalmar län

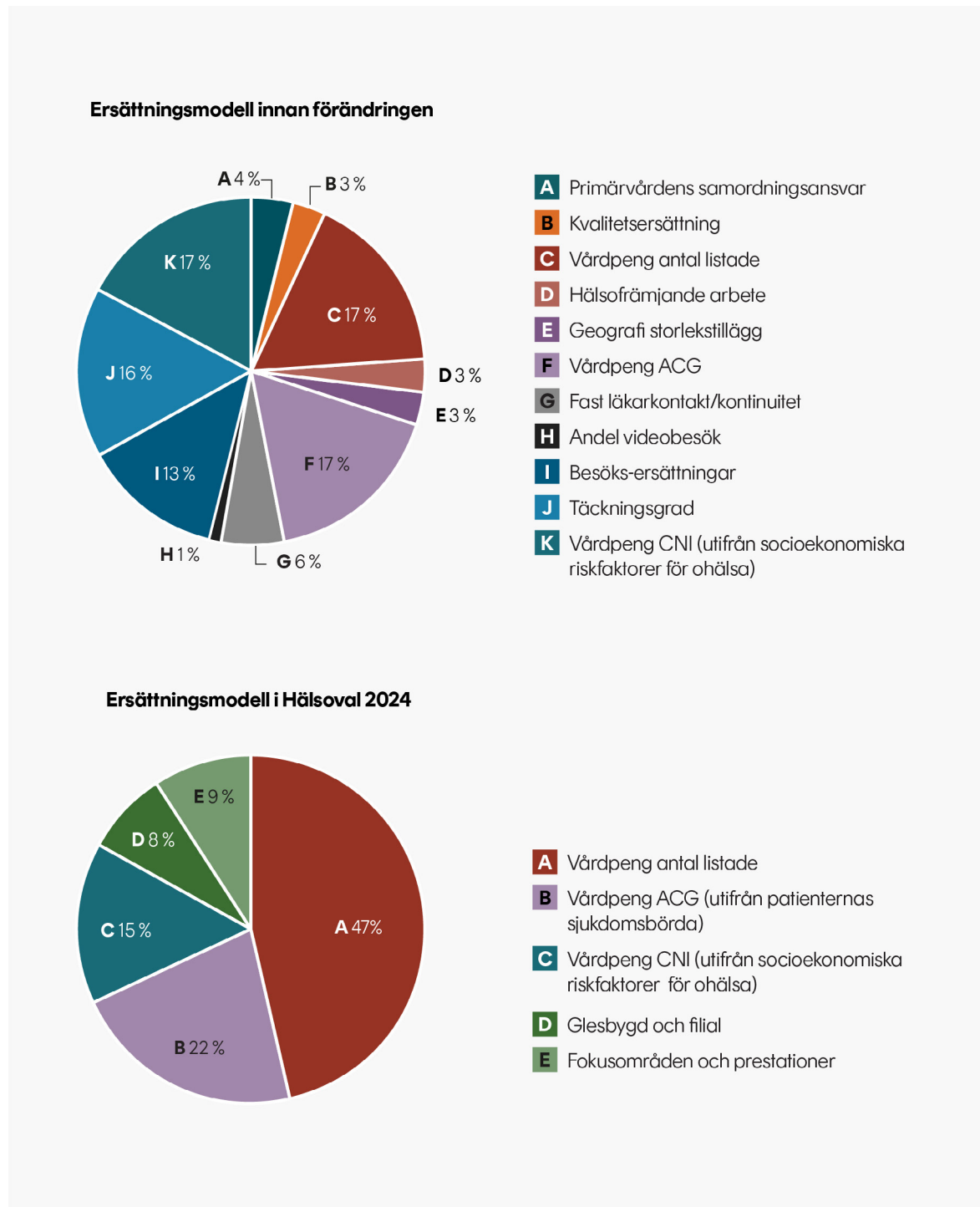
Under senare årtionden har flera nya styrmodeller prövats i svensk hälso- och sjukvård. En utveckling av nya ersättningsprinciper genomfördes i primärvården samtidigt och som en konsekvens av lagen om valfrihetssystem som kom 2010.

Region Kalmar läns primärvårdsuppdrag från 2009 hade under åren genomgått olika justeringar men aldrig reviderats i grunden. Inom Hälsoval Kalmar län såg man ett behov av att uppdraget bättre stöttade omställningen till Nära vård. Då man misstänkte att den befintliga ersättningsmodellen styrde vården mer än själva vårduppdraget började en ny modell ta form. En modell som inte enbart fokuserade på kvantitativa mått utan på det allmänmedicinska uppdraget, på kvalitet och tillgänglighet. I utvecklingen av en ny modell involverade man så väl invånare som fackliga företrädare och olika förvaltningar inom hälso- och sjukvården i Kalmar. Det nya primärvårdsuppdraget infördes i juni 2023 och de två ersättningsmodellerna illustreras i diagram 19.

Det nya uppdraget grundar sig på det allmänmedicinska uppdraget och utgår från primärvårdens roll som samordnande aktör och kraft i vården och ska samtidigt stödja samverkan med kommuner och sjukhusverksamheter.

En viktig del av det nya uppdraget är den prioriteringsmodell som används för att identifiera och prioritera patientgrupper, vilket ger ökad kvalitet samtidigt som resurserna kan användas mer riktat och effektivt. Med insikten om att resurserna inte räcker för att ge allt till alla har Region Kalmar län tydliggjort att den bärande principen för dess primärvård är mycket till få och lagom till alla.

Diagram 19: Ersättningsmodellen i Region Kalmar län innan respektive efter förändringen av hälsovalet.



Källa: Region Kalmar län.

Prioritering i praktiken

Prioriteringsmodellen

Olika grupper behöver olika insatser. För att nå en jämlik vård behövs prioritering och insatser utifrån patientgruppernas olika behov. En kartläggning 2009 av de mest vårdtunga patienterna (de mest resurskrävande patienterna som har högst sjukvårdskostnader per individ) i Stockholms läns landsting, visade att 10 procent av befolkningen, cirka 200 000 individer, stod för uppskattningsvis 79 procent av den sjukvårdskostnad på cirka 22 miljarder kronor som gick att koppla samman med ett visst vårdtillfälle. Cirka 1 procent av befolkningen, eller 20 000 individer, stod för cirka 33 procent av kostnaderna (55).

Det finns i dag ingen optimal prioriteringsmodell som kan förutse alla vårdbehov och möjliggöra en prioritering av exakt rätt patientgrupper. Med den insikten och ödmjukheten inför uppdraget valde Region Kalmar län att använda en prioriteringsmodell som bygger på att olika patienter har olika behov, vilka kan delas in i fyra grupper utifrån graden av komplexitet (se figur 1). Behoven kan uppstå vid olika tillfällen och en patient kan skifta mellan grupperna.

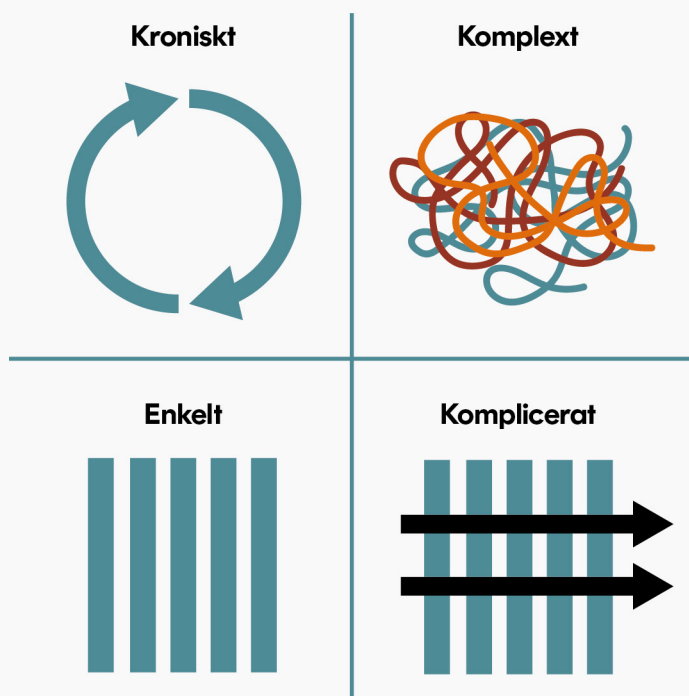
Modellen är tänkt som en hjälp att identifiera patienters olika behov och ge en indikation kring val av insatser. I uppdragsbeskrivningen är man dock tydlig med att bedömningen ligger hos vårdcentralen och att andra faktorer behöver vägas in. I uppdragsbeskrivningen av hälsovalet är det nu tydligt beskrivet att delar av hälsovalsuppdraget huvudsakligen riktar in sig på en eller flera av de fyra grupperna.

Patienter med komplexa behov i Region Kalmar län

Det nya primärvårdsuppdragets syfte är att bidra med styrning så att aktiviteterna anpassas till det som patienten faktiskt behöver och att de som har störst vårdbehov prioriteras. För att få hjälp och stöd i arbetet att identifiera de grupper som har störst vårdbehov har man valt att använda Resource Utilization Bands (RUB). Det är ett mått som indikerar om en patient förväntas ha ett stort behov av hälso- och sjukvårdens resurser (för fördjupning se Kap 2), dvs. en typ av prediktionsmodell. I Region Kalmar läns handlingsplan och gemensamma målbild, som är framtagna gemensamt med kommunerna, för en god och nära vård framgår att vården för patienter med komplexa behov ska prioriteras. Komplexa patienter grupperas ofta i RUB 4 och 5 och utgör i Region Kalmar cirka 26 000 personer (drygt 10 procent av befolkningen).

Användningen av RUB-värden har införts successivt för att säkerställa att prediktionsmodellen har det utfall som kan förväntas. Data från flera uppföljningsmått i regionen stöder användandet av RUB. Diagram 20 visar att invånarna i RUB-grupp 4 och 5 är de som i störst utsträckning behöver ta del av hemsjukvård, söker vård på akutmottagning, transporteras i ambulans och drabbas av återinläggningar.

Figur 1: Prioriteringsmodellen bygger på att olika patienter har olika behov vid olika tillfällen utifrån graden av komplexitet. Modellen är framtagen av Leading Health Care.



Beskrivning av modellen:

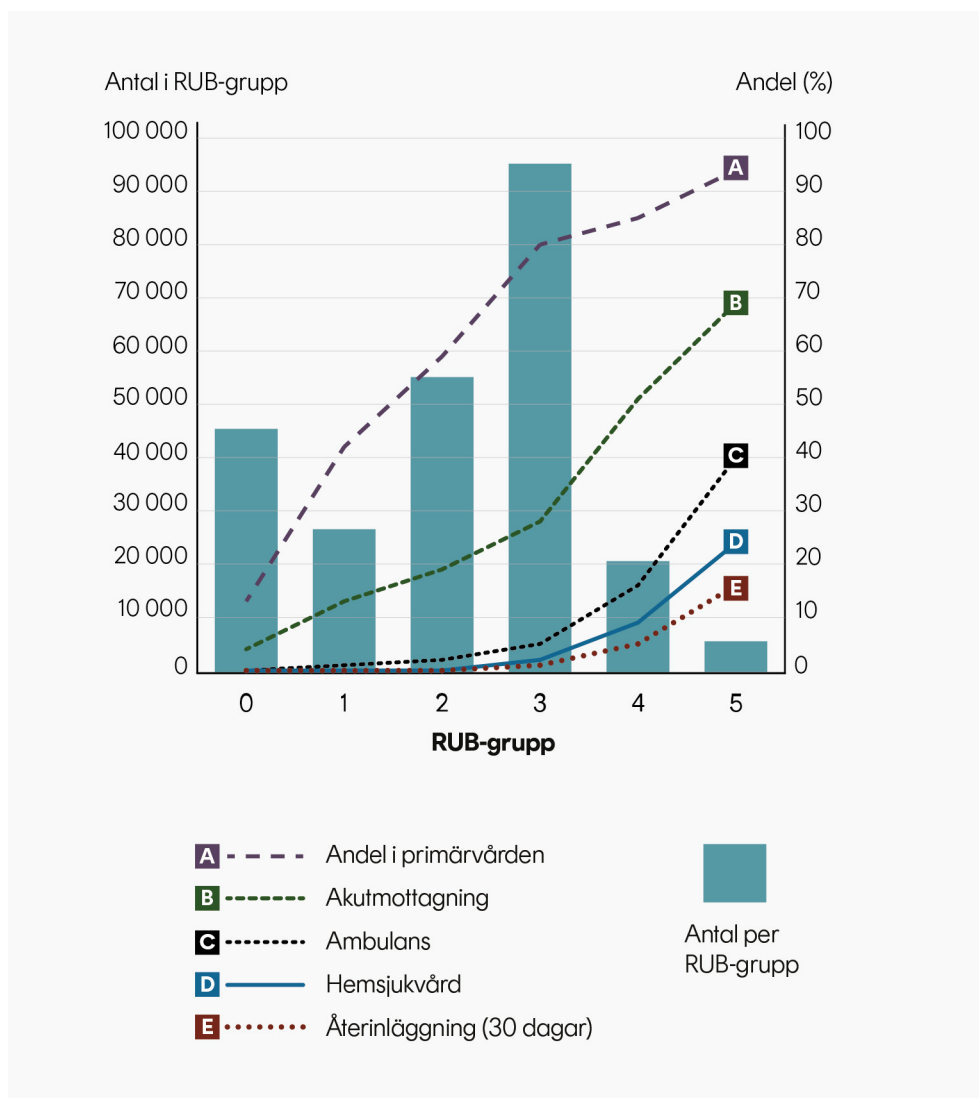
Enkelt: Patientens behov är väl identifierat och avgränsat och det är få behandlande insatser.

Komplicerat: Patientens behov kräver insats från flera behandlande instanser.

Kronisk: Kroniska behov spänner över tid.

Komplex: Patientens behov är komplext och kan kräva individuella lösningar.

Diagram 20: Antal personer per RUB-grupp på y-axeln till vänster (staplar) och andel av respektive RUB-grupp som besökt olika delar av hälso- och sjukvården, erhållit hemsjukvård, varit i kontakt med ambulansen samt återinlagts på sjukhus inom 30 dagar på y-axeln till höger (streckade linjer).



Källa: Region Kalmar län 2022.

Konkret stöd till verksamheten

Till stöd för enheterna har regionen utvecklat en "dashboard" för internt bruk med indikatorer och information om patientgrupper som är viktiga för enheten (se tabell 3). Med hjälp av panelen kan enheterna enkelt identifiera patienter i RUB-grupp 4 och 5 (i genomsnitt 700 per enhet). "Dashboarden" möjliggör även för enheten att se vilka av dessa som har en fast läkarkontakt och fast vårdkontakt.

Prioriteringar av hälso- och sjukvården behöver även ske utifrån andra parametrar än de invånare som redan söker vård (som leder till RUB-beräkningar). I samband med pandemin arbetade Region Kalmar län intensivt med att identifiera och vidta riktade insatser i områden med sociodemografiska utmaningar. Arbetet med att analysera sociodemografiska förutsättningar och samband med hälsa har nu tagits vidare. Genom nära samarbete mellan hälsocentraler, kommunal primärvård, slutenvård och psykiatri, har man strävat efter att förbättra vården för patienter och anhöriga. Detta har inkluderat intervjuer med patienter för att förstå deras erfarenheter, med urval baserat på RUB 5. Utmaningar och brister i nuvarande arbetssätt har kartlagts, och medarbetare samt invånare har deltagit i processen för att bidra med sina perspektiv. Lösningar har utvecklats och utifrån dessa har man valt ut och prioriterat vilka förslag som ska testas i mindre skala för att gradvis förbättra vården genom att förändra hur hälsocentralerna arbetar.

Tabell 3: Exempel på information som visas i den av Region Kalmar framtagna "dashboard" som enheterna kan ta del av.

Intern "dashboard" verksamhetschef
Listade
Fast namngiven läkare
Fast vårdkontakt
ACG-vikt
CNI-vikt
RUB
Vårdgaranti
Kontakt med PV samma dag
E-tjänster
Diagnosgrupper
Diagnossättningsgrad läkare
Signeringsgrad
Hälsosamtal
Hembesök
Livsstilsfrågor
SIP

Uppföljningen

När regionen utvecklade det nya primärvårdsuppdraget justerades även uppföljningsmodellen. Utöver den kontinuerliga uppföljningen utvecklades också de dialogmöten med enheterna som man haft sedan tidigare. Dialoguppföljningen är en gemensam möjlighet för enheten och hälsovalet att identifiera utvecklingsområden och följa upp utvecklingsarbetet. Samtidigt som det är en del i ett ömsesidigt tillitsbygge fungerar det som en extra kvalitetskontroll för enheten.

Inför dialoguppföljning på en enhet samlar Hälsoval Kalmar län in synpunkter från patienter och aktörer som kommunen, akuten och psykiatrin för att få en helhetsbild av hur verksamheten fungerar. Tanken är att enheter även ska kunna ge varandra feedback för att stärka utveckling och förbättring av samverkan i hela vårdkedjan.

En gemensam utmaning för det lokala förbättringsarbetet och den övergripande verksamhetsutvecklingen är att det ofta saknas data. Genom den kontrollpanel som regionen tar fram till enheterna försöker man kompensera för detta. Framtagandet av kontrollpanelen och dess centrala del i uppföljningen blir både en signal att prioriteringar bör göras och ett verktyg för att konkretisera och följa förändringar över tid.

Resultat

Ett drygt år har passerat sedan det nya primärvårdsuppdraget trädde i kraft, och även om tiden varit kort börjar man se de första positiva resultaten. På ett av länets särskilda boenden i Oskarshamns kommun har ett litet utökat stöd från hälsocentralens läkare och ett strukturerat arbetssätt tillsammans med kommunens vård- och omsorgspersonal gett märkbara förbättringar. Antalet akuta besök för patienterna på boendet har minskat, liksom antalet direkta förfrågningar från kommunens sjuksköterskor till hälsocentralen och på beredskapsjourerna. Antalet sjukskrivningsdagar för personalen på boendet har minskat och rekryteringen av ny personal tycks gå lättare.

För regionen som helhet har också ett viktigt första steg varit att säkra fasta kontakter för de svårast sjuka patienterna på vård- och hälsocentralerna. Nu har åtta av tio patienter inom RUB 4 och 5 en fast läkarkontakt och en av fyra har en fast vårdkontakt. Kalmar är även en av få regioner som har lyckats öka sin läkarkontinuitet för patienter med kronisk sjukdom mellan 2021 och 2024. Visserligen med endast 4 procent men då från en redan hög nivå jämfört med övriga regioner.

Bedömning och kommentar

Ett större fokus på prioriteringar förutsätter en översikt över patienter på enhets-, kommunal, regional och nationell nivå så att olika gruppers behov och insatser kan bedömas och vägas mot varandra. Den regionala primärvården har denna möjlighet genom PVQ, men den kommunala primärvården saknar i dag motsvarande verktyg. Bristen på data inom kommunal primärvård utgör en betydande begränsning och gör det svårt att få en helhetsbild av alla patientgruppers behov, exempelvis för boende inom ramen för LSS. De få tillgängliga datakällorna bygger i stor utsträckning på manuell registrering, vilket är tidskrävande i en pressad arbetssituation. Pågående arbete med automatiserad datainsamling till kvalitetsregister kommer att minska den administrativa belastningen i framtiden.

Palliativ vård inom kommunal primärvård är ett av få områden inom kommunal primärvård där data har visat positiva resultat, med förbättringar inom exempelvis brytpunktssamtal och smärtskattning. Även omhändertagandet av patienter med beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD) har utvecklats positivt.

Inom den regionala primärvården finns en betydande variation där insatser prioriterats olika, trots att de kanske är lika angelägna. För stora patientgrupper med kroniska sjukdomar som KOL, förmaksflimmer och diabetes visar de nationella resultaten att en stor andel av patienterna får angelägna insatser, vilket talar för att patientgrupper med stora behov prioriteras. Däremot antyder data att äldre patienter och personer med samsjuklighet och samtidig depression inte prioriteras för psykologisk behandling i samma utsträckning som yngre patienter utan samsjuklighet. Här frångår man troligen den etiska plattformen som ju tydligt genom människovärdesprincipen säger att man inte får prioritera ner patientgrupper på grund av ålder, samt behovs- och solidaritetsprincipen som säger att de med störst behov ska ha företräde till vårdens resurser.

Förebyggande arbete är angeläget och stöd till förändrade levnadsvanor är en viktig del av detta, speciellt för patientgrupper med kronisk sjukdom där insatserna också kan leda till förbättrad hälsa och minskad risk för komplikationer. I Socialstyrelsens uppföljning av arbete med levnadsvanor mättes registrering av rådgivande och kvalificerat rådgivande samtal om fyra levnadsvanor. Man fann då att bara 1–7 procent av patienterna inom primärvården fått insatsen (56). I PVQ:s bredare mätning som inkluderar alla sökbara anteckningar om levnadsvanor är andelen patienter med någon kronisk sjukdom där levnadsvanor uppmärksammas 53 procent. Detta talar för att insatser om levnadsvanor sker men ofta inte kodal enligt riktlinjer, utan på ett för verksamheten mer pragmatiskt sätt.

Det verkliga värdet av data skapas när de omsätts i konkreta förbättringar, särskilt genom lokalt förbättringsarbete. Genom att resultat synliggörs för vårdpersonal nära patienten uppnås kvalitetsförbättring och samtidigt väcks incitament att höja datakvaliteten (57). En studie av användning av PVQ på svenska vårdcentraler visar ett samband mellan hög användning och bättre kliniska utfall för patienter med diabetes (58). Data från PVQ visar att antibiotikaföreskrivning har minskat och användningen av förstahandsmedel har ökat i enhetlighet med Stramas och Folkhälsomyndighetens rekommendationer. Det talar för att förändringsarbete i primärvård gynnas av tillgång till data för de egna resultaten, i kombination med en stödorganisation som ger möjlighet till dialog med de enskilda primärvårdsenheterna.

Sjukvårdens styrsystem och hur vårduppgifterna formuleras behöver tydligare stärka förutsättningarna för prioritering i primärvården. En förutsättning är att professionerna har tillgång till bästa möjliga kunskap i varje vårdmöte. Det nationella systemet för kunskapsstyrning producerar i dag en mängd vårdprogram och vårdförlopp som riktas mot primärvården, men varken på nationell eller regional nivå görs någon horisontell prioritering mellan de olika riktlinjerna. I dag ligger mycket av ansvaret för prioritering hos vårdpersonalen i det enskilda patientmötet. Modellen för horisontella prioriteringar som är framtagen på uppdrag av Partnerskapet för kunskapsstyrningen kommer förhoppningsvis underlätta de ställningstaganden som behöver göras.

För att kunna möta framtida behoven krävs modiga beslut och strategier för resursprioritering, exempelvis som det gjorts i Region Kalmar län, där man valt principen ”mycket till få och lagom till alla”. En transparent och systematisk prioritering av insatser till primärvårdens patienter enligt den etiska plattformen är en viktig nyckel till en resurseffektiv och rättvis vård.

Avslutande reflektion

Primärvården, såväl den kommunala som den regionala, har en central roll i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Den fungerar som första linjens vård för befolkningen, hanterar huvuddelen av patienter med de stora folksjukdomarna och ansvarar för vård och omsorg för de sköraste och äldsta. Genom kontinuerlig kontakt med patienter och genom förebyggande insatser bidrar primärvården till att upptäcka, behandla och följa upp både akuta och kroniska sjukdomstillstånd. Samtidigt står primärvården inför omfattande utmaningar, särskilt vad gäller att upprätthålla kontinuitet i vården och att säkerställa god kvalitet för grupper med omfattande vårdbehov.

Den här rapporten bygger på sammanställning av tillgängliga data från primärvården där kvalitetsdata från PVQ visas för första gången. Data hjälper oss att synliggöra vad som sker inom vården och hur insatser prioriteras, vilket möjliggör en mer nyanserad bild av vårdinsatsernas totala omfattning och resultat. Inom den kommunala primärvården är bristen på tillförlitliga data fortfarande ett hinder för att dra tydliga slutsatser. Även om data från den regionala primärvården har felkällor och data inte alltid är jämförbar mellan regioner (59), finns nu mer information tillgänglig än någonsin. Data beskriver dock bara en delmängd av primärvårdens arbete med olika patientgrupper. Skillnader mellan regioner i organisation och uppdrag, samt juridiska och tekniska möjligheter att få ut data försvårar jämförelser (59). Rapporten bekräftar behovet av att ensa regionernas förutsättningar för att få tillförlitliga och jämförbara data.

Att belysa ett mångfacetterat område som primärvården med data och indikatorer innebär betydande utmaningar. Förbättrad datatillgång på nationell, regional och kommunal nivå kan underlätta strategiska prioriteringar och bidra till och motivera en annan resursfördelning än dagens. Ett hälsodataregister för den regionala primärvården, som föreslås upprättas på Socialstyrelsen, blir viktigt som komplement för en mer heltäckande bild av primärvårdens innehåll (60).

Nationellt sett har vi ännu inte uppnått en förbättrad kontinuitet inom primärvården. Samtidigt visar forskning tydligt de positiva effekterna av ökad läkarkontinuitet, med effekter både på patienters hälsa och på minskat utnyttjande av sjukhusvård. Utifrån den data vi i dag har tillgång till ses tydliga förbättringar för några prioriterade insatser, men i vilken usträckning som vård efter behov och prioriteringar tillåts styra varierar sannolikt.

För att primärvården ska kunna hantera sitt komplexa uppdrag effektivt krävs en organisation som stärker och stödjer kontinuitet och prioritering på ett övergripande plan. Det krävs också att horisontella prioriteringar genomsyrar sjukvårdens styrsystem, så att prioriteringar görs på ett systematiskt sätt. Balansen mellan att erbjuda hög tillgänglighet, god kontinuitet och att samtidigt prioritera vård utifrån behov är en svår men avgörande avvägning när varken ekonomiska eller personella resurser räcker för att erbjuda allt till alla.

Referenser

1. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Fast kontakt i primärvården. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 202. 2021:1.
2. Engström S. Is general practice effective? A systematic literature review. Scand J Prim Health Care. 2001;19:131–43 doi:10.1080/028134301750235394.
3. Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning inom primärvården. Slutrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022. Artikelnummer 2022-11-8246. Löpnr 2022:5.
4. Socialdepartementet. Stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård (SOU 2024:72). Stockholm: Socialdepartementet; 2024.
5. Socialstyrelsen. Statistik om särskilt boende. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016. Rapport nr: 2016-12-5.
6. Socialstyrelsen. Behov av och tillgång till särskilda boendeformer för äldre. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021. Rapport nr: 2021-1-7187.
7. Socialstyrelsen. Statistik om äldre och personer med funktionsnedsättning efter regiform 2021 [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022 [citerad 4 dec 2024]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikamnen/socialtjanstinsatser-till-aldre-och-personer-med-funktionsnedsattning-efter-regiform/>.
8. Socialstyrelsen. Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2017. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019. Rapport nr: 2019-1-2.
9. Sveriges Kommuner och Regioner. Stöd för prognos av boende enligt LSS. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2020. Rapport nr: 2020-5-1.
10. Socialstyrelsen. Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2019. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020. Rapport nr: 2020-5-6783.
11. Sveriges Kommuner och Regioner. Sektorn i siffror 2023 [Internet]. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2024 [citerad 4 dec 2024]. Hämtad från: <https://www.skr.se/statistik-ekonomi/sektorn-i-siffror>.
12. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Nära vård i sikte? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2021. 2021:8.

13. Larsen T, Nilsson Å, Hansen M. Nyckeltal god och nära kommunal primärvård i Göteborgsregionen 2023. Göteborg: FoU i Väst; 2024 Rapport nr: 2024-4-1.
14. Sveriges Kommuner och Landsting. Utvecklingen av digitala vårdtjänster. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2019.
15. Larsen T, Hansen M. Patientenkät kommunal primärvård – resultat för 12 kommuner i Göteborgsregionen 2023. Göteborg: FoU i Väst; 2024. Rapport nr: 2024-1-1.
16. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380(9836):37–43. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60240-2.
17. Maun A, Bjorkelund C, Arvidsson E. Primary care utilisation, adherence to guideline-based pharmacotherapy and continuity of care in primary care patients with chronic diseases and multimorbidity – a cross-sectional study. *BMC Prim Care*. 2023;24(1):237. doi: 10.1186/s12875-023-02191-6.
18. Skoog Stahlgren G, Tyrstrup M, Edlund C, Giske CG, Molstad S, Norman C, et al. Penicillin V four times daily for five days versus three times daily for 10 days in patients with pharyngotonsillitis caused by group A streptococci: randomised controlled, open label, non-inferiority study. *BMJ*. 2019;367:l5337. doi: 10.1136/bmj.l5337.
19. Bjorkelund C, Svenningsson I, Hange D, Udo C, Petersson EL, Ariai N, et al. Clinical effectiveness of care managers in collaborative care for patients with depression in Swedish primary health care: a pragmatic cluster randomized controlled trial. *BMC Fam Pract*. 2018;19(1):28. doi: 10.1186/s12875-018-0711-z.
20. Gallotti M, Campagnola B, Cocchieri A, et al. Effectiveness and consequences of direct access in physiotherapy: a systematic review. *J Clin Med*. 2023;12:5832. doi: 10.3390/jcm12185832.
21. Safstrom E, Arestedt K, Liljeroos M, Nordgren L, Jaarsma T, Stromberg A. Associations between continuity of care, perceived control and self-care and their impact on health-related quality of life and hospital readmission-A structural equation model. *J Adv Nurs*. 2023;79(6):2305–15. doi: 10.1111/jan.15581.
22. Dietrichson J, Ellegard LM, Kjellsson G. Patient choice, entry, and the quality of primary care: Evidence from Swedish reforms. *Health Econ*. 2020;29(6):716–30. doi: 10.1002/hec.4015.

23. Taloyan M, Alinaghizadeh H, Wettermark B, Jan Hasselstrom JH, Bertilson BC. Physical-mental multimorbidity in a large primary health care population in Stockholm County, Sweden. *Asian J Psychiatr*. 2023;79:103354. doi: 10.1016/j.ajp.2022.103354.
24. Parodi López N, Svensson S, Lönnbro J, Hoffman M, Wallerstedt S. Läkemedel som bör undvikas till äldre ur medicinskt perspektiv: En analys med indikatorer och patienten i fokus. *Läkartidningen*. 2023;120:23043.
25. Larsdotter C, Nyblom S, Gyllensten H, Furst CJ, Ozanne A, Hedman R, et al. Trends in the place of death in Sweden from 2013 to 2019 – disclosing prerequisites for palliative care. *Palliat Care Soc Pract*. 2024;18:26323524241238232. doi:10.1177/26323524241238232.
26. Prioriteringscentrum. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård: ett verktyg för rangordning [Internet]. Linköping: Prioriteringscentrum; 2017 [citerad 4 dec 2024]. Hämtad från: <https://prioriteringscentrum.se>.
27. Sveriges regering. Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform. Stockholm: Socialdepartementet; 2020. Proposition 2019/20:164.
28. Cabana M, Jee S. Does continuity of care improve patient outcomes? *The Journal of Family Practice*. 2004;53(12):974–80.
29. Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors-a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open*. 2018;8(6):e021161. doi:10.1136/bmjopen-2017-021161.
30. SBU, 2022. Kontinuitet i primärvården. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). Kontinuitet i primärvården [Internet]. Stockholm: SBU; 2022. [citerad 4 dec 2024]. Hämtad från <https://www.sbu.se/ut202219>.
31. Engström S, Borgquist L, Nordvall D, Albinsson G, Arvidsson E. Hög personlig läkarkontinuitet i primärvård förenad med färre besök på akut-mottagning. En populationsbaserad studie i Jönköpings sjukvårdsregion *Läkartidningen*. 2019;16:FTPW.
32. Borgquist L, Engström S. Läkares personkännedom sparade liv och resurser. Personlig kontinuitet viktig i ett nytt svenskt vårdssystem. *Läkartidningen*. 2019;116:FDZA.
33. Bice TW, Boxerman SB. A Quantitative Measure of Continuity of Care. 1977;15(4):347-9. doi:10.1097/00005650-197704000-00010.

34. Sveriges Kommuner och Regioner. Kontinuitet och fasta kontakter i vården [Internet]. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2024 [citerad 4 dec 2024]. Hämtad från: <https://www.skr.se/halsa-sjukvard/utveckling-av-verksamhet/nara-varld/kontinuitet-fasta-kontakter>.
35. Primary healthcare. [Internet] Organisation for Economic Co-operation and Development; 2023 [citerad 28 nov 2024]. Hämtad från: <https://www.oecd.org/en/topics/primary-healthcare.html>.
36. Sandman L, Tinghög G. Att tillämpa den etiska plattformen vid ransonering: Fördjupad vägledning och konsekvensanalys. Linköping: Prioriteringscentrum; 2011 Jun. Rapport nr: 2011:7.
37. Sveriges Kommuner och Regioner. Markörbaserad journalgranskning: Skador i somatisk vård 2013–2021 på nationell nivå. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2022.
38. Enhörning T, Svensson M, Nystrand C, Fastbom J, Nilsson B. Fallprevention – en kostnadseffektiv åtgärd? Hälsoekonomiska beräkningar av fallpreventiva åtgärder för äldre. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022. Rapport nr: 2022-5-7923.
39. Öien R, Apelqvist J, Lindholm C, Lundqvist K, Nelzén O, Sahlin NE et al. Svårsläkt sår hos äldre – prevention och behandling. En systematisk litteraturöversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2014. (SBU-rapport nr 226. ISBN).
40. Socialstyrelsen. Palliativ vård – förtydligande och konkretisering av begrepp. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
41. Socialstyrelsen. En nationell strategi för demenssjukdom. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022.
42. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
43. Socialstyrelsen. Vård och omsorg vid demenssjukdom. Målnivåer för indikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
44. Cummings J. The Neuropsychiatric Inventory: Assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology*. 1997;48(6):10–7. doi: 10.1212/wnl.48.5_suppl_6.10s.
45. Janus SI, van Manen JG, MJ IJ, Zuidema SU. Psychotropic drug prescriptions in Western European nursing homes. *Int Psychogeriatr*. 2016;28(11):1775–90. doi:10.1017/S1041610216001150.

46. Socialstyrelsen. Statistik om socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning efter regiform 2021 [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2022. [citerad 4 dec 2024]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikamnen/socialtjanstinsatser-till-alldre-och-personer-med-funktionsnedsattning-efter-regiform/>.
47. Socialstyrelsen. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017. [citerad 4 dec 2024]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2017-6-7.pdf>.
48. Fromer L. Implementing chronic care for COPD: planned visits, care coordination, and patient empowerment for improved outcomes. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2011;6:605-14. doi:10.2147/COPD.S24692.
49. Li Z, Wu J, Wen Q, Fu S, Sun X, He T, et al. Association of regular health check-ups with a reduction in mortality in 625,279 elderly participants with hypertension: a population-based cohort study. *Public Health*. 2024;237:458-65. doi: 10.1016/j.puhe.2024.10.024.
50. Rose AJ, Timbie JW, Setodji C, Friedberg MW, Malsberger R, Kahn KL. Primary Care Visit Regularity and Patient Outcomes: an Observational Study. *J Gen Intern Med*. 2019;34(1):82-9. doi:10.1007/s11606-018-4718-x.
51. Khazen M, Abu Ahmad W, Spolter F, et al. Greater temporal regularity of primary care visits was associated with reduced hospitalizations and mortality, even after controlling for continuity of care. *BMC Health Serv Res*. 2023;23(1):777. doi:10.1186/s12913-023-09808-7.
52. Einarsson L, Eriksson CB, Hägerdal E, Jacobson M, Linnros E, Melén D et al. Hälsö- och sjukvårdsrapporten 2024: Om läget och utvecklingen i den regionala hälso- och sjukvården [Internet]. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner; 2024. [citerad 4 dec 2024] Hämtad från: <https://www.skr.se/publikationer>.
53. Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Depression, vårdförlopp. Publicerad 19 juni 2024. [citerad 4 dec 2024]. Hämtad från: <https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/kunskapsstod/publiceradekunskapsstod/psykiskhalsa/depressionvardforlopp.75042.html>.
54. Svenska Läkarsällskapet. Kloka Kliniska Val – för en förbättrad hälsa och sjukvård. Stockholm: Svenska Läkarsällskapet; 2023.
55. Socialdepartementet. Effektiv vård. Slutbetänkande av En nationell

samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (SOU 2016:2). Stockholm.

56. Socialstyrelsen. Primärvårdens stöd till patienter med ohälsosamma levnadsvanor 2023. Stockholm: Socialstyrelsen; 2024. Rapport nr: 2024-11-9306.
57. Shemtob L, Beaney T, Norton J, Majeed A. How can we improve the quality of data collected in general practice? BMJ. 2023 Mar 15;380:e071950. doi: 10.1136/bmj-2022-071950.
58. Anell A, Arvidsson E, Dackehag M, Ellegard LM, Glenngård AH. Access to automated comparative feedback reports in primary care – a study of intensity of use and relationship with clinical performance among Swedish primary care practices. BMC Health Serv Res. 2024;24(1):33. doi:10.1186/s12913-023-10407-9.
59. Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård Sveriges regioner i samverkan. Databaserad beskrivning av primärvården – en utmaning! Stockholm: Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård Sveriges regioner i samverkan; 2023.
60. Socialdepartementet. Ett nytt regelverk för hälsodataregister. Betänkande av Utredningen om hälsodataregister (SOU 2024:57). Stockholm.
61. Svenska HALT [Internet]. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2024 [citerad 28 nov 2024]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/vardhygien-och-varorelaterade-infektioner/svenska-halt/>.

Datakällor

PrimärvårdsKvalitet

PrimärvårdsKvalitet (PVQ) är en nationell lösning för att automatiskt samla in och visa kvalitetsdata i primärvården enligt nationell standard, med syfte att stödja förbättringsarbete och uppföljning genom analys, reflektion och lärande lokalt på vårdenheter samt regionalt och nationellt. PVQ finns på cirka 97 procent av landets vårdcentraler och hälsocentraler eller primärvårdsenheter, samt på 713 rehabenheter i de regioner där rehab är ett fristående vårdval.

PVQ finansieras gemensamt av alla regioner via SKR och arbetet drivs av en nationell arbetsgrupp med representanter från deltagande professionsföreningar.

PVQ är ett nationellt system som primärt utvecklats för att stödja förbättringsarbete inom den egna enheten. Systemet möjliggör på enhetsnivå en djupare analys av enskilda patienter för att bättre förstå indikatorernas utfall. På regional nivå kan aggregerade data från enheter jämföras med varandra, och med insikt i lokala förutsättningar och populationer kan denna benchmarking vara mycket värdefull. Att jämföra mellan regioner är dock mer utmanande och bör göras varsamt. Se nedan under felkällor för mer information.

Automatiska datauttag

Data hämtas automatiskt från journalerna och alla siffror bygger på data som kan sökas fram i journalerna. Fritext kan inte sökas och därför används olika diagnos- och åtgärds-koder samt fasta sökord, labvärden etc. Den automatiska datahämtningen innebär också att alla patienter som är listade på enheten kommer med, eftersom det inte krävs någon manuell registrering utöver den som normalt sker i samband med journalföring.

Felkällor

Som tidigare nämnts utvecklades PVQ ursprungligen för att stödja förbättringsarbete inom den regionala primärvården. Vid förbättringsarbete är det sällan nödvändigt att ha exakt data på samma sätt som när man jämför och utvärderar prestationer.

Regionernas stora skillnader i organisation, hur och från vilka delar av vården data kan hämtas ut, vad som ingår i "primärvården" och hur diagnos- och åtgärds-koder används (se vidare kapitel 2, regionernas organisation) är faktorer som bidrar till skillnader i data. Skillnaderna i data speglar således inte alltid reella skillnader mellan regionerna. Ett exempel är att fler patienter tycks ha en sjukdom i regioner där diagnos-koder används i stor utsträckning. Nämnaren blir då större i indikatorn där man räknar på hur många med en viss sjukdom som fått en behandling. Även om lika många eller fler av de listade fått behandlingen blir alltså andelssiffran lägre.

Åtgärds-koder används i liten utsträckning och detta gör att insatser som till exempel psykologisk behandling och rehabilitering i stor utsträckning inte fångas i den utsträckning som de faktiskt utförs.

Data av olika typer fångas också på olika sätt i olika regioner. Till exempel kan läkemedel och labdata hämtas från hela sjukvården eller hela primärvården, medan diagnoser bara hämtas från egen enhet. Detta gör att det kan se ut som om många fler har läkemedelsbehandling för en sjukdom än som har sjukdomen i vissa regioner.

Trots felkällorna har vi valt att visa data och även data uppdelat per region när så är av värde. En tanke med detta är att transparens kan leda till konstruktiva diskussioner, ensning av påverkande faktorer och på sikt mer jämförbara data, så att skillnader i vårdkvalitet faktiskt kan diskuteras.

Urval av indikatorer

I PrimärvårdsKvalitet finns framförallt indikatorer som mäter högt prioriterade åtgärder för patienterna (se kapitel 4). Däremot finns mycket få indikatorer som handlar om sådant som är lågt prioriterat vilket gör det svårt att med indikatorer visa hur olika insatser "rangordnas" i primärvården.

I denna rapport har vi för den regionala primärvården fokuserat på indikatorer från PVQ som belyser primärvårdens breda uppdrag (förekomst av olika kroniska sjukdomar, samsjuklighet och infektioner), kontinuitet och indikatorer som beskriver exempel på patientgrupper och insatser med stora behov.

Datainsamling

Sedan 2024 finns det en nationell databas för PVQ som samlar in data från regionerna i aggregerad form på enhetsnivå samt regionnivå. Samtliga regioner har valt att ingå med data i databasen men eftersom den ännu är under uppbyggnad saknas Uppsala och Halland i den data som finns i rapporten. Utöver den nationella databasen har rapporten även kompletterats med data utifrån PVQ:s indikatorbeskrivningar som samlats in av företaget Medrave Software AB.

SKR:s insamlingar

På nationell nivå finns ingen datakälla som kan beskriva hela primärvården per kontakt, motsvarande slutenvårdens patientregister. En totalbild kan fås av kostnader och verksamhet på aggregerad nivå, samt för uppfattningar om primärvården. I övrigt behöver vi förlita oss på datakällor som endast beskriver delar av verksamheten. Ofta saknas detaljerade uppgifter om privat driven primärvård och täckningsgraden kan även i övrigt skilja sig kraftigt mellan regioner.

Verksamhetsstatistiken

Aggregerad data med uppgifter om besök, distanskontakter, vårdplatser och antal vård- och hälsocentraler med regionen som huvudman. Det är den enda källan med verksamhetsstatistik som beskriver helheten, inklusive privat driven verksamhet. Styrts av verksamhetsindelning VI 2000 som också används av SCB, där primärvården delas in i flera delverksamheter.

Regionernas räkenskaper

Innehåller nettokostnader, läkemedelskostnader och motpartsredovisning per delverksamhet inom primärvården, samt uppgifter per kontogrupp för primärvården uppdelat i öppen och slutenvård. Uppgifterna samlas in av SCB. Styrts av verksamhetsindelning VI 2000 och kan därför ställas mot verksamhetsstatistiken. Samlades ursprungligen in av SKR (som då hette SKL) och är fortfarande ett samarbete mellan SKR och SCB (kontoplanen som används är t.ex. R-bas, som tas fram av SKR).

Kostnad per patient (KPP)

KPP är en metod för att kostnadsberäkna verksamheten inom hälso- och sjukvården. Ambitionen är att kostnaderna ska fördelas ut på kontakter så patientunikt som möjligt. Innehållet motsvarar Socialstyrelsens patientregister inklusive kostnadsuppgifter. Insamlingen saknar flera regioner och den mesta verksamhet som drivs i privat regi. Det finns också skillnader mellan regioner i hur patient-id skapas, vilket försvårar analyser per patient.

Väntetider i vården

Detaljerade uppgifter motsvarande patientregistret för den del av primärvården som omfattas av vårdgarantin. Det finns oklarheter vad gäller täckningsgraden.

Nationell patientenkät

Nationell patientenkät är ett samlingsnamn för återkommande nationella undersökningar om hur patienter upplever bemötande, tillgänglighet och andra aspekter av besök och vistelser inom den regionfinansierade hälso- och sjukvården. Sedan 2009 deltar samtliga regioner och arbetet samordnas av SKR. Undersökningarna genomförs vartannat år inom primärvård (exklusive mödravård och barnhälsovård), specialiserad somatisk vård och psykiatrisk vård samt akutmottagningar. Sedan 2021 kan regionerna även välja att inkludera patienter som haft en distanskontakt med någon av yrkesgrupperna. Resultaten används för att förbättra och utveckla vården ur ett patientperspektiv.

Respondenter slumpas fram baserat på den totala genomströmningen av patienter under september månad. Patienterna får i första hand en inbjudan att besvara en enkät via inkorgen på 1177, i andra hand i form av brev.

Digitalt finns enkäterna tillgängliga att besvara på sju språk utöver svenska: arabiska, engelska, spanska, farsi, franska, somaliska och finska. Några undersökningar finns även tillgängliga med bildstöd och teckenspråkstolkning.

Resultaten av undersökningarna i Nationell patientenkät publiceras på patientenkat.se och presenteras i sju dimensioner: helhetsintryck, emotionellt stöd, delaktighet och involvering, information och kunskap, kontinuitet och koordinering, respekt och bemötande samt tillgänglighet. Varje dimension innehåller ett antal frågor. I undersökningen 2023 deltog 1 224 vårdcentraler och hälsocentraler. Drygt 400 000 enkäter skickades ut av en total genomströmning på 1 035 355 patienter. Svarsfrekvensen för vuxna i primärvården var 40,6 procent 2023.

Resource Utilization Bands (RUB)

Resource Utilization Bands (RUB) är ett verktyg inom hälso- och sjukvården som kan användas för att kategorisera patienter efter deras förväntade resursbehov. RUB bygger på analys av patientens vårdhistorik och diagnoser och är en del av det bredare systemet Adjusted Clinical Groups (ACG) som bygger på diagnoskoder.

RUB-systemet delar in patienter i fem nivåer (band), från låg till mycket hög resursanvändning, baserat på faktorer som ålder, kön, diagnos och tidigare vårdinsatser. På så vis ger RUB en strukturerad bild av vårdbehov, vilket kan hjälpa sjukvårdssystem att allokera resurser effektivare, planera vårdinsatser och bedriva uppföljning.

Kvalitetsregister

I Sverige finns i dag drygt 150 nationella kvalitetsregister. De används primärt för att utveckla och förbättra hälso- och sjukvården. Därutöver utgör kvalitetsregister värdefulla källor för forskning och innovation.

De fem kvalitetsregistren som används i den kommunala primärvården presenteras mer ingående nedan.

Gemensamt för dessa fem kvalitetsregister är att data till stor del samlas in manuellt. Det pågår flera nationella arbeten för att ta fram en effektivare informationsförsörjning mellan vårdinformationssystem och nationella kvalitetsregister.

Kvalitetsregister skiljer sig från varandra både när det kommer till innehåll och förutsättningar att nå en hög täckningsgrad, dvs. hur stor andel av patienterna som omfattas av registret.

SveDem

Svenska registret för kognitiva sjukdomar/demenssjukdomar (SveDem) syftar till att förbättra kvaliteten i vård och omsorg av personer med kognitiv sjukdom/demenssjukdom.

Sedan starten år 2007 fram till och med slutet av år 2023 har totalt 121 468 personer med demenssjukdom inkluderats i registret.

Fram till den 31 augusti 2024 var 929 regionala primärvårdsenheter, 58 specialistmottagningar (samtliga), 124 hemsjukvårdsenheter i 33 kommuner samt 638 särskilda boenden i 141 kommuner anslutna till SveDem. Baserat på epidemiologiska beräkningar är täckningsgraden ungefär 27 procent men varierar med vårdnivå.

RiksSår

RiksSår är ett nationellt diagnos-, behandlings- och processregister som följer patienten från första besöket där förstaregistringen sker, och följs upp efter läkt sår eller annat skäl till avslut. Registret kan användas av enheter som träffar och behandlar patienter med svårläkta sår inom alla vårdnivåer.

Senior alert

Syftet med Senior alert är att i ett tidigt skede identifiera och bedöma risker på individnivå inom områdena trycksår, undernäring, fall, munhälsa och blåsdysfunktion, för att sätta in preventiva åtgärder och förebygga vårdskador.

Flest registreringar in till Senior alert görs av den kommunalt finansierad primärvården. Med 288 anslutna kommuner är Senior alert ett av Sveriges största nationella kvalitetsregister. Sedan registret startades 2008 har drygt 805 000 unika patienter inkluderats, inklusive de som bedömts inom regionala verksamheter som sjukhus eller vårdcentral och hälsocentral.

Täckningsgraden för särskilt boende för äldre är 66 procent på individnivå, men varierar kraftigt från kommuner med full täckningsgrad till de som inte gör några registreringar alls. Registreringen från hemsjukvård, korttidsboenden, LSS-boenden och socialpsykiatriboenden är tyvärr låg, vilket leder till att resultaten inte alltid kan generaliseras.

År 2023 omfattade Senior alert 11 290 registrerande enheter (motsvarande avdelningar) och 35 194 användare med tillgång till att registrera eller använda lokal data för sin enhet. Av de 288 anslutna kommunerna var det 26 som inte genomfört några registreringar på särskilt boende under året.

Totalt fick 99 517 unika personer en riskbedömning under 2023.

Svenskt kvalitetsregister för beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD - registret).

BPSD-registret syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med kognitiv sjukdom/demenssjukdom och därigenom uppnå ett likvärdigt omhändertagande nationellt för dessa patienter. Data till BPSD-registret samlas in genom manuell inmatning i ett webbaserat registerformulär.

I september 2024 fanns 7 084 anslutna enheter i 288 av 290 kommuner. 407 903 registreringar är gjorda på 123 803 personer sedan registrets start 2010 fram till 2 september 2024.

Registret hade 2022 en täckningsgrad på 80,9 procent.

Svenska palliativregistret

Svenska palliativregistret är väl etablerat i både regioner och kommuner och används på så väl sjukhus, särskilda boenden, korttidsboenden, ordinära boenden, hospice och palliativa slutenvårdsenheter.

Täckningsgraden beräknas på samtliga dödsfall och anger hur stor andel av samtliga avlidna som registrerats i Svenska palliativregistret. 2023 rapporterades 54 271 enkäter vilket ger en täckningsgrad på 58 procent av alla dödsfall i Sverige.

Baserat på data från dödsorsaksregistret 2022 bedöms täckningsgraden för särskilda boenden och korttidsboenden vara 71 procent och för de som avlider i ordinärt boende 36 procent.

HALT

HALT (Healthcare-associated infections and antimicrobial use in long-term care facilities) är ett verktyg för att samla data gällande vårdrelaterade infektioner, förekomst av riskfaktorer hos vårdtagare, samt antibiotikaanvändning. Metoden bygger på den europeiska smittskyddsmyndighetens (ECDC) protokoll och är evidensbaserad. Mätningen, som är ett samarbete mellan Folkhälsomyndigheten, kvalitetsregistret Senior alert och Samverkan mot antibiotikaresistens (Strama) genomförs årligen som en stickprovsundersökning (61).

Syftet är att stödja ett systematiskt förbättringsarbete för att förebygga vårdrelaterade infektioner och bidra till en mer ansvarsfull antibiotikaanvändning.

Bilaga 2

Indikatorer

De indikatorer från PrimärvårdsKvalitet som finns med i rapporten listas nedan. För alla indikatorer kan man hitta en exakt specifikation i [Kvalitetsindikatorkatalogen](#).

Diagram/sida	Indikatorer
Diagram 7: Andel som fått uppföljande kontakt vid kronisksjuk i primärvård, både primärvård och på sjukhus och bara på sjukhus i VGR. Diagnoserna som ingår är demens, diabetes, förmaksflimmer, hjärtsvikt, hypertoni, KOL, kranskärslssjukdom och TIA/Stroke.	Sa02;0: Andel patienter med kronisk sjukdom som inte fått sitt vårdbehov bedömt, i primärvård eller på sjukhus Sa02PV+Sj: Andel patienter med kronisk sjukdom som fått sitt vårdbehov bedömt, i primärvård och på sjukhus Sa02PV: Andel patienter med kronisk sjukdom som fått sitt vårdbehov bedömt, i primärvård Sa02Sj: Andel patienter med kronisk sjukdom som fått sitt vårdbehov bedömt, på sjukhus OBS! Specialvariant av indikatorn med endast fysiska besök visas i diagram 8.
Diagram 8: Andel listade på vårdcentral med diagnos för någon av ett urval av kroniska sjukdomar.	PVQ Artros Ar02: Förekomst av diagnos artros PVQ Astma As02: Förekomst av diagnos astma PVQ Bensår Be01: Förekomst av diagnos bensår PVQ Demens Dem01: Förekomst av diagnos demens PVQ Depression Dep01: Förekomst av diagnos depression PVQ Diabetes Di01: Förekomst av diagnos diabetes typ 2 PVQ Förmaksflimmer Fö01: Förekomst av diagnos förmaksflimmer PVQ Hjärtsvikt Hj01: Förekomst av diagnos hjärtsvikt PVQ Hypertoni HT01: Förekomst av diagnos hypertoni PVQ Inkontinens Ink01: Förekomst av diagnos urininkontinens PVQ KOL, KOL01: Förekomst av diagnos Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom (KOL) PVQ Kranskärslssjukdom Kr01: Förekomst av diagnos kranskärslssjukdom PVQ Osteoporos Os01: Förekomst av diagnos osteoporos PVQ Osteoporos Os02: Förekomst av hög risk för benskörhetsfraktur hos personer 50 år och äldre, på vårdcentral PVQ Smärta Sm01: Förekomst av diagnos för långvarig icke-malign smärta PVQ Stressrelaterad Ohälsa St01: Förekomst av diagnos stressrelaterad psykisk ohälsa PVQ Stressrelaterad Ohälsa St02: Förekomst av diagnos utmattningssyndrom PVQ TIA/Stroke T/S01: Förekomst av diagnos TIA och Stroke PVQ TIA/Stroke T/S05: Förekomst av diagnos stroke PVQ Ångest Ån01: Förekomst av diagnos ångest
Diagram 9: Andel listade på vårdcentral med en eller flera diagnoser för kronisk sjukdom.	Ss01;1: Andel patienter med 1 kronisk sjukdom (ej samsjuklighet) Ss01;2, 3, 4 och 5: Andel patienter med 2–5 kroniska sjukdomar

Diagram/sida	Indikatorer
Diagram 10: Kontinuitet per region för alla patienter (oberoende av vilka sjukdomar de har) med minst tre besök på vårdcentral uppdelat på läkare och sjuksköterska/distriktssköterska. Juni 2024.	PVQ Kontinuitet Ko05L: Kontinuitetsindex för alla patienter, senaste 18 månaderna, läkare PVQ Kontinuitet Ko05S: Kontinuitetsindex för alla patienter, senaste 18 månaderna, sjuksköterska
Diagram 11: Värde på kontinuitetsindex per region för alla patienter med kronisk sjukdom och minst tre besök på vårdcentral uppdelat på läkare, sjuksköterska/distriktssköterska, fysioterapeut och psykolog/psykoterapeut för riket.	Ko01L: Kontinuitetsindex för patienter med kronisk sjukdom, senaste 18 månaderna, läkare, på vårdcentral Ko01S: Kontinuitetsindex för patienter med kronisk sjukdom, senaste 18 månaderna, sjuksköterska, på vårdcentral Ko01P: Kontinuitetsindex för patienter med kronisk sjukdom, senaste 18 månaderna, psykolog/psykoterapeut, på vårdcentral Ko01FT: Kontinuitetsindex för patienter med kronisk sjukdom, senaste 18 månaderna, fysioterapeut, på vårdcentral
Diagram 12: Kontinuitetsindex vid läkarbesök för olika patientgrupper.	PVQ Kontinuitet Ko09L: Kontinuitetsindex för patienter med kronisk sjukdom, senaste 3 åren, läkare, på vårdcentral PVQ Kontinuitet Ko05L: Kontinuitetsindex för alla patienter, senaste 18 månaderna, läkare Ko01L: Kontinuitetsindex för patienter med kronisk sjukdom, senaste 18 månaderna, läkare, på vårdcentral Ko03;3: Kontinuitetsindex för patienter med samsjuklighet (2-3 kroniska sjukdomar), senaste 18 månaderna, läkare Ko03;4: Kontinuitetsindex för patienter med samsjuklighet (≥4 kroniska sjukdomar), senaste 18 månaderna, läkare PVQ Kontinuitet Ko11: Kontinuitetsindex för "mångsökare", senaste 12 månaderna, läkare
Diagram 14: Andel patienter som har haft uppföljande kontakt vid kronisk sjukdom genom fysiskt besök samt som antingen som fysiskt besök eller på distans.	Pr01Dig+Fys: Andel patienter som har haft uppföljande kontakt vid kronisk sjukdom, fysiskt eller på distans Pr01Fys: Andel patienter som har haft uppföljande kontakt vid kronisk sjukdom, fysiskt
Diagram 15: Andel patienter med diabetes typ 2 som varit på återbesök, alla professioner inräknade	Di05A: Andel patienter med diabetes typ 2 som varit på återbesök, alla professioner
Sidan 66	Di07;0: Andel patienter som behandlas med metformin och som saknar aktuellt värde på njurfunktion KOL05A: Andel patienter med Kronisk Obstruktiv Lungsjukdom (KOL) med underhållsbehandling som har uppmätt vikt eller BMI Fö02H: Andel patienter med förmaksflimmer som har behandling med antikoagulantia vid starkt förhöjd risk att drabbas av stroke Le01 Andel med kronisk sjukdom där levnadsvana uppmärksamats
Sidan 67	Pr02: Andel patienter med ökad risk för samsjuklighet som riskskattats för hjärt-kärlsjukdom

Diagram/sida	Indikatorer
Diagram 16: Andel patienter per åldersgrupp som erhållit behandling med läkemedel respektive psykologisk behandling vid depression.	Dep03: Andel patienter med ny depressionsepisod som behandlas med antidepressiva läkemedel Dep09: Andel patienter med ny depressionsepisod som fått psykologisk behandling
Sidan 68	Pr03L Andel patienter med samsjuklighet som fått läkemedelsbehandling vid ny depressionsepisod Pr03P: Andel patienter med samsjuklighet som fått psykologisk behandling vid ny depressionsepisod
Sidan 69	Dep02 Andel patienter med ny depressionsepisod som blivit somatiskt undersökta
Diagram 17: Andel som fått antibiotika vid tillstånd där antibiotika sällan rekommenderas.	PVQ Infektion Inf24: Andel akut bronkit med antibiotika (exkl KOL) PVQ Infektion Inf17Neg: Andel antibiotikabehandlad tonsillit med neg Strep A
Diagram 18: Andel som fått rekommenderat antibiotika vid blåskatarr (akut cystit) hos män och vid lunginflammation (pneumoni).	PVQ Infektion Inf21: Andel PcV av antibiotikabehandlad pneumoni (exkl KOL) PVQ Infektion Inf30: Andel förstahandsantibiotika vid akut cystit (män)
Sida 71	Lm01: Andel patienter som förskrivits protonpumpshämmare > 28 tabletter som har evidensbaserad indikation

Primärvård i Sverige

Uppdrag, organisation, kontinuitet och prioriteringar

Kommunal och regional primärvård har en central roll i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Den fungerar som första linjens vård för befolkningen, hanterar huvuddelen av patienter med de stora folksjukdomarna och ansvarar för vård och omsorg för de sköraste och äldsta. Genom kontinuerlig kontakt med patienter och genom förebyggande insatser bidrar primärvården till att upptäcka, behandla och följa upp både akuta och kroniska sjukdomstillstånd. Samtidigt står primärvården inför omfattande utmaningar, särskilt vad gäller att upprätthålla kontinuitet i vården och att säkerställa god kvalitet för grupper med omfattande vårdbehov.

I denna rapport ger vi en beskrivning av primärvårdens struktur och funktion utifrån aktuella data med målet att läsaren ska få en djupare förståelse för primärvårdens roll i hälso- och sjukvårdssystemet, med särskilt fokus på frågor om kontinuitet och vård efter behov.

ISBN 978-91-8047-325-5

Ladda ner eller beställ på skr.se/publikationer

Post: 118 82 Stockholm **Besök:** Hornsgatan 20

Telefon: 08-452 70 00 skr.se



**Sveriges
Kommuner
och Regioner**