Region Stockholm

6

Mål och strategisk inriktning för primärvården 2019-2025

HSN 2019-0945

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Allmänmedicin och geriatrik
Christoffer Bernsköld

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2019-06-03

HSN 2019-0945

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

Mål och strategisk inriktning för primärvården 2019 - 2025

Ärendebeskrivning

I regionens budget 2019 fattade regionfullmäktige beslut om att det under våren skulle presenteras en övergripande primärvårdsstrategi, med mål för en stärkt primärvård. Detta ärende avser beslut om mål och strategisk inriktning för primärvården i region Stockholm 2019 – 2025. Förslaget för primärvården tar utgångspunkt i de övergripande beslut som tidigare fattats för hälso- och sjukvården i regionen, Framtidens Hälso- och Sjukvård (FHS) och den regionala utvecklingsplanen 2015, (RUFS 2050). Efter beslut om mål och strategisk inriktning följer som nästa steg att ta fram mått för måluppfyllelse och en genomförandeplan med prioriterade åtgärder för beslut.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Mål och strategisk inriktning för primärvården i Region Stockholm 2019 – 2025
Kunskapsunderlag om primärvården Region Stockholm – nuläge och trender 2019, bilaga 1

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att anta förslag till mål och strategisk inriktning för primärvården 2019 - 2025

att uppdra åt hälso- och sjukvårdsdirektören att ta fram mått för måluppfyllelse och en genomförandeplan med prioriterade åtgärder och återkomma till hälso- och sjukvårdsnämnden senast den 26 november 2019.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund
Hälso- och sjukvården behöver utvecklas och anpassas för att möta invånarnas ändrade behov utifrån kommande demografiska förändringar med bland annat ökande andel äldre, förändringar i sjukdomspanoramat innebärande fler som lever längre med kroniska sjukdomar och ökad psykisk ohälsa, skillnader i hälsoutfall mellan olika grupper i befolkningen, nya möjligheter till diagnos och behandling samt invånarnas förväntningar på ökad tillgänglighet, kontinuitet, delaktighet och service. Samtidigt som hälso- och sjukvården behöver hantera aktuella utmaningar med kostnader som ökar snabbare än tillgängliga resurser, kompetensförsörjning samt säkerställa de investeringar och förändrade arbetssätt som kommer krävas för att dra nytta av digitaliseringens möjligheter.

I Region Stockholm pågår arbetet med att ställa om till framtidens hälso- och sjukvård (FHS), utifrån de bärande principerna att all vård ska bedrivas på mest effektiva vårdnivå och i möjligaste mån av vårdgivare i nätverk inom öppenvården. Delar av FHS med direkt påverkan på primärvården är bland annat införandet av närakuter, ett tydligare koordineringsuppdrag till vårdcentralerna av vården för enskilda patienter samt ett ökat fokus på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. En stärkt primärvård är en viktig del av framtidens hälso- och sjukvård. I Budget 2019 beslutades att det under våren skulle presenteras en övergripande primärvårdsstrategi, med mål för en stärkt primärvård. En primärvård som ska finnas nära och vara tillgänglig för länets alla invånare.

Överväganden
En avgörande fördel med att ha ett gemensamt mål och strategisk inriktning för primärvården i region Stockholm är att det sätter gemensamma ramar för de kommande beslut som direkt eller indirekt påverkar primärvården för alla nivåer inom systemet. Gemensam målbild och strategisk inriktning ger förutsättningar för det långsiktiga metodiska arbete som kommer att krävas för att stärka primärvården.

Följande principer har varit vägledande under arbetet med att ta fram Mål och strategisk inriktning för primärvården i Region Stockholm 2019 – 2025. Arbetet har tagit sin utgångspunkt i och ska bidra till måluppfyllelse för redan beslutade övergripande mål för hälso- och sjukvården i Region Stockholm Arbetet har präglats av dialog med invånare, aktörer inom primärvården och andra delar av hälso- och sjukvården, Utgångspunkten har varit att tillvara patientens perspektiv samt behovet av sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem, Mål och strategisk inriktningen kommer att kompletteras med mått för uppföljning och en konkret genomförandeplan,

med prioriterade aktiviteter som föreslås utifrån analys av bland annat nytta, resurser, genomförbarhet samt påverkan på andra delar av hälso- och sjukvården.

För att mål och strategisk inriktning ska få konkreta effekter behöver de och den kommande genomförandeplanen kopplas till regionens ordinarie styrning- och ledning.

Ekonomiska konsekvenser
Beslutet om mål och strategisk inriktning har inga direkta ekonomiska konsekvenser. De kommer först vid beslut om genomförandet av prioriterade åtgärder. Vissa åtgärder kommer att kunna införas genom ändrade arbetssätt och resurseffektivisering, men för andra kommer det att vara nödvändigt med resurstillskott. Utifrån mål och strategisk inriktning ska åtgärderna som helhet bidra till en mer resurseffektiv användning inom hälso- och sjukvårdssystemet, även om en stärkt primärvård kommer att kräva stärkta resurser. Redan i budget 2019 beslutades om mer resurser till primärvården.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Genom fokuserat arbete för att nå målet utifrån den strategiska inriktningen kommer patientsäkerheten att förbättras.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Genom fokuserat arbete för att nå målet utifrån den strategiska inriktningen kommer vården bli mer jämlik och jämställd. En jämlik hälsa för alla invånare oavsett ålder, kön, sexuell läggning, ursprung eller socioekonomiska villkor är en del av det övergripande målet för primärvården.

Miljökonsekvenser
Beslutet om mål och strategisk inriktning har inga miljökonsekvenser.

Administrativa konsekvenser
Beslutet om mål och strategisk inriktning har inga administrativa konsekvenser.

Björn Eriksson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anna Ingmanson
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Akten

Mål och strategisk inriktning för primärvården i Region Stockholm 2019 – 2025



Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Christoffer Bernsköld
08-123 146 53
christoffer.bernskold@sll.se

Zaklina Milenkovski
08-123 137 82
zaklina.milenkovski@sll.se

Region Stockholm

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning 2

Sammanfattning 3

1 **Bakgrund** 4

1.1 Regionen har utvecklat primärvården sedan 1960-talet med införandet av vårdval 2008 4

1.2 2018 definierade den politiska majoriteten i regionfullmäktige en plattform för sin gemensamma politik inklusive hälso- och sjukvården 2018–2022 4

1.3 En fortsatt utvecklad primärvård är viktigt för att möjliggöra en omställning till en nära vård och FHS 6

1.4 En fortsatt utvecklad primärvård är också viktigt för att möta invånarnas behov och aktuella utmaningar 7

1.5 Beslut om en övergripande strategi för primärvården 2019–2025 7

1.6 Strategin är i linje med Region Stockholms övergripande strategier 8

2 Arbetet med att ta fram strategin genomförs i två delar 9

2.1 Första delen – framtagande av mål och strategisk inriktning 9

2.2 Andra delen- framtagande av en genomförandeplan med uppföljning och prioriterade åtgärder 10

3 Första delen av strategin - mål och strategisk inriktning 12

3.1 Regionens långsiktiga mål för hälso- och sjukvården omfattar en stärkt primärvård 12

3.2 Primärvårdsstrategin från mål till uppföljning och prioriterade åtgärder 16

3.3 Mål för primärvården 2025 19

3.4 Strategisk inriktning för att nå målet för primärvården 2025 29

Referenser 49

Lista över figurer 50

Sammanfattning

I budget 2019 beslutade regionfullmäktige att ta fram en strategi, med mål för en stärkt primärvård som ingår i ett hälso- och sjukvårdssystem som ”präglas av god tillgänglighet, hög kvalitet, delaktighet och valfrihet för den enskilde”. En stärkt primärvård kommer utöver att skapa bättre förutsättningar för att möta invånarnas behov vara en förutsättning för införandet av Framtidens hälso- och sjukvård (FHS) som bland annat omfattar en omställning till en nära vård.

Detta dokument utgör den första delen av strategin och omfattar mål och strategisk inriktning för primärvården 2019 – 2025. I den andra delen av arbetet kommer en genomförandeplan med mått för uppföljning och prioriterade åtgärder tas fram under hösten, för förslag om beslut i december. Under arbetet sker en dialog med invånare, medarbetare och olika aktörer inom systemet.

Det övergripande målet för primärvården 2025 är: ”En tillgänglig och nära vård för en jämlik och förbättrad hälsa hos invånarna”

Ur tre olika perspektiv innebär denna målbild:

- **Invånare:** ”Jag har tillgång till vård när jag behöver den och kunskap och kompetens att hantera min egen hälsa och jag är delaktig i min hälso- och sjukvård. Jag har förtroende för den nära vården och jag kan välja den vård som passar mina behov.”
- **Primärvårdens medarbetare:** ”Jag trivs mycket bra. Det är attraktivt och stimulerande att arbeta i primärvården och vi utvecklar vården tillsammans i team med olika kompetenser.”
- **Hälso- och sjukvårdssystemet:** ”Primärvården utgör navet i en tillgänglig och sammanhållen hälso- och sjukvård. Den samarbetar ändamålsenligt med andra aktörer för att möta invånarnas behov. Primärvården följs upp, resurssätts och leds så att resultaten för invånarna ständigt förbättras.”

Strategisk inriktning för primärvården:

- *Tillhandahålla en primärvård med hög upplevd och faktiskt tillgänglighet, medicinsk kvalitet, kontinuitet och förtroende som kontinuerligt förbättras utifrån invånarnas behov.*
- *Säkerställa effektiv resursanvändning, ändamålsenlig uppföljning och goda förutsättningar för vården att förbättra de medicinska resultaten för invånarna.*
- *Ställa om till en mer förebyggande, hälsofrämjande och sammanhållen nära vård med invånaren som medskapare.*
- *Utveckla, behålla, attrahera och uppgiftsväxla rätt kompetenser efter både nuvarande och framtida behov.*

- *Skapa förutsättningar för att realisera de möjligheter en systematisk digitalisering ger.*

1 Bakgrund

I regionens budget 2019 fattade regionfullmäktige beslut om att det under våren skulle presenteras en övergripande primärvårdsstrategi, med mål för en stärkt primärvård. I detta kapitel beskrivs bakgrunden och utgångspunkten för strategiarbetet.

1.1 Regionen har utvecklat primärvården sedan 1960-talet med införandet av vårdval 2008

Hälso- och sjukvården i Sverige har historiskt sett varit sjukhustung och ända sedan 1940-talet har det funnits politiska ambitioner att föra över mer resurser till primärvården. På 1960-talet flyttades ansvaret för primärvården från staten till landstingen och allmänläkarna fick en egen specialistutbildning men utvecklingen mot en ökad primärvård gick dock långsamt och det var först i samband med att den nya hälso- och sjukvårdslagen trädde i kraft 1983, som primärvården förstärktes genom att ett stort antal vårdcentraler och distriktssköterskemottagningar etablerades både nationellt och i Stockholm. De effektiviseringar som skedde på sjukhusen under 1990-talet medförde att en större del av vården kunde ske i öppen vård, något som också ökade fokus för primärvården. Utöver de nationella handlingsplanerna genomfördes flera särskilda regionala satsningar på primärvården. Diskussioner om bristande tillgänglighet, kontinuitet, patientfokusering och valfrihet i Stockholms län ledde fram till ”Vårdval Stockholm” som infördes den 1 januari 2008. Vårdvalet omfattade husläkarverksamhet, mödrahälsovård, barnhälsovård, fotsjukvård och logopedi. Med åren har även flera specialiserade vårdval utvecklats, flera av dem tangerar primärvårdens uppdrag.

1.2 2018 definierade den politiska majoriteten i regionfullmäktige en plattform för sin gemensamma politik inklusive hälso- och sjukvården 2018–2022

I den gemensamma politiska plattformen betonas vikten av en tillgänglig hälso- och sjukvård av hög kvalitet som ska vara trygg, modern och organiseras utifrån patientens behov. Vården ska präglas av valfrihet för den enskilde och grundas på vetenskap och beprövad erfarenhet och fokusera på kvalitet och resultat för varje enskild individ. Tillgängligheten till vården ska vara hög och vårdkvaliteten ska ständigt utvecklas.

För att förbättra kontinuiteten för patienterna och ge primärvården förutsättningar att arbeta mer förebyggande och mer effektivt ska den nära vården byggas ut och primärvårdens roll stärkas genom bland annat en prioritering i hälso- och sjukvårdsbudgeten. Husläkarmottagningarna ska vara navet i invånarnas sjukvård och patienternas behov av en tillgänglig, nära husläkare, barnavårdscentraler och barnmorskemottagningar ska stå i centrum – såväl fysiskt som digitalt.

Plattformen beskriver också att under mandatperioden ska alla som vill få lista sig hos en namngiven, fast husläkare. Denna ska ha helhetsansvaret för sin patient, ha en koordinerande funktion och ha ett team med viktiga professioner, så som exempelvis distriktssjuksköterska, psykolog och fysioterapeut knutet till sig. Läkare ska kunna begära ett tak för antalet listade patienter för att möjliggöra förutsättningar att utföra uppdraget utifrån de listade patienternas behov och med en hållbar arbetssituation. Målsättningen ska vara att patienter i så stor utsträckning som möjligt ska få kontinuitet i sina vårdkontakter med primärvården. En översyn av vad som ingår i primärvård ska också genomföras och gränsdragningar mellan olika vårdval bör ses över. Bland annat vill man stärka uppdraget för psykisk hälsa och förebyggande vård.

Man vill även öka antalet mottagningar inom primärvården och specialiserad öppenvård vid behov genom förenklingar för mindre vårdgivare eller genom att regionen själv etablerar vårdverksamheter på platser där behoven växer eller där det i dag saknas nära vård. Idé- och utvecklingskraften hos entreprenörer och idéburna organisationer ska tillvaratas för att öka vårdutbudet, tillgängligheten och valfriheten för patienterna. [1]

1.3 En fortsatt utvecklad primärvård är viktigt för att möjliggöra en omställning till en nära vård och FHS

Den när vården är ett begrepp som introducerats brett utifrån den statliga utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* (SOU 2017:01). [1] En omställning till en nära vård innebär att vården i allt större utsträckning förflyttas från byggnaden ”sjukhuset” och ut i andra vårdformer; till vårdcentral, hälsocentral, andra former av externt belägna specialistmottagningar, sjukstuga, mobila team, digitala lösningar, till patientens hem, prehospitalt. En omställning till nära vård innebär inte en organisationsnivå, eller ny benämning på primärvården, utan ett sätt att tänka kring och se på hur man organiserar all hälso- och sjukvård med utgångspunkt i patienternas och brukarnas individuella behov, förutsättningar och preferenser så att hela patientens livssituation kan beaktas. Den nära vården utgår från att hälsofrämjande, förebyggande och proaktiva insatser är det mest rationella arbetssättet och att relationer är centrala för kvalitet och effektivitet. [4] Primärvården kommer att vara en central del för den nära vården, men grundtanken är att alla vårdformer även den högspecialiserade sjukhusvården ska bedriva mer vård nära, bland annat med hjälp av digitala lösningar. Den nära vården kan vara nära utifrån flera olika aspekter exempelvis geografisk närhet, relationell närhet och upplevd tillgänglighet.

Utifrån utredningen ovan finns nära vård sedan 2018 inskrivet i hälso- och sjukvårdslagen ”Landstinget ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl, får vården koncentreras geografiskt.” [3]

De nationella arbetet kring nära vård går väl i linje med den omställning av hälso- och sjukvården som Region Stockholm sedan flera år bedriver genom införandet av Framtidens Hälso- och Sjukvård (FHS). FHS innebär att styrningen av hur vården ska planeras från tre områden: hög tillgänglighet, god kvalitet och delaktighet samt hög effektivitet. Det sistnämnda innebär att patienten ska tas om hand på ett kostnadseffektivt sätt vilket bland annat innebär ett fokus på att patienten tas om hand på den mest effektiva vårdnivån (LEON/BEON). Målbilden är en friskare befolkning med ett ökat förtroende för hälso- och sjukvården, en informerad patient som rör sig i en lättillgänglig vård och en hälsofrämjande sjukvård med hög effektivitet och patientsäkerhet i fokus.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen arbetar sedan 2018 med att ta fram nya avtal för länets akutsjukhus (utom St. Göran) utifrån FHS målbild. Sjukhusavtalen innebär att genomlysningar har gjorts av de uppdrag som akutsjukhusen ska ha och vilken vård som ska bedrivas utanför länets akutsjukhus. Det innebär samtidigt att kapaciteten i övriga vårdsystemet inom öppen specialistvård och primärvård måste säkerställas för att systemet som helhet ska fungera tillsammans.

1.4 En fortsatt utvecklad primärvård är också viktigt för att möta invånarnas behov och aktuella utmaningar

Hälso- och sjukvården som helhet, med primärvården som en viktig del, behöver utvecklas för att möta invånarnas ändrade behov utifrån demografiska förändringar med bland annat ökande andel äldre, förändringar i sjukdomspanoramat med fler som lever längre med kroniska sjukdomar och ökad psykisk ohälsa, skillnader i hälsoutfall mellan olika grupper i befolkningen, nya möjligheter till diagnos och behandling samt invånarnas förväntningar på ökad upplevd tillgänglighet, kontinuitet, delaktighet och service.

Hälso- och sjukvården som helhet, med primärvården som en viktig del, behöver också utvecklas för att hantera aktuella utmaningar med kostnader som ökar snabbare än tillgängliga resurser, kompetensförsörjning och säkerställa de investeringar och förändrade arbetssätt som kommer krävas för att dra nytta av digitaliseringens möjligheter.

1.5 Beslut om en övergripande strategi för primärvården 2019–2025

I Budget 2019 beslutades att det under våren skulle presenteras en övergripande primärvårdsstrategi, med mål för en stärkt primärvård. En primärvård som ska finnas nära och vara tillgänglig för länets alla invånare.

En primärvårdsstrategi som ger ramar för utvecklingen av primärvården 2019 – 2025 kommer att vara en viktig förutsättning för det långsiktiga metodiska arbete som kommer att krävas för att stärka primärvården. Arbete mot ett gemensamt mål och utifrån en gemensam strategiskt inriktning möjliggör för alla beslut som direkt eller indirekt berör primärvården att dra åt samma håll.

Primärvårdsstrategin kommer att vara ett styrdokument, som utgör en gemensam ledstång för politiker, tjänstemän och vårdgivare inom primärvården 2019–2025. Strategin kommer att kopplas till regionens ordinarie styr- och uppföljningsprocess och genomsyra den kontinuerliga utvecklingen av primärvården i regionen. Eftersom hela hälso- och sjukvården är ett sammanhängande system där förändringar i en del direkt eller indirekt påverkar andra delar behöver primärvårdsstrategin också koordineras med och speglas i andra aktuella utvecklingsprojekt med påverkan på exempelvis patientflöden och uppdragsfördelning.

1.6 Strategin är i linje med Region Stockholms övergripande strategier

Både målen och strategisk inriktning i primärvårdsstrategin är i linje med och ska bidra till måluppfyllelse för regionens övergripande strategier för regional utveckling, framtidens hälso- och sjukvård samt forskning och utbildning.

Den regionala utvecklingsplanen för Stockholmsregionen (RUFS 2050) uttrycker regionens samlade vilja och pekar ut riktningen för regionens arbete för att största regionala nytta ska uppnås till 2050. Visionen är att Stockholmsregionen ska vara Europas mest attraktiva storstadsregion. I RUFS 2050 lyfts hälso- och sjukvården inom området ”Samhällsservice inklusive hälso- och sjukvård”. [5] Hälso- och sjukvården och särskilt dess hälsofrämjande och förebyggande delar bidrar också till en god regional utveckling

Framtidens hälso- och sjukvård (FHS) är regionens långsiktiga strategi för hälso- och sjukvården och genomförandet ska möta dagens och framtidens vårdbehov. [6] För mer information om FHS se avsnitt 1.6. Delar av FHS med direkt påverkan på primärvården är bland annat införandet av närakuter, ett tydligare koordineringsuppdrag till vårdcentralerna av vården för enskilda patienter samt ett ökat fokus på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.

I Strategi för forskning, utveckling och utbildning (FoUU) för hälso- och sjukvården, tandvården och kollektivtrafiken i Stockholms läns landsting 2015 – 2019 tydliggörs vikten av regionens satsningar på FoUU, för att skapa grunden för framtidens hälso- och sjukvård och ge invånarna tillgång till effektiva läkemedel, säkrare behandlingsmetoder och smartare teknik. Alla beslut som påverkar hälso-och sjukvårdens utformning ska säkerställa möjligheten att bedriva klinisk forskning, utveckling och utbildning. Regionen ska fullt ut utnyttja digitaliseringens möjligheter med flexibla och stödjande ehälsotjänster samt erbjuda en ändamålsenlig och verksamhetsstödjande informationsmiljö.

Arbetet med att ta fram och i ett senare skede genomföra primärvårdsstrategin behöver också koordineras med och avspeglas i flera andra regionala strategier och utvecklingsinitiativ. Fler av dessa berörs direkt i primärvårdsstrategins åtgärder exempelvis en stärkt första linjes psykiatri från den regionala strategin för psykisk ohälsa. Ett antal exempel (utan prioriteringsordning) inkluderar Regional strategi för psykisk ohälsa, Region Stockholms Strategi för IT och digitalisering, Framtidens vårdinformationsmiljö (FVM), etablering av förändrad modell för regional kunskapsstyrning inklusive Vårdens kunskapsstyrningsnämnd (VKN), implementeringen av arbetssätt utifrån Lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (LUS)

2 Arbetet med att ta fram strategin genomförs i två delar

2.1 Första delen – framtagande av mål och strategisk inriktning

Arbetet med primärvårdstrategin är uppdelat i två delar. Första delen, framtagande av mål och strategisk inriktning, har arbetats fram under våren 2019. Den andra delen som omfattar att ta fram mått för uppföljning och prioriterade aktiviteter för genomförande är planerat att ske under hösten 2019. Under båda delarna förs en strukturerad dialog med invånare, profession och olika aktörer inom systemet för att säkerställa deras perspektiv.

Den första delen av arbete fokuserade på att utveckla målbild och strategisk inriktning utifrån den politiska styrningen, exempelvis FHS och Budget 2019. Därutöver har viktiga frågeställningar att besvara för den strategiska inriktningen identifierats, kunskapsunderlag om primärvården i Region Stockholm och en kommunikationsplan för vårens kommunikationsaktiviteter har tagits fram. Under våren har dialogen med invånare och vårdgivare skett kontinuerligt, se Figur 1. Tre större dialogmöten hölls under mars-april med över 200 deltagare sammanlagt från vårdgivare i både offentlig och privat regi, fackliga organisationer, samt patient- och seniororganisationer. Utöver dessa har även mindre avstämningsmöten genomförts under våren med bland annat Stockholms Distriktsläkarförening, sjuksköterskeföreningen, Kvinnliga verksamhetschefer i Stockholms primärvård, Personalägda Vårdcentraler i Stockholm (PIST) och privata vårdgivare. I slutet av fas 1 tas även beslut om målbilden och den strategiska inriktningen i Hälso- och sjukvårdsnämnden i juni 2019.

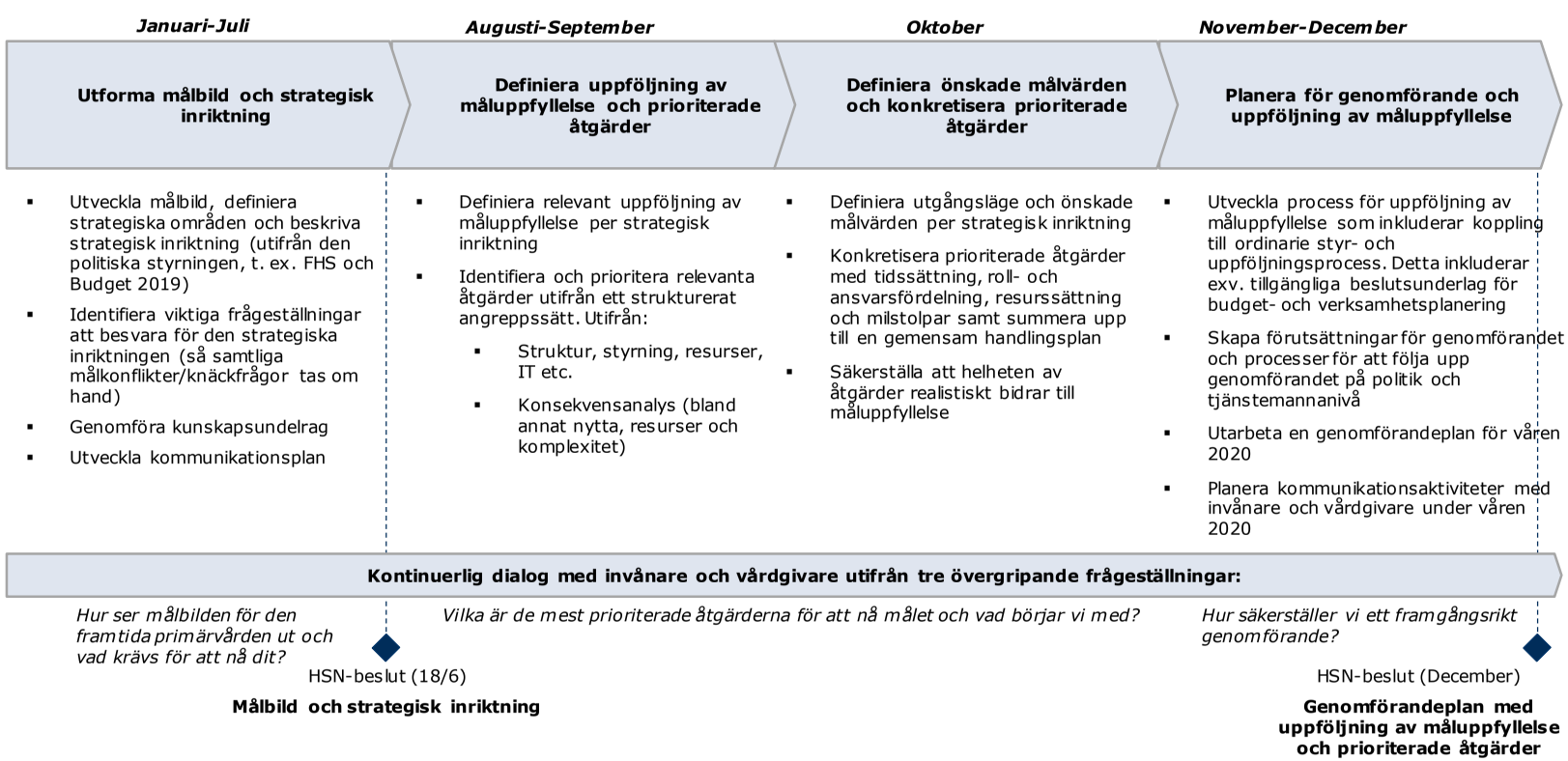
Figur 1 visar på exempel på aktörer som involverats i dialog- och avstämningsmöten under fas 1.



Figur 1. Exempel på aktörer som involverats under vårens dialogmöten

2.2 Andra delen- framtagande av en genomförandeplan med uppföljning och prioriterade åtgärder

Under hösten planerasarbetet att fokusera på, framtagande och förankring av mått och process för uppföljning samt konkretisering av prioriterade åtgärder. Slutprodukten av höstens arbete är en samlad beskrivning för hur uppföljning av strategins måluppfyllelse ska ske samt konkreta prioriterade åtgärder och en plan för deras implementering (genomförandeplan). Genomförandeplanen ska konkretisera de planerade åtgärderna med hjälp av aktiviteter, milstolpar, prioriteringar samt roll- och ansvarsfördelning samt inkludera kommunikationsaktiviteter med invånare och vårdgivare. Valda mått, åtgärder samt genomförandeplanen kommer att beslutas av hälso- och sjukvårdsnämnden under december 2019. Det utåtriktade kommunikationsaktiviteterna kommer att fortsätta under våren och både invånare, vårdgivare och andra aktörer kommer att involveras i framtagande av uppföljning och åtgärder.



Figur 2. Övergripande tidplan för framtagande av strategi under 2019.

3 Första delen av strategin - mål och strategisk inriktning

I detta kapitel beskrivs hur strategins övergripande målbild utgår ifrån regionens långsiktiga mål för hälso- och sjukvården samt hur målbilden och de fem strategiska områdena kommer att fungera som ett underlag för en genomförandeplan inklusive prioriterade åtgärder.

3.1 Regionens långsiktiga mål för hälso- och sjukvården omfattar en stärkt primärvård

Regionens långsiktiga mål för hälso- och sjukvården omfattar en mer tillgänglig och nära vård samt en stärkt primärvård. Målen och den strategiska inriktningen för primärvården tar sin utgångspunkt i övergripande styrdokument och kommer att ge underlag för en genomförandeplan med uppföljning av måluppfyllelse och genomförandet av ett antal prioriterade åtgärder per strategisk inriktning.

3.1.1 Övergripande mål för hälso- och sjukvården och primärvården

Mål och strategisk inriktning för utvecklingen av primärvården ska vara i linje med och bidra till de övergripande målen för utvecklingen av hälso- och sjukvården, som landstingsfullmäktige för Region Stockholm har beslutat om. Nedan följer en övergripande beskrivning utifrån de målbilder som definierats i Framtidsplan för hälso- och sjukvården (FHS), den regionala utvecklingsplanen RUFS 2050, i Budget för 2019 och Strategi för forskning, utveckling och utbildning för hälso- och sjukvården, tandvården och kollektivtrafiken i Stockholms läns landsting 2015 – 2019.

Arbetet med att utveckla primärvården behöver ta sin utgångspunkt i dessa övergripande beslut och förändringsarbetet inom olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet behöver koordineras. Förändringar som påverkar primärvårdens patientflöde behöver mötas av ändamålsenliga anpassningar inom andra delar av systemet, oavsett om förändringarna initierats från primärvården eller från andra delar.

I FHS definieras målbilden för hälso- och sjukvården utifrån tre områden: hög tillgänglighet, god kvalitet och delaktighet samt hög effektivitet. En bärande tanke enligt planen är att vård ska bedrivas på mest effektiva vårdnivå och i möjligaste mån av vårdgivare i nätverk inom öppenvården. Delar av FHS med direkt påverkan på primärvården är bland annat införandet av närakuter som är en ny och mycket central vårdform för patienter med akuta vårdbehov som inte

kräver akutsjukhusens resurser, ett tydligare koordineringsuppdrag till vårdcentralerna av vården för enskilda patienter och ökat fokus på hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. (Figur 3) 2019 ses resultaten av FHS som genomförts i tre stora steg som stora strukturförändringar av vården i regionen. Ett nytt högspecialiserat sjukhus, Nya Karolinska Solna (NKS), har tagits i drift och stora delar av vården har flyttat ut till vårdformer utanför akutsjukhusen. Det akuta omhändertagandet har strukturerats om, den prehospitala vården har byggts ut och omstrukturerats, digitala tjänster har introducerats, geriatriken har byggts ut och nu pågår en utveckling av den digitala infrastrukturen inom programmet framtidens vårdinformationsmiljö, FVM.



Figur 3. Målbild för hälso- och sjukvården 2025 enligt Framtidens hälso- och sjukvård (FHS)

I RUFS 2050 lyfts hälso- och sjukvården inom området ”Samhällsservice inklusive hälso- och sjukvård”.

- *Under det regionala ställningstagandet ”Lokalisera utbudet till behoven”* beskrivs hur offentliga lokaler kan användas flexibelt för att nå så många invånare som möjligt. Hälso- och sjukvård behöver planeras utifrån invånarantal och andra aspekter som områden med låg tillit och på oväntade platser, till exempel hälsorådgivning i en öppen förskola och bibliotekspåsar i väntrum.
- *Under det regionala ställningstagandet ” Utveckla en tillgänglig, modern och god hälso- och sjukvård”* skrivs ”En viktig utgångspunkt är att den geografiska spridningen av vårdverksamheter möter den regionala

strukturen. Den framtida vården ska utformas utifrån begreppet nätverkssjukvård, som innebär att individen med stöd av ehälsotjänster erhåller vård av vårdgivare som arbetar i en nätverksstruktur. Det är individens hälsa, inte enbart sjukdomen, som är i fokus vid varje möte med vården och oavsett vart individen vänder sig ska denne få stöd att komma till rätt vårdinstans och rätt vårdform. Samverkan mellan verksamheter inom regionens hälso- och sjukvård och kommunernas vård och omsorg är en viktig förutsättning för fungerande, regionala ehälsotjänster. Utbyggnaden av den digitala räckvidden på landsbygd och i skärgård är särskilt viktig för tillgängligheten till ehälsotjänster."

De övergripande målen i RUFS 2050 utgår ifrån Regeringens nationella folkhälsopolitiska mål som är att t skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Målet är nedbrutet i åtta delområden där särskilt det åttonde målet, hälsofrämjande hälso- och sjukvård, är viktigt för hur primärvårdens uppdrag ska utformas.

1. Det tidiga livets villkor
2. Kunskaper, kompetenser och utbildning
3. Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö
4. Inkomster och försörjningsmöjligheter
5. Boende och närmiljö
6. Levnadsvanor
7. Kontroll, inflytande och delaktighet
8. **En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård**

[7] De folkhälsopolitiska målen ska arbete mot uppfylles av FN:s 17 globala mål för hållbar utveckling (Agenda 2030[1]) [2]

I Strategi för forskning, utveckling och utbildning (FoUU) för hälso- och sjukvården, tandvården och kollektivtrafiken i Stockholms läns landsting 2015 – 2019 tydliggörs vikten av regionens satsningar på FoUU, för att skapa grunden för framtidens hälso- och sjukvård och ge invånarna tillgång till effektiva läkemedel, säkrare behandlingsmetoder och smartare teknik. FoUU i samverkan med universitet, näringsliv och andra kunskapsorganisationer ska genomsyra regionens hela verksamhet. Alla beslut som påverkar hälso-och sjukvårdens utformning ska säkerställa möjligheten att bedriva klinisk forskning, utveckling och utbildning. Regionen ska fullt ut utnyttja

[1] Mål nummer 3 i Agenda 2030, Hälsa och välbefinnande, inkluderar 13 delmål: minska mödradödligheten; förhindra alla dödsfall som hade kunnat förebyggas bland barn under fem år; bekämpa smittsamma sjukdomar; minska antalet dödsfall till följd av icke smittsamma sjukdomar och främja mental hälsa; förebygg och behandla drogmissbruk; minska antalet dödsfall och skador i vägtrafiken; tillgängliggör reproduktiv hälsovård, familjeplanering och utbildning för alla; tillgängliggör sjukvård för alla; minska antalet sjukdoms- och dödsfall till följd av kemikalier och föroreningar; genomför Världshälsoorganisationens ramkonvention om tobakskontroll; stöd forskning, utveckling och tillgängliggör vaccin och läkemedel för alla; öka finansiering och personal till utvecklingsländers hälso- och sjukvård; förbättra tidiga varningssystem för globala hälsorisker.

digitaliseringens möjligheter med flexibla och stödjande ehälsotjänster samt erbjuda en ändamålsenlig och verksamhetsstödjande informationsmiljö.

3.1.2 Mål för hälso- och sjukvården och primärvården i Budget 2019

Enligt budgeten som beslutats för 2019 ska regionens sjukvård vara *”En tillgänglig hälso- och sjukvård av hög kvalitet”*. Hälso- och sjukvården ska vara trygg, modern och organiseras utifrån patientens behov. Den ska dessutom präglas av delaktighet och valfrihet för den enskilde. All vård ska grundas på vetenskap och beprövad erfarenhet. Inom hälso- och sjukvårdssystemet ska primärvårdens roll stärkas, så att husläkarmottagningarna blir navet i sjukvården. Primärvården ska få förutsättningar att arbeta mer förebyggande, mer effektivt och tillsammans med en stärkt öppen specialiserad vård kunna göra mer av det som idag görs inom ramen för akutsjukhusens verksamhet. Hälso- och sjukvårdsnämnden ska säkerställa att det finns en plan för patienternas trygga överlämnande, behov av kapacitetsförändringar hos vårdgivare och för kompetenshöjande insatser samt för utbildning och forskning. Ytterligare förutsättningar som framhålls är brett tillgängliggörande av tekniska lösningar för kontakt med vården och stärkt stöd för egenvård. I linje med detta beskrivs att primärvården ska förstärkas med fler husläkare och utökade resurser. Nya mottagningar ska tillkomma genom förenkling för mindre vårdgivare eller filialverksamheter, eller genom att regionen själv etablerar vårdverksamheter på platser där det idag saknas nära vård.

3.1.3 Behov av plan för att genomföra den beslutade resursförstärkningen av primärvården

I budget för 2019 finns beslut om förstärkta resurser för primärvården. För att den planerade omställningen ska kunna genomföras kommer det att krävas en plan för hur behovet av resursförstärkning kommer att kunna tillgodoses under de kommande åren. Planeringen av hur de ska realiseras behöver ske koordinerat med övrig långsiktig budgetplanering såsom arbetet med att ta fram de nya sjukhusavtalen och beslut om den procentuella ökningen av resurstilldelningen till primärvården och annan nära vård jämfört med andra vårdformer. Förändringsarbete som resulterar i ändrade patientflöden från andra vårdformer till primärvården kan också åtföljas av förändrad resurstilldelning. Primärvården behöver också ha representanter i relevanta styrgrupper och i utvalda regionala programområden inom kunskapsstyrningsorganisationen. Återkoppling behöver säkerställas även från primärvårdsverksamheter i privat regi.

3.2 Primärvårdsstrategin från mål till uppföljning och prioriterade åtgärder

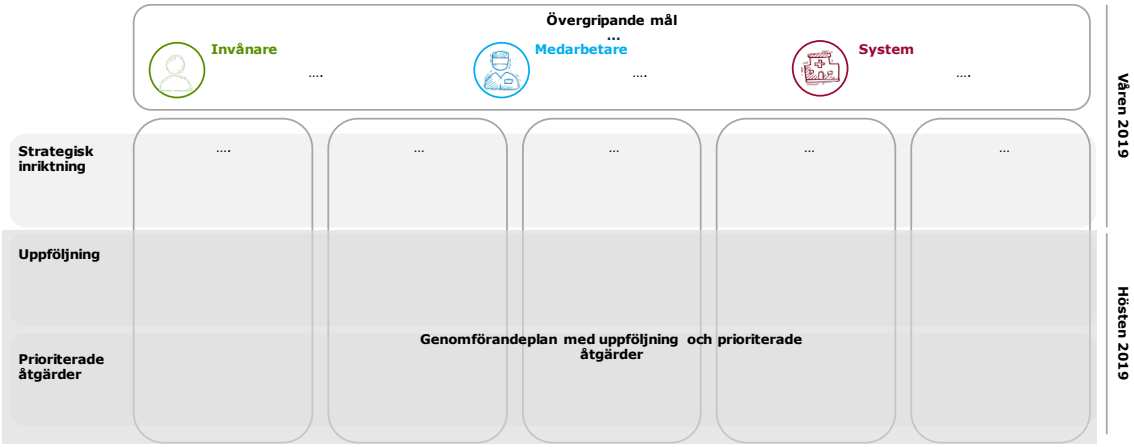
Mål och strategisk inriktning för utvecklingen av primärvården har tagit utgångspunkt i den övergripande inriktning som landstingsfullmäktige för region Stockholm har fattat beslut om i Framtidsplan för hälso- och sjukvården (FHS), den regionala utvecklingsplanen RUFS 2050, i Budget för 2019 och Strategi för forskning, utveckling och utbildning för hälso- och sjukvården, tandvården och kollektivtrafiken i Stockholms läns landsting 2015 – 2019.

Primärvårdsstrategin kommer också att behöva vara ett levande dokument som anpassas utifrån det kontinuerliga utvecklingsarbetet som pågår inom regionen och nationellt. Ett exempel i närtid är den kommande regionala strategin för IT och digitalisering, som kommer att ta upp digitaliseringens roll för hälso- och sjukvårdens utveckling.

Strategin för primärvården 2019 - 2025 syftar till att staka ut vägen för utvecklingen av primärvården i regionen. Strategin innehåller mål för primärvården 2025, som ska uppnås genom arbete utifrån en strategisk inriktning inom fem områden. Arbetet per strategiskt område definieras i form av prioriterade åtgärder, som väljs ut efter en konsekvensanalys av förväntad nytta inklusive påverkan på patientflöden i jämförelse med behov av resurser och komplexitet. De prioriterade åtgärderna kommer gemensamt att utgöra genomförandeplanen för att nå målen för primärvården 2025. Vissa åtgärder kommer att kunna införas med begränsat förarbete medan andra kommer att kräva ett mer omfattande utrednings- och analysarbete. Vissa åtgärder kommer att kunna införas genom ändrade arbetssätt och resurseffektivisering men för andra kommer det att vara nödvändigt med resurstillskott.

Måluppfyllelse kommer att kunna följas upp utifrån variabler med utgångs- och målnivåer per var och en av de strategiska inriktningarna. Resultat och utveckling över tid samt förslag på eventuella anpassningar av den definierade genomförandeplanen kommer regelbundet att redovisas för hälso- och sjukvårdsnämnden, samt tjänstemannaledningen inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen som underlag för styrning och beslut. Resultaten kommer också att användas i dialoger med vårdgivarna. De kommer också att ingå i relevant format i den kommunikation som sker till invånarna kring regionens arbete med att utveckla primärvården utifrån strategin.

Detta dokument omfattar den första delen av en övergripande primärvårdsstrategi med mål och strategisk inriktning, som arbetats fram i dialog under våren 2019. Den andra delen som innebär att ta fram mått och mål för uppföljning samt prioriterade åtgärder kommer att tas fram under hösten 2019.



Figur 4. Övergripande struktur för strategi för primärvården 2019 – 2025

Alla beslut och prioriterade åtgärder för primärvården 2019 – 2025 ska vara i linje med de strategiska områdena och bidra till det övergripande målet. Det gäller för politik, tjänstemän och utförare. För att få kraft i genomförandet och prioritera tillgängliga resurser kommer det att krävas en prioritering av vad som ska göras och i vilken ordning. Vissa planerade och pågående projekt kommer att behöva avslutas och alla förslag på nya åtgärder kommer inte att vara relevanta för prioritering. Det blir också avgörande att säkerställa att beslut inom andra områden som påverkar primärvården, direkt eller indirekt, bidrar till målet och är i linje med de strategiska områden som beslutats. För en översikt över strategins struktur från mål till prioriterade åtgärder se Figur 4.

3.2.1 Uppföljning av måluppfyllelse

Uppföljning av primärvårdstrategin kommer att ske på två nivåer.

1. För det första kommer uppföljning av måluppfyllelse att ske genom uppföljning av mått med utgångslägen och målnivåer som definierats för de strategiska inriktningarna. I arbetet med att definiera dessa mått kommer det vara avgörande att ett begränsat antal mått vars värden kan indikera behov av fördjupad analys identifieras. Måtten och grad av måluppfyllelse behöver enkelt kunna visualiseras för återkommande redovisning och diskussion i hälso- och sjukvårdsnämnden och högsta tjänstemannaledningen. Måtten och visualiseringen ska sträva efter att indikera om utvecklingen går åt rätt håll och är tillräcklig eller om det krävs förändringar av handelsplanen. Resultaten kommer att avrapporteras så att de kan utgöra beslutsunderlag i bland annat budgetprocess, utveckling av kunskapsstyrning, verksamhetsplanering.
2. För det andra kommer uppföljning att göras av genomförandet av genomförandeplanen, utifrån uppföljning av milstolpar och resultat för de prioriterade åtgärderna. Även här behöver resultaten kunna visualiseras i ett enkelt format för regelbunden uppföljning av i första hand tjänstemannaledningen inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen och sträva

efter att indikera om det finns risk för förseningar eller förväntade resultat inte uppnås. Resultaten kommer att avrapporteras så att de kan utgöra beslutsunderlag i budgetprocess, utveckling av kunskapsstyrning etc.

Måtten för måluppfyllelse kommer att ligga fast under 2019 – 2025, medan genomförandeplanen är ett levande verktyg som med stor sannolikhet kommer att behöva uppdateras kontinuerligt utifrån uppföljningsresultaten. För en del projekt såsom digitala systemlösningar kan det vara faktorer utanför primärvården som avgör möjlighet till genomförande av genomförandeplanen.

Ovanstående beskriver uppföljning av primärvårdsstrategin. Utöver detta kommer det fortsatt att ske uppföljning inom ramen för avtalen med vårdgivarna och kunskapsstyrningen. Innehållet i denna uppföljning av den operativa verksamheten kommer påverkas vid implementeringen av den strategiska inriktningarna som beskrivs nedan, men de är skilda från uppföljningen av måluppfyllelse och genomförande för primärvårdsstrategin.

3.2.2 Prioriterade åtgärder för att genomföra strategin

Arbetet med att ta fram prioriterade åtgärder kommer att ta sin utgångspunkt i de mått och målvärden som definierats för var och en av de strategiska inriktningarna. De prioriterade åtgärderna kommer att tas fram genom en syntes av resultatet från två angreppssätt. Det ena angreppssättet innebär att upprätta en översikt över de åtgärder som beslutats eller skickats in till arbetet av politiken, som utreds och diskuteras av tjänstemännen och som inkommit från invånar- och vårdgivardialoger under strategiarbetet. Det andra angreppssättet är att definiera vilka instrument som finns tillgängliga för politik och tjänstemannaledning att påverka primärvårdens utveckling och per strategisk inriktning systematisk ta ställning till vad som är mest prioriterat. Exempel på instrument omfattar utformning av resurstilldelning, vårdstrukturer, utbudspunkter vårdvalsportföljen, ersättningsmodeller och kunskapsstyrningen. Detta arbete genomförs i flera steg, efter beslut om mål och strategisk inriktning. För att säkerställa kraft för genomförandet är det avgörande att endast ett begränsat antal prioriterade åtgärder på en viss nivå och omfattning som kommer att konkretiseras.

Utifrån dessa två angreppssätt sammanställs ett förslag på prioriterade åtgärder för att genomföra strategin. För samtliga dessa förslag genomförs en konsekvensanalys utifrån en uppskattning av nytta, komplexitet, resurser och förutsättningar till exempel givet beroende av andra initiativ. Utifrån detta kommer ett antal projekt att prioriteras bort och kvar blir förslag på de projekt som ska fasas i tid, konkretiseras med milstolpar och förväntade resultat för att därefter sammantaget utgöra förslaget på genomförandeplan.

3.3 Mål för primärvården 2025

I detta kapitel beskrivs det övergripande målet för primärvården i Region Stockholm 2025 och illustreras med vad målbilden innebär för invånarna, vårdens medarbetare och för hela hälso- och sjukvårdssystemet.

Det övergripande målet för primärvården 2025:

”En tillgänglig och nära vård för en jämlik och förbättrad hälsa hos invånarna”

Detta mål innebär att vården är tillgänglig och nära utifrån invånarnas behov, samt bidrar till en jämlik hälsa för alla invånare oavsett ålder, kön, sexuell läggning, ursprung eller socioekonomiska villkor. Kontinuerlig uppföljning och utveckling av verksamheten utifrån resultaten gör att primärvården bidrar till en förbättrad hälsa. Ett individanpassat bemötande och en personcentrerad vård möjliggör för patienterna att vara delaktiga och ta eget ansvar utifrån den egna förmågan.



”En tillgänglig och nära vård för en jämlik och förbättrad hälsa hos invånarna”

Ur ett invånarperspektiv innebär detta övergripande mål:

”Jag har tillgång till vård när jag behöver den och kunskap och kompetens att hantera min egen hälsa och jag är delaktig i min hälso- och sjukvård. Jag har förtroende för den nära vården och jag kan välja den vård som passar mina behov.”

Invånarnas behov av en tillgänglig och nära vård– såväl fysiskt som digital ska möta på ett sätt så att vården upplevs som tillgänglig av invånarna. Detta kommer att ske genom information, öppettider, kommunikation, förändrade arbetssätt och breddinförande av ehälsotjänster och digitala verktyg exempelvis monitorering och undersökningar på distans. Detta kommer att innebära att vården kan ges mer nära, i hemmet, på arbetsplatsen eller var annars utanför vården där patienten befinner sig.

Tack vare förbättrade förutsättningar och ett aktivt arbete från primärvården har patienterna *bättre kunskap och kompetens* om sina hälsotillstånd, riskfaktorer, sjukdomar och behandling. Detta möjliggör att för patienterna vara mer delaktiga och ta ett större ansvar för egenvård och genomförande av gemensamt överenskommen behandling och uppföljning.

Invånarna har stort förtroende för primärvården och vänder sig i första hand dit vid behov av hälso- och sjukvård, som inte kräver akut specialiserad vård. Primärvården utgör navet i hälso- och sjukvården och har en koordinerande roll när patienter behöver vård från andra delar av sjukvården. Så mycket som möjligt av patientens vårdbehov klaras av så nära patienten som möjligt.

Invånarna har möjlighet att välja utifrån sina behov givet att det finns möjlighet till valfrihet inom primärvården. Det finns olika aktörer, med olika inriktning, varav en del är privata och andra bedrivs i egen regi. Valfriheten bland aktörer, digitala hjälpmedel och ökade stöd för egenvård möjliggör att hälso- och sjukvården för ett och samma tillstånd kan se olika ut för olika individer, trots att vården utformas i linje med aktuell kunskap. Invånarna har också möjlighet att välja utifrån sina behov givet att det finns information om vårdgivarnas profil och på sikt också utvalda kvalitetsmått som möjliggör informerade val.



”Jag har tillgång till vård när jag behöver den och kunskap och kompetens att hantera min egen hälsa och jag är delaktig i min hälso- och sjukvård. Jag har förtroende för den nära vården och jag kan välja den vård som passar mina behov.”

Invånarperspektivet

Ur primärvårdens medarbetares perspektiv innebär detta övergripande mål:

”Jag trivs mycket bra. Det är attraktivt och stimulerande att arbeta i primärvården och vi utvecklar vården tillsammans i team med olika kompetenser.”

I primärvården finns förutsättningar för en god arbetsmiljö, fortbildning och kompetensutveckling. Utvecklingsmöjligheter finns inom den egna tjänsten, ändring av tjänsten genom tex uppgiftsväxling eller annat utvecklingsarbete och genom att byta tjänst.

Medarbetarna är delaktiga i innovation och forskning, som är integrerade delar av primärvården och bidrar till kontinuerlig förbättring hos alla offentliga och privata vårdgivare som finansieras av regionen. Nya ändamålsenliga metoder och läkemedel införs kontinuerligt, utifrån invånarnas behov för mesta möjliga patientnytta. Utformning av vårdval och styrmodeller möjliggör för och ställer krav på alla vårdgivare att bidra till att nå målet för primärvården.

Primärvården kommer att ha fler medarbetare och en bredare sammansättning av kompetenser än idag. De olika professionerna arbetar i team tillsammans med patienter, andra aktörer och lokalsamhälle för att verka hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande, inom ramen för de begränsningar som definieras av hälso- och sjukvårdens uppdrag. För de hälsofrämjande och förebyggande insatser som ligger utanför primärvårdens uppdrag kan deras roll vara att informera om behovet och förmedla information om relevanta typer av aktiviteter och i vissa fall kanske om aktörer.



”Jag trivs mycket bra. Det är attraktivt och stimulerande att arbeta i primärvården och vi utvecklar vården tillsammans i team med olika kompetenser.”

Medarbetarperspektivet

Ur ett systemperspektiv innebär detta övergripande mål:

” ”Primärvården utgör navet i en tillgänglig och sammanhållen hälso- och sjukvård. Den samarbetar ändamålsenligt med andra aktörer för att möta invånarnas behov. Primärvården följs upp, resurssätts och leds så att resultaten för invånarna ständigt förbättras.”

För de invånare som är i kontakt med primärvården tar den ett helhetsansvar för ett hälsofrämjande och förebyggande arbete, diagnos, behandling och uppföljning till rehabilitering. Verksamheterna arbetar evidensbaserat och patientsäkert, med kompetens för att möta behoven hos invånare med både somatisk och psykisk sjukdom. Det proaktiva arbetet omfattar både åtgärder utifrån bedömning av enskilda patienter och åtgärder utifrån identifierade hälsoskillnader i befolkningen, vilket bidrar till en mer jämlik hälsa. De hälsofrämjande och förebyggande insatserna syftar till att förhindra insjuknande i prioriterade tillstånd och i att minska riskerna för och följderna av kroniska sjukdomar. Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet riktar sig i första hand mot de invånare som primärvården möter i sitt arbete, men det finns andra exempel till exempel vaccinations- och screeningprogram. Det finns kompetens och förutsättningar för att ta hand om akuta tillstånd och kroniska sjukdomar som inte kräver annan medicinsk specialistkompetens eller ytterligare möjligheter till undersökningar och interventioner. Vid behov av andra medicinska specialiteter finns fungerande kanaler för dialog som gör att primärvården i många fall kan behålla det övergripande ansvaret för patienten.

Det finns ett brett utbud av olika aktörer inom både egen och privat regi som möjliggör valfrihet för invånarna. Vården är sammanhållen inom primärvården och vid vårdövergångar till annan vård och andra huvudmän oavsett om den bedrivs av utförare i egen eller privat regi. Den goda samordningen gör att invånarna inte märker av aktörsgränser vid övergångar inom eller mellan huvudmän

För att nå dessa mål för primärvården kommer det, som redan beskrivs i Budget för 2019, krävas resursförstärkning under flera år framåt och den behöver under 2019 konkretiseras och koordineras med övrigt långsiktigt budgetarbete. Med stor sannolikhet kommer det krävas att den långsiktiga finansieringen för primärvården och annan nära vård har en större procentuell ökning än resurstilldelningen för andra vårdformer. Givetvis ska primärvården parallellt arbeta med att utveckla resurseffektivare arbetssätt, men för att nå målet om att utgöra ett nav i hälso- och sjukvården kommer det att vara otillräckligt. Genom de ramar som definieras av primärvårdsstrategin kommer det att finnas tydliga prioriterade åtgärder som de ökade resurserna ska finansiera.



”Primärvården utgör navet i en tillgänglig och sammanhållen hälso- och sjukvård. Den samarbetar ändamålsenligt med andra aktörer för att möta invånarnas behov. Primärvården följs upp, resurssätts och leds så att resultaten för invånarna ständigt förbättras.”

Systemperspektivet

”En tillgänglig och nära vård för en jämlik och förbättrad hälsa hos invånarna”



Invånare

”Jag har tillgång till vård när jag behöver den och kunskap och kompetens att hantera min egen hälsa och jag är delaktig i min hälso- och sjukvård. Jag har förtroende för den nära vården och jag kan välja den vård som passar mina behov.”



Medarbetare

”Jag trivs mycket bra. Det är attraktivt och stimulerande att arbeta i primärvården och vi utvecklar vården tillsammans i team med olika kompetenser.”



System

”Primärvården utgör navet i en tillgänglig och sammanhållen hälso- och sjukvård. Den samarbetar ändamålsenligt med andra aktörer för att möta invånarnas behov. Primärvården följs upp, resurssätts och leds så att resultaten för invånarna ständigt förbättras.”

Figur 5. Övergripande mål för primärvården 2019–2025 och beskrivning från tre perspektiv

3.4 Strategisk inriktning för att nå målet för primärvården 2025

Arbetet för att nå målet kommer att ske inom de fem strategiska områden som beskrivs nedan. För varje strategiskt område kommer det att definieras vad som ska följas upp, önskade målvärden för vad som ska åstadkommas och prioriterade åtgärder för att nå målet.

De fem strategiska områdena är att:

- *Tillhandahålla en primärvård med hög tillgänglighet, medicinsk kvalitet, kontinuitet och förtroende som kontinuerligt förbättras utifrån invånarnas behov.*
- Säkerställa effektiv resursanvändning, ändamålsenlig uppföljning och goda förutsättningar för vården att förbättra de medicinska resultaten för invånarna.
- Ställa om till en mer förebyggande, hälsofrämjande och sammanhållen nära vård med invånaren som medskapare
- Utveckla, behålla, attrahera och uppgiftsväxla rätt kompetenser efter både nuvarande och framtida behov
- Skapa förutsättningar för att realisera de möjligheter en systematisk digitalisering ger

Figur 6. Mål och strategisk inriktning för primärvården 2019–2025

3.4.1 Tillhandahålla en primärvård med hög upplevd och faktisk tillgänglighet, medicinsk kvalitet, kontinuitet och förtroende som kontinuerligt förbättras utifrån invånarnas behov.

Nedan följer en beskrivning och konkretisering kring vad denna strategiska inriktning kommer att innebära. För varje strategisk inriktning kommer det, som en del av nästa steg, att definieras mått för uppföljning, målvärden och prioriterade åtgärder.

Att tillhandahålla hög tillgänglighet innebär arbete inom flera samverkande dimensioner. En viktig aspekt är att även följa upp den upplevda tillgängligheten hos invånarna för att säkerställa att insatser för att öka tillgängligheten möter invånarnas behov på bästa sätt. För att nå målet för framtidens primärvård kommer det att krävas insatser inom följande sex områden, som beskrivs utan inbördes prioritering. Samtliga kan komma att bidra positivt till en ökad upplevd tillgänglighet (1) Tillgänglighet till fysiska utbudspunkter, där det kommer att behövas ett spektrum från de mest utvecklade vårdcentralerna till enkla kontaktpunkter där patienterna kan få registrera och rapportera in data till vårdcentralen genom digitala verktyg. (2) Tillgänglighet utifrån tid till besök, där en första prioritet är att den nya primärvårdsgarantin uppnås, vilket utifrån definitionen kommer detta kräva utveckling av arbetssätt där annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal gör första medicinska bedömningen. Digitala kontaktkanaler och triageringsverktyg för att avgöra vilken profession som är mest relevant för första medicinska bedömning kommer sannolikt att behöva vara en del av lösningen. (3) Tillgänglighet utifrån öppettider, där primärvården för att kunna vara första kontakt och navet inom hälso- och sjukvården kommer att behöva ha utökad tillgänglighet utanför kontorstider vilket också betonas i budget 2019. För att säkerställa en kombination av så hög patientnytta, god arbetsmiljö och hög resurseffektivitet som möjligt kommer detta att kräva nyttjande av nya arbetssätt, till exempel genom tillgängliggörande av kompetens genom digitala kanaler. (4) Tillgänglighet utifrån kontaktkanaler för tidsbokning, information om undersökningssvar och andra administrativa ärenden där det behöver skapas förutsättningar för att fullt ut nyttja de möjligheter som ges utifrån digitaliseringen. (5) Tillgänglighet utifrån alternativa kommunikationskanaler för vårdkontakt är det behövs en utveckling så att den mest resurseffektiva sammansättningen av fysiska besök, telefonkontakt, videosamtal, brev, e-post, sms och chatt kan användas på ett informationssäkert sätt utan begränsning av ersättningsmodellen. (6) Tillgänglighet utifrån tillgång till information om tidigare, aktuell och planerad vård där tillgång till journal på nätet är ett verktyg och moderna informations- och kommunikationslösningar skapar helt nya möjligheter.

För att klara att tillhandahålla hög tillgänglighet kommer det att krävas en kombination av alla de dimensioner som beskrivs ovan samt samarbete inom och mellan hälso- och sjukvårdsprofessioner. I allt arbete med tillgänglighet behöver det utformas så att de resurser som investeras i primärvård på mest

ändamålsenligt sätt bidrar till en jämlik och förbättrad hälsa och en tillgänglig och nära vård för invånarna. Det gäller till exempel att säkerställa att patienter med kroniska sjukdomar och allvarligare tillstånd inte trängs ut för att primärvårdens resurser går åt för att ta hand om patienter med enklare, övergående tillstånd där egenvård i många fall kunnat vara ett alternativ.

Att tillhandahålla hög medicinsk kvalitet börjar med att inom varje steg från förebyggande och hälsofrämjande insatser, utredning, diagnos, behandling, uppföljning till rehabilitering agera i linje med aktuell kunskap och evidens. Därefter behöver resultaten kontinuerligt att följas upp för att utvärdera om de önskade utfallen uppnås eller om det finns behov för förändringar i primärvårdens arbete. Medicinsk kvalitet omfattar medicinska resultat, patientsäkerhet och patientupplevelse vilket inkluderar exempelvis förtroende och delaktighet. Primärvården behöver utformas så att hög medicinsk kvalitet kan uppnås för alla patientgrupper, en jämlik vård. Givet den demografiska utvecklingen och aktuella utmaningar inom hälso- och sjukvården finns särskilda sårbara grupper för vilka det kommer att krävas en utveckling av primärvården för att säkerställa en hög medicinsk kvalitet framåt. De främsta sårbara grupperna är sköra äldre, multisjuka, patienter med psykisk ohälsa, patienter med icke-övergående fysisk och/eller psykisk funktionsnedsättning samt nyanlända som inte kan svenska och/eller har ett sänkt hälsoläge givet avsaknad av hälso- och sjukvård tidigare i livet.

Att tillhandahålla hög kontinuitet kommer att kräva arbete inom tre samverkande dimensioner, som här beskrivs utan inbördes prioritering. (1) Den personliga relationella kontinuiteten som utvecklas mellan patient och vårdgivare över tid. I budget 2019 och i den politiska plattformen betonas vikten av en fast läkarkontakt i primärvården. Framåt kommer det krävas att denna i mycket större utsträckning än idag underhålls genom andra kontaktkanaler än fysiska besök, om det inte krävs för en fysisk undersökning eller av andar skäl är prioriterat. (2) Informationskontinuiteten som innebär att patient och vårdgivare kontinuerligt har tillgång till tidigare och aktuell vård och behandling inom primärvården och hos andra vårdgivare. Detta kommer att ställa krav på tjänster som journal på nätet, nationell patientöversikt (NPÖ) och stöd för kommunikation och informationsöverföring. (3) Den styrande kontinuiteten som innebär att vård och behandling är oförändrad oavsett vårdkontakt givet att den följer aktuell kunskap. Detta ställer krav på att det finns utvecklade behandlingsrekommendationer och uppföljning för primärvården och att regionala programområden och USV-enheterna stödjer alla vårdgivare oavsett driftsform.

I arbetet med att utveckla en primärvård med **hög kontinuitet och hög tillgänglighet** så kommer behovet av resurseffektivitet och målet om en jämlik hälsa kräva anpassningar utifrån bland annat sjukdom och individuella preferenser. Till exempel skiljer sig behoven för kontinuitet mellan akuta sjukdomar som inte kräver uppföljande besök och behandling av komplexa kroniska tillstånd. Olika individer har också olika preferenser, vilket för användning av primärvård precis som för all annan konsumtion kan segmenteras och användas som underlag för utformning. Insikter från analys av

segment inom primärvården finns exempel i rapporten från det nationella innovationsprojektet ”Flippen i primärvården” [15]. Ett exempel där det finns tydliga sådana skillnader är troligen användningen av digitala tjänster, där en del patienter kommer vilja sköta så mycket som möjligt digitalt medan andra kommer att känna otrygghet inför digitala kanaler och kommer föredra andra även om det innebär mer besvär för dem själva.

För att invånarna i första hand ska vända sig till primärvården kommer det att krävas ett arbete som **ökar invånarnas förtroende för primärvården.** Förtroende byggs upp av kunskap, ett så kallat informerat förtroende, men andra viktiga och påverkbara faktorer är känslomässiga, sociala och mediabilden. Hög medicinsk kvalitet, tillgänglighet och kontinuitet lägger den grund som krävs för att kunna bygga ett högt förtroende.

För att den medicinska kvaliteten, tillgängligheten, kontinuiteten och förtroendet kontinuerligt ska förbättras utifrån invånarnas behov och upplevelse krävs bland annat ett kontinuerligt förbättringsarbete, där följande samspelande faktorer ingår (a) förståelse av utgångsläget baserat på data, verksamhetskunnande och klinisk kunskap, (b) gemensamma mål att arbeta mot, (c) kompetens att definiera relevanta åtgärder, och (d) kompetens inom verksamhetsutveckling, förbättringsarbete. Inom vissa områden kommer åtgärderna vara tydliga inom andra kommer det att kräva utredning eller utveckling av evidensbaserad metodik. Det krävs också att nya resurseffektiva diagnos- och behandlingsmetoder inklusive läkemedel kontinuerligt introduceras. För att möjliggöra en kontinuerlig förbättring utifrån invånarnas behov krävs ett arbete hos varje enskild vårdgivare och regionens kunskapsstyrningsorganisation.



Tillhandahålla en primärvård med hög tillgänglighet, medicinsk kvalitet, kontinuitet och förtroende som kontinuerligt förbättras utifrån invånarnas behov.

3.4.2 Säkerställa effektiv resursanvändning, ändamålsenlig uppföljning och goda förutsättningar för vården att förbättra de medicinska resultaten för invånarna

Nedan följer en beskrivning och konkretisering kring vad denna strategiska inriktning kommer att innebära. För varje strategisk inriktning kommer det, som en del av nästa steg, att definieras mått för uppföljning, målvärden och prioriterade åtgärder.

Att säkerställa effektiv resursanvändning kommer att vara nödvändigt för att möta de ökande behov och kostnader som kommer följa av demografiska förändringar, nya medicinska framsteg och ändrade förväntningar hos invånarna. Inom hälso- och sjukvården för regionen behöver det ske genom fördelning av resurser mellan och inom olika vårdformer. I Region Stockholm pågår ett arbete med att ställa om till mer kostnadseffektiva vårdformer där en stärkt primärvård och en utbyggd nära vård med stöd av ehälsotjänster kommer att vara centrala delar. De patienter som kan få sina behov tillgodosedda inom primärvården eller andra delar av den nära vården ska inte behöva söka den högspecialiserade vården. I Budget 2019 beskrivs en ambition om att resurserna i framtiden ska följa patienten till den nivå där de ska vårdas. För att nå målet för primärvården kommer det att krävas förändringar som de facto skapar ändrade patientflöden. För att nå målet för primärvården kommer det också att krävas utökade resurser för att investera i förutsättningarna såsom digitalisering, fler medarbetare och kompletterande kompetenser.

En ändamålsenlig uppföljning är en förutsättning för en lärande primärvård. Uppföljningsresultaten behöver utformas och tillgängliggöras så att de bidrar till förståelse av utgångsläget och kan utgöra underlag för vidareutveckling av primärvården. Uppföljningen av primärvårdens verksamhet behöver omfatta alla perspektiven inom Socialstyrelsens samlingsbegrepp God Vård, det vill säga att den är kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig [14]. Uppföljningen behöver också omfatta faktiska hälsoutfall, patientflöden, vårdprocesser, produktivitet och effektivitet. Invånarna, primärvården, tjänstemännen och regionens politiker behöver få relevant information utifrån sina respektive behov och i relevanta fall behövs process för åtgärd, återkoppling eller dialog. Framtagandet av återkommande rapporter bör så långt det är möjligt automatiseras. Informationen i nuvarande uppföljningsdatabaser behöver kompletteras med ytterligare data som behöver kunna hämtas strukturerat från journalsystemen och från patienterna (patientrapporterad data, PROM och PREM). För att nå till en ändamålsenlig uppföljning behövs ett omfattande utvecklingsarbete och förstärkt analyskompetens, där införandet av FVM förhoppningsvis kommer att innebära förbättrade möjligheter. För att uppföljningsdata skall användas för att förbättra primärvården behövs också stöd för implementering och utbildning i förändringsledning Detta nödvändiga utvecklingsarbete bör koordineras inom ramen för det nya systemet för kunskapsstyrning med regionala programråd och USV-enheter som viktiga aktörer, enligt beslut i VKN (Vårdens kunskapsstyrningsnämnd) i januari 2019. Utifrån att uppföljning är en del av

den samlade styrningen för hälso- och sjukvården, behöver detta arbete också integreras med utvecklingen av styrningen av primärvården.

Att säkerställa goda förutsättningar för vården att förbättra de medicinska resultaten för invånarna omfattar flera olika områden, som behöver samverka för att gemensamt bidra till målet för primärvården. Exempel på områden och tillhörande frågeställningar som behöver besvaras inom det kommande arbetet med utvecklingen av en genomförandeplan är: (a) Hur kan den samlade styrningen utvecklas? Vilken är den mest ändamålsenliga utformningen av ersättningsmodellen för primärvårdens olika delar? Vilket samarbete behövs mellan kunskapsorganisationen och avtalsorganisationerna? (b) Vilka förutsättningar krävs för att möjliggöra komplettering med nya kompetenser inom primärvården? Är det relevant att utveckla modeller där kompetenser delas mellan vårdcentraler och/eller aktörer? (c) Vilken digital infrastruktur och vilka ehälsotjänster kommer att vara avgörande? Vad av detta kommer att omfattas av kommande FVM och vad behöver ordnas på andra sätt? (d) Vad krävs för att möjliggöra ett kontinuerligt förbättringsarbete hos samtliga aktörer och vårdgivare? För att få största möjliga genomförandekraft kommer det vara avgörande att ta ett helhetsgrepp och säkerställa att alla grundläggande förutsättningar samverkar för att uppnå målet och möjliggöra ändrade patientflöden.

För en del av förutsättningarna kommer det räcka med en begränsad insats för att ta fram ett svar på de specificerade frågorna men för andra såsom styrningsmodellen kommer det att kräva ett mer omfattande utredningsarbete.

Vid utveckling av samtliga förutsättningar är det avgörande att de sätter ramar för verksamheten utan att detaljstyra, så att möjligheterna för vårdens medarbetare att fokusera på kärnverksamheten och bidra till utveckling av verksamheten inte begränsas. Ett område där detta utifrån historiska skäl är särskilt viktigt är utvecklingen av ersättningsmodeller och uppdrag. För de tre sista områdena har historiskt mycket av ansvaret legat på enskilda vårdgivare, men givet den omställning som nu behöver ske och omfattningen av de investeringar som krävs för en systematisk digitalisering, kommer det att krävas regiongemensamt stöd för ett framgångsrikt genomförande.



Säkerställa effektiv resursanvändning, ändamålsenlig uppföljning och goda förutsättningar för vården att förbättra de medicinska resultaten för invånarna

3.4.3 Ställa om till en mer förebyggande, hälsofrämjande och sammanhållen nära vård med invånaren som medskapare

Nedan följer en beskrivning och konkretisering kring vad denna strategiska inriktning kommer att innebära. För varje strategisk inriktning kommer det, som en del av nästa steg, att definieras mått för uppföljning, målvärden och prioriterade åtgärder.

Att ställa om till en mer förebyggande och hälsofrämjande vård kommer att kräva en omställning inom primärvården. Bland annat krävs utveckling av kompetens och systematiskt införande av nya arbetssätt. Denna omställning kommer att kräva proaktiva åtgärder utifrån identifierade riskfaktorer på individ eller befolkningsnivå för att åstadkomma denna omställning. Välfungerande förebyggande arbete, såsom till exempel allmänna vaccinations- och screeningprogram och nya arbetssätt för hälsofrämjande insatser i grupp kan behöva behöver kompletteras och förstärkas i primärvården. Nya typer av insatser exempelvis motion/rörelse på recept kan också behöva öka. Detta arbete kan även behöva kompletteras med insatser för att förebygga psykisk ohälsa och främja psykisk hälsa. Det finns många studier som visar på möjligheter att genom proaktiva åtgärder för rätt målgrupp och rätt utformade minska behovet av vård, öka återgång till arbete, förbättra de medicinska resultaten och förbättra patienternas upplevelse och livskvalitet. Många av studierna visar på goda resultat för riktade insatser till patienter med känd kronisk sjukdom, exempelvis genom att patienten rapporterar in värden på distans som möjliggör för primärvården att identifiera tecken på försämring tidigt i förloppet och proaktivt, tillsammans med patienten, anpassa behandlingen och minska behovet av att åka in till akutmottagning och slutenvård. För att framgångsrikt arbeta förebyggande och hälsofrämjande finns också ett behov av utvecklat samarbete med andra aktörer såsom skolan, omsorgen och socialtjänsten på kommunsidan men också andra aktörer i civilsamhället. Detta kan gälla olika former av stöd för att klara vardagen eller för att säkerställa följsamhet till behandling. Ett annat område där det finns behov för mer förebyggande och hälsofrämjande insatser är riskfaktorer för livsstilssjukdomar. Det finns till exempel kända skillnader mellan socioekonomiska grupper i riskbruk av tobak och fetma. För en del förebyggande och hälsofrämjande insatser finns evidens och etablerade metoder medan det inom andra delar kommer att krävas forskning och utveckling för att utveckla evidensbaserade och kostnadseffektiva metoder som är lämpade för primärvården och möter invånarnas behov. Arbetet med detta och spridningen av resultaten behöver ske integrerat med regionens kunskapsstyrningsarbete. En viktig förutsättning är att en digital infrastruktur med grundläggande informations- och kommunikationstjänster samt tillgängliggörandet av system med de funktioner som beskrivs för framtidens vårdinformationsmiljö tillgängliggörs.

För att åstadkomma en mer sammanhållen vård ställs krav på förbättrat samarbete och samverkan inom primärvården, mellan primärvården och andra

vårdgrenar, med olika funktioner inom kommunerna samt med andra aktörer och civilsamhället. Det krävs även att primärvården finner nya vägar att verka i det lokala nätverket av aktörer inom och utanför vården. Många relevanta åtgärder har troligen identifierats men det behöver skapas förutsättningar som möjliggör systematiskt genomförande av en kombination av åtgärder parallellt. Ett första exempel är att primärvården tar ett koordineringsansvar för flertalet patienter med behov av vård hos andra aktörer också, vilket sedan 2018 är lagstadgat vid utskrivning från slutenvården. Här behöver utvecklas resurseffektiva arbetssätt med nyttjande av digitala hjälpmedel såsom informationssäkra videokonferenslösningar för flerpartssamtal och utvärdering av möjligheter för vårdkoordinatorsfunktioner inom primärvården. I en del fall kommer behovet av informations- och kommunikationsstöd att vara avgörande för att möjliggöra ett effektivt arbetssätt, här är det planerade utbytet för systemet för stöd vid utskrivning från slutenvården ett konkret exempel. På några års sikt är det möjligt att flertalet av dessa behov kommer att kunna mötas inom ramen för FVM. Ett andra exempel är behovet av välfungerande samverkansarenor där gemensamt utvecklingsarbete, utifrån uppföljningsresultat från den egna verksamheten, kan bidra till att patienter inte märker av aktörsgränser genom till exempel osäkerhet vem de ska vända sig till eller att de blir kvar inom slutenvården när de är medicinskt färdigbehandlade.

Ett tredje exempel är att det behöver ske ett skifte från den traditionella modellen där primärvården remitterar iväg patienten till andra medicinska specialister till att primärvården får de förutsättningar och stöd som krävs för att behålla ansvaret för patienten. Här behöver olika arbetssätt konkretiseras och utvärderas, men exempel skulle kunna vara förstärkning med fler medicinska specialiteter inom primärvården och samkonsultationer med andra specialister och patienten över videolänk eller genom andra tekniska lösningar.

Att ställa om till en mer nära vård är något som diskuteras i hela landet. I vissa fall finns det konkretiserat vad det innebär, såsom till exempel en stärkt primärvård och tillgängliggörande av digitala vårdtjänster som patienten kan använda i hemmet. I andra fall är det mer visionärt och där pågår ett utvecklingsarbete såväl nationellt som i flera regioner. Ofta beskrivs förhoppningar att det ska möjliggöra ett skifte av patienter och resurser från sjukhusvården till den nära vården, men här finns ännu få definierade patientflöden. För Region Stockholm går omställningen till en mer nära vård väl i linje med den bärande tanken från FHS att vården ska bedrivas på mest effektiva vårdnivå och i möjligaste mån av vårdgivare i nätverk inom öppenvården. I en stärkt primärvård behöver typerna av utbudspunkter utvecklas. Det kommer exempelvis att behövas större vårdcentraler med fler hälso- och sjukvårdsprofessioner än specialister i allmänmedicin och sjuksköterskor, specialiserade enheter och obemannade lokaler där invånare kan mäta och digitalt rapportera in värden till ansvarig vårdkontakt. Det behöver också ske en utveckling av formerna för vård som tillhandahålls av hälso- och sjukvårdsprofessioner utanför vårdcentralerna. Nya modeller för utveckling av övergången mellan primärvård och slutenvård behöver också utvecklas, troligen kommer det vara relevant med möjlighet till direktinläggning för definierade patientgrupper. Det behövs tydligare samordning och koordinering med andra

delar av den nära vården, exempelvis barnmorskemottagningar, barnavårdscentraler, ungdomsmottagningar, hemsjukvård, närakuter och öppenvård inom andra medicinska specialiteter.

Vid en omställning till mer nära vård, som är mer utvecklad med avseende på kompetenser och resurser än idag, är det avgörande att detta sker utifrån en övergripande målbild för hela hälso- och sjukvården i regionen och med samordning och samtidig anpassning av andra delar. Hälso- och sjukvården är ett komplext och sammanhängande system där förändringar i en del påverkar andra delar av systemet. Det är också av yttersta vikt att flytt av resurser mellan olika delar av hälso- och sjukvården kombineras med tydligt förändrade uppdrag som skapar förutsättningar för ändrade patientflöden. Förändringarna behöver kunna genomföras samtidigt som hälso- och sjukvården fortsätter att producera hälso- och sjukvård utifrån invånarnas behov. Samtidigt som viss hälso- och sjukvård tillgängliggörs närmare invånarna kommer ”sällan vård” att koncentreras till ett antal vårdgivare för att säkerställa kvalitet, patientsäkerhet, kompetensförsörjning, effektivt resursutnyttjande som till exempel specialutrustning samt möjlighet till forskning och utbildning. Koncentrationen av viss vård kommer att ske inom regionen och nationellt utifrån arbetet med rikssjukvård.

En grundförutsättning för att invånarna ska ändra sin vårdkonsumtion och se primärvården och den nära vården som sin första kontakt för all hälso- och sjukvård är att de känner förtroende för vården [11]. **Det innebär att invånarna ska känna sig trygga med att hälso- och sjukvården håller hög medicinsk kvalitet och att den finns tillgänglig när de behöver den.** En viktig del av arbetet för att nå målet för primärvården kommer således vara att utifrån fördjupad kunskap arbeta för att utveckla förtroendet.

En vård med invånaren som medskapare innebär ett skifte från den traditionella modellen där patienten ofta snarare ses som en mottagare av hälso- och sjukvård. Ett sådant skifte innebär att patienten inom den behandling som ges utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet och i linje med rådande kunskapsstyrning får möjlighet göra val och vara delaktig utifrån individuella behov, preferenser och förutsättningar. Det kan gälla exempelvis beslut om vård och behandling, stöd till egenvård, val av informations- och kommunikationskanaler. Sammantaget kan det beskrivas som en primärvård som genomsyras av ett personcentrerat förhållningssätt, vilket är ett mål, ett medel och en rättighet. [12] *Ett mål* då invånarna har rätt till inflytande över det som berör den egna personen, hälsan och i förlängningen det egna livet. *Ett medel* då förbättrad information, kommunikation och delaktighet som är viktiga element i en personcentrerad vård i upprepade vetenskapliga studier kunnat visas förbättra patientupplevelsen, minska vårdbehovet, höja kvaliteten och effektiviteten. *En rättighet* utifrån lagstiftningen, där patientlagen förordar att vården ska utformas i samråd med patient och närstående och utgå ifrån individens förutsättningar och önskemål [13]. Det finns flera studier som visar hur olika delar av en personcentrerad vård bidrar till en förbättrad patientupplevelse, ökad medicinsk kvalitet och ett minskat vårdbehov. För att realisera dessa möjligheter och klara skiftet från att bara tala om vikten av en

personcentrerad vård behöver evidensbaserade och resurseffektiva arbetssätt som är anpassade för primärvården utvecklas och spridas genom regionens kunskapsstyrningsarbete.



Ställa om till en mer förebyggande, hälsofrämjande och sammanhållen nära vård med invånaren som medskapare

3.4.4 Utveckla, behålla, attrahera och uppgiftsväxla rätt kompetenser efter både nuvarande och framtida behov

Nedan följer en beskrivning och konkretisering kring vad denna strategiska inriktning kommer att innebära. För varje strategisk inriktning kommer det, som en del av nästa steg, att definieras mått för uppföljning, målvärden och prioriterade åtgärder.

Att utveckla, behålla och attrahera rätt kompetenser kommer att vara avgörande för att nå primärvårdens mål för 2025. Även om primärvården i Stockholm har bättre förutsättningar än många andra vårdgrenar och regioner finns det även här en kompetensförsörjningsutmaning. **Att utveckla kompetens** innebär att ge möjligheter för medarbetarna att växa och och utveckla kompetenser antingen genom fördjupning eller genom breddning. Det innebär stöd för utveckling inom samma tjänst och att för de intresserade ta andra tjänster. **Att behålla kompetens** innebär att förutsättningarna är sådana att sjukfrånvaron är låg och medarbetarna trivs och stannar inom primärvården. **Att attrahera kompetens** innebär att det bland annat utifrån möjligheter till kompetensutveckling och trivsel hos befintliga medarbetare är attraktivt att arbeta inom primärvården. Lediga tjänster kan enkelt tillsättas med medarbetar emed rätt kompetens.

Arbetet med uppgiftsväxling måste utvecklas inom regionen. Lagstiftningen ger stora möjligheter för den medicinskt ansvarige att delegera uppgifter, men trots att detta sedan länge varit identifierat som en möjlighet finns det få exempel där det systematiskt implementerats. Så för att få till en uppgiftsväxling och realisera möjligheterna för att får en ökad resurseffektivitet inom vården kommer det att krävas riktade åtgärder som får med vårdgivarna på denna omställning. Fler kompetenser, utveckling av teambaserade arbetssätt och de möjligheter digitaliseringen erbjuder kommer troligen att underlätta omställningen, så att varje uppgift utförs på bästa effektiva omhändertagande nivå (BEON-principen).



Utveckla, behålla, attrahera och uppgiftsväxla rätt kompetenser efter både nuvarande och framtida behov

3.4.5 Skapa förutsättningar för att realisera de möjligheter en systematisk digitalisering ger

Nedan följer en beskrivning och konkretisering kring vad denna strategiska inriktning kommer att innebära. För varje strategisk inriktning kommer det, som en del av nästa steg, att definieras mått för uppföljning, målvärden och prioriterade åtgärder.

Att skapa förutsättningar för att realisera de möjligheter en systematisk digitalisering ger är en förutsättning för att nå målet om en jämlik och förbättrad hälsa och en tillgänglig och nära vård för invånarna. Det är en viktig förutsättning för realiserandet av var och en av de övriga strategiska inriktningarna. Genom investeringar och införande i regiongemensamma system och/eller hos enskilda vårdgivare skapas möjligheter till digitala tjänster som omfattar **invånarlösningar, medarbetarlösningar och systemlösningar**. Vid införandet av nya lösningar behöver kostnad och nytta utvärderas utifrån de tre perspektiven. Det kan till exempel vara så att en tjänst som möjliggör att patienten ersätter ett ordinarie fysiskt besök på vårdcentralen med en digitalkontakt inte innebär egentlig skillnad eller nytta för vårdgivaren, men tydlig nytta för patienten som slipper resan till och från mottagningen. I andra fall kan möjligheten till ett digitalt besök vara till stor nytta också för vården, till exempel om det möjliggör att nyttja kompetens utanför den aktuella vårdcentralen. Primärvården behöver nyttjandegöra och ändra arbetssätt med hjälp av digitalisering på samma sett som skett inom exempelvis bank- musik- och resebranschen.

I många fall kommer invånare och patienter att kunna få tillgång till tjänsterna via internet eller mobila applikationer, med egen dator, läsplatta eller en smart mobil som verktyg. Inom de kommande åren kommer också allt fler medicintekniska lösningar för mätningar och behandlingar i hemmet att kunna rullas ut för breddanvändning. För många av dem kommer det vara möjligt att förenkla användningen och rapportera in resultat genom uppkopplingen till mobila applikationer i läsplattor och smarta mobiltelefoner.

Trots att det sedan flera år finns uttalade mål för regionen om att realisera digitaliseringens möjligheter inom hälso- och sjukvården och att det pågår ett flertal stora utvecklingsprojekt där Framtidens Vårdinformationsstöd är det mest omfattande är det mycket som återstår och det krävs kompletterande och riktade insatser för primärvården. För att lägga grunden för prioriterade åtgärder krävs det att definiera vilka av de pågående utvecklingsprojekten som kommer att erbjuda vad och när för primärvården. Detta kan sedan utgöra underlag för att definiera vad som behöver en högre prioritet och vad som behöver läggas till.

Bland systemlösningarna kommer FVM att möjliggöra flera nya funktionaliteter, inte minst genom att inkludera ett moderns digitalt journalsystem. Utöver dokumentation kommer det att innehålla funktionalitet för besluts- och processtöd samt för strukturerad journalföring. Detta kommer att medföra

avsevärt förbättrade möjligheter för uppföljning, vilket dock kommer att kräva investeringar för att möjliggöra standardiserade och enkla processer för datauttag, analys av regiongemensamma indikatorer och tillgängliggörande av resultaten anpassat för politiker, tjänstemän, vårdgivare och invånare utifrån de olika gruppernas behov. Möjligheterna till uppföljning kommer också vara relevant för verksamhetsspecifik uppföljning, utvecklingsprojekt och forskning. FVM kommer också att möjliggöra informations- och kommunikationslösningar mellan vårdgivare och mellan vårdgivare och patienter. I avvaktan på att FVM kommer på plats kommer det i vissa fall vara nödvändigt med övergångslösningar som framåt kan integreras med FVM eller ersättas av FVM.

Systemlösningar behövs även för grundläggande IT-infrastruktur där vårdgivarna och patienterna behöver kunna få tillgång utan att det krävs omfattande förberedelsearbete hos varje enskild vårdgivare som kan utgöras av en enskild mottagning. Det kan ske genom möjlighet att ansluta till regiongemensamt upphandlade system eller att det finns regiongemensamma standarder, processer och strukturer som gör att det enkelt går att integrera andra system. Lösningen för hur detta möjliggörs behöver säkerställa att innovationskraft från enskilda vårdgivare, innovativa företag och konkurrens inte begränsas. Aktuella funktionaliteter som behövs så snart som möjligt är bland annat informationssäkra flerpartsvidelösningar, chatt och distansmonitorering.

Flera system- vårdgivar- och invånartjänster kan redan och kommer i än större utsträckning framåt att omfattas av nationella tjänster där eHälsomyndigheten och Inera är drivande. Exempel på aktuella lösningar som kommer att kräva implementering inom regionen är Nationell Patient Översikt (NPÖ), Nationella Läkemedelslistan (NLL), full utrullning av 1177 Vårdguidens nuvarande tjänster och funktionalitet för elektroniska intyg till bland annat Försäkringskassan. Ett annat viktigt initiativ är det arbete Inera leder med utveckling av ”Första Linjens Digitala vård”. Under 2018 initierades (1) utveckling av infrastruktur och referensarkitektur för bättre samverkan och informationsutbyte mellan olika parter så att inlåsningseffekter kan undvikas så långt det är möjligt. (2) Utveckling av tjänster och 1177 Vårdguidens koncept och roll med bland annat digital rådgivning för invånarna som lotsar fram till rätt vård, att varje information finns tillgänglig i varje given situation oavsett var i vården patienten befinner sig och nya lösningar för webbtidbokning och provtagning i hemmet. (3) Stöd i landstingens och regionernas förändringsarbete och införandet av digitala tjänster och lösningar.

Flera av exemplen ovan är förutsättningar för invånarlösningar. I vardagen kommer invånarlösningarna bland annat att innebära att patienterna kan boka tider via webben, få påminnelse inför besök via sms, kommunicera via chatt, svara på frågor inför besök via web- eller mobillänk där svaren sparas i journalen, ha översikt över genomförda och kommande steg av sin vårdplan i mobiltelefonen, känna trygghet i att aktuell vårdgivare har tillgång till information om annan vård och ordinerade läkemedel, kunna läsa sin journal, rapportera in symptom och få hjälp med anpassning av behandling utifrån svaren och slippa åka in till vårdcentralen för besök om inte behov av fysisk

underökning. Invånarna kommer att kunna navigera och ha kontroll över sina ärendeflöden oavsett vårdgivare.

Flera av exemplen ovan är också förutsättningar för medarbetarlösningar. För att potentialen ska kunna säkerställas fullt ut kommer det att krävas investeringar i hårdvara, som utöver datorer, inkluderar läsplattor och telefoner med uppdaterad mjukvara för basala funktioner såsom webbläsare. I vardagen kommer medarbetarlösningarna bland annat att innebära att medarbetarna kan välja den mest ändamålsenliga kommunikationskanalen för varje patientkontakt, utöver fysiskt besök och telefon finns videolänk, chatt, och textmeddelanden. Medarbetarna kommer att för utvalda patientgrupper kunna följa data som patienterna rapporterat in och utifrån larm ta kontakt med patienten och eventuellt anpassa behandlingen. Den inrapporterade datan kan utgöras av patientrapporterad data men i allt större omfattning av resultat från provtagningar eller undersökningar genomförda på distans av patienten på egen hand eller med hjälp i samband med hembesök. Vid hembesök dokumenteras all information i till exempel en läsplatta och sparas direkt in i journalen. Beslutsstöd förenklar handläggningen av flera patientkategorier och det är enkelt att följa upp resultaten från den egna verksamheten som underlag för kvalitetsarbete och verksamhetsutveckling. Vid patientbesöket finns tillgång till journalen från den egna mottagningen och från andra vårdgivare och det finns en aktuell medicinlista.

Förstärkningen av insatserna för att skapa förutsättningar för att realisera de möjligheter en systematisk digitalisering ger inom primärvården ska givetvis samordnas med regionens övriga digitaliseringsarbete. Det kommer också krävas investeringar, anpassning av uppdrag, ersättningsmodeller samt metodstöd för genomförande. Att rulla ut digitala tjänster innebär i de flesta fall ett behov av ett strukturerat förändringsarbete för att fullt ut realisera potentialen.



Skapa förutsättningar för att realisera de möjligheter en systematisk digitalisering ger

Referenser

[1] ”Ny majoritetskoalition för en starkare Stockholmsregion,” Stockholm, 2018.

[2] Socialdepartementet, ”Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01),” Stockholm, 2017.

[3] Socialdepartementet, ”God och nära vård – en primärvårdsreform (SOU 2018:39),” Stockholm, 2018.

[4] Justitiedepartementet, ”SFS 2018:553 Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30),” Stockholm, 2018.

[5] Region Stockholm, ”RUFS 2050 – regionens samlade vilja för framtiden,” [Online]. Available: http://www.rufs.se/rufs-2050/sammanfattning/. [Använd 8 maj 2019].

[6] Vårdgivarguiden, ”Framtidens hälso- och sjukvård,” 6 april 2018. [Online]. Available: https://www.vardgivarguiden.se/utbildningutveckling/Framtidsplanen/mer-om-framtidens-halso--och-sjukvard/. [Använd 8 maj 2019].

[7] Folkhälsomyndigheten, ”Folkhälsopolitiska mål,” 2 August 2018. [Online]. Available: https://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsomyndigheten/folkhalsopolitiska-mal/. [Använd 28 May 2019].

[8] Sveriges Kommuner och Landsting, ”Flippen i primärvården - Ett nationellt innovationsprojekt med och för Sveriges primärvård - Slutrapport,” Sveriges Kommuner och Landsting, Stockholm, 2018.

[9] Socialstyrelsen, ”God vård – verktyg för uppföljning och utvärdering,” [Online]. Available: https://www.socialstyrelsen.se/indikatorer/godvardverktygforuppfoljningochutvardering. [Använd 16 maj 2019].

[10] Vårdanalys, ”Förnuft och känsla,” Stockholm, 2018.

[11] Vårdanalys, ”Från mottagare till medskapare,” Stockholm, 2018.

[12] Justitiedepartementet, ”Patientlag (2014:821),” Stockholm, 2014.

[13] Vårdgivarguiden, ”Framtidens vårdinformationsmiljö,” 8 april 2019. [Online]. Available: https://www.vardgivarguiden.se/utbildningutveckling/projekt/framtidens-vardinformationsmiljo-i-sll/. [Använd 8 maj 2019].

[14] Region Stockholm, ”Verksamhetsplan 2019 för vårdens kunskapsstyrningsnämnd,” Stockholm, 2019.

[15] Socialdepartementet, ”Samordnad utveckling för god och nära vård – En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53),” Stockholm, 2017.

[16] *Utdrag från utkast på Strategin för IT och digitalisering,* Stockholm, 2019.

[17] Stockholms läns landsting, ”Budget 2019 för Region Stockholm,” Stockholm, 2019.

[18] Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, ”Handlingsplan Stockholms läns landsting – överenskommelsen psykisk hälsa 2018–2020,” Stockholm, 2018.

[19] Vårdgivarguiden, ”Lagen om samverkan vid utskrivning – Frågor och svar,” 20 november 2018. [Online]. Available: https://www.vardgivarguiden.se/Patientadministration/patientnara-rutiner/lagen-om-samverkan-vid-utskrivning/fragor-och-svar/. [Använd 9 maj 2019].

[20] United Nations Development Programme (UNDP), ”Mål 3: Hälsa och välbefinnande,” [Online]. Available: https://www.globalamalen.se/om-globala-malen/mal-3-halsa-och-valbefinnande/. [Använd 10 maj 2019].

[21] Socialdepartementet, ”SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag,” Stockholm, 2017.

Lista över figurer

Figur 1. Exempel på aktörer som involverats under vårens dialogmöten..... 10

Figur 2. Övergripande tidplan för framtagande av strategi under 2019..... 11

Figur 3. Målbild för hälso- och sjukvården 2025 enligt Framtidens hälso- och sjukvård (FHS) 13

Figur 4. Övergripande struktur för strategi för primärvården 2019 – 2025 17

Figur 5. Övergripande mål för primärvården 2019–2025 och beskrivning från tre perspektiv 28

Figur 6. Mål och strategisk inriktning för primärvården 2019–2025 30

Bilaga 1: Kunskapsunderlag om primärvården Region Stockholm – nuläge och trender 2019

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Christoffer Bernsköld
08-123 146 53
christoffer.bernskold@sll.se

Zaklina Milenkovski
08-123 137 82
zaklina.milenkovski@sll.se

Innehållsförteckning

Inledning 3

1 Nationellt och regionalt arbete för en nära vård..... 4

1.1 Statliga utredningar för en stärkt primärvård och en nära vård 4

1.2 Andra relevanta nationella utredningar..... 6

1.3 Relevanta överenskommelser och lagförslag..... 8

1.4 Regionernas arbete med omställning till nära vård 9

2 Primärvårdens uppdrag, organisering och styrning.....12

2.1 Uppdrag och avtal.....12

2.2 Samverkan mellan primärvården och andra aktörer i länet..... 28

2.3 Uppföljning..... 30

2.4 Kunskapsstyrning..... 32

3 Nuläge och trender för primärvården i Stockholms län 35

3.1 Invånarna i Stockholms län har blivit fler och samma utveckling förväntas fortsätta..35

3.2 Fler upplever en god hälsa, men psykisk ohälsa och kroniska sjukdomar ökar 41

3.3 Fler besöker primärvården, framför allt för psykiska eller kroniska sjukdomar..... 49

3.4 Invånarnas förväntningarna ökar medan förtroendet för vården minskar 57

3.5 Trots ökat antal legitimerad personal upplevs kompetensbrist i primärvården 69

3.6 Primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdsbudgeten är oförändrad över tid.....77

Referenser..... 83

Lista över figurer 92

Inledning

Detta dokument är en bilaga till primärvårdsstrategin för Region Stockholm och beskriver nuläget och de trender som påverkar primärvården i Region Stockholm.

Första kapitlet beskriver det nationella arbetet och andra regioners arbeten kopplade till en förstärkt primärvård och omställning till en nära vård.

Andra kapitlet beskriver primärvårdens uppdrag, organisering och styrning som de ser ut i Region Stockholm våren 2019.

Tredje kapitlet beskriver invånarna i Stockholms län, deras hälsotillstånd, primärvårdskonsumtion, förtroende och förväntningar samt primärvårdens personal och kostnader i Region Stockholm.

1 Nationellt och regionalt arbete för en nära vård

Omställningen till en nära vård pågår på lokal, regional och nationell nivå runt om i riket. I detta kapitel beskrivs resultaten från de statliga utredningar som initierade denna omställning samt exempel från andra regioners utvecklingsarbete.

1.1 Statliga utredningar för en stärkt primärvård och en nära vård

Nationellt pågår ett arbete för att stärka primärvården och skapa en mer nära vård. Arbetet bygger på resultaten från fleras statliga utredningar och kommer konkret att utmynna i ett nytt nationellt primärvårdsuppdrag samt en ny nationell vårdgaranti för primärvården

Utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* (S 2017:01) tillsattes utifrån nödvändiga omorganiseringar utifrån hälso- och sjukvårdens utmaningar, och har sin utgångspunkt i förslagen i utredningen *Effektiv vård* (S 2016:2). Utredningens uppdrag är att stödja regioner, myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Det fortsatta arbetet inkluderar bland annat att tydliggöra primärvårdens roll som navet i hälso- och sjukvården, utnyttja digitaliseringens möjligheter, ställa om till en mer personcentrerad vård och omsorg samt erbjuda mer vård i hemmet. Utredningen bedömer även att deras arbete är en central del av arbetet med att skapa förutsättningar för att uppnå målen i Agenda 2030[1] i Sverige. För att Sverige ska uppnå både de övergripande målen såväl som delmålen inom hälsa krävs det att man skapar ett modernt, jämlikt, tillgängligt och effektivt hälsosystem med en stark första linje/primärvård som bas. [1]

Utredningens andra delbetänkande, *God och när vård – En primärvårdsreform*, SOU 2018:39, överlämnades den 1 juni 2018. I det beskrivs nära vård som ett sätt att tänka kring och se på hur man organiserar all hälso- och sjukvård med utgångspunkt i patienters och brukares individuella behov, förutsättningar och preferenser så att hela patientens livssituation kan beaktas. Dessutom betonas patientens upplevelse av närhet och en ökad

[1] Mål nummer 3 i Agenda 2030, *Hälsa och välbefinnande*, inkluderar 13 delmål: minska mödradödligheten; förhindra alla dödsfall som hade kunnat förebyggas bland barn under fem år; bekämpa smittsamma sjukdomar; minska antalet dödsfall till följd av icke smittsamma sjukdomar och främja mental hälsa; förebygg och behandla drogmissbruk; minska antalet dödsfall och skador i vägtrafiken; tillgängliggör reproduktiv hälsovård, familjeplanering och utbildning för alla; tillgängliggör sjukvård för alla; minska antalet sjukdoms- och dödsfall till följd av kemikalier och föroreningar; genomför Världshälsoorganisationens ramkonvention om tobakskontroll; stöd forskning, utveckling och tillgängliggör vaccin och läkemedel för alla; öka finansiering och personal till utvecklingsländers hälso- och sjukvård; förbättra tidiga varningssystem för globala hälsorisker. [140]

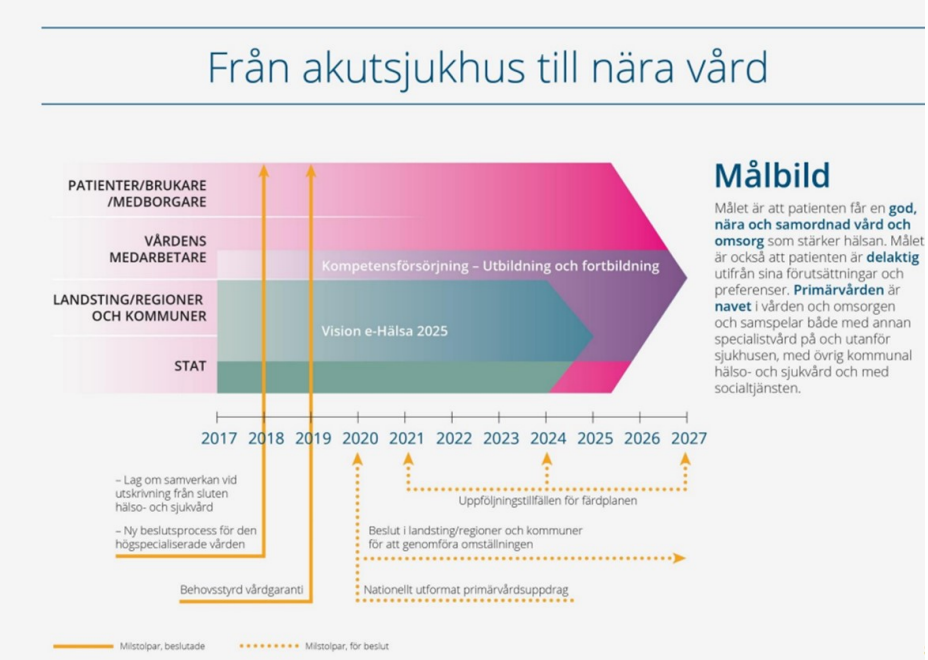
personcentrering har identifierats som centralt för att utveckla hälso- och sjukvården i Sverige. [1]

Organisatoriskt ska primärvården utgöra en tydlig bas i den nära vården och därmed vara den naturliga första kontaktytan, men insatser från andra specialiteter och vårdformer ingår också, exempelvis delar av socialtjänsten, sjukhusvården och den specialiserade öppenvården, men även egenvården, som är den allra närmaste sortens vård. Den nära vården innefattar förutom regionala och kommunala verksamheter även gränssnittet mellan verksamheterna och ska på olika sätt överbrygga mellanrummen och skapa en sammanhållen vård och omsorg. Den nära vården kan alltså inte enbart organiseras fram, utan handlar i stor utsträckning om en kulturförändring. Utifrån denna beskrivning av den nära vården ska den slutliga utformningen av den nära vården göras av varje region och kommun tillsammans utifrån de regionala och lokala förutsättningarna och behoven. [1]

Region Stockholm har lämnat synpunkter på utredningens andra delbetänkande under hösten 2018. Många av förslagen kopplat till en stärkt primärvård ligger väl i linje med regionens framtidsplan för hälso- och sjukvården. Däremot efterfrågar regionen bland annat mer konkreta förslag på hur själva primärvårdsreformen och resursomfördelningen ska gå till. Detta för att ingen nämnvärd förstärkning av primärvården i förhållande till sjukhusvården skett under de senaste 10 åren trots flera stora riktade satsningar på husläkarverksamheten och annan primärvård i Stockholms län. [2]

En delredovisning av utredningen ska ske i början av juni 2019 om hur arbetet fortskrider samt bakgrundstexter och nulägesbild gällande bland annat ändamålsenligheten med definitionerna öppen och sluten vård, samverkan mellan regioner och kommuner samt nationella taxan. Slutbetänkandet ska överlämnas i mars 2020. [3]

Utredningens färdplan sträcker sig till 2027 och inkluderar uppföljning av arbetet med omställningen (Figur 1).



Figur 1. Målbild och färdplan för omställningen, Samordnad utveckling för god och nära vård – En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53)

Utifrån utredningens arbete stöttar och synliggör Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) kommunernas och regionernas arbete med omställningen till en nära vård genom att bland annat lyfta fram goda exempel och framgångsfaktorer för den nära vården. Bland de framgångsfaktorer som lyfts fram finns bland annat samverkan mellan kommuner och regioner, användning av ny teknik för att utveckla arbetssätten, satsning på utveckling av egenvård, personcentrering samt satsning på kompetensförsörjning som stödjer omställningen mot nära vård. [4]

1.2 Andra relevanta nationella utredningar

Effektiv vård (S 2016:2) analyserade hur hälso- och sjukvården kan använda professionernas resurser på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt, med målet att skapa en mer effektiv vård. Som åtgärdsförslag lades bland annat att primärvården delas upp i allmän primärvård (tidigare primärvård), och riktad primärvård som fullgör primärvårdsuppdraget för äldre med omfattande behov. [5] Implementeringen av utredningens åtgärdsförslag i verksamheten fortsätter fortfarande, bland annat genom att uppnå en ökad andel äldre med upprättad samordnad individuell plan (SIP), fler hembesök, bättre vårdövergångar och utökade digitala vårdformer och tjänster. En fördjupad analys av utredningens slutsatser och förslag genomförs av utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård*.

Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (S 2015:09) tillsattes för att stödja det arbete som utförs av myndigheter, kommuner, regioner och organisationer inom psykisk hälsa samt verka för att arbetet samordnas på nationell nivå. Slutbetänkandet *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt* (SOU 2018:90) överlämnades i december 2018 och presenterar förslag för att skapa förutsättningar för långsiktighet, effektivitet och ändamålsenlighet i den statliga styrningen och bidra till ett strategiskt arbete inom psykisk hälsa. Utredningen föreslår bland annat åtgärder för att säkerställa primärvårdens kompetens inom psykisk ohälsa samt utveckling av rutiner och kompetens för ändamålsenlig triagering, metoder för självskattning, arbetssätt för psykisk ohälsa, e-hälsa och samarbete med specialistpsykiatrin. [6]

Styrning för en mer jämlik vård (S 2017:08) tillsattes för att utreda hur styrningen av hälso- och sjukvården bättre kan främja en jämlik och behovsbaserad vård. Analysen ska omfatta styrsystemen inom hälso- och sjukvården som helhet, landstingens ersättningssystem, vårdvalssystemen, användandet av inhyrd personal, tillståndsprövning inom hälso- och sjukvården samt socioekonomiska skillnader i vårdkonsumtion. I det första delbetänkandet, *Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv*, SOU 2018:55, presenterar utredningen en preliminär analys med fokus på vårdkonsumtion, socioekonomi och styrning av vården. I det fortsatta arbetet ska utredningen komma med förslag kring hur vården kan gå mot att bli mer jämlik och behovsbaserad, bland annat genom att genomföra en översyn av vårdvalssystemen och primärvårdens struktur och funktionssätt. [7]

Sammanhållen kunskapsstyrning (S 2018:12), som baseras på Kunskapsbaserad och jämlik vård (SOU 2017:48) syftar till att statens och sjukvårdshuvudmännens arbete ska förstärka varandra och tillsammans ge förutsättningar för att bästa tillgängliga kunskap ska användas i varje patientmöte. Utredningen ska stödja utformandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård, utvecklingen av nära och regelbundna samråd mellan regeringen och sjukvårdshuvudmännen samt utvecklingen av en förbättrad nationell uppföljning av hälso- och sjukvården. Uppdraget ska redovisas i sin helhet senast den 30 juni 2020. Regionerna bygger just nu upp ett gemensamt nationellt kunskapsstyrningssystem i syfte att skapa bättre förutsättningar för en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet. Systemet är alltså redan under utveckling, men de kunskapsstödjande insatser som görs av regeringen, dess myndigheter, och andra aktörer är också viktiga komponenter. [8]

Tillitsdelegationen inrättades för att analysera och föreslå hur styrningen av välfärdstjänster i offentlig sektor kan utvecklas för att i större omfattning ta tillvara medarbetares kompetens och erfarenhet. I huvudbetänkandet *Med tillit växer handlingsutrymmet – tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn* (SOU 2018:47) belyser delegationen både statens styrning och den interna styrningen inom kommunerna och regionerna inom hälso- och sjukvård (både primärvård och sjukhusvård), skola och omsorg. Bland förslagen

som lyfts i slutbetänkandet återfinns bland annat att verksamhetsnära forskning inom hälso- och sjukvård, bland annat primärvård, ska prioriteras. [9]

1.3 Relevanta överenskommelser och lagförslag

Den nuvarande regeringen har med Liberalerna och Centerpartiet har definierat 6 punkter inom sjukvård och äldre som kommer utgöra en del av den nationella reformagendan under innevarande mandatperiod. Den övergripande målsättningen är att minska köerna inom sjukvården och ge ökade resurser och bättre villkor för personalen. Villkoren för pensionärer ska också förbättras genom en utvecklad äldreomsorg.

1. Köerna kortas
2. Patienternas rättigheter stärks och principen om vård efter behov tryggas
3. En primärvårdsreform införs, som prelinärt ska inkludera rätten till fast läkarkontakt och fortsatt arbete för vård på landsbygden. [10]
4. Kvalitetskraven i all sjukvård och äldreomsorg förstärks
5. Investera i personalen i vården och omsorgen
6. Bekämpa psykisk ohälsa

Primärvårdsreformen ska inkludera rätten till fast läkarkontakt och fortsatt arbete för vård på landsbygden. [10]

Den 1 januari 2019 infördes en *förstärkt vårdgaranti för primärvården* utifrån beslut i riksdagen (SFS 2018:554, SFS 2018:1129, 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen 2017:30). Regeringens proposition baseras på första delbetänkandet från utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* (S 2017:01). I inledningen till propositionen beskriver regeringen propositionen som ett första steg i en avsedd omstrukturering av hälso- och sjukvården där primärvården ska bli den tydliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården.

Vårdgarantin enligt hälso- och sjukvårdslagen innebär fyra garantier:

- *tillgänglighetsgaranti inom primärvården:* kontakt samma dag som den enskilde söker kontakt,
- *bedömningsgaranti inom primärvården:* en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom 3 dagar från det att den enskilde har sökt kontakt,
- *besöksgaranti inom den specialiserade vården:* besöka den specialiserade vården inom 90 dagar och
- *behandlingsgaranti:* planerad vård inom 90 dagar från vårdgivarens beslut om behandling.

Den största förändringen är att tiden för bedömningsgaranti inom primärvården kortats från sju dagar och ändrats från läkarbedömning till bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Vårdgarantin gäller för patienter vars hälsoproblem inte kan omhändertas genom rådgivning om egenvård vid en första kontakt. Hälsoproblemet ska vara nytt, oväntat eller vara en kraftig försämring eller förändring av ett tidigare känt medicinskt problem. Patienten omfattas också av vårdgarantin om en behandlingseffekt uteblivit. [11]

1.4 Regionernas arbete med omställning till nära vård

Utvecklingen av en nära vård pågår förutom på nationell nivå även på lokal och regional nivå runt om i riket. [4] Exempel på tre stora regioner som arbetar med omställningen till nära vård är Västra Götalandsregionen, Region Skåne och Region Uppsala.

1.4.1 Västra Götalandsregionen

I Västra Götalandsregionen utgår omställningen av hälso- och sjukvården ifrån fyra områden: (1) utveckling av den nära vården, (2) koncentration av vård, (3) digitala vårdtjänster och (4) kvalitetsdriven verksamhetsutveckling. Utöver detta har det så kallade barnuppdraget lyfts ut som ett eget område.

Utveckling av den nära vården berör i hög grad primärvården, men i den nära vården ingår även tandvården samt öppen specialiserad vård som erbjuds utanför akutsjukhusen, på specialiserade närsjukvårdscentrum, mindre sjukhus, på distans, i patientens hem eller i andra öppna vårdformer. [12]

I nuläget sker omställningen till nära vård utifrån tre program [13, 14]:

1. *Utveckla vård i hemmet*, vilket ska göra det möjligt för fler patienter med komplexa vård- och omsorgsbehov att vårdas hemma istället för på sjukhus. Detta ska delvis möjliggöras genom digitala vårdmöten och observation i hemmet. Vård i hemmet inkluderar även mobila primärvårds- och specialistteam, palliativa team samt förbättrad läkemedelsförsörjning i hemsjukvård.
2. *Utveckla en samordningsfunktion för de mest komplext sjuka patienterna.* Modellen ska tas fram och testas. Samordningsfunktionen ska vara ett samarbete mellan kommunal hälso- och sjukvård, primärvård och specialiserad sjukhusvård och har i uppdrag att kartlägga behov, säkerställa att olika insatser samordnas samt följa upp insatser för enskilda individer.
3. *Stärka hälso- och sjukvårdens bas, det vill säga primärvården.* En regional strategi tas fram för ett starkare och tydligare regionalt primärvårdsuppdrag som även ska inkludera ett aktivare hälsofrämjande och

sjukdomsförebyggande arbete. Det utreds också hur överföring av uppdrag och finansiering kan göras från akutsjukhusen till primärvården och annan nära vård. Extra fokus kommer också att läggas på att stärka första linjens vård för barn och unga med psykisk ohälsa.

1.4.2 Region Skåne

Region Skåne arbetar under våren 2019 med att utforma en samlad målbild och färdplan för framtidens hälsosystem. Denna färdplan ska ge regionen en vision och färdriktning för omställningsprocessen samt tydliggöra hur de befintliga resurserna ska kunna användas på bästa tänkbara sätt under den närmaste 10-årsperioden. Målet är att färdplanen ska vara en regiongemensam plattform och lägga grunden för en bättre styrning mot kvalitet, effektivitet och jämlikhet inom hälso- och sjukvården. Färdplanens fokusområden och viljeriktningar planeras att beslutas politisk i juni 2019. En viktig del i färdplanen är omställningen till en mer nära vård och i budget för 2019 görs en särskild satsning på primärvården. [12]

1.4.3 Region Uppsala

Uppsala har tagit fram en strategi som heter *Effektiv och nära vård 2030* vilken har sin utgångspunkt i den statliga utredningen *Effektiv vård*. Syftet är att skapa en vård som är effektiv, nära och samskapad, med hälsofrämjande och förebyggande insatser. [15] Omställningen kan delas in i fyra målområden [16]:

1. *Nära vård,* som inkluderar digitala vårdtjänster, vård i hemmet, mobila team, vårdcentraler, närmottagningar och vårdcentrum. Vårdcentrum kan bestå av en eller flera vårdcentraler (som kommer att kallas hälsocentraler) och fungerar som bas för mobila team, erbjuder dygnet-runt akutverksamhet och slutenvårdsplatser på primärvårdsnivå samt har ett samordningsansvar för sitt närområde.
2. *Effektiv vård,* som inkluderar bland annat samarbeten mellan större och mindre sjukhus och koncentration av viss vård för bättre kvalitet och säkerhet.
3. *Samskapad vård,* som inkluderar en god samverkan mellan sjukhusvård, primärvård och kommunal omsorg, hälsocentraler med särskilt ansvar för det lokala strategiska hälsoarbetet samt arbetet med att skapa attraktiva och hälsofrämjande arbetsplatser som lockar framtida arbetskraft.
4. *Hälsofrämjande och förebyggande insatser,* som inkluderar ett personcentrerat arbetssätt där patienter och närstående är medskapare, en sammanhållen vård som utgår från patientens egna resurser, förmågor, vilja och behov samt möjligheter för patienten att utveckla kunskap, kompetens och självförtroende för att kunna fatta välgrundade beslut om sin egen hälsa och vård.

Den nära vårdens mål är att vård som behövs ofta ska komma närmare invånarna både geografiskt, digitalt, tillgängligt och relationellt. För att nå målbilden har ett antal nya strategier tagits fram som beskriver den förnyade vårdstrukturen, hållbara ekonomiska förutsättningar, en utvecklad styrning och uppföljning, kompetensförsörjning, nya arbetssätt och nya kompetenser, kvalitetsdriven verksamhetsutveckling, digital infrastruktur, forskning för en god och nära vård, kommunikation och fastighetsutveckling. [16]

2 Primärvårdens uppdrag, organisering och styrning

I detta kapitel beskrivs hur primärvården i Region Stockholm är organiserad, vad som ingår i primärvården, hur uppdragen ser ut, hur de olika verksamheterna samverkar samt hur primärvården följs upp och kunskapsstyrs.

2.1 Uppdrag och avtal

Primärvården ska enligt 5 § hälso- och sjukvårdslagen utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper, svara för behovet av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens [17]. Utöver detta finns ingen lagstadgad definition av primärvårdens uppdrag, och definitionen i Socialstyrelsens termbank är samma som i hälso- och sjukvårdslagen, så regionerna har stor frihet att själva besluta hur primärvården ska organiseras.

En kartläggning av Socialstyrelsen från 2016 visar att den gemensamma kärnan i de flesta regioners primärvård, inklusive Region Stockholm, är mottagningsverksamhet för planerad och oplanerad hälso- och sjukvård inom allmänmedicin, rehabilitering, psykosociala insatser samt hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Utöver dessa ingår jourverksamhet (husläkarjourer), läkarinsatser i kommunal hälso- och sjukvård samt medverkan i regionens smittskyddsarbete, forsknings- och utvecklingsarbete samt i kris- och katastrofberedskapen inom länet i primärvårdens uppdrag. [18]

Sedan 2008 är Stockholms primärvård organiserad inom ramen för flera vårdval. Ursprungligen omfattade vårdvalet husläkarverksamhet, mödrahälsovård, barnhälsovård, fotsjukvård och logopedi, men med åren har flera specialiserade vårdval utvecklats. Många vårdval ger utförare störst möjlighet till specialisering inom olika verksamhetsområden och medför att husläkarverksamheten har ett mer avgränsat grunduppdrag än i andra regioner. Region Stockholm är även den enda regionen i riket där hela den basala hemsjukvården ingår i husläkaruppdraget och inte i den kommunala hälso- och sjukvården. [18, 19]

Den offentligt finansierade primärvården i Stockholms län inkluderar verksamheter inom nio vårdval i Stockholm och sju vårdval i Norrtälje. Det finns närliggande vårdverksamheter som drivs i enlighet med avtal enligt Lagen om offentlig upphandling (LOU), direktavtal eller den nationella taxan. Exempel på verksamheter som drivs i enlighet med avtal enligt LOU är närakuterna och hemsjukvården under kvällar, nätter och helger. Exempel på

en verksamhet som drivs i enlighet med direktavtal och är närliggande till primärvården är ungdomsmottagningarna. Den nationella taxan innefattar ett antal enskilda fysioterapeuter (460 st. år 2019) och läkare (170 st. år 2013) som bedriver verksamhet enligt lagen om lagen om ersättning för fysioterapi, LOF, eller läkarvårdsersättning, LOL. [20, 21]

2.1.1 Primärvårdens grunduppdrag skiljer sig mellan regionerna

Lagen om vårdval föreskriver att alla regioner skall erbjuda vårdval inom primärvården [17]. Det är dock upp till varje region att formulera uppdrag, uppföljnings- och ersättningsmodell, och därför finns det stora skillnader mellan regionerna vad gäller uppdragens formulering, vilka verksamheter som ingår och var gränsen mellan primär- och specialistvård går. Primärvården i Stockholm sticker ut jämfört med andra regioner genom att uppdragen är smalare och fler. Även Region Skåne har ett smalt och avgränsat grunduppdrag för primärvårdsmottagningarna, se Tabell 1. [19] Region Stockholm har också det största antalet vårdval inom primärvård jämfört med de andra regionerna [18].

Uppdrag som ingår i primärvårdens grunduppdrag inom vårdvalet, 2016

Region	Psykosociala insatser	Barnhälsovård	Mödrahälsovård	Rehabilitering	Medicinsk fotvård	Ungdomsmottagning
Blekinge	~	✓	✗	✓	✗	✗
Dalarna	✓	✓	✓	✓	✓	✗
Gotland	✓	✗	✗	✓	✗	✗
Gävleborg	✓	✗	✗	~	✓	✗
Halland	✓	✓	–	✓	–	–
Jämtland	✓	✓	✓	✓	✗	✗
Jönköping	✓	✗	✗	✓	✓	✗
Kalmar	✓	✓	✗	✓	✗	✗
Kronoberg	✓	✓	✗	✓	~	✗
Norrbotten	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Skåne	~	✗	✗	~	✗	✗
Stockholm	~	✗	✗	~	✗	✗
Sörmland	✓	✓	✗	✓	✗	–
Uppsala	✓	✗	✗	~	✗	✗
Värmland	✓	✓	✓	~	✓	–
Västerbotten	✓	✓	✓	✓	✓	✗
Västernorrland	✓	✓	✓	✓	✓	✗
Västmanland	✓	✓	✓	~	✓	✓
Västra Götaland	✓	✓	✗	~	✓	✗
Östergötland	✓	✓	✗	✓	✓	✗

Källa: Vårdanalys, Primärvården i belysning

✓ Ja ✗ Nej ~ Delvis – Inget svar

Tabell 1. Uppdrag som ingår i primärvårdens grunduppdrag, fördelat per region

Det finns även skillnader vad gäller andelen privata primärvårdsmottagningar, patientavgifternas storlek, vilka remisskrav som gäller för att besöka specialistvård samt tillgången till primärvård på kvällar och helger. [19]

Även ersättningsmodellerna varierar ganska mycket mellan regionerna. När vårdvalet infördes i Stockholm, 2008, utgjorde listningsersättning omkring 40 procent av den totala ersättningen, resten var rörlig baserad på antal besök och en liten del var målrelaterad kopplad till olika indikatorer. Nästan alla andra

regioner har haft en mycket liten andel rörlig ersättning, i Region Skåne och Västra Götalandsregionen har listningsersättningen varit drygt 90 procent. I dagsläget består även Stockholms ersättning i högre grad av listningsersättning än tidigare. [22]

2.1.2 Nio vårdval inom primärvård och sju vårdval inom närliggande områden

I Region Stockholm fanns i april 2019 totalt 46 vårdval, varav sju inom vårdval Norrtälje och 39 i vårdval Stockholm. Region Stockholms vårdval omfattar nio uppdrag inom primärvård, sju inom närliggande områden, 20 inom annan specialiserad vård och tre inom tandvård (Tabell 2). Av de sju vårdvalen i vårdval Norrtälje ingår samtliga i primärvården. [20] Utöver grunduppdragen finns även ett antal tilläggsuppdrag kopplat till dem, exempelvis inom husläkarverksamheten.

De övriga vårdvalen, inom specialiserad vård och tandvård, kan också tänkas påverka primärvården, särskilt om uppdrags- eller avtalsförändringar görs som påverkar ett eller flera uppdrags storlek, innehåll och patientflöden.

Vårdval inom ”Nära vård”		Vårdval övrig specialiserad vård	
Primärvård	**”Närliggande områden”**	**Annan specialiserad vård**	**Tandvård**
1. Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård 2. Barnavårdscentral (BVC) 3. Barnmorskemottagning/ Mödravårdscentral (MVC) 4. Fotsjukvård 5. Logopedi 6. Läkarinsatser i särskilda boenden 7. Primär hörsel-rehabilitering 8. Primärvårds-rehabilitering 9. Specialiserad fysioterapi	10. Avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) 11. Barn- och ungdoms-medicinska mottagningar (BUMM) 12. Geriatrik 13. Obstetriska ultraljud 14. Sexuell hälsa 15. Sluten specialiserad palliativ vård 16. Vaccination	17. Allergologi 18. Förlossning 19. Gynekologi 20. Hudsjukvård 21. Höft- och knäprotes-operationer 22. Intensiv träning för personer med rörelsehinder 23. Klinisk fysiologi 24. Klinisk neurofysiologi 25. Neurologi 26. Ortopedi och handkirurgi 27. Planerad specialiserad rehabilitering lymfödem 28. Planerad specialiserad rehabilitering neurologi 29. Planerad specialiserad rehabilitering onkologi 30. Rehabilitering vid långvarig smärta och utmattnings-syndrom, MMR2 31. Ryggkirurgi 32. Specialiserad kirurgisk rehab efter vård på akutsjukhus 33. Specialiserad neurologisk rehab efter vård på akutsjukhus 34. Urologi 35. Ögonsjukvård 36. Öron- näs- och halssjukvård	37. Specialisttandvård för barn och ungdom 38. Allmän tandvård för barn och ungdom 39. Tandreglerings-vård för barn och ungdomar

Tabell 2. Vårdval Region Stockholm mars 2019 [20]

2.1.2.1 Vårdvalen har gett förbättrad tillgänglighet med oförändrad medicinsk kvalitet

I och med att vårdvalen infördes så tidigt i Region Stockholm har regionen redan över 10 års erfarenhet vad gäller vårdvalen inom primärvården. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har undersökt vårdvalens påverkan på hur vårdutbudet utvecklats, listnings- och besöksfrekvens samt läkemedels-förskrivning. Även frågeställningar kring kostnader, prestationer, patientnöjdhet och produktivitet har undersökts under de senaste åren. De

huvudsakliga resultaten från utvärderingarna visar att vårdvalen i primärvården resulterat i [22]:

- Fler besök och förbättrad tillgänglighet utan övervältringseffekter
- Kostnadskontroll och ökad produktivitet (åtminstone för husläkarverksamheten)
- Oförändrad patientnöjdhet
- Oförändrad medicinsk kvalitet
- Mångfald med fler privata vårdgivare utan geografisk snedfördelning

Samtidigt identifierades utmaningar kopplat till vårdvalen [22]:

- Besöksvolymerna har ökat mer än förväntat
- Vissa besök och åtgärder görs inte utifrån patienters behov utan som en effekt av konkurrensen och den höga efterfrågan
- Svårt att avgränsa uppdrag mot egenvård eller andra vårdformers uppdrag
- Begränsade möjligheter att påverka utbudet och anvisa geografisk placering eftersom etableringsfrihet råder
- Prisernaall sätts av HSF, är svåra att beräkna och stimulerar inte till priskonkurrens

2.1.3 Uppdrag och omfattning för vårdvalen inom den ”traditionella primärvården”

Region Stockholm har nio vårdval i Stockholm och sju vårdval i Norrtälje som ingår i den traditionella primärvården. Skillnaden mellan Norrtäljes och Stockholms vårdval är att Norrtälje inte har vårdval för läkarinsatser i särskilda boenden och primär hörselrehabilitering. Av vårdgivarna som bedriver sin verksamhet inom ramen för de nio vårdvalen inom primärvården är majoriteten privata. Endast inom vårdval läkarinsatser i särskilda boenden är majoriteten av verksamheterna regionalt drivna.

2.1.3.1 Vårdval husläkarverksamhet med basal hemsjukvård

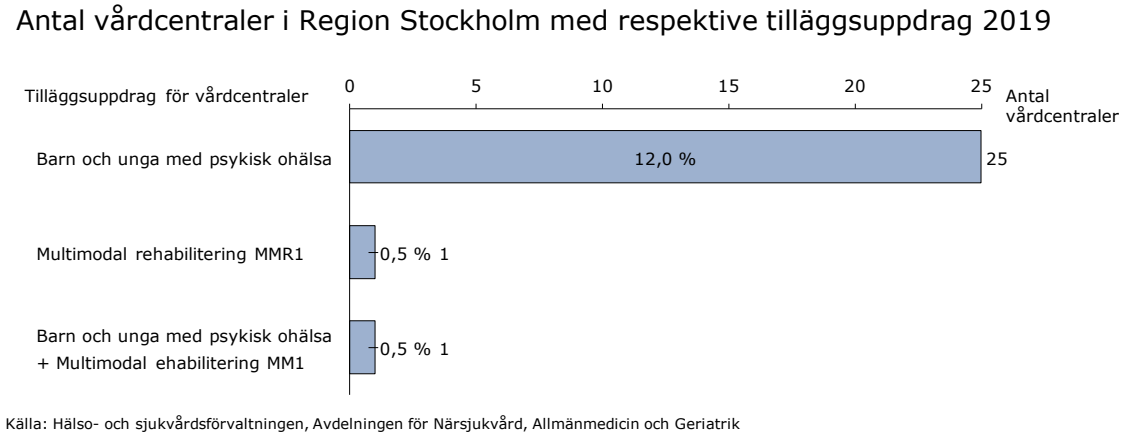
Det största vårdvalet inom primärvården sett till patientvolym är vårdval husläkarverksamhet med basal hemsjukvård. Kort innebär detta uppdrag att utan avgränsningar för sjukdomar inklusive beroende, ålder eller patientgrupper tillgodose befolkningens behov av medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete samt rehabilitering och försäkringsmedicinska åtgärder som sjukskrivning. Insatserna ska vara av den art att de inte kräver sjukhusens eller andra specialisters medicinska och tekniska resurser, annan särskild kompetens eller vara sådana som täcks av annan huvudmans ansvar. [23]

Grunduppdraget kan delas in i följande fem uppdrag [23]:

1. *Den allmänna husläkarverksamheten, som omfattar mottagningsverksamhet inklusive hembesök.* Vårdcentralen ska fungera som patientens samordnare och lots i den sammanhållna hälso- och sjukvården samt ge patienten kunskap och stöd till egenvård.
2. *Basal hemsjukvård,* som omfattar att bedöma, planera och koordinera patientens totala behov av hemsjukvård under hela dygnet samt att utföra hemsjukvårdsinsatser dagtid på vardagar.
3. *Psykosociala insatser av personal med särskild kompetens* omfattar patienter med lindrig till måttlig psykisk ohälsa som exempelvis ångest, depression och stress samt patienter i behov av krisstöd.
4. *Husläkarjouren* ska öka tillgängligheten till akut vård genom att erbjuda ett komplement till akutsjukhusens akutmottagningar genom medicinsk bedömning och rådgivning per telefon samt mottagningsbesök under helgdagar kl. 8.00–17.00.
5. *Lokalt smittskydds- och Stramauppdrag*

Därutöver finns det fyra möjliga tilläggsuppdrag till husläkarverksamheter; hälsofrämjande befolkningsinriktade insatser, första linjens insatser till barn och unga med psykisk ohälsa, rehabilitering vid långvarig ospecifik smärta (MMR1) och hälsoundersökningar för asylsökande [24]. Det pågår även försöksverksamhet med rehabiliteringskoordinator med förslag till ordinarie uppdrag inför lagreglering 2020.

Av vårdcentralerna i Stockholms län (exklusive Norrtälje) har 13 procent minst ett tilläggsuppdrag (Figur 2). Av dessa har alla förutom en vårdcentral, det vill säga 26 stycken, tilläggsuppdraget barn och unga med psykisk ohälsa. Två vårdcentraler har tilläggsuppdraget multimodal rehabilitering (MMR1), varav den ena har båda tilläggsuppdragen. [24, 25] Under de tre senaste åren har tio mottagningar startat tilläggsuppdraget barn och unga med psykisk ohälsa, medan sju vårdcentraler har avslutat samma tilläggsuppdrag.

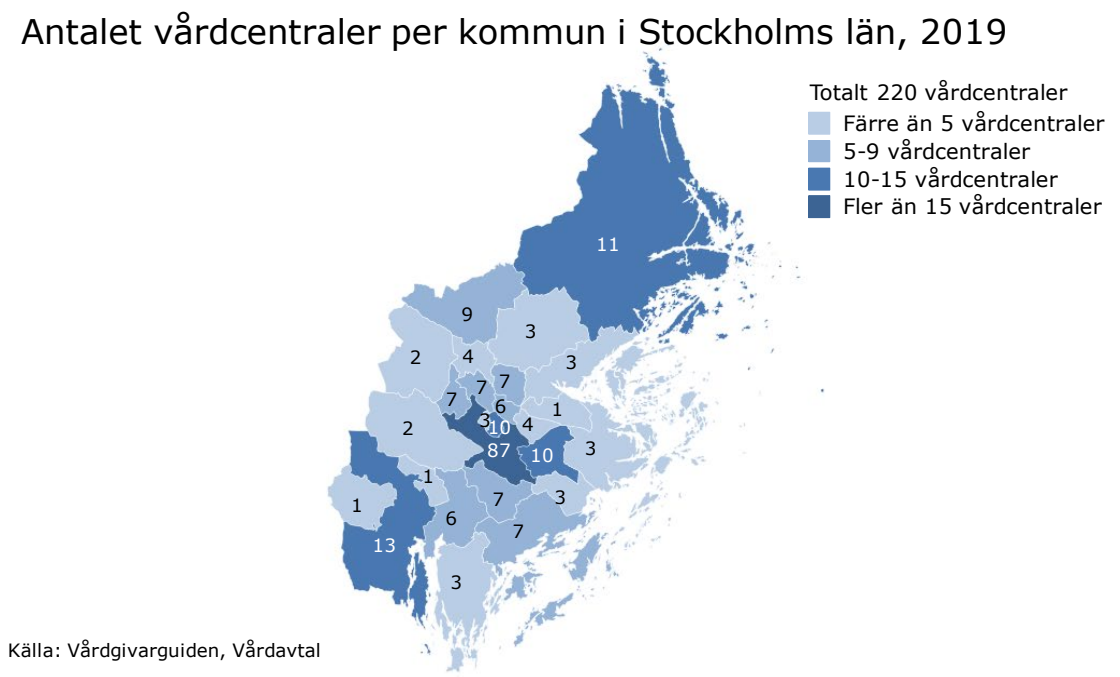


Figur 2. Antal och andel vårdcentraler med tilläggsuppdrag i Region Stockholm, 2019

Det finns i dagsläget inget storlekskrav på vårdcentralerna, men för att fullfölja uppdraget ska verksamheten vara bemannad med minst tre läkare, som i första hand ska vara specialister i allmänmedicin, men kan kompletteras med andra specialistläkare, exempelvis specialister i geriatrik, pediatrik eller psykiatri, samt läkare under utbildning. En specialist i allmänmedicin ska finnas tillgänglig och minst en distriktssköterska ska finnas på plats under hela öppettiden. Personal som ger hälso- och sjukvårdsrådgivning ska lägst vara legitimerad sjuksköterska. [23]

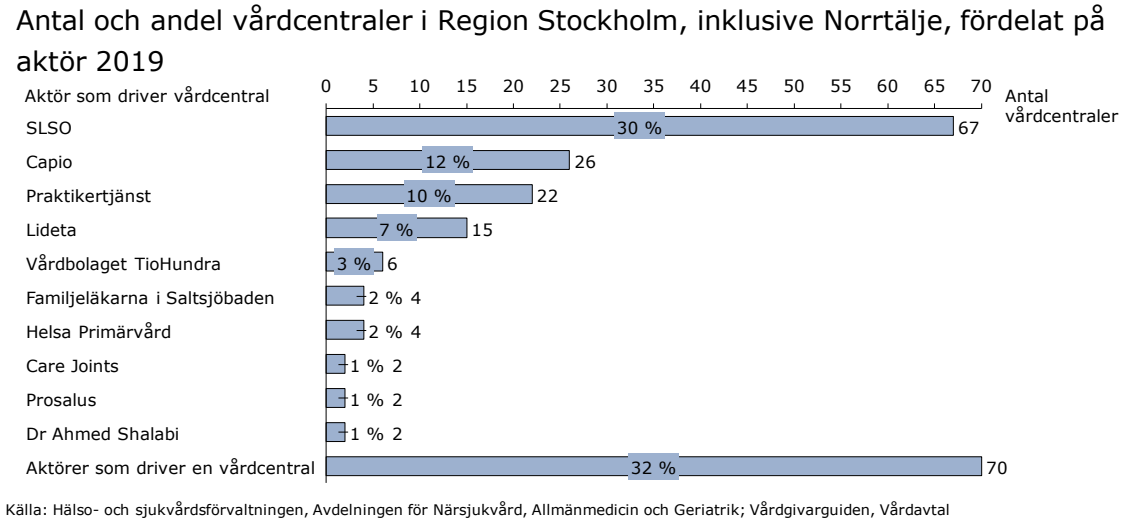
Vårdval husläkarverksamhet infördes år 2008 som en del i vårdval Stockholm. Den mest centrala förändringen för husläkarverksamheterna skedde vid årsskiftet 2015–2016 då ersättningsmodellen reviderades genom en ökad ersättning för listning med justering för vårdtyngd (Adjusted Clinical Groups, ACG) och socioekonomi (Care Need Index, CNI). [22] ACG kan användas både för att beskriva hälsotillstånd i befolkningen och för att fördela sjukvårdsresurser efter förväntad vårdtyngd. ACG-värdet räknas utifrån patienternas diagnos, genus och ålder. [27] CNI beräknas utifrån förekomsten av sju socioekonomiska variabler i vårdgivarnas listningsområde. Variablerna är följande: Ålder över 65 år och ensamstående, utlandsfödd (Östeuopa, Asien, Afrika, Sydamerika), arbetslös eller i åtgärd 16–64 år, ensamstående förälder med barn 17 år eller yngre, person ett år eller äldre som flyttat in i området, lågutbildad 25–64 år och ålder yngre än fem år. [26]

Antalet vårdcentraler i Stockholms län har varit ganska konstant under de senaste åren, även om det kontinuerligt avvecklas och tillkommer nya mottagningar. Sedan april 2015 har det funnits mellan 207 och 209 vårdcentraler och i april 2019 fanns det 209 vårdcentraler i Stockholms län (exklusive Norrtälje, där det fanns 11 vårdcentraler). Dessa vårdcentraler är inte helt jämt fördelat bland kommunerna i länet, vilket är rimligt då antalet invånare skiljer sig mellan kommunerna. De kommuner med flest vårdcentraler är Stockholms stad (87 vårdcentraler), Södertälje (13 vårdcentraler) och Norrtälje (11 vårdcentraler), se Figur 3. [20, 26]



Figur 3. Antalet vårdcentraler per kommun i Stockholms län, 2019

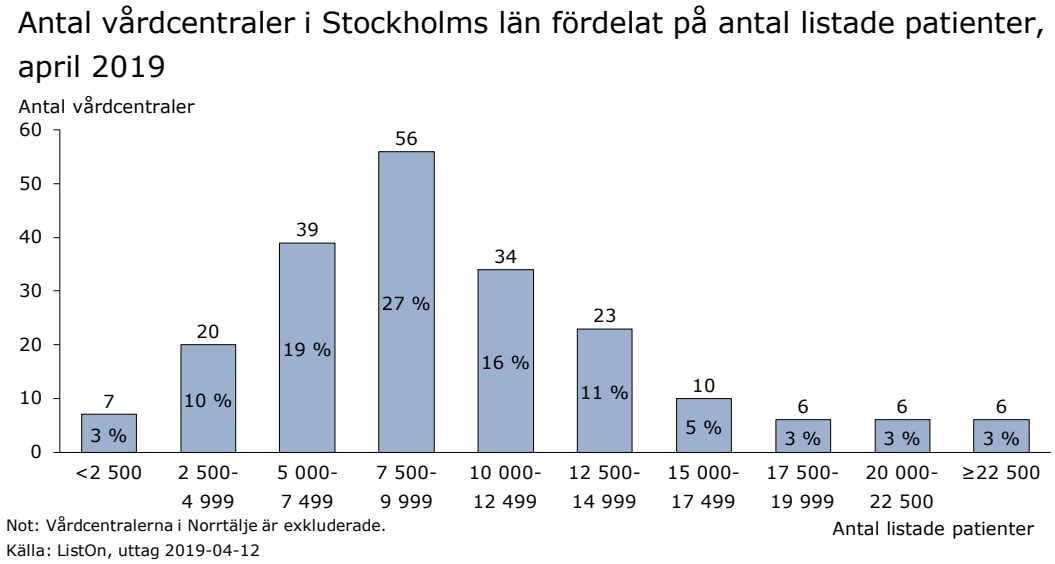
Av alla vårdcentralerna i Stockholms län, totalt 220 vårdcentraler, drivs 67 procent i privat regi och 33 procent i offentlig regi, (SLSO eller vårdbolaget TioHundra), se Figur 4. Av de privata aktörerna finns tre som driver fler än tio mottagningar: Capio, Praktikertjänst och Lideta. Det finns sex aktörer som driver 2–6 vårdcentraler, men majoriteten av de privatdrivna vårdcentralerna, 70 stycken, drivs av aktörer som driver endast en vårdcentral. [24, 25]



Figur 4. Antal och andel vårdcentraler i Region Stockholm fördelat på aktör, 2019

Majoriteten av invånarna i Stockholms län (90 procent) är listade på en vårdcentral [27]. I mars 2019 var 2 085 617 invånare listade på 207

vårdcentraler[2]. Det finns stora skillnader i antalet listade mellan de olika vårdcentralerna: allt mellan 600 och 31 580, med en snitt på dryga 10 000 listade patienter. [28] De flesta vårdcentralerna i Stockholms län har mellan 5 000 och 12 499 listade patienter, se Figur 5. Endast två vårdcentraler har färre än 1 500 listade patienter och färre än var tionde vårdcentral har 17 500 eller fler listade patienter. De två största vårdcentralerna, Liljeholmens vårdcentral och Gustavsbergs vårdcentral, har fler än 30 000 listade patienter.



Figur 5. Antal vårdcentraler i Stockholms län fördelat på antal listade patienter, april 2019

Under 2017 var antalet listade patienter per läkare på vårdcentralerna i Stockholms län, inklusive Norrtälje, i snitt 2 751 stycken, vilket var fler än under år 2016 (2 657 st.). [29]

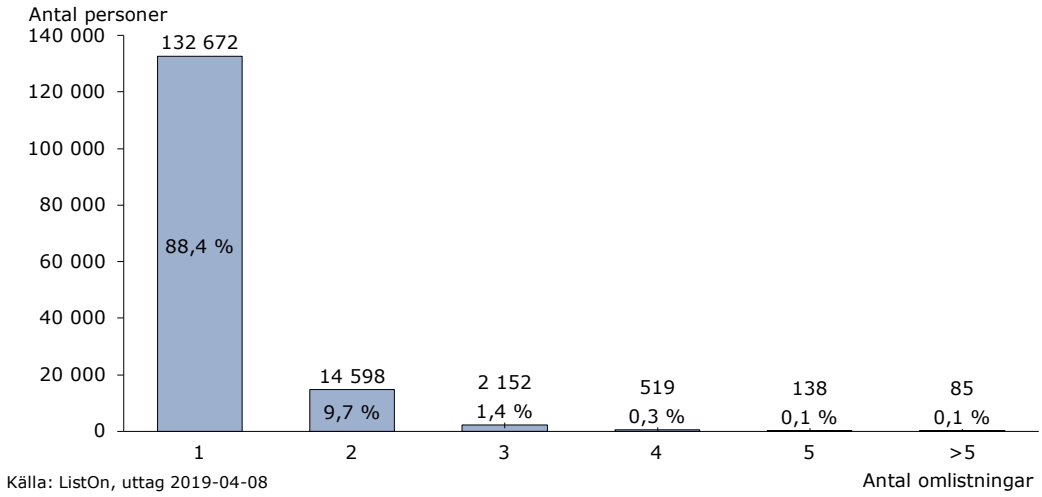
Av de 207 vårdcentralerna i länet, exklusive Norrtälje, har 105 stycken (51 procent) angett ett listningstak. Denna siffra är dock ointressant för en del mottagningar, i och med att det inte går att ta bort ett listningstak om man en gång satt ett tak, utan då ändrar man oftast bara taket till något högre. Om en mottagning vill ta bort sitt listningstak, kan de i praktiken höja sitt tak från exempelvis 5 000 till 100 000 listade patienter. Då får taket ingen praktisk betydelse så länge inte mottagningen kommer upp i taket. Antalet vårdcentraler med ett listningstak som är mer än 1,5 gånger antalet listade (och därmed kan antas vara orimligt högt) är 12 st. (11 procent av alla vårdcentraler med ett listningstak). Antalet vårdcentraler i Stockholms län som nått sitt listningstak var i april 2019 18 stycken. [28]

Antalet patienter som listat om sig en gång uppgick till dryga 132 000 personer under år 2018 (Figur 6). Dessa stod för dryga 88 procent av alla omlistningar i

[2] Två nya vårdcentraler öppnade i mars /april månad varför siffror skiljer sig åt mellan mätperioderna.

Stockholms län. Antalet personer som listat om sig fler än fem gånger under 2018 var 85 personer och stod för 0,1 procent av alla omlistningar i länet. [28]

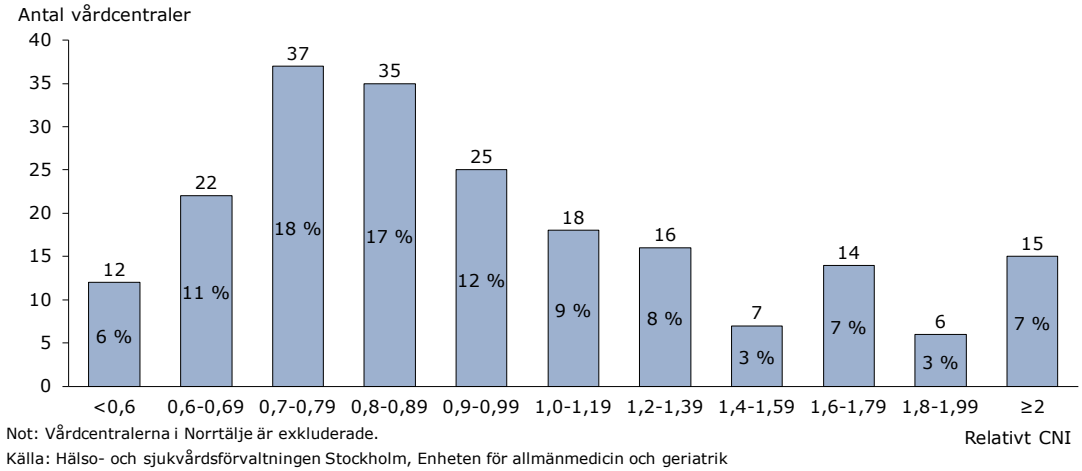
Antalet omlistningar som gjorts av personer listade i Stockholms län, 2018



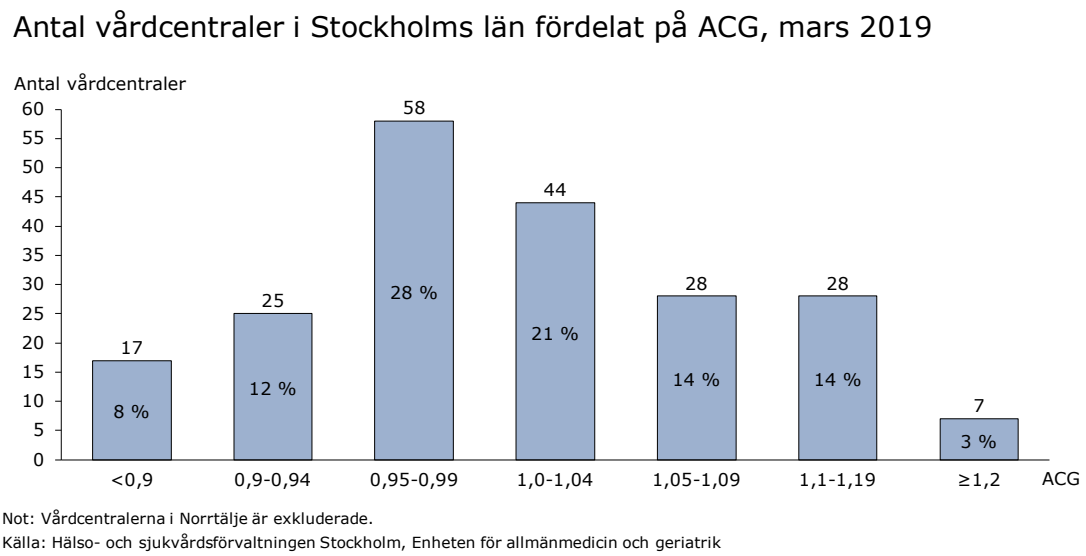
Figur 6. Antalet omlistningar som gjordes i Stockholms län under 2018

Vårdcentralernas belastning kan beskrivas förutom i antal listade patienter även med viktning för socioekonomi (Care Need Index, CNI) och sjukdomsbörda (Adjusted Clinical Groups, ACG). CNI-snittet för de 207 vårdcentralerna som fanns registrerade i april 2019 var 1,07 med ett spann från 0,46 till 3,03. Majoriteten (58 procent) av vårdcentralerna hade ett CNI på mellan 0,6 och 0,99 (Figur 7). ACG-snittet för samma vårdcentraler i mars var 1,01 med ett spann från 0,77 till 2,05. Nästan hälften (49 procent) har ett ACG på mellan 0,95 och 1,04 (Figur 8).

Antal vårdcentraler i Stockholms län fördelat på relativt CNI per vårdcentral, april 2019



Figur 7. Antal vårdcentraler fördelat på relativt CNI per vårdcentral, Stockholms län, april 2019



Figur 8. Antal vårdcentraler fördelat på ACG, Stockholms län, mars 2019

2.1.3.2 Vårdval barnavårdscentral (BVC)

Barnavårdscentralernas (BVC) uppdrag innebär i huvudsak att aktivt erbjuda barnhälsovård i enlighet med barnhälsovårdens basprogram och ge individuellt stöd och insatser utifrån barns och föräldrars olika behov. Verksamhetens övergripande mål är att medverka till att säkerställa barns hälsa, trygghet och utveckling med utgångspunkt från FN:s konvention om barnets rättigheter. Andra prioriterade uppgifter är att minska den psykiska ohälsan hos barn och föräldrar samt att främja amning och förebygga amningsproblem. [30]

Tilläggsuppdraget *Hembesöksprogrammet*, som kan ansökas av BVC-mottagningar med minst 100 listade barn under ett år och ett relativt socioekonomiskt behovsindex, Care Need Index (CNI) över 1,5, innebär att tillsammans med socialtjänsten erbjuda och genomföra fem extra hembesök för nyfödda barn till samtliga förstagångsföräldrar. [30]

Vårdvalet infördes år 2008 [22]. Sedan den 1 mars 2019 gäller det nya reviderade förfrågningsunderlaget. Största förändringarna är att en extra ersättning baserat på CNI och en ersättning för videobesök infördes samt att hembesökens ersättning höjdes. Även listningsersättningen höjdes för vissa åldrar, exempelvis barn under ett år, för att mer stöd ska kunna ges vid bland annat amningsproblem och förlossningsdepressioner. [31] Sedan mars 2019 finns även ett krav på att nya mottagningar ska bemannas med minst två barn- eller distriktssjuksköterskor. För barnavårdscentraler med avtal tecknat före mars 2019 gäller att kravet om minst två barn- eller distriktssjuksköterskor ska vara uppfyllt senast den 1 mars 2021. För att alla barn ska ha tillgång till barnhälsovård blev det även obligatoriskt för mottagningar att delta i närområdesplanen. [31, 32]

I Stockholms län finns 120 barnavårdscentraler, varav sju i Norrtälje, som drivs av drygt 30 olika aktörer. Omkring hälften av dessa är privata. [33, 32]

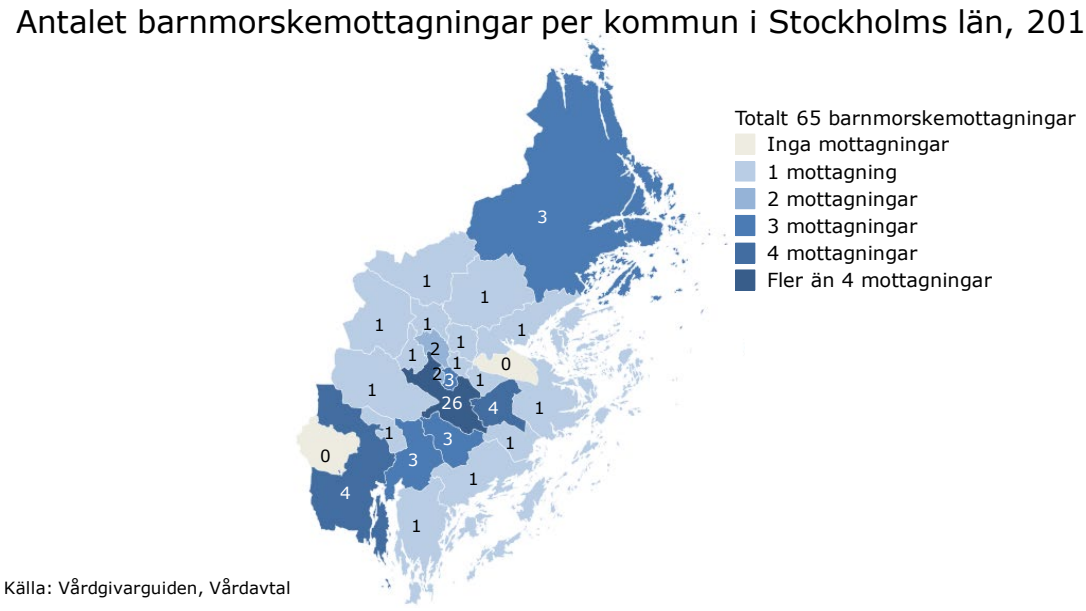
Barnavårdscentraler kan även ingå i familjecentraler, som innefattar förutom barnavårdscentral även barnmorskemottagning, öppen förskola och förebyggande socialtjänst, som riktar sig till blivande föräldrar, föräldrar och barn 0–5 år. [34] I Stockholms län fanns år 2017 19 familjecentraler [35].

2.1.3.3 Vårdval barnmorskemottagning (BMM)

Barnmorskemottagningarna (BMM) når i stort sett alla gravida, men även kvinnor som behöver stöd för familjeplanering, hjälp med att förebygga och behandla sexuellt överförbara sjukdomar och de som deltar i regelbundna cellprovskontroller i länet. Uppdraget innefattar graviditetsövervakning och eftervård, insatser för familjeplanering och gynekologisk cellprovtagning. [36]

Vårdvalet infördes år 2008 [22]. Inga större förändringar i varken uppdrag eller ersättningsmodell gjordes förrän 2018 då en förstärkning genomfördes av grundersättningen inom graviditetsuppdraget. En revidering pågår av hela förfrågningsunderlaget för barnmorskemottagningarna. [36]

I Stockholms län finns 65 barnmorskemottagningar (varav tre i Norrtälje), som drivs av drygt 20 olika aktörer. Omkring hälften av dessa är privata och 40 procent av mottagningarna finns i Stockholms stad, se Figur 9. I Vaxholm och Nykvarn finns inga barnmorskemottagningar. [37, 38]



Figur 9. Antalet barnmorskemottagningar per kommun i Stockholms län, 2019

2.1.3.4 Vårdval fotsjukvård

Uppdraget för vårdval fotsjukvård innebär att erbjuda medicinsk fotsjukvård i öppenvård, skapa en god fothälsa samt förebygga och behandla fotskador hos patienter med sjukdomar med risk för fotkomplikationer eller sårbildningar, som exempelvis diabetes, cirkulationsrubbningar, reumatiska, ortopediska och neurologiska sjukdomar eller andra fotsjukvårdsfall av tydlig medicinsk natur.

Vårdvalet infördes år 2008 [22]. Inga större förändringar i varken uppdrag eller ersättningsmodell har gjorts. I Stockholms län finns 143 mottagningar, varav ca 85 procent drivs privat och 15 procent drivs av regionen. [39, 40]

2.1.3.5 Vårdval logopedi

Uppdraget för vårdval logopedi omfattar logopediska insatser i öppenvård till patienter med språk-, tal- och röststörning, stamning, neurologiskt betingad språk-, tal- eller sväljstörning samt utredning av patienter med läs- och skrivsvårigheter/dyslexi. Övergripande mål för logopedverksamheten är att åstadkomma en så bra kommunikationsförmåga och sväljningsförmåga som möjligt för patienter med förvärvad eller medfödd funktionsnedsättning. Helhetssyn, kontinuitet, god tillgänglighet och patientsäkerhet samt professionellt förhållningssätt ska prägla verksamheten. I den avtalade verksamheten ska finnas minst en verksam logoped med 2 års klinisk erfarenhet inom sin profession. Verksamhetens omfattning ska vara minst 50 procent av heltid per logoped för att upprätthålla kompetens och ökad tillgänglighet [41].

Vårdvalet infördes år 2008 [22]. Det finns 89 mottagningar i länet, varav fyra finns i Norrtälje. Av dessa är majoriteten, 66 procent, privata. [42, 43]

2.1.3.6 Vårdval läkarinsatser i särskilda boenden för äldre

Uppdraget för vårdval läkarinsatser i särskilda boenden innebär att erbjuda planerad och oplanerad primär läkarvård dygnet runt, basala minnesutredningar, palliativ vård och vård i livets slutskede. Målgruppen är personer som bor på korttidsboende eller särskilt boende som listat sig hos vårdgivaren. För korttidsboende gäller endast akut ansvar, medan för personer i särskilt boende som listat sig hos vårdgivaren ingår även genomgång av hälsotillståndet minst en gång per år, dokumenterad läkemedelsgenomgång minst en gång per år och regelbunden uppföljning av förskrivna läkemedel. [44]

Vårdvalet infördes år 2009 [22]. Det finns 13 godkända vårdgivare i länet för att utföra uppdraget. Av dessa drivs dryga hälften, 7 stycken i offentlig regi, medan resterande drivs i privat regi. [44]

2.1.3.7 Vårdval primär hörselrehabilitering

Uppdraget omfattar primär hörselrehabilitering som en helhet, innefattande behovsbedömning, förskrivning av hörselhjälpmedel, service samt andra insatser som information om hörselnedsättning och tinnitus, orsaker och konsekvenser. Övergripande mål för verksamheten är att personer med hörselnedsättning utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och att aktivt kunna delta i samhällslivet. Målgruppen är personer över 18 år med lätt till måttlig hörselnedsättning. I den avtalade verksamheten ska finnas minst två audionomer varav en verksam audionom ska ha minst två års klinisk erfarenhet inom sin profession [45].

Vårdvalet infördes år 2011 [22]. Det finns 44 mottagningar i länet, som drivs av 11 olika aktörer. Samtliga aktörer är privata. [46]

2.1.3.8 Vårdval primärvårdsrehabilitering

Uppdraget för vårdval primärvårdsrehabilitering innebär att tillgodose patientens behov av hemrehabilitering för patienter som vårdats vid akutsjukhus, geriatrisk klinik eller specialiserad sluten rehabiliteringsklinik [47]. Syftet med insatserna är att förbättra patientens aktivitets- och funktionsförmåga med målsättningen att återvinna eller bibehålla bästa möjliga funktion och ge tidiga insatser vid försämring av funktionstillstånd, samt skapa goda villkor för ett självständigt liv med aktivt deltagande i samhällslivet [48]. En stor del av uppdraget innebär också att förskriva hjälpmedel. Verksamheten omfattar ett basuppdrag för akuta och planerade rehabiliteringsinsatser på mottagning och i den egna bostaden från arbetsterapeut, dietist och fysioterapeut. I basuppdraget finns krav på följande yrkesgrupper: legitimerad arbetsterapeut, legitimerad dietist och legitimerad fysioterapeut. Vidare ska det finnas personal som har vidareutbildning på högskola inom mental hälsa samt rörelsesystemet och 50 procent av personalen ska ha minst fyra års klinisk erfarenhet av öppenvård. Basuppdraget består av minst två hemrehabteam med arbetsterapeut och fysioterapeut. Ytterligare krav i basuppdraget är att det består av minst åtta heltidsbefattningar, men helst tio. [48]

Tilläggstjänster och -uppdrag utgör komplement till basuppdraget. Tilläggstjänster till uppdraget inkluderar kiropraktik, naprapati, kombinerad fysikalisk lymfödemterapi och behandling i bassäng [49]. Det finns två tilläggsuppdrag: neuroteam samt behandling av barn och ungdomar med obesitas. Utöver dessa pågår försöksverksamhet med rehabiliteringskoordinator med förslag till ordinarie uppdrag inför lagreglering 2020.

Vårdvalet infördes år 2012. Primärvårdsrehabilitering är det vårdval som tar emot mest besök efter husläkarverksamheten [22]. I länet finns 76 mottagningar för primärvårdsrehabilitering, varav tre i Norrtälje. Mottagningarna drivs av 27 olika aktörer. Dryga hälften (61 procent) av mottagningarna drivs i privat regi. Resterande drivs av SLSO (28 st.) och TioHundra (2 st.) [49, 47]

2.1.3.9 Vårdval specialiserad fysioterapi

Uppdraget omfattar fysioterapeutiska rehabiliteringsinsatser inom angivna specialiseringsområden i öppenvård samt vid behov förskrivning av hjälpmedel. Syftet med insatserna är att förbättra patientens aktivitets- och funktionsförmåga med målsättningen att återvinna eller bibehålla bästa möjliga funktion och tidigt åtgärda försämring av funktionstillstånd, samt skapa goda villkor för ett självständigt liv med aktivt deltagande i samhällslivet. För patienter med behov av samordnad rehabiliteringsinsats ska fysioterapeuten verka för att rehabiliteringsprocessen sker samordnat med patientens övriga behandling eller stöd.

Till uppdraget finns följande tilläggstjänster: behandling i bassäng, behandling av lymfödem, modifierad CI-terapi, mottagningsverksamhet på vårdcentral samt mottagningsverksamhet på barn- och ungdomsmedicinsk mottagning.

För uppdraget ska verksamheten ha en eller fler fysioterapeuter med av yrkesförbundet Fysioterapeuterna formaliserad specialistkompetens inom något av följande områden: fysisk aktivitet och idrottsmedicin, hjärt- och kärlsjukdomar, mental hälsa, neurologi, obstetrik, gynekologi och urologi, onkologi, ortopedi, ortopedisk manuell terapi, pediatrik, respiration, reumatologi, smärta och smärtrehabilitering samt äldres hälsa [50].

Vårdvalet infördes år 2012. Inom vårdvalet i Stockholms finns 76 fysioterapimottagningar, varav sju i Norrtälje. Det finns 159 vårdavtal med 257 fysioterapeuter vid 137 olika aktörer. Många av aktörerna samverkar vid samma mottagning. Majoriteten (87 procent) av mottagningarna drivs i privat regi och resterande drivs av SLSO. [51, 52]

2.1.4 Direktavtal och avtal enligt lagen om offentlig upphandling (LOU)

Vissa närliggande verksamheter till primärvården som inte ingår i ett vårdval, bedrivs i enlighet med direktavtal eller Lag om offentlig upphandling (LOU). LOU används för upphandlingar av privata utförare, medan direktavtal används för regiondrivna utförare. Närakuter drivs både i enlighet med direktavtal och avtal enligt LOU.

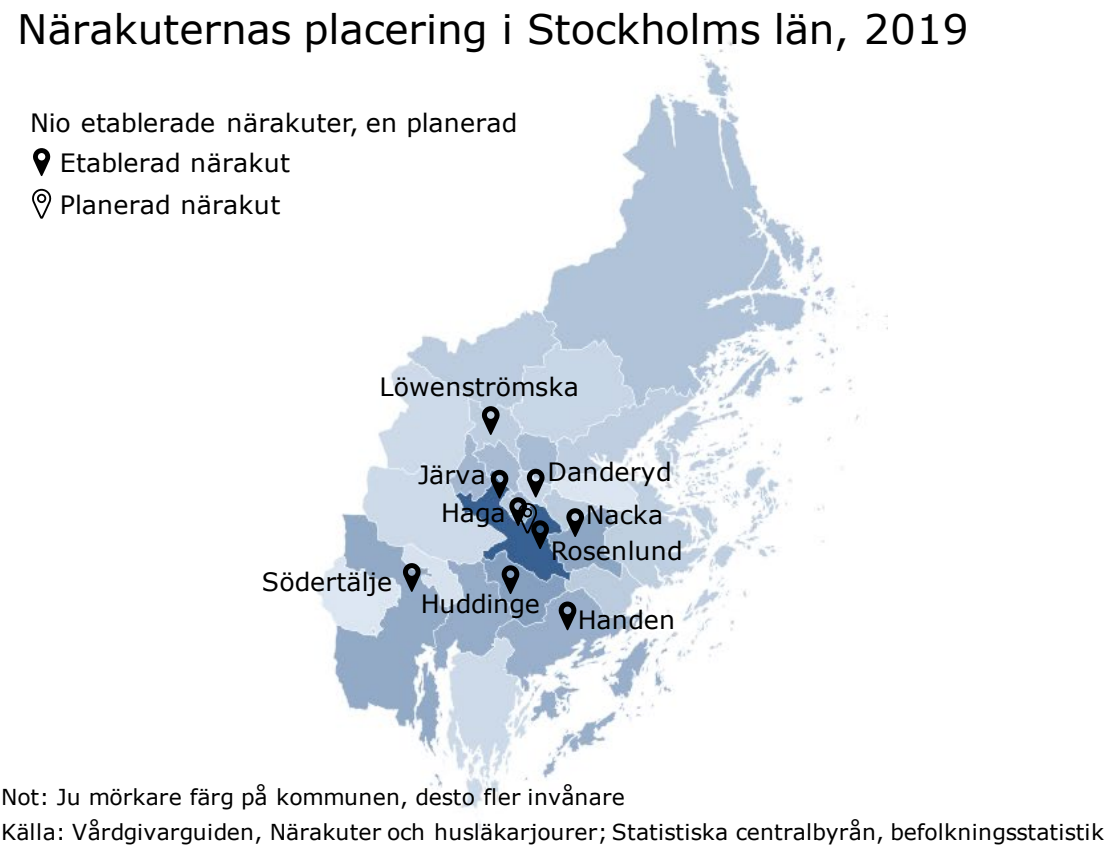
2.1.4.1 Närakuter

Tanken och syftet med närakuterna är att de tillsammans med andra aktörer inom närsjukvården ska erbjuda patienter med akuta vårdbehov en god och säker vård med hög medicinsk kvalitet och tillgänglighet. Närakuterna ska öka tillgängligheten till akut vård genom att erbjuda ett tydligt alternativ för patienter som har akuta vårdbehov, men som inte har behov av akutsjukhusens resurser. Närakuterna ska ta emot barn och vuxna i alla åldrar och behandla akuta skador och sjukdomar som inte är livshotande, men som är mer resurskrävande än de tillstånd som husläkarjourerna behandlar. [53, 54]

Närakuterna ska vara öppna årets alla dagar klockan 08.00–22.00 och bemannas av läkare som i första hand är specialister i allmänmedicin eller akutsjukvård samt sjuksköterskor. Läkarna kan kompletteras med andra specialistläkare, som till exempel specialist i pediatrik, ortopedi och geriatrik förutom läkare under utbildning. Minst en specialistutbildad sjuksköterska, med relevant specialistutbildning för uppdraget, ska finnas tillgänglig under hela öppettiden. Det ska finns tillgång till röntgen och laboratorium under hela öppethållandetiden och ultraljud under vardagar dagtid. [55, 53]

I nuläget finns det nio närakuter i länet: Danderyd, Haga, Handen, Huddinge, Järva, Löwenströmska, Nacka, Rosenlund och Södertälje (Figur 10).

Upphandlingen av en närakut med närhet till Sankt Görans sjukhus alternativt Sabbatsbergs sjukhus pågår. Driftstart planeras till januari 2020. [55]



Figur 10. Närakuternas placering i länet, 2019

Närakuterna tar emot omkring 730 patienter per dygn, det vill säga dryga 5 000 patienter per vecka. Veckorna med flest besök under år 2018 var i maj, juni och december, medan veckorna med minst besök var i juli månad. Jämfört med husläkarjourerna tar närakuterna emot 1,5 gånger så många besök, medan antalet akutmottagningsbesök är nästan dubbelt så stort som antalet närakutsbesök. [56]

2.1.4.2 Vård som bedrivs i enlighet med avtal enligt LOU

Lag om offentlig upphandling (LOU), används för upphandlingar av privata utförare och vårdformerna som bedrivs i enlighet med avtal enligt LOU är många. Gruppen är heterogen och inkluderar många högspecialiserade områden som exempelvis rehabilitering av personer med övre och/eller nedre extremitetsskador, synrehabilitering, kunskapsstöd och handledning för intensivträning av förskolebarn med autismspektrumtillstånd (AST) samt omskärelse av pojkar på icke-medicinska grunder. [20]

Utöver dessa bedrivs även hemsjukvård under kvällar och nätter i enlighet med avtal enligt LOU. Det finns åtta upphandlade avtal med tre aktörer som erbjuder hemsjukvård under kvällar och nätter, varav alla drivs i privat regi. [57]

2.1.4.3 Vård som bedrivs i enlighet med direktavtal

Direktavtal används för avtal med regiondrivna utförare. Gruppen av vårdformer som bedrivs i enlighet med direktavtal är en heterogen grupp, där inget ingår i traditionell primärvård. De flesta vårdformer som bedrivs i enlighet med direktavtal är högspecialiserade, som till exempel Centrum för cancerrehabilitering, Habilitering & Hälsa och logopedi i språkförskoleverksamhet. [20]

Vissa av dessa vårdformer har en koppling till primärvården och den nära vården. Exempel på sådana ”nära” vårdformer är ungdomsmottagningarna. Ungdomsmottagningar riktar sig till ungdomar mellan 12 och 22 år och bedrivs i samverkan med kommunen. Regionen ansvarar för barnmorske- och läkarinsatser medan kommunen ansvarar för kuratorsinsatser. Uppdraget är att främja en god och säker sexuell hälsa, stärka identitets- och personlighetsutveckling samt förebygga och tidigt upptäcka psykisk ohälsa och sociala problem bland ungdomar. [58]

2.2 Samverkan mellan primärvården och andra aktörer i länet

Primärvården har ett samordningsansvar för patienter som har behov av vård och omsorg från andra vårdgivare och huvudmän. I de allmänna villkoren för vårdvalsavtalen ingår bland annat att vårdgivaren aktivt ska bidra till samverkan mellan vårdgivare och huvudmän, säkerställa att vårdkedjan är så sammanhängande som möjligt ur ett patient- och närståendeperspektiv samt aktivt delta i och vid behov ta initiativ till vårdplaneringar i samverkan med andra vård- och omsorgsgivare. Därutöver ska vårdgivaren känna till och följa beslut och riktlinjer i samverkansöverenskommelser som finns mellan regionen och andra huvudmän samt upprätta lokala samverkansöverenskommelser med andra vårdgivare. Särskilt samverkansöverenskommelser med lokal psykiatri och beroendevård ska prioriteras. [23]

2.2.1 Samverkan mellan hälso- och sjukvårdsförvaltningen och länets kommuner

Samverkan mellan vårdens huvudmän är en förutsättning för en sammanhållen vård. Region Stockholm, Kommunförbundet för Stockholms län (Storsthlm) och representanter för kommuner i Stockholms län, arbetar kontinuerligt fram överenskommelser kring områden där regionen och kommunerna måste samverka. Överenskommelserna innehåller riktlinjer för hur vårdgivaren ska samverka med kommunerna. Överenskommelserna föreslås av hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Kommunförbundet Stockholms län, därefter

godkänns de av hälso- och sjukvårdsnämnden och de enskilda kommunerna. Överenskommelserna gäller i varje enskild kommun när kommunen beslutar att säga ja till dem. [61]

De områden där det finns samverkansöverenskommelser är bland annat [61]:

- Vård och omsorg om äldre
- Missbruks- och beroendevård
- Psykisk sjukdom/funktionsnedsättning
- Barn i behov av särskilt stöd (BUS)
- Praktisk hjälp med egenvård
- Habilitering och rehabilitering
- Andningshjälp i hemmet
- Boende med särskilt stöd och daglig verksamhet
- Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

Vissa områden, exempelvis vård och omsorg om äldre, omfattar flera överenskommelser och delöverenskommelser om bland annat läkemedelsanvändning, nutritionsbehandling och demens eller kognitiv svikt. Andra områden, som exempelvis habilitering och rehabilitering, omfattar en enda övergripande överenskommelse.

Idag finns alltså ett tiotal överenskommelser mellan kommunerna i länet och Region Stockholm som rör samverkan kring olika målgrupper. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Storsthlm fick i maj 2018 ett gemensamt uppdrag från länets politiska ledningsgrupp Vård i Samverkan, VIS, att genomföra en förstudie avseende ett hälso- och sjukvårdsavtal i Stockholms län, det vill säga en överenskommelse om samverkan på övergripande nivå mellan länets kommuner och Region Stockholm. Målet med ett hälso- och sjukvårdsavtal är att skapa en trygg och säker vård och omsorg för den enskilde samt en effektiv användning av samhällets resurser. Förstudien blev klar i januari 2019. Förstudierapporten fungerar som ett kunskapsunderlag och ett underlag inför beslut om ett eventuellt fortsatt utvecklingsarbete. Rapporten visar att det finns ett stort behov av att gemensamt utveckla nuvarande samverkansformer och digitala lösningar samt att ta fram gemensamma principer för samverkan. [62, 63]

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har även en överenskommelse med Försäkringskassan gällande samverkan. En utvecklad samverkan med Försäkringskassan behövs för att skapa en patientsäker vård.

När vården utvecklas är det viktigt att alla parter är lika delaktiga när nya lösningar tas fram. Utvecklingen av en sammanhållen vård är beroende av att

parterna har förtroende och förståelse för varandra. En förutsättning för detta är en väl utvecklad struktur för samverkan.

2.3 Uppföljning

Uppföljningen av primärvården sker både nationellt, regionalt och lokalt av respektive vårdgivare. Genom den nationella uppföljningen jämförs regionen med rikets övriga regioner och riket som helhet. Den regionala uppföljningen är däremot ett medel för hälso- och sjukvårdsförvaltningen att åstadkomma en samlad styrning och ledning av vårdens utveckling som en huvudman. Genom uppföljning kan förbättringsområden identifieras, och genom att följa resultaten löpande över tid går det att avgöra om det sker förbättringar. Den regionala uppföljningen är även kopplad till ersättningsmodellerna och påverkar därmed den ekonomiska ersättningen till verksamheterna. Lokal uppföljning görs inom respektive koncern och kan omfatta mer kliniska data och information som insamlats från patienter.

2.3.1 Nationell uppföljning av primärvården

Nationell uppföljning av primärvården sker genom bland annat Nationell patientenkät, Hälso- och sjukvårdsbarometern och PrimärvårdsKvalitet.

Nationell Patientenkät är ett samlingsnamn för återkommande nationella undersökningar av patientupplevelser. Sedan 2009 deltar samtliga regioner och arbetet samordnas av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Nationellt gemensamma undersökningar genomförs vartannat år inom bland annat primärvård, men även specialiserad vård. Resultaten används för att förbättra och utveckla vården utifrån ett patientperspektiv, samt vara ett underlag för jämförelser mellan vårdenheter och ett redskap för styrning och ledning. En svaghet med nationella patientenkäten, liksom med de flesta enkätundersökningar är det låga antalet svar. År 2018 skickades knappa 158 500 enkäter ut i riket, varav drygt en tredjedel i Stockholms län. Svarsfrekvensen var 36 procent av alla som mottog en enkät och marginellt lägre, 35 procent, i Stockholms län. I Stockholms län svarade alltså knappa 19 000 patienter på enkäten. [64]

Hälso- och sjukvårdsbarometern är en nationell undersökning som visar hur människor lokalt och i Sverige uppfattar hälso- och sjukvården. Samtliga regioner deltar i undersökningen, som från och med 2019 genomförs av Institutet för kvalitetsindikatorer. Arbetet samordnas av SKL. Frågorna i undersökningen berör bland annat tillgång till hälso- och sjukvård, förtroende för hälso- och sjukvården, attityder till väntetider samt huruvida vården ges på lika villkor. Resultaten är ett underlag för uppföljning och förbättringsarbete i svensk hälso- och sjukvård, såväl lokalt som nationellt. [65] Även hälso- och sjukvårdsbarometern, som de flesta enkätundersökningar, har ett lågt antal svar. Under 2018 samlades totalt 41 090 svar in. De flesta regioner har valt att

samla in 1 000 svar, medan sex regioner, inklusive Region Stockholm, har valt ett större antal. I Region Stockholm var antalet insamlade svar 7 800. [66]

PrimärvårdsKvalitet är ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården. Det ger stöd för vårdcentralerna att följa upp och förbättra sitt arbete genom att kunna se alla uppgifter om sin egen verksamhet och följa upp vården av enskilda patienter. Som referens visas genomsnittsvärden från hela landet. I dagsläget är drygt 50 procent av alla vårdcentraler i Sverige anslutna till PrimärvårdsKvalitet. Målet för 2019 är att 70 procent av vårdcentralerna, både de privata och regiondrivna, använder uppföljningen och att data används i det lokala förbättringsarbetet. I december 2018 hade 156 av vårdcentralerna i Stockholms län tillgång till PrimärvårdsKvalitet [67]. PrimärvårdsKvalitet ska komplettera de etablerade kvalitetsregistren med en bredare bild av verksamheten. Resultaten kommer att presenteras på Vården i siffror när de bedöms vara tillräckligt validerade. [68]

2.3.2 Regional uppföljning av primärvården

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen följer upp primärvården i Stockholms län i huvudsak genom att följa upp vårdavtalen och resultaten av vården. Syftet med den regionala uppföljningen är att identifiera förbättringsområden och få ett underlag för ledning och styrning av hälso- och sjukvården. Den regionala uppföljningen är även kopplad till ersättningsmodellerna.

2.3.2.1 Avtalsuppföljning som stöd till vårdens utveckling

Avtalsuppföljning sker kontinuerligt med syfte att följa upp i vilken utsträckning som leverantörerna/vårdverksamheterna har uppfyllt de krav som ställts i avtalen och för att stimulera till kvalitetsförbättringar.

Resultatet av avtalsuppföljningen ligger till grund för analys av vårdgivarens verksamhet och beroende av resultat kan det leda till beslut om att en fördjupad uppföljning behöver genomföras. Den samlade analysen av resultatet för vårdområdet utgör också underlag vid revidering av såväl utformning av uppdrag som uppföljningsplaner. Jämförelser mellan vårdgivare och mellan regioner ger förutsättningar att stimulera kvalitetsutveckling av vården, till exempel genom benchmarking analyser. Att offentliggöra jämförelser, är ytterligare ett steg i den styrningen. [69]

Under år 2018 påbörjades ett arbete med hur Hälso- och sjukvårdsförvaltningen ska arbeta med uppföljning på ett mer strukturerat och systematiskt sätt. Som ett led i detta arbete utformas ett ramverk för uppföljning av hälso- och sjukvård under 2019.

2.3.2.2 Resultatuppföljning av husläkaruppdraget och övrig primärvård

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen följer upp och redovisar jämförelser mellan vårdgivare baserat på vårdgivarnas rapportering, patientenkät,

tillgänglighetsmätning med mera. I dagsläget finns 55 indikatorer som följs upp inom kvalitetsområdet God vård för vårdval husläkarverksamhet med basal hemsjukvård. En del av uppföljningen är kopplad till målrelaterad ersättning och kan leda till antingen mer ersättning eller vite [70].

Som en del av uppföljningen genomför hälso- och sjukvårdsförvaltningen varje år undersökningar av hur patienterna upplever vården i form av patientenkäter. Syftet är att utveckla och förbättra vården utifrån ett patientperspektiv och även få ett underlag för ledning och styrning av hälso- och sjukvården. Dessa undersökningar genomförs inom stora delar av hälso- och sjukvården såsom närsjukvården, vårdvalsområden, barnkliniker, psykiatrisk öppen och slutenvård, somatisk öppen- och slutenvård, akutsjukvård samt barn- och ungdomspsykiatri (BUP) [71].

Utöver dessa uppföljningar, som görs specifikt för primärvården, sker även annan uppföljning som delvis inkluderar primärvården. Primärvården ingår bland annat i den regionala läkemedelsuppföljningen, som omfattar statistik på läkemedelsförskrivning och utköp [72], samt folkhälsoanalyserna, som görs vart fjärde år och sammanställs till Folkhälsorapporten [73]. Utöver den uppföljning som regionen själv gör, följer Regionalt Cancercentrum Stockholm-Gotland upp de standardiserade vårdförloppen i cancervården, inklusive primärvårdens del. [74]

2.4 Kunskapsstyrning

Kunskapsstyrning består av alla styr- och ledningsstrategier och åtgärder som implementerar metoder och arbetssätt som baseras på bästa tillgängliga kunskap och/eller skapar och upprätthåller nödvändiga strukturer och processer för kunskapsbildning och -utveckling, det vill säga för uppföljning, utvärdering, förbättringsarbete, forskning, kunskapsvärdering, framtagande av riktlinjer, implementering och kunskapsspridning samt för yrkesutbildningar som tar sin utgångspunkt i det förhållningssätt som beskrivs av evidensbaserad praktik (EBP). [75] Kunskapsstyrning ska ske inom alla vårdverksamheter och på alla nivåer i systemet.

En bred bas för kunskapsstyrning erbjuds redan inom Region Stockholm. Centralt finns två sedan länge existerande sakkunnigorganisationer, Stockholms läns läkemedelskommitté (SLK) och Stockholms Medicinsk Råd (SMR). Till dessa finns knutet ett antal expertråd och specialitetsråd, vars ledamöter är utsedda för att representera vårdens samtliga verksamheter. Dessa kunskapsorganisationer svarar i dagsläget för att hålla Stockholms läkemedelsrekommendationer (Kloka Listan) och vårdprogram uppdaterade och relevanta. Till stöd för kunskapsstyrningen finns ett tiotal linjeenheter i HSF, med totalt ett hundratal medarbetare, som helt eller delvis har som uppgift att förvalta, sprida, implementera och följa upp de rekommendationer som framarbetas.

Ett stort arbete läggs varje år ner på att sprida och följa upp resultatet av nya rekommendationer ut till de delar av vården som berörs. Detta sker genom fysiska presentationer och fortbildningsinsatser, skriftliga material men också via webbaserade kunskapsstöd, såsom www.VISS.nu, www.psykiatristöd.nu och www.janusinfo.se.

I Hälso- och sjukvårdsförvaltningens arbete med kunskapsstyrande insatser ligger också uppdragen till de större centrumbildningarna, som är organisatoriskt placerade inom Stockholms läns sjukvårdsområde, SLSO, men har ansvar för att stödja både offentliga och privata vårdgivare genom kunskapsutveckling och kunskapsspridning samt arbeta forskningsinriktat med att ta fram underlag, metoder och material som bland annat används i det hälsofrämjande arbetet i Stockholmsregion.

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, CES, bidrar till en god och jämlik hälsa för befolkningen i Region Stockholm genom kunskapsutveckling och kunskapsspridning. Verksamheten innefattar epidemiologisk bevakning och analys, utveckling, utvärdering och stöd till implementering av metoder för hälsofrämjande och förebyggande arbete, riktlinjer och policyer inom folkhälsoområdet. [73]

Centrum för arbets- och miljömedicin, CAMM, identifierar och förebygger kemiska, fysikaliska, psykosociala och ergonomiska risker i arbets- och omgivningsmiljön. CAMM kartlägger risker, sprider kunskap samt bedriver undervisning, forskning och specialistvård inom arbets- och miljömedicin respektive arbets- och miljödermatologi. [73]

Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning, CHIS, består av hälsoekonomi och nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa, NASP. Inom hälsoekonomi studeras hälso- och sjukvårdens finansiering, reglering och organisation samt utvärdering av reformer. Med ekonomiska metoder och modeller analyseras hälsoutveckling, resursutnyttjande och fördelningsaspekter. NASP, Nationellt Centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa, är Region Stockholms och statens expertenhet inom självmordsforskning och förebyggande av psykisk ohälsa. [73]

Akademiskt primärvårdscentrum, APC, riktar sig till personal och studenter vid primärvårdsenheter (oberoende av driftsform) med utbildning, forskning och utvecklingsarbete. Det sker i nära samverkan med hälso- och sjukvård, universitet, högskolor och många andra. En bärande idé är att ta tillvara den erfarenhet och kunskap som finns i primärvården. Det praktiska arbetet sker på de Akademiska vårdcentralerna (AVC). De första fyra AVC:erna startade 2011 och under 2014 startade de resterande fyra. AVC:erna har i uppgift att stödja omkringliggande verksamheter genom att till exempel anordna fortbildningar, involvera dem i forskningsprojekt och sprida vetenskapligt beprövade forskningsrön. En annan kärnverksamhet för Akademiskt primärvårdscentrum är att samordna, kvalitetssäkra och arrangera utbildningar, exempelvis

fortbildning för många yrkesgrupper via interprofessionella kunskapsteam, specialistutbildning i allmänmedicin och AT-utbildning. [76]

Centrum för psykiatriforskning, CPF, har ett uppdrag att producera internationellt konkurrenskraftig forskning, tillhandahålla utbildning och utveckling som i sin tur bidrar till kvalitetssäkring och implementering av evidensbaserade metoder i den psykiatriska vården. [77]

Det som beskrivs som den stora framgångsfaktorn där kunskapsstyrningens arbete fungerat som bäst är kontinuitet, att man under lång tid haft möjlighet att gemensamt med vårdens aktörer och dess chefer jobbat mot tydliga mål i kvalitetshöjande syfte. Därutöver lyfts värdet av en sammanhållen kedja för förmedlande av ny kunskap: En organisation där medarbetarna har möjlighet att vara delaktiga hela vägen från inhämtande av kunskap, framtagande av nya rekommendationer, spridande av detta ut i vården samt uppföljning av hur dessa sedan fallit ut ute i vårdens verksamhet anses generellt vara den mest gynnsamma implementeringsmetoden.

Sammantaget förefaller de flesta av de delar som krävs för en effektiv och sammanhållen kunskapsstyrning finnas inom HSF och dess centrumbildningar redan idag, men medarbetarnas kompetenser och möjligheten till samverkan nyttjas idag inte fullt ut, mycket till följd av organisatoriska gränser och otydliga gemensamma mål. Istället upplevs kunskapsstyrningen som splittrad. Det saknas tydliga prioriteringar och tydlig styrning, vilket på sikt riskerar leda till att de ekonomiska medlen och personella resurserna inte alltid används på ett optimalt sätt.

3 Nuläge och trender för primärvården i Stockholms län

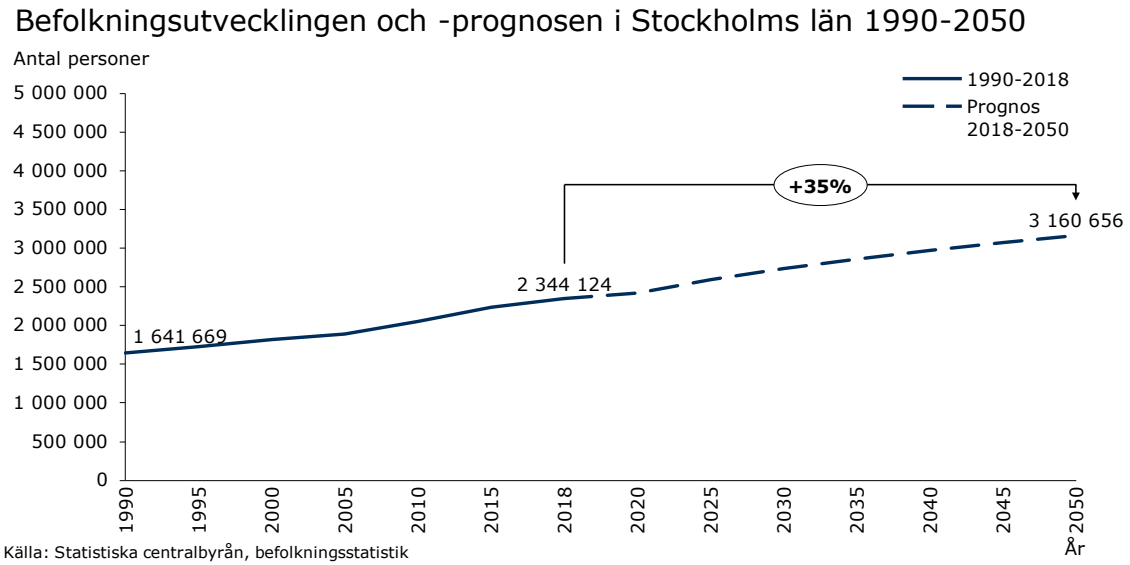
Primärvårdens möjligheter att utföra sitt uppdrag och hur den bör vara organiserad för att möta invånarnas behov på bästa sätt, påverkas av ett flertal faktorer varav vissa ligger utanför hälso- och sjukvårdens möjlighet att påverka. I detta kapitel redovisas nuläge och trender för dessa faktorer samt hur de påverkar primärvården i Stockholms län.

3.1 Invånarna i Stockholms län har blivit fler och samma utveckling förväntas fortsätta

En av de viktigaste trenderna för primärvården i Region Stockholm är den demografiska utvecklingen med ett ökat antal invånare, som även förväntas fortsätta. En del av befolkningsökningen beror på en positiv nettoinflyttning till länet, som förväntas minska i framtiden. Andelen ensamhushåll, som tidigare varit högre än rikssnittet, minskar, vilket kan tänkas påverka antalet vårdbesök då samboende i snitt besöker vården mer sällan. Andelen utrikesfödda invånare i länet ökar och är fortsatt högre än rikssnittet, vilket medför bland annat ett behov av tolkar, vård av tillstånd som traditionellt inte finns i riket samt en kulturförståelse för att alla patientmöten ska ske så friktionsfritt som möjligt.

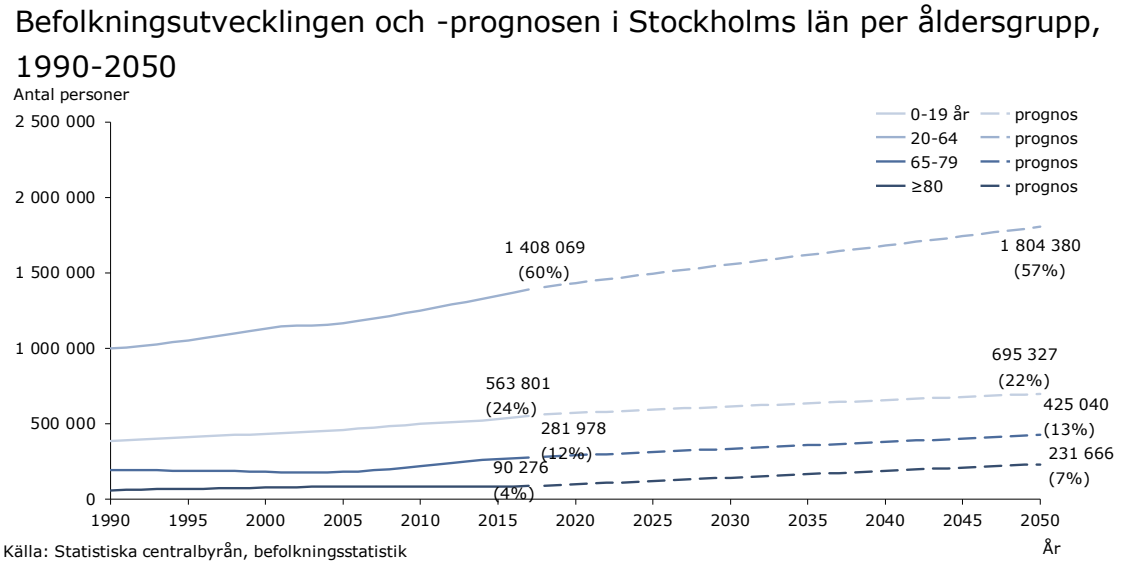
3.1.1 Antalet invånare i länet ökar och andelen äldre kommer att fortsätta växa

Stockholms läns befolkning kommer fortsätta att öka med nästan samma hastighet som den gjort under de senaste decennierna. Utifrån Statistiska centralbyråns befolkningsprognos kommer regionens befolkning att öka med 35 procent fram till år 2050 (Figur 11). *[26]*



Figur 11. Befolkningen i Stockholms län 1990–2018 samt befolkningsprognosen 2018–2050

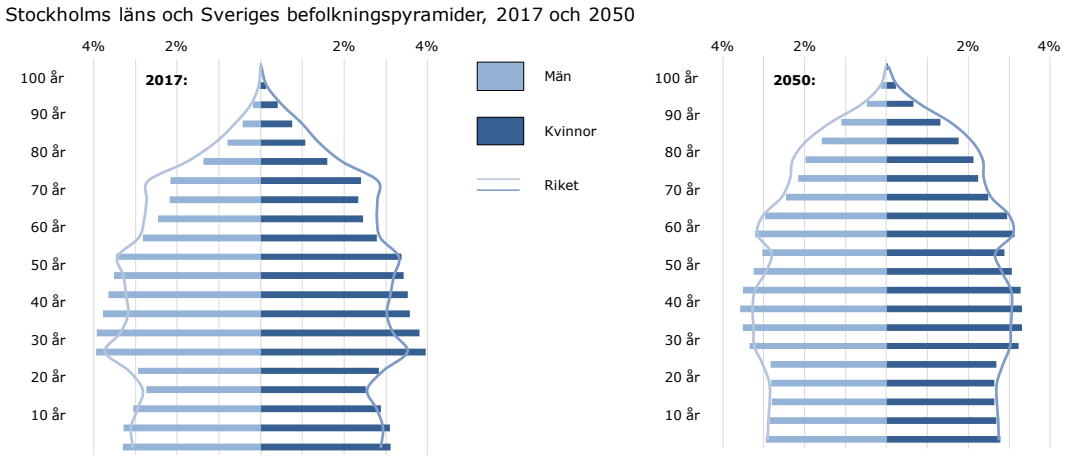
Som helhet ökar befolkningen, och alla ålderssegmenten förväntas fortsätta växa under de kommande decennierna, se Figur 12. Andelen äldre (≥65 år) förväntas öka från 16 procent år 2018 till 20 procent år 2050. Detta är lägre än andelen äldre i riket som helhet, som beräknas uppgå till 23 procent 2050. Särskilt andelen äldre äldre (≥80 år) förväntas öka. Andelen invånare i arbetsför ålder och barn i Stockholms län förväntas minska med 3 respektive 2 procentenhet till år 2050 när barn och unga under 20 år förväntas vara 22 procent av befolkningen och vuxna i åldern 20–65 förväntas vara 57 procent av befolkningen. Jämfört med prognosen för riket i helhet kommer andelen barn, unga och äldre utgöra en mindre andel i Stockholm, medan andelen i arbetsför ålder kommer utgöra en större andel (Figur 13). [78]



Figur 12. Befolkningsutvecklingen och -prognosen i Stockholms län per åldersgrupp, 1990–2050

Även i nuläget avviker åldersstrukturen i Stockholms län från befolkningen i hela riket, se Figur 13. I Stockholms län är andelen 0–14-åringar och 25–54-åringar större än i riket som helhet, medan resterande åldersgrupper står för en mindre andel av Stockholms läns befolkning jämfört med hela rikets befolkning. Detta gäller både kvinnor och män. Även i framtiden kommer andelen 25–54-åringar vara större i Stockholms län jämfört med riket i helhet. [26]

Stockholms läns och hela rikets befolkning fördelat på kön och åldersgrupp

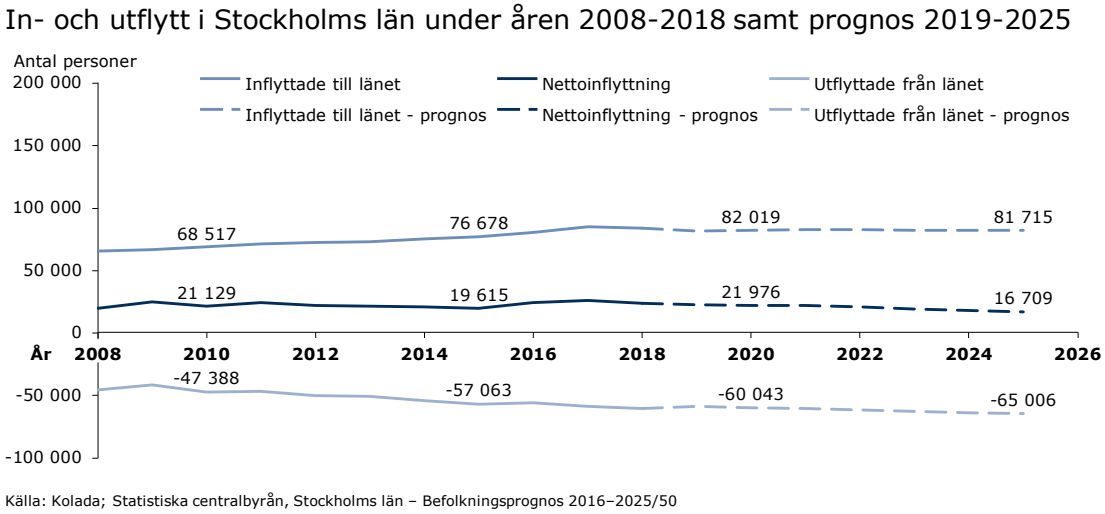


Källa: Statistiska centralbyrån, befolkningsstatistik; RUFS, demografiska prognoser

Figur 13. Befolkningen i Stockholms län och hela riket fördelat på kön och åldersgrupp, 2017 och 2050

3.1.2 Nettoinflyttningen till länet är positiv, men hög rörlighet mellan kommunerna

En del av befolkningstillväxten utgörs av inflyttning till länet. Under de senaste tio åren har det skett en nettoinflyttning till Stockholms län på ungefär 20 000–25 000 personer per år, se Figur 14. Detta positiva flyttningsnetto beror mest på den mest flyttningsbenägna åldersgruppen 20–29 år, medan åldersgrupperna 30–54 samt 55 år och äldre har ett negativt flyttningsnetto till Stockholms län. Nettoinflyttningen var mindre under 2018 än 2017, då nettoinflyttningen var som störst. Nettoinflyttningen förväntas minska ytterligare framtill 2025, då den prognosticeras vara knappa 17 000 personer [79].



Källa: Kolada; Statistiska centralbyrån, Stockholms län – Befolkningsprognos 2016–2025/50

Figur 14. Antalet personer som flyttade in eller ut ur Stockholms län under 2008–2018 samt prognos 2019–2025

Förutom in- och utflytt till och från länet, finns en rörlighet inom länet mellan kommunerna. Åldersgruppen 20–29 år flyttar gärna till områden med små lägenheter i flerbostadshus i centrala kommuner, medan åldersgruppen 30–54 år gärna flyttar till kommuner med större bostäder, småhus och mer naturnära omgivningar och åldersgruppen 55 år och äldre gärna flyttar till skärgårds- eller naturnära kommuner. [79]

Under år 2017 hade åldersgruppen 20–29 år ett positivt flyttningsnetto för främst Stockholms stad, Sundbyberg och Solna, medan störst utflyttning i förhållande till inflyttning skedde från Ekerö och Lidingö. För åldersgruppen 30–54 år var Värmdö, Järfälla, Haninge och Nacka de kommuner med högst positiva flyttningsnetton, medan nettot var negativt för Stockholms stad, Solna och Botkyrka. För åldersgruppen 55 år och äldre var de kommuner med högst positivt netto Norrtälje och Värmdö, men även den centrala kommunen Sundbyberg. Störst utflyttning i förhållande till inflyttning hade villakommunerna Vallentuna och Sollentuna. [79]

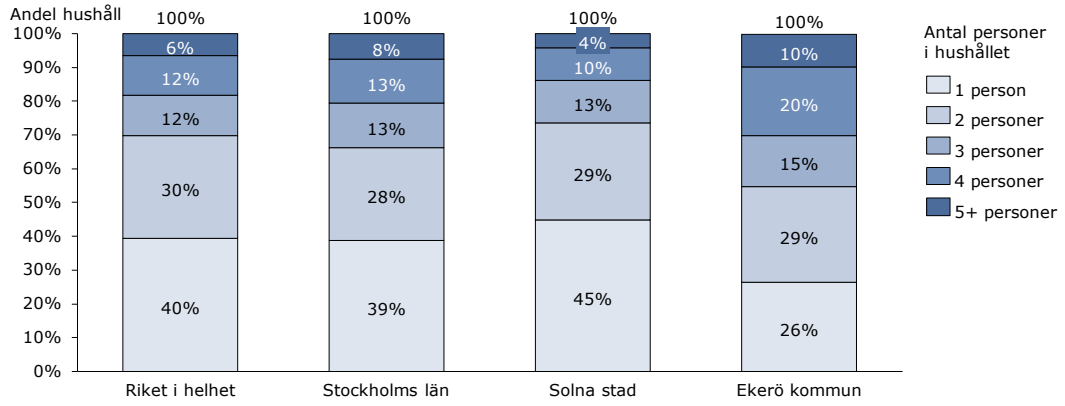
I och med bland annat flyttningsmönstret och demografiska skillnader i kommunernas befolkning, är det även stora skillnader i befolkningsprognosen mellan kommunerna i Stockholms län. Kommunerna med störst prognosticerad befolkningsökning mellan åren 2016–2026 är Nykvarn, Sundbyberg, Upplands-Bro, Värmdö och Vallentuna, där befolkningen förväntas öka med minst 20 procent. I Danderyd, Lidingö och Södertälje förväntas befolkningsökningen däremot vara mindre än 10 procent under samma tidsperiod. [78]

3.1.3 Andel ensamhushåll varierar stort inom länet

Ensamhushållen är en procentenhet färre i Stockholms län jämfört med hela riket (Figur 15). Dock finns det stora skillnader mellan kommunerna inom länet. De kommunerna med störst andel ensamhushåll är Solna, Stockholm och

Sundbyberg med 45, 44 respektive 42 procent ensamhushåll. Lägst andel ensamhushåll finns däremot i Ekerö, Nykvarn och Salem med 26, 26 respektive 28 procent ensamhushåll.

Andelen hushåll per hushållsstorlek under 2018 i riket, Stockholms län samt de två kommunerna med störst respektive minst andel ensamhushåll i Stockholms län



Källa: Statistiska centralbyrån, befolkningsstatistik

Figur 15. Andelen hushåll per hushållsstorlek i riket, Stockholms län, Solna stad och Ekerö kommun

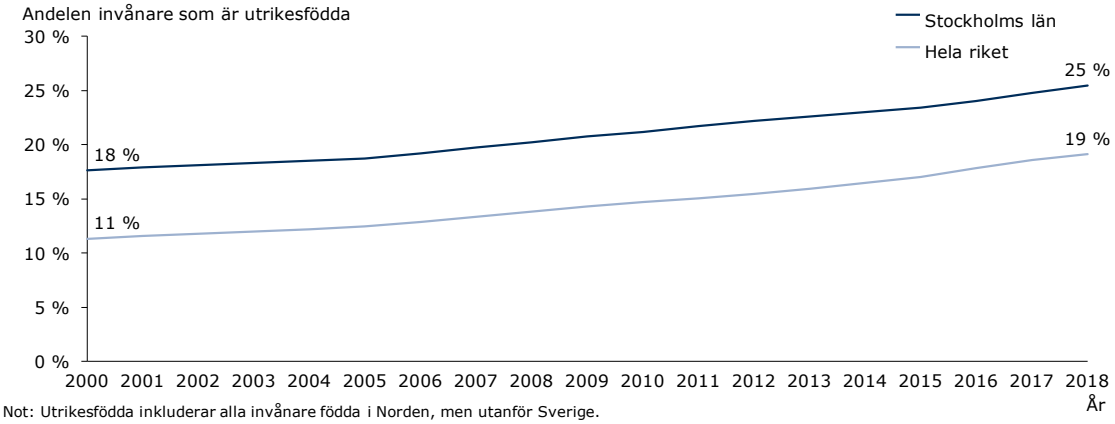
Sedan 2011 har andelen ensamhushåll i riket som helhet ökat marginellt (från 39 till 40 procent), medan den i Stockholms län har minskat marginellt (från 40 till 39 procent). De kommuner där andelen ensamhushåll minskat mest, 3–4 procentenheter, är samma kommuner som fortfarande har störst andel ensamhushåll: Sundbyberg, Stockholm, och Solna, som år 2011 hade 46, 47 respektive 48 procent ensamhushåll. [26]

3.1.4 Andelen utrikesfödda har ökat i länet de senaste åren

De utrikesfödda invånarna i Stockholm har varierande bakgrund. En del av dem har andra förväntningar på vården och ett annat vårdkonsumtionsmönster än inrikes födda, medan andra har liknande förväntningar och vårdkonsumtionsmönster. [80, 81, 82] Studier visar att migranter (särskilt asylsökande och andra flyktingar) generellt har sämre hälsa än befolkningen som helhet. Särskilt stor är skillnaden när det gäller flyktingar som kommer från samhällen i krig och socialt sammanbrott. I denna grupp är psykisk ohälsa relativt vanlig. Svåra trauman kan leda till posttraumatiskt stressyndrom, PTSD, och ökar risken för depression och ångesttillstånd. [83] Vuxna asylsökandes har också en begränsad rätt till vård. [84]

I Stockholms län utgör utrikesfödda en större andel av befolkningen än i riket som helhet (Figur 16). Under 2018 var 25 procent av Stockholms läns befolkning född utomlands (inklusive Norden), medan motsvarande siffra för hela riket var 19 procent. Över tid har andelen utrikesfödda ökat i både Stockholms län och i riket som helhet (7 respektive 8 procentenheter sedan år 2000). [26]

Andelen av Stockholms läns och rikets befolkning i helhet, som är utrikesfödda, 2000-2018

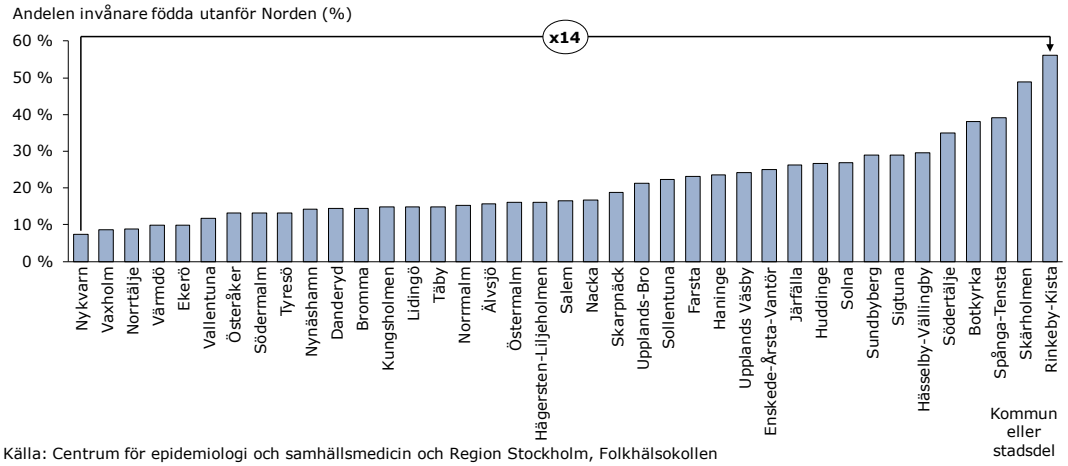


Not: Utrikesfödda inkluderar alla invånare födda i Norden, men utanför Sverige.
Källa: Statistiska centralbyrån, befolkningsstatistik

Figur 16. Andelen av Stockholms läns och hela rikets invånare som är utrikesfödda, 2000–2018

Andelen av invånarna i Stockholms län som är födda utanför Norden är lite lägre än alla utrikesfödda, 22 procent, men det är stora skillnader mellan länets kommuner: variationen sträcker sig från 7 procent i Nykvarn till 14 gånger mer, 56 procent, i Rinkeby-Kista, se Figur 17. [85]

Andelen av befolkningen som är född utanför Norden, per kommun/stadsdel, 2017



Källa: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin och Region Stockholm, Folkhälsokollen

Figur 17. Andelen av befolkningen i Stockholms län som är född utanför Norden, per kommun, 2017

Antalet asylsökande (beräknat som antalet inlämnade asylansökningar) i Stockholms län uppgick år 2018 till 12 100 ansökningar, vilket motsvarade 56 procent av alla ansökningar i riket. Året innan, 2017, var ansökningarna om asyl i Stockholms län färre, ca 10 000, och stod också för en mindre andel, 39 procent, av alla ansökningar i riket. [86]

3.2 Fler upplever en god hälsa, men psykisk ohälsa och kroniska sjukdomar ökar

Primärvårdens uppdrag påverkas i stor utsträckning av invånarnas hälsoläge och levnadsvanor. Andelen av invånarna i Stockholms län som rapporterar en bra eller mycket bra allmän hälsa ökar och är högre än rikssnittet. Däremot ökar andelen invånare som rapporterar att de har ett nedsatt psykiskt välbefinnande, högt blodtryck eller diabetes. Även andelen självrapporterad övervikt eller fetma ökar något enligt folkhälsoenkäten, medan det är färre som röker eller har en riskkonsumtion av alkohol. Dessa trender kan påverka det hälsofrämjande arbetet inom primärvården.

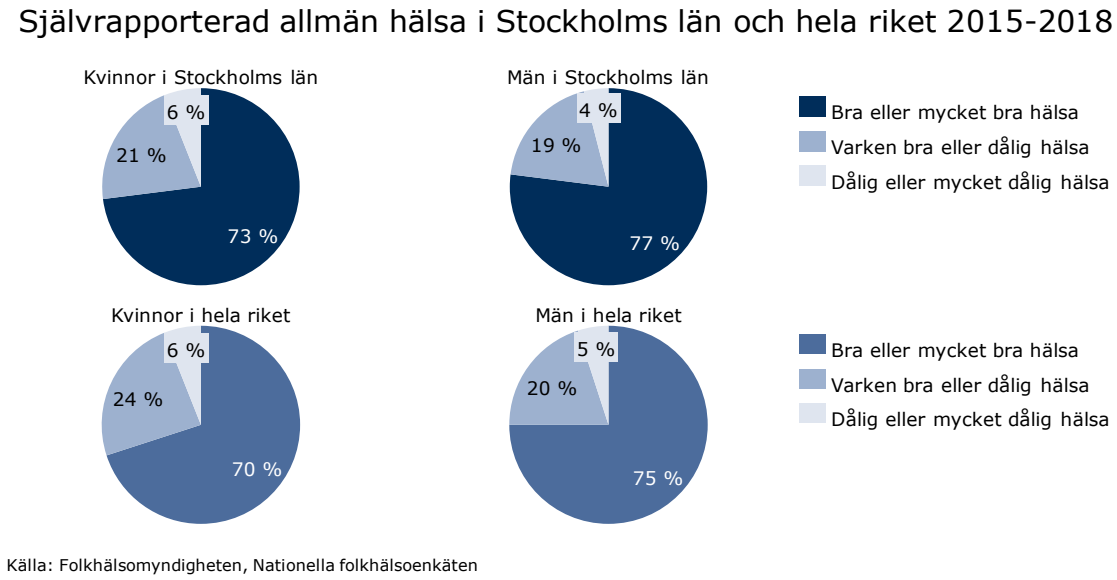
3.2.1 Fler invånare rapporterar en bra eller mycket bra allmän hälsa, men även ett nedsatt psykiskt mående

Enligt världshälsoorganisationens (WHO) definition är hälsa ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom och funktionsnedsättning [87]. Utöver denna definition kan den allmänna hälsans komplexitet beskrivas med hjälp av hälsodeterminanter, som exempelvis trygghet, levnadsvanor, inkomst, utbildning, genetik, hygien, tillgång till vård, sociala kontaktnät, konflikter och stress. [88, 89]

Enligt nationella folkhälsoenkäten uppskattar 75 procent av invånarna i Stockholms län sin allmänna hälsa[3] som bra eller mycket bra. Detta kan jämföras med rikssnittet som ligger på 73 procent. [90]

Figur 18 visar att färre kvinnor än män uppskattar sin hälsa som bra eller mycket bra samtidigt som fler kvinnor än män uppskattar sin hälsa som dålig eller mycket dålig. En liknande skillnad observeras både inom Stockholms län och nationellt. [90]

[3] Redovisningen bygger på följande fråga i Nationella folkhälsoenkäten: *Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?* Nationella folkhälsoenkäten är en urvalsundersökning bland befolkningen 16–84 år. Värden presenteras som icke åldersstandardiserade 4-årsmedelvärden, förutom det senaste resultatet som är ett medelvärde för åren 2015, 2016 och 2018. [92]



Figur 18. Den självrapporterade allmänna hälsan hos invånare i Stockholms län och riket som helhet 2015–2018

Under det senaste decenniet har andelen personer som skattar sin allmänna hälsa som bra eller mycket bra ökat med 4–5 procentenheter, medan andelen personer som skattar sin allmänna hälsa som dålig eller mycket dålig har minskat med 1–2 procentenheter. Detta gäller både Stockholms län och riket i stort. [90]

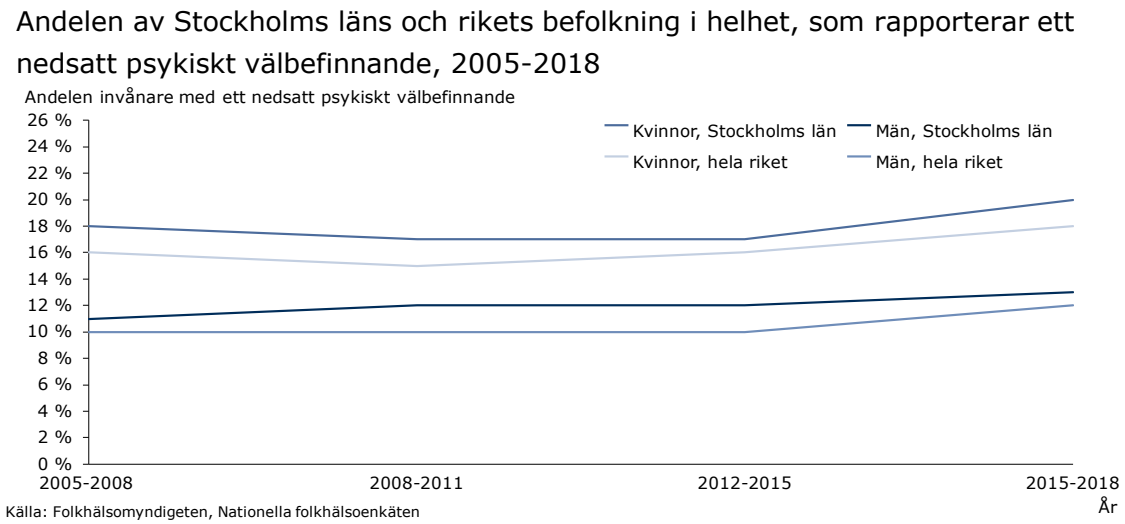
Exempel på vanliga symtom som befolkningen lider av är värk i nacke och rygg. Båda tillstånden är vanligare bland kvinnor än män: 56 procent av kvinnorna och 40 procent av männen i riket lider av smärta i nacken, medan 50 procent av kvinnorna och 40 procent av männen lider av ryggvärk. Nackvärk är lika vanligt bland kvinnorna i Stockholms län som i hela riket, medan det är ovanligare med ryggvärk bland kvinnorna i Stockholms län (46 procent) än i riket som helhet. Bland männen i Stockholms län är båda smärttillstånden ovanligare än i riket som helhet: 39 procent rapporterar värk i nacken, medan 36 procent rapporterar ryggvärk. [90]

Psykisk ohälsa ökar bland befolkningen [91]. Bland barn och unga vuxna (10–24 år) har framför allt diagnoser för depression och olika ångestsyndrom ökat. Även för befolkningen i helhet har antalet psykiatriska diagnoser ökat, med en särskilt stor ökning av depressions- och ångestdiagnoser [92].

Andelen av kvinnorna i Stockholms län som rapporterar att de har ett nedsatt psykiskt välbefinnande[4] har ökat från 18 till 20 procent under det senaste

[4] Nationella folkhälsoenkäten mätte tidigare psykiskt välbefinnande med hjälp av frågeinstrumentet GHQ12 (General Health Questionnaire), men sedan 2016 har antalet frågor minskats från 12 till 5 (GHQ5). De fem frågorna är som följer: Har du ständigt under de senaste veckorna känt dig olycklig och nedstämd? Känt dig spänd? Har du de senaste veckorna förlorat tron på dig själv? Tyckt att du varit värdelös? Känt att du inte kunnat klara dina problem? [141]

decenniet, medan andelen män har ökat från 11 till 13 procent under samma tid (Figur 19). I riket som helhet är motsvarande siffror lite lägre, 16 till 18 procent bland kvinnor respektive 10 till 12 procent bland män. Andelen män som rapporterar ett nedsatt psykiskt mående är alltså mindre än andelen kvinnor i både Stockholms län och riket som helhet [91].



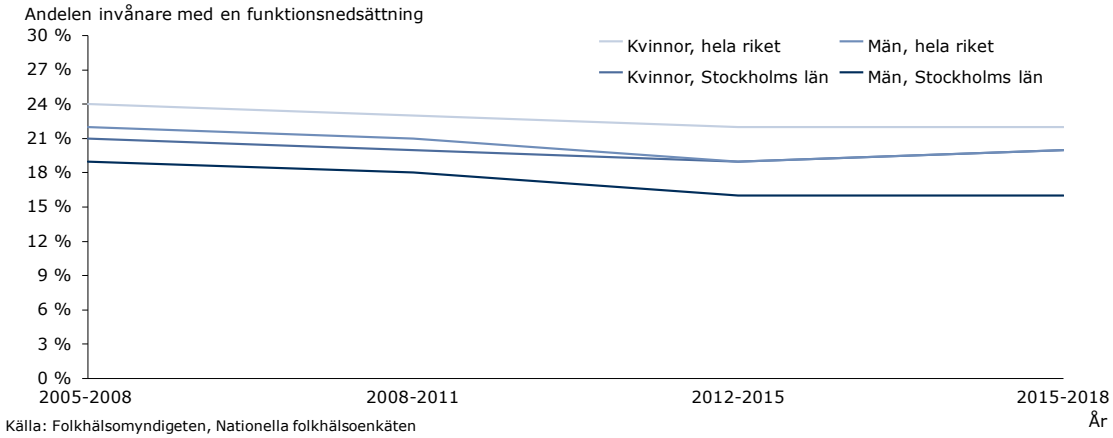
Figur 19. Andelen av Stockholms län och rikets befolkning som rapporterar ett nedsatt psykiskt välbefinnande, 2005–2018

3.2.2 Fler kvinnor och än män rapporterar att de har en funktionsnedsättning

Andelen av befolkningen som rapporterar att de har en funktionsnedsättning har minskat lite under det senaste decenniet, se Figur 20. Andelen är några procentenheter lägre i Stockholms län än i riket som helhet, både bland kvinnor och män. Däremot rapporterar en större andel av kvinnorna (22 respektive 20 procent i riket och Stockholms län) än männen (20 respektive 16 procent i riket och Stockholms län) att de har en funktionsnedsättning [90].

Invånare som har en funktionsnedsättning har sämre fysisk hälsa, men även i högre utsträckning nedsatt psykisk hälsa jämfört med den övriga befolkningen. En betydande del av den sämre hälsan kan troligen förklaras av riskfaktorer för ohälsa kopplade till livsvillkor, vilket indikerar att den sämre hälsan skulle kunna förbättras genom samhälleliga insatser [93].

Andelen av Stockholms läns och rikets befolkning i helhet, som rapporterar att de har en funktionsnedsättning, 2005-2018



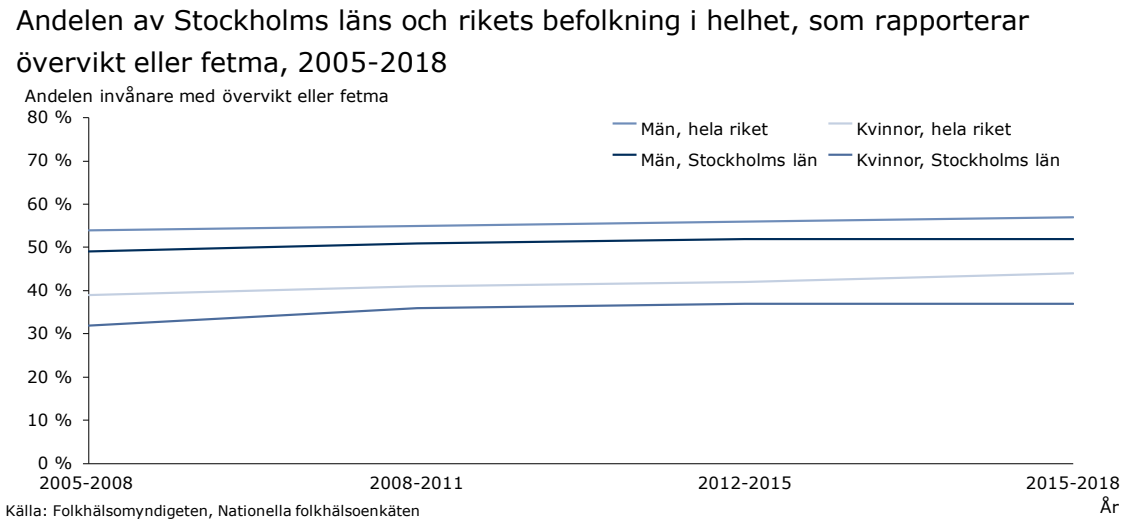
Källa: Folkhälsomyndigeten, Nationella folkhälsoenkäten

Figur 20. Andelen av Stockholms län och rikets befolkning som rapporterar en funktionsnedsättning, 2005–2018

3.2.3 Fler invånare med övervikt och fetma, men färre som röker eller riskkonsumerar alkohol

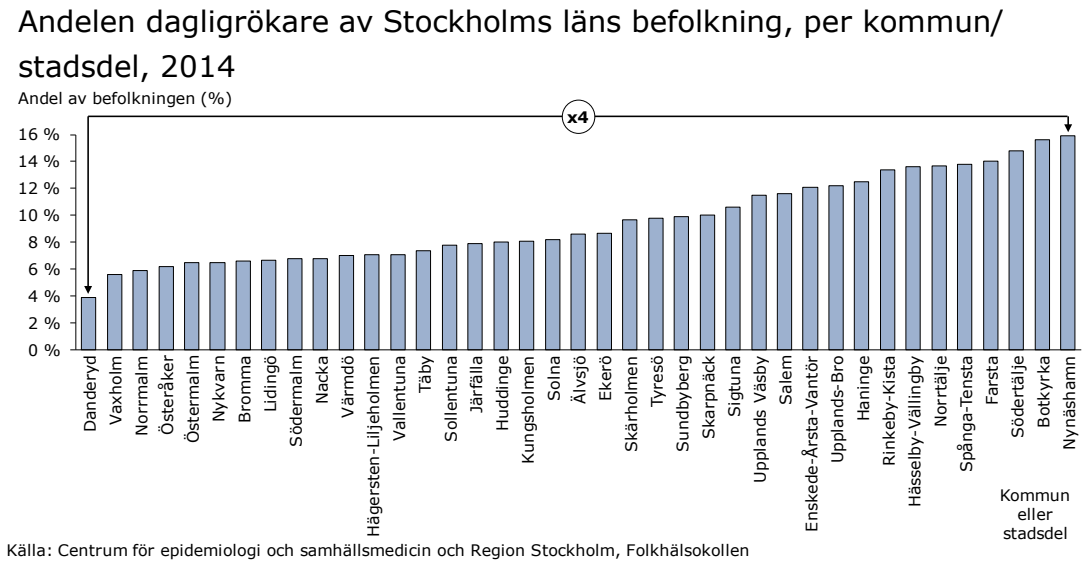
Riskfaktorer för att utveckla flera kroniska sjukdomar inkluderar bland annat övervikt, rökning och riskkonsumtion av alkohol. Övervikt och fetma är ovanligare, medan riskkonsumtion av alkohol är vanligare i Stockholms län jämfört med rikssnittet.

Självrapporterad övervikt och fetma är lite ovanligare bland befolkningen i Stockholms län (45 procent) jämfört med riket som helhet (51 procent). Frekvensen av självrapporterad övervikt och fetma har ökat med tre procentenheter under det senaste decenniet bland män, och fem procentenheter bland kvinnor i både Stockholms län och riket som helhet, se Figur 21 [90]. Däremot är det stora skillnader inom länet. Andelen av invånarna som var överviktiga år 2014 varierade från 27 procent på Östermalm i Stockholms stad till 59 procent i Södertälje [85].



Figur 21. Andelen av Stockholms län och rikets befolkning som rapporterar övervikt eller fetma, 2005–2018

Enligt nationella folkhälsoenkäten är daglig rökning bland män lika vanligt i Stockholms län som i riket som helhet (8 procent). Däremot är andelen kvinnor som röker dagligen lite lägre i Stockholms län, 8 procent, jämfört med hela riket, 9 procent. [94] Inom länet är det däremot stora skillnader: andelen dagligrökare (oberoende av kön) i Nynäshamn är fyra gånger så stor som i Danderyd, se Figur 22 [85]. Under det senaste decenniet har andelen dagligrökare minskat med fem procentenheter i både Stockholms län och hela riket [94].

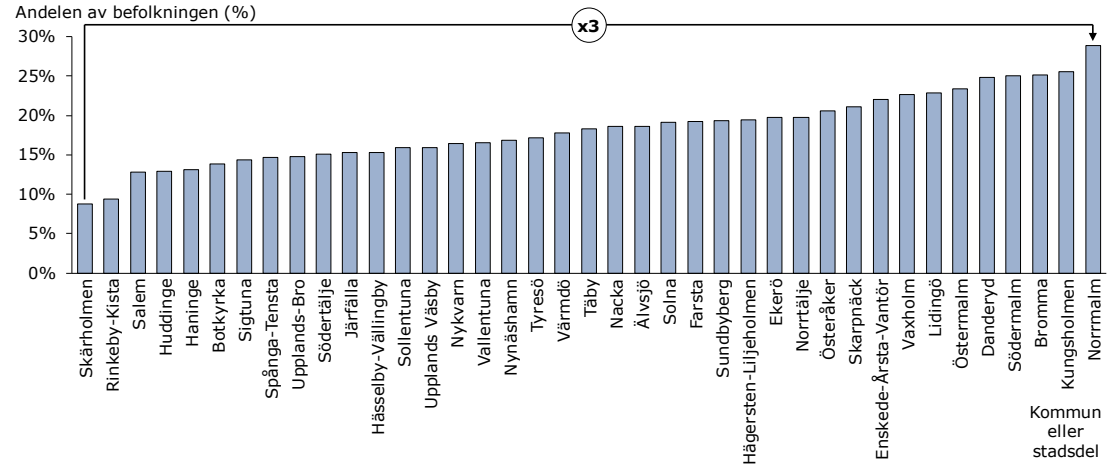


Figur 22. Andelen dagligrökare i Stockholms län fördelat på kommuner och stadsdelar, 2014

Riskkonsumtion av alkohol är däremot vanligare i Stockholms län än i riket som helhet. Andelen kvinnor respektive män i Stockholms län är 16 respektive 21 procent, jämfört med hela rikets snitt som ligger på 13 respektive 19 procent.

Andelarna har sjunkit med 1–2 procentenhet under det senaste decenniet bland både män och kvinnor i både Stockholms län och riket som helhet. [94] Figur 23 visar dock att det är stor variation inom Stockholms län: från 9 procent i Skärholmens stadsdel till dryga tre gånger så mycket, 29 procent, i Norrmalms stadsdel [85].

Andelen av Stockholms läns befolkning som har ett riskbruk av alkohol, per kommun/stadsdel, 2014



Källa: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin och Region Stockholm, Folkhälsokollen

Figur 23. Andelen av befolkningen i Stockholms län som rapporterar riskkonsumtion av alkohol fördelat på kommuner och stadsdelar, 2014

3.2.4 Liten ökning av andelen invånare med kroniska sjukdomar

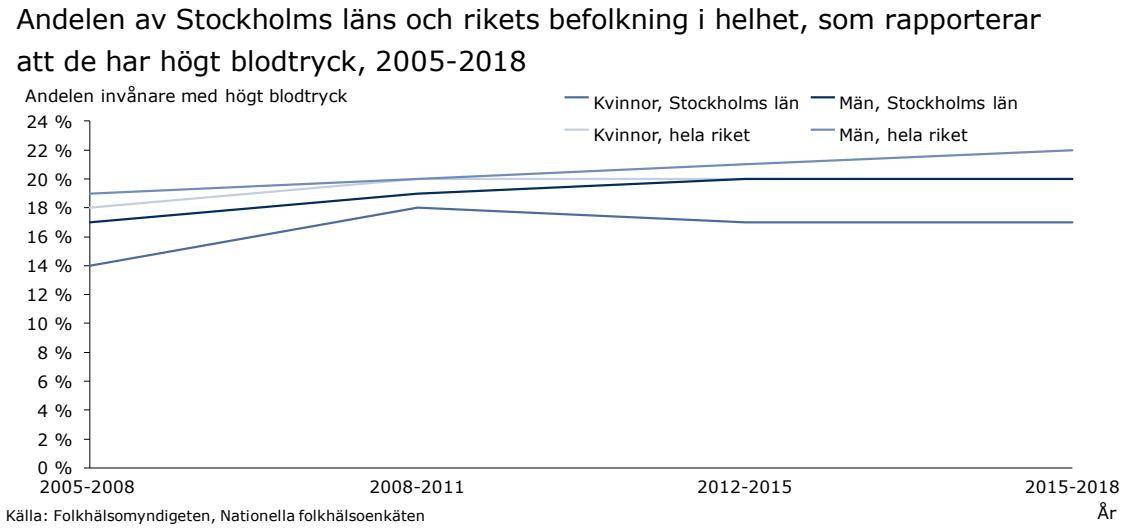
I den nationella folkhälsoenkäten 2015–2018 rapporterade 37 procent av de svarande i riket som helhet att de har en långvarig (kronisk) sjukdom[5]. I Stockholms län var motsvarande siffra marginellt lägre, 36 procent. Det fanns små skillnader mellan könen både nationellt och inom länet. I Stockholms län rapporterade 37 procent av kvinnorna och 35 procent av männen en långvarig sjukdom, medan de nationella siffrorna var 39 respektive 36 procent. Inga stora förändringar har skett under de senaste 10 åren, utan andelen med långvarig sjukdom har varit konstant i riket som helhet och ökat med endast en procentenhet i Stockholms län. [90]

De vanligaste kroniska sjukdomarna som registreras i primärvården i Stockholms län är högt blodtryck och diabetes typ 2. [27]

Den självrapporterade prevalensen av högt blodtryck (hypertoni) i Stockholms län har under det senaste decenniet ökat från 16 procent till 18 procent. Detta kan jämföras med ökningen i riket som helhet, som redan tidigare hade en

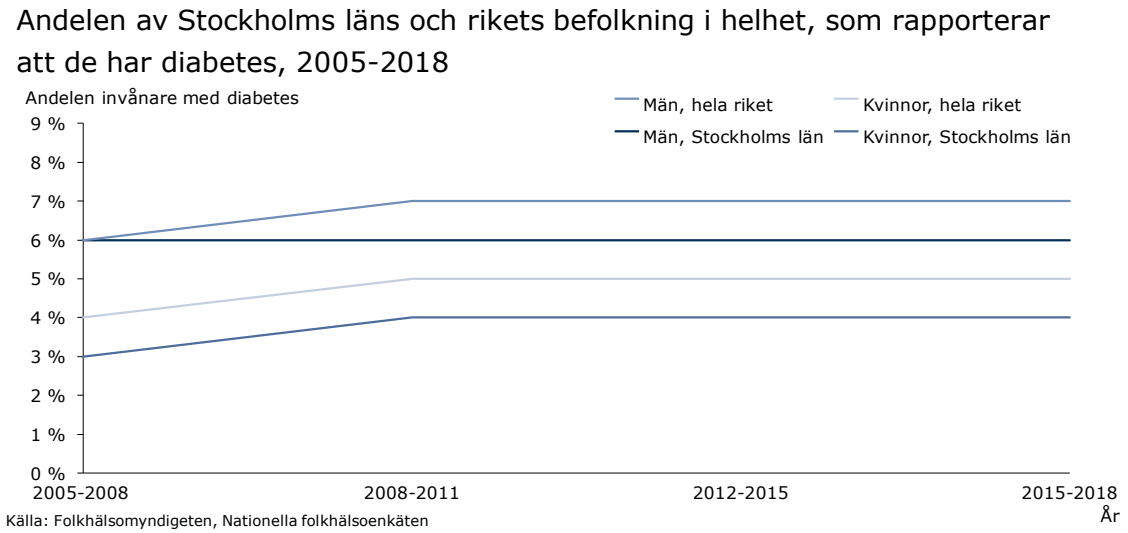
[5] Frågan i Nationella folkhälsoenkäten var *Har du någon långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, någon nedsatt funktion eller annat långvarigt hälsoproblem?* [92]

större andel individer med högt blodtryck än Stockholm län, från 18 procent till 21 procent. Figur 24 visar att män i större utsträckning har högt blodtryck än kvinnor, både i Stockholms län (20 respektive 17 procent) och i riket som helhet (22 respektive 20 procent). [90]



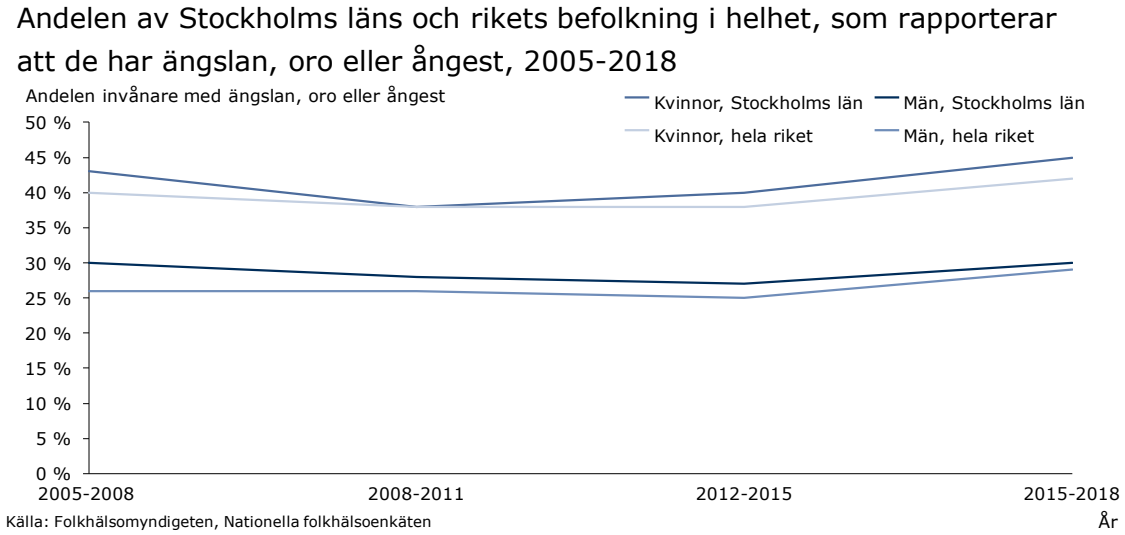
Figur 24. Andelen av befolkningen i Stockholms län och riket som helhet som rapporterar att de har högt blodtryck, 2005–2018

Den självrapporterade andelen diabetiker i Stockholms län under åren 2015–2018 uppgick till 4 procent av kvinnorna och 6 procent av männen, se Figur 25. Motsvarande siffror 10 år tidigare var 3 procent respektive 6 procent, andelen kvinnor med diabetes har alltså ökat, medan andelen män har varit konstant. Riket som helhet har en procentenhet högre andel diabetiker 2015–2018 än Stockholms län: 5 procent av kvinnorna och 7 procent av männen rapporterade att de har diabetes [90].



Figur 25. Andelen av befolkningen i Stockholms län och riket som helhet som rapporterar att de har diabetes, 2005–2018

Förutom högt blodtryck och diabetes är ångest en stor sjukdomsgrupp som i stor utsträckning vårdas inom primärvården. I Stockholms län uppger 45 procent av kvinnorna och 30 procent av männen att de lider av ängslan, ångest eller oro (Figur 26). Båda siffrorna är högre än rikssnittet, som är 42 procent för kvinnor och 29 procent för män. Andelarna har ökat med 0–3 procentenheter under de senaste 10 åren. [91]

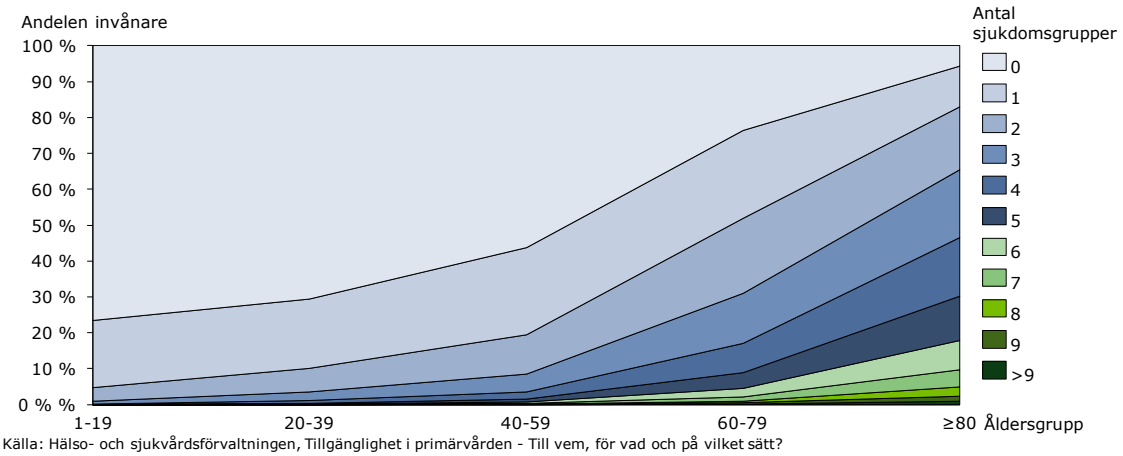


Figur 26. Andelen av befolkningen i Stockholms län och riket som helhet som rapporterar att de har ängslan, oro eller ångest, 2005–2018

3.2.5 Andelen multisjuka ökar i och med en ökad andel äldre i befolkningen

Antalet kroniska sjukdomar per individ ökar med stigande ålder, se Figur 27. Majoriteten, 75 procent, av barn och unga under 20 år har inga kroniska sjukdomar, medan 20 procent har en kronisk sjukdom och 5 procent har fler än en kronisk sjukdom. I åldrarna 60–79 år ökar andelen individer med flera kroniska sjukdomar och bland befolkningen som är 80 år och äldre har fler än 90 procent minst en kronisk sjukdom, och mer än 20 procent har minst fem kroniska sjukdomar. [27] Detta medför att antalet multisjuka patienter i Stockholms län ökar när andelen äldre i befolkningen ökar och andelen barn och unga minskar.

Antal sjukdomsgrupper per individ i olika åldersgrupper, Stockholms län, 2017



Källa: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Tillgänglighet i primärvården - Till vem, för vad och på vilket sätt?

Figur 27. Andelen av befolkningen per åldersgrupp med en eller fler kroniska sjukdomar, 2017

Multisjuka patienter står för en stor andel av primärvårdsbesöken och har ofta mer omfattande vårdbehov än andra patienter. Särskilt äldre multisjuka personer som har en begränsad förmåga att själva söka vård, upplever att deras vårdbehov inte tillfredsställs fullt ut i dagens primärvård. Även personalen i primärvården upplever att dessa personer inte ges tillräckligt med tid och resurser. [95]

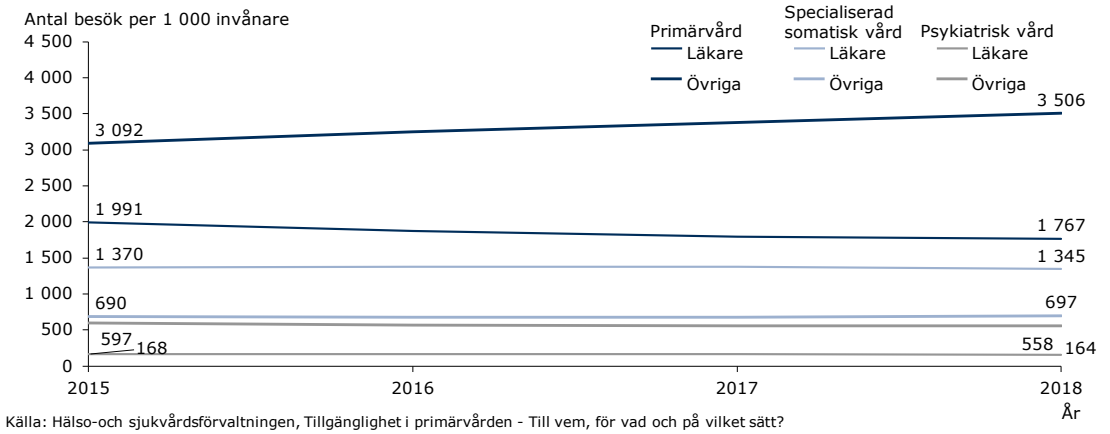
3.3 Fler besöker primärvården, framför allt för psykiska eller kroniska sjukdomar

Ungefär hälften av länets befolkning har minst en kontakt med primärvården per år. Antalet besök och andelen av invånarna som gör besöken varierar dock inom befolkningen: En större andel av kvinnorna, den äldre befolkningen och invånarna med lägst socioekonomi besöker primärvården jämfört med männen, den yngre befolkningen och invånarna med högst socioekonomi.

3.3.1 Antalet primärvårdsbesök per invånare ökar

Det totala antalet primärvårdsbesök per invånare har ökat under flera år, men läkarbesöken har minskat sedan årsskiftet 2015–2016 efter att ersättningsmodellen ändrats för att stimulera andra besökstyper. Däremot har antalet primärvårdsbesök hos andra yrkesgrupper fortsatt öka (Figur 28), och utgjorde under 2018 dryga 66 procent av samtliga primärvårdsbesök. Antalet primärvårdsbesök är nästan dubbelt så många som besök i specialiserad vård och psykiatrisk vård tillsammans. [27, 100]

Antalet besök i hälso- och sjukvården per 1 000 invånare och år i Stockholms län, 2015-2018

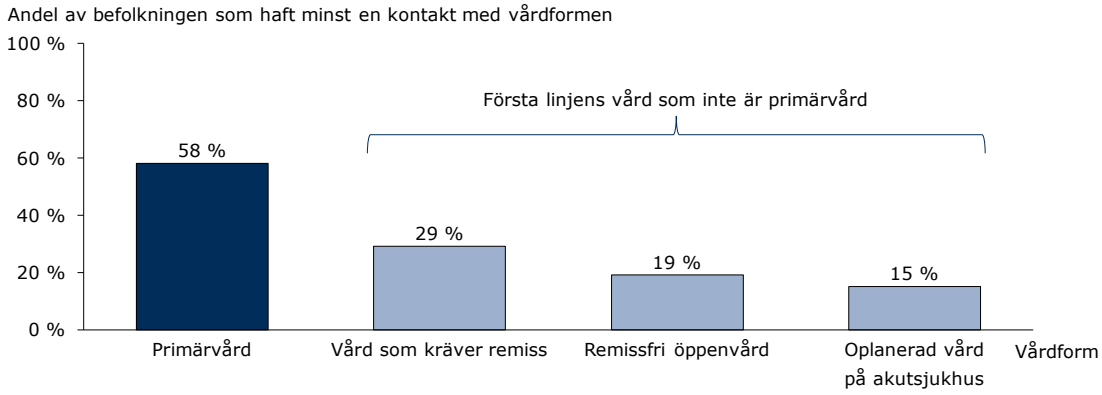


Källa: Hälso-och sjukvårdsförvaltningen, Tillgänglighet i primärvården - Till vem, för vad och på vilket sätt?

Figur 28. Antalet besök i hälso- och sjukvården per 1 000 invånare och år, Stockholms län, 2015–2018

Majoriteten (58 procent) av Stockholms befolkning hade minst en kontakt med primärvården under 2012. Medan ungefär en tredjedel (29 procent) hade minst en kontakt med vård som kräver remiss, 19 procent med remissfri öppenvård och 15 procent hade minst ett oplanerat vårdbesök på akutsjukhus (Figur 29). [101] Primärvården är alltså den vanligaste första linjens vårdform.

Andel av befolkningen i Stockholms län som haft minst en vårdkontakt, fördelat på vårdform, 2012

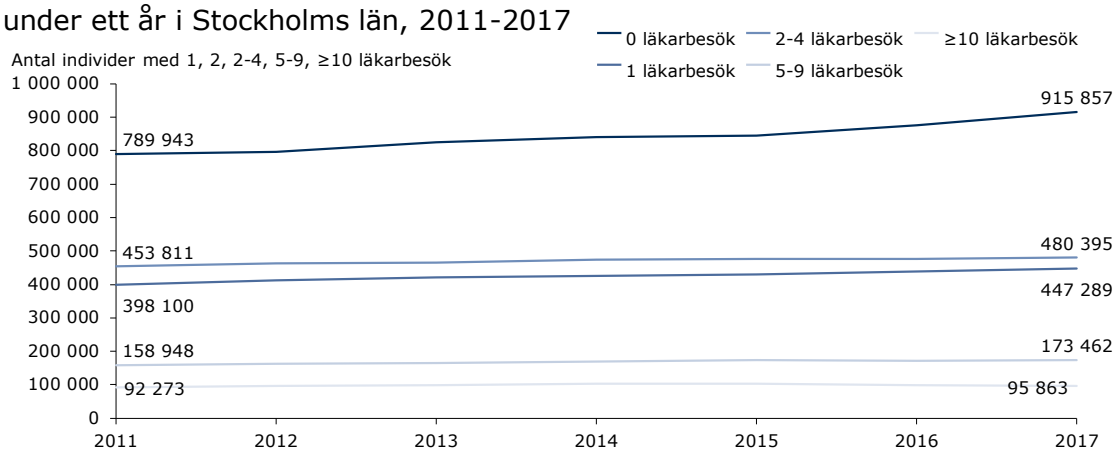


Källa: Vårdanalys, Första linjens vård - Likheter och skillnader i kontaktmönster

Figur 29. Andel av befolkningen i Stockholms län som haft minst en vårdkontakt, fördelat på vårdform, 2012

Knappa hälften av invånarna i Stockholms län besöker alltså inte primärvården varje år. Denna grupp ökar i storlek, medan antalet invånare med flera besök ökar mycket långsammare, se Figur 30. [27]

Antal individer med 0, 1, 2-4, 5-9, ≥10 läkarbesök inom husläkaruppdraget under ett år i Stockholms län, 2011-2017



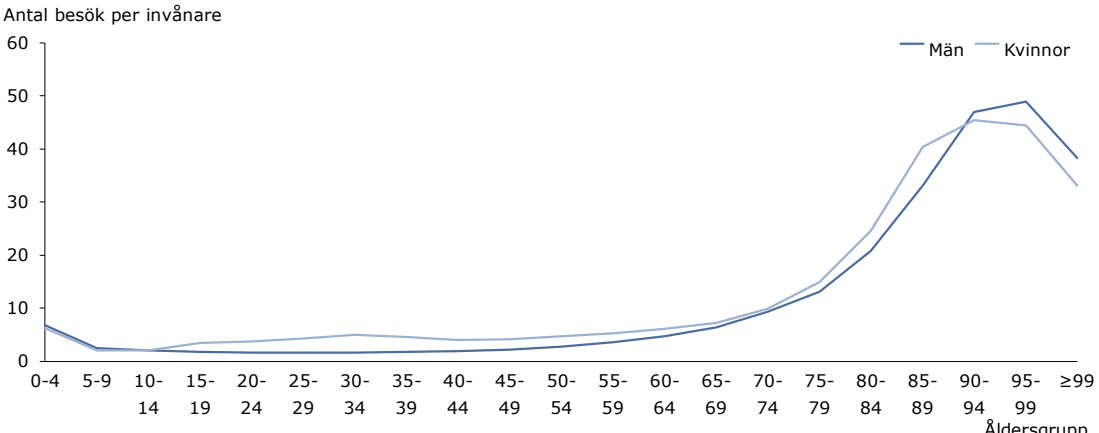
Källa: Hälso-och sjukvårdsförvaltningen, Tillgänglighet i primärvården - Till vem, för vad och på vilket sätt?

Figur 30. Antal individer i Stockholms län som besökt en läkare inom husläkaruppdraget 0, 1, 2–4, 5–9 respektive ≥10 gånger under ett år, 2011–2017

3.3.2 Kvinnor, äldre och ensamboende besöker primärvården i större utsträckning

Kvinnor besöker primärvården, alla personalkategorier inräknat, oftare än män. Endast i barndomen (0–10 år) är antalet primärvårdsbesök helt jämställt mellan könen. Kvinnor i åldersgruppen 25–39 år har naturligt mer kontakt med primärvården, då de i denna ålder i högre utsträckning har kontakt med barnmorskemottagningarna [101, 100]. Figur 31 visar att kvinnor även i de flesta andra åldrar besöker primärvården oftare än männen i samma ålder. Däremot besöker männen som är 90 år och äldre primärvården oftare än kvinnorna i samma ålder. [100]

Antal besök i primärvården per invånare i Stockholms län fördelat på kön, 2018

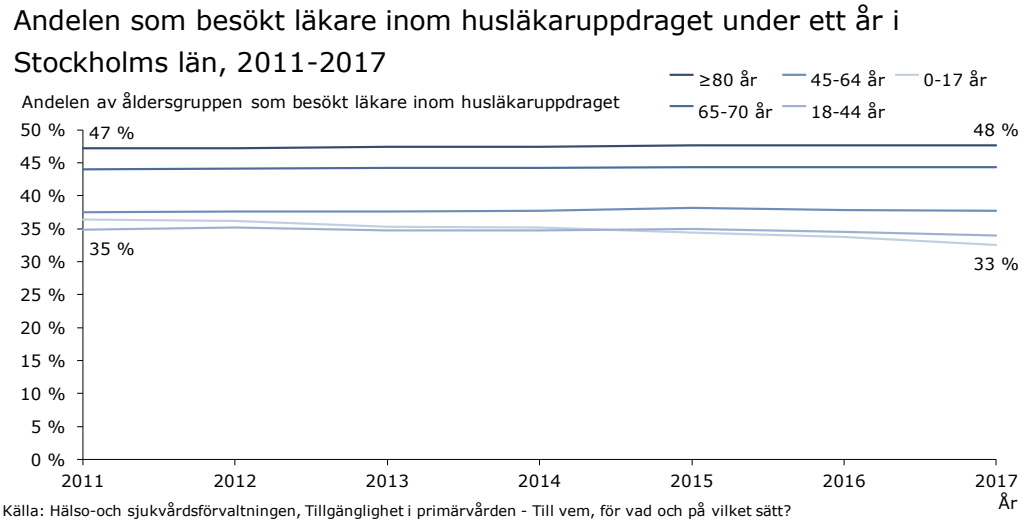


Källa: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Primärvårdens roll i sjukvårdssystemet

Figur 31. Antal totalbesök (all personal) i primärvården per invånare i Stockholms län, 2018

Patienter som är 65 år och äldre, gör alltså fler primärvårdsbesök (alla personalkategorier inräknat) än yngre patienter, och antalet besök per invånare ökar fram till 95 års åldern innan det börjar sjunka igen (Figur 31)

Den äldre befolkningen besöker även läkare inom husläkaruppdraget oftare än den yngre befolkningen. Andelen av invånarna som är 80 år och äldre som besökt läkare inom husläkaruppdraget har ökat marginellt och ligger på 48 procent. Andelen barn och ungdomar i åldern 0–17 år som besöker läkare inom husläkaruppdraget har däremot minskat långsamt från 36 procent år 2011 till 33 procent år 2017, se Figur 32 [27].

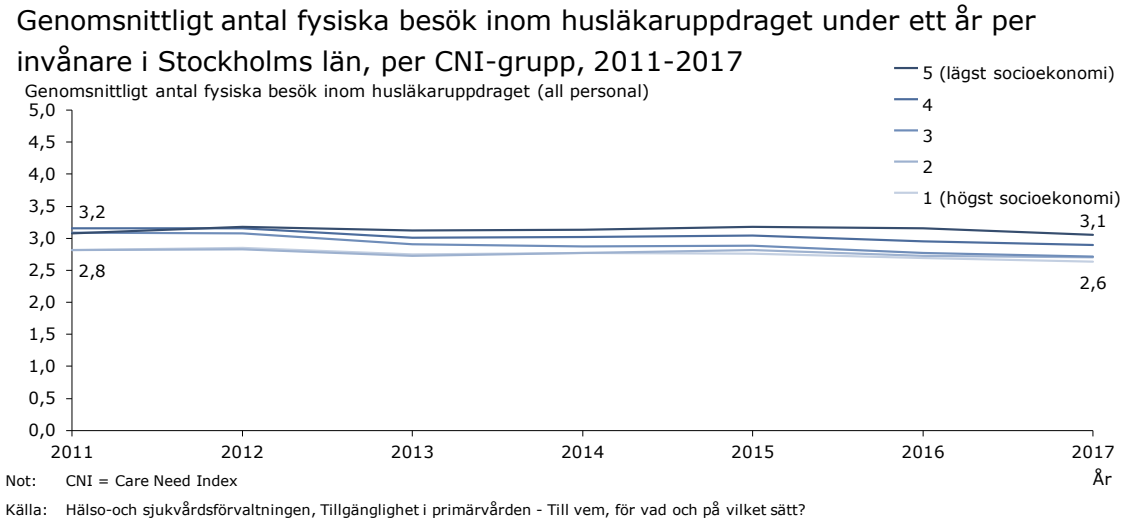


Figur 32. Andelen av Stockholms läns invånare som besökt läkare inom husläkaruppdraget under ett år, per åldersgrupp, 2011–2017

Det finns även ett samband mellan sociala nätverk och ohälsa, vårdkonsumtion och vårdkostnader. Individer som bor ensamma har i genomsnitt högre vårdkostnader och fler vårdbesök än individer som är samboende. Många äldre invånare, som redan generellt har en större vårdkonsumtion, är ensamboende, vilket bidrar till de ensamboendes högre vårdkostnader [7]. Även bland annat särskilt boende är vanligare bland äldre som är ensamboende än de som är samboende.

3.3.3 Invånare med lägre socioekonomi eller utbildningsnivå, samt invånare födda utanför Europa besöker vårdcentralen oftare

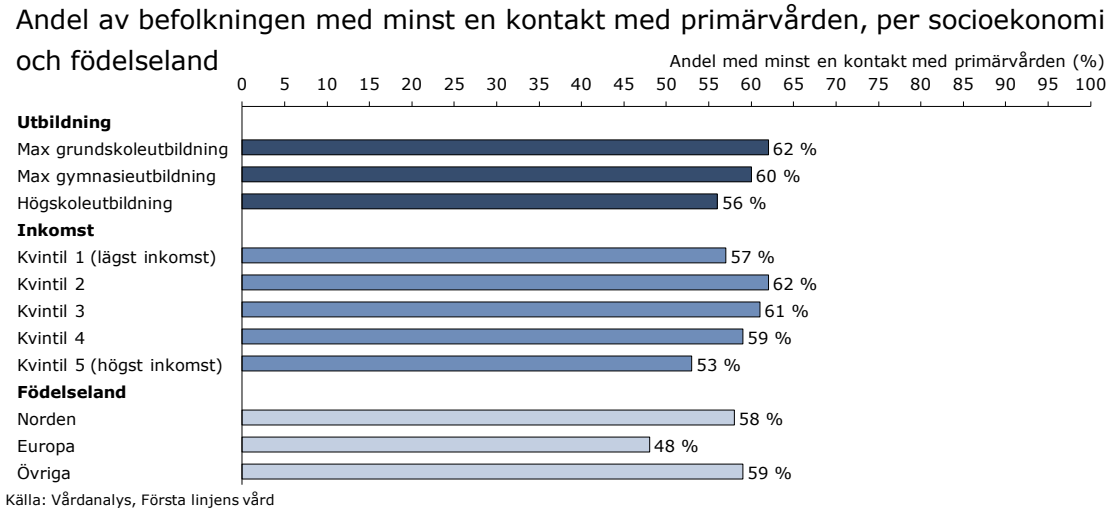
Det genomsnittliga antalet besök inom husläkaruppdraget (dock inte alla primärvårdsbesök) per invånare har minskat marginellt oavsett socioekonomi. År 2011 var det genomsnittliga antalet besök per invånare 2,98, medan det år 2017 var 2,78. Däremot gör invånare med lägre socioekonomi enligt CNI-måttet (CNI-grupp 5) något fler besök inom husläkaruppdraget, både totalt (Figur 33) och till läkare, än invånare med högre socioekonomi. [27]



Figur 33. Genomsnittliga antalet fysiska besök inom husläkaruppdraget (all personal) under ett år per invånare i Stockholms län, fördelat per socioekonomisk grupp (CNI), 2011–2017

Andra faktorer som påverkar patienternas vårdkonsumtion är bland annat utbildningsnivå, inkomst och födelseland, som beskrivs i Figur 34. Andelen av befolkningen med grundskoleutbildning som besöker primärvården (oavsett personalkategori) minst en gång per år är högre (62 procent) än andelen av befolkningen med högskoleutbildning (56 procent). Man kan även se att andelen som besöker primärvården minst en gång per år är högst bland befolkningen med ganska låg inkomst (kvintil 2) och minskar sedan åt båda hållen med lägst andel bland befolkningen med högst inkomst (kvintil 5) [97].

Av befolkningen som är födda i Norden, besöker 58 procent primärvården (alla personalkategorier inräknat) minst en gång per år, medan andelen invånare födda utanför Europa som besöker primärvården är marginellt högre (59 procent) och andelen invånare födda i Europa, men utanför Norden, är lägre (48 procent) [97]. Däremot har en högre andel svenskfödda än utlandsfödda fast läkarkontakt (50 respektive 44 procent) eller annan regelbunden vårdkontakt (34 respektive 29 procent) [7]. När man är ny i Sverige kan det vara svårt att veta hur vården fungerar och vart man ska vända sig. Man konfronteras med nya kunskaper om sjukdomar, annorlunda synsätt, okända behandlingar och nya sätt att söka hjälp och sjukvård. [98]



Figur 34. Andel av befolkningen med minst en kontakt med primärvården (oavsett personalkategori), per socioekonomi och födelseland

3.3.4 Andelen besök med symtomdiagnos, kronisk eller psykisk sjukdom som besöksorsak ökar

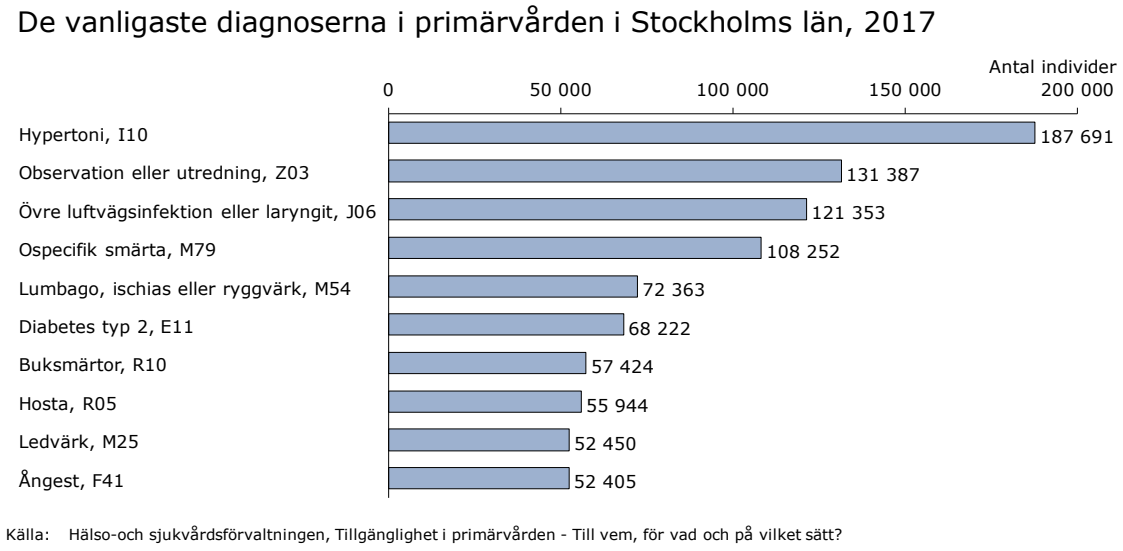
Psykiska och kroniska sjukdomar tillsammans med symtomdiagnoser utgör en ökande andel av alla vårdcentralsbesök, medan infektionssjukdomar utgör en minskande andel. Den vanligaste söksorsaken år 2017 var övriga diagnoser (32 procent). Samma år var symtomdiagnoser (21 procent) vanligare än infektionssjukdomar (18 procent), följt av kroniska sjukdomar (14 procent) och psykiska sjukdomar (11 procent). Jämfört med år 2011 då motsvarande siffror var ca 21 procent infektionssjukdomar, 19 procent symtomdiagnoser, 12 procent kroniska sjukdomar och 9 procent psykiska sjukdomar, kan man se en tydlig ökning i andelen symtomdiagnoser samt psykiska och kroniska sjukdomar. [27]

Ökningen utgörs i huvudsak av hypertoni (högt blodtryck), diabetes, astma och förmaksflimmer, men även fetma, kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), hjärtsvikt och demens ökar. [27] Åtminstone delvis antas ökningen bero på en högre registreringsgrad av diagnoser i primärvården i och med att registreringen av diagnoser är kopplad till den ekonomiska ersättningen. En annan orsak kan tänkas vara att personer med kronisk sjukdom besöker primärvården ofta för uppföljning och kontroll av sin sjukdom, medan infektionssjukdomar sällan behöver följas upp under en längre tid.

Om man ser till mer än bara diagnoser, utgör psykisk ohälsa en ännu större patientgrupp. År 2014 uppskattades att 25–30 procent av de som söker vård på vårdcentral hade ett psykiskt lidande, och år 2011 fick var femte person som besökte primärvården någon form av insats för psykisk hälsa, främst i form av läkemedel. Detta trots att färre än 10 procent fick en psykisk diagnos. [99]

Den vanligaste diagnosen som registrerades i primärvården i Stockholms län under 2017 var högt blodtryck (hypertoni), se Figur 35. Bland de vanligaste

diagnoserna återfinns även övre luftvägsinfektioner, olika smärttillstånd, diabetes typ 2, hosta och ångest. Hypertoni och diabetes typ 2, som registrerades knappa 188 000 respektive 68 000 gånger, är alltså de två mest registrerade kroniska sjukdomarna i primärvården i Stockholms län. [27]



Figur 35. De vanligaste diagnoserna i primärvården i Stockholms län 2017

3.3.5 Antalet besök hos digitala vårdgivare ökar

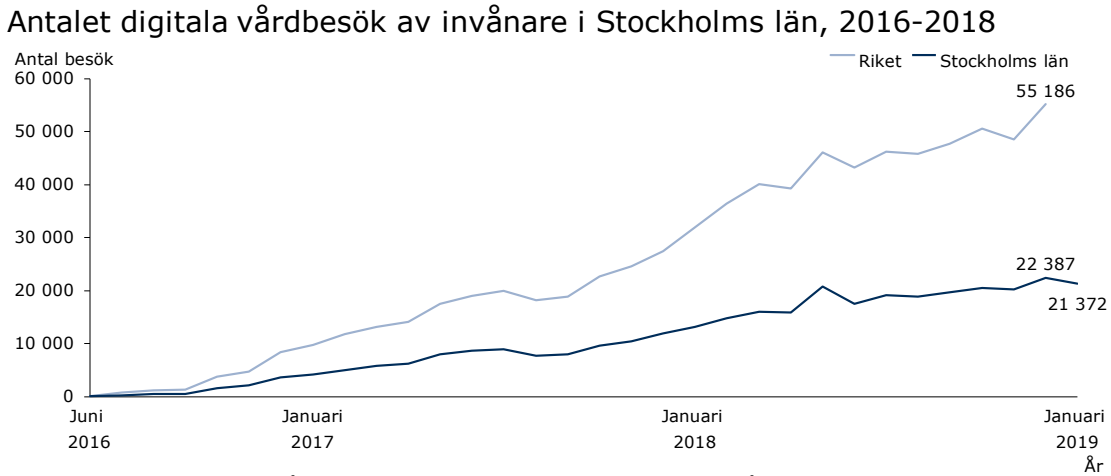
Sedan år 2016 har det runt om i riket etablerats digitala vårdgivare som erbjuder digitala distansbesök inom primärvården. Majoriteten av de digitala besöken i Stockholms län är utomlänsvård. De allra flesta digitala läkarbesök som görs av invånare i Stockholm görs till verksamheter i Region Jönköpings län och Region Sörmland.

Inom ramen för befintliga uppdrag i Region Stockholm finns det en mobilapplikation, Alltid Öppet, som kan användas för bokning av både fysiska och digitala besök med läkare, sjuksköterskor eller för psykosocialt stöd. För närvarande är den anslutna vårdpersonalen baserad vid nio vårdcentraler men framöver planeras alla vårdcentraler inom Stockholms läns sjukvårdsområde anslutas till tjänsten. Tjänsten är öppen för alla invånare i Stockholms län. Videomöten beskrivs som lämpliga för lindriga besvär där undersökning, provtagning eller uppföljning inte behövs. [60]

Vissa privata aktörer med primärvårdsverksamhet i Stockholms län erbjuder också primärvård via egna digitala tjänster, exempelvis Capio [59].

Det är fortfarande framförallt läkarbesök, men även besök till exempelvis psykologer, fysioterapeuter och barnmorskor erbjuds av olika aktörer. Hos en aktör får alla patienter i ett första steg tala med en sjuksköterska. Enligt deras hemsida hanteras 75 procent av besöken av sjuksköterskor och 25 procent av läkare [59].

Invånarna i Stockholms län är flitigast i Sverige i att använda sig av digitala vårdbesök. År 2017 genomfördes 43 procent av de digitala vårdbesöken i Region Jönköpings län av invånare i Stockholms län. Antalet uppgick till 39 besök per 1 000 invånare, vilket var mest av alla regionerna. [59] Även i exempelvis december 2018 genomfördes 41 procent av de digitala vårdbesöken i Region Jönköpings län och Region Sörmland av invånare i Stockholms län, se Figur 36. [100]



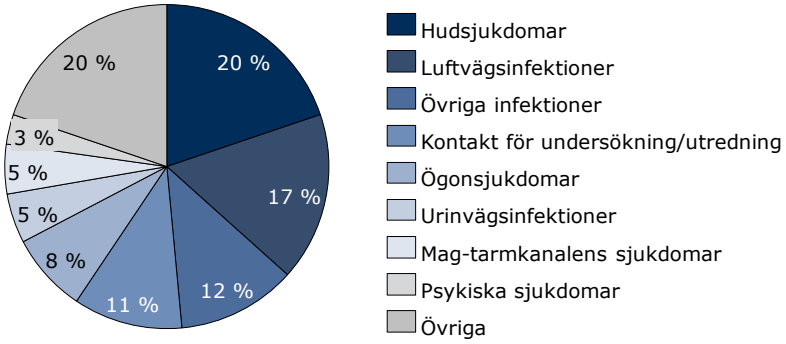
Figur 36. Antalet digitala vårdbesök av invånare i Stockholms län i Region Jönköpings län och Region Sörmland, 2016–2018

Fler kvinnor jämfört med män har hittills använt de digitala vårdtjänsterna och personer under 50 år utgör majoriteten av patientgruppen (90 procent) [59].

Nästan hälften av alla besöken i Region Jönköpings län från invånare i Stockholms län (49 procent) gäller hudsjukdomar eller infektioner (Figur 37). Majoriteten av besöken (86 procent) gäller somatiska sjukdomar medan 3 procent gäller psykiska sjukdomar och 11 procent kontakt för undersökning eller utredning. [59]

Digitala läkarbesök per diagnosgrupp, patienter boende i Stockholms län, 2017

100 % = 88 012 digitala läkarbesök



Not: Analysen är baserad på information om 88 012 digitala läkarbesök som invånare i Stockholms län gjort hos digitala vårdgivare registrerade i Region Jönköpings län under 2017.

Källa: Socialstyrelsen, Digitala vårdtjänster riktade till patienter

Figur 37. Digitala läkarbesök per diagnosgrupp, patienter boende i Stockholms län, 2017

3.4 Invånarnas förväntningarna ökar medan förtroendet för vården minskar

Förtroende är en framåtblickande attityd som bestäms av en individs förväntan på, uppfattning om och bedömning av hälso- och sjukvården. Förtroende är en mer sammansatt och trögrörlig attityd än exempelvis mätningar av nöjdhet eller en specifik kvalitet i vården. Erfarenheter från tidigare ambitioner att stärka förtroendet för offentliga verksamheter visar att alltför stort fokus på en ökad nöjdhet i ett förtroendearbete riskerar att leda till att andra viktiga värden, till exempel behovsprincipen, rättssäkerheten eller jämlikheten, får stå tillbaka. [101]

Invånarnas förtroende för primärvården formas av både faktorer som ligger inom och utom hälso- och sjukvårdens kontroll. Hur vården fungerar ur ett patient- och invånarperspektiv är den viktigaste faktorn som hälso- och sjukvårdens beslutsfattare kan påverka. Däremot påverkas förtroendet även av invånarens egna egenskaper och attityder, den ekonomiska och politiska kontexten samt den kunskap och information som invånaren har tillgång till och anser trovärdig. [101]

Förväntningarna har en stor betydelse som en del i förtroendet för vården och de påverkar också både efterfrågan på primärvård samt olika tjänster hos primärvården. Förändringar i förväntningar på vården är ofta en konsekvens av förändringar i invånarnas egenskaper och förändrade attityder till samtliga samhällsfunktioner. I och med att invånarnas förväntningar har stor betydelse för förtroendet, är kunskap om förändringar i invånarnas förväntningar därför en viktig källa till förtroendeperspektivet. [101]

Några områden där vårdpersonal upplever att invånarnas förväntningar på vården har förändrats är: högre krav på kontinuitet och tillgänglighet, invånarnas ökade kunskap om sina egna symtom och sjukdomar, bland annat genom internetsökningar, samt en förändrad syn på patient-vårdgivarrelationen. [102]

Det finns många skäl att värna det stora förtroendet, bland annat är det en förutsättning för en effektiv och legitim hälso- och sjukvård eftersom det underlättar samspelet mellan medborgarna och hälso- och sjukvårdens olika aktörer, men det är även av avgörande betydelse för att kunna genomföra systemförändringar. Förtroendet är också viktigt för den enskilde individen. Att söka och ta emot vård handlar om att lämna över en del av makten över sin hälsa, känslig information om sig själv och ytterst sitt liv, i sjukvårdens händer. Det gör man för att man litar på att sjukvården har kompetensen, förmågan och avsikten att hjälpa en och behandla en väl. Ett slags risktagande, och förtroendet är det som möjliggör det risktagandet. Analyser visar också att förtroendet hänger samman med benägenheten att söka vård och att följa behandlingsråd. [101]

Samtidigt kan vårdutbudet inte ökas i takt med efterfrågan. Det beror på exempelvis begränsade finansiella resurser, brist på personal inom vissa yrkesgrupper och utmaningar i att balansera en ökad tillgänglighet via internet med krav på informationssäkerhet [103]. Utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* lyfter också frågan om hur viktigt det är att hälso- och sjukvårdssystemet motsvarar invånarnas förväntningar? Utredningens uppfattning är att det är av avgörande betydelse för att kunna upprätthålla ett fortsatt solidariskt finansierat sjukvårdssystem. [1]

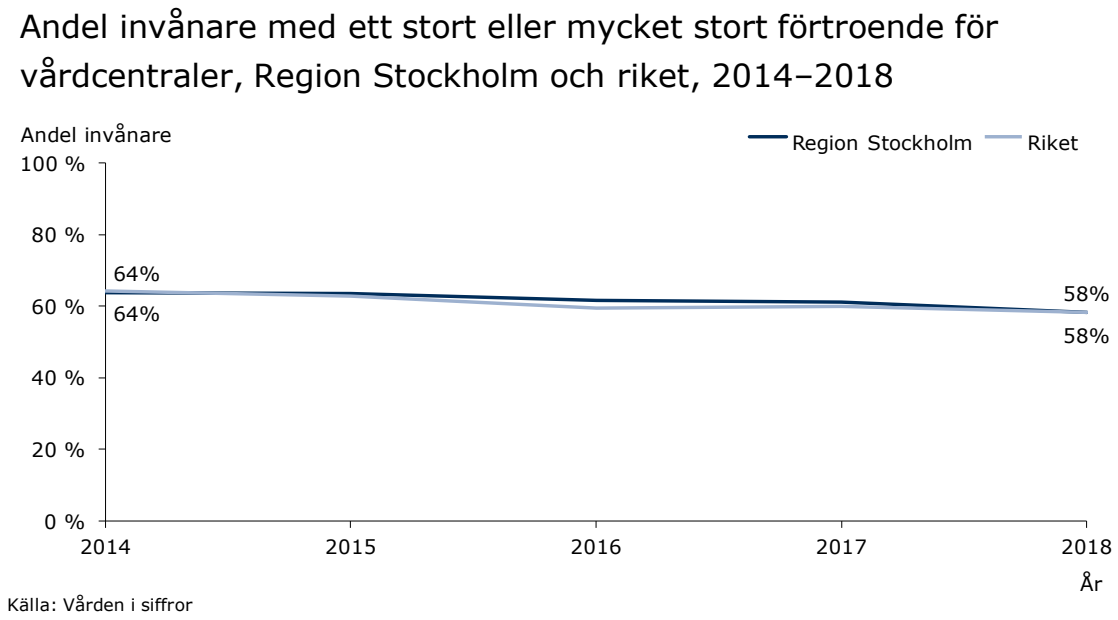
3.4.1 Förtroendet för primärvården och vården i sin helhet har minskat över tid

Det generella förtroendet för hälso- och sjukvården är stort, men har minskat sedan slutet på 1990-talet och rör sig i intervallet 60–70 procent med stort förtroende. Den långsiktiga trenden för hälso- och sjukvården tyder på ett långsamt minskande förtroende och följer i stort sett förändringar för samhällets institutioner i stort. I jämförelse med andra samhällsinstitutioner som årligen följs upp i den nationella SOM-undersökningen har sjukvården ändå störst förtroende. [101]

Bakom de allmänna förtroendesiffrorna döljer sig skillnader mellan olika regioner i Sverige och mellan olika delar av vården – sjukhusen åtnjuter större förtroende än vårdcentralerna och förtroendet är mindre för hälso- och sjukvårdssystemet och styrningen än för vården i allmänhet och hälso- och sjukvårdspersonalen i synnerhet [101]. Andelen av befolkningen som har ett stort förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet varierar mellan 51–74 procent per region. Region Stockholm placerade sig år 2018 på plats 14 av de 21 regionerna med 58 procent. [101]

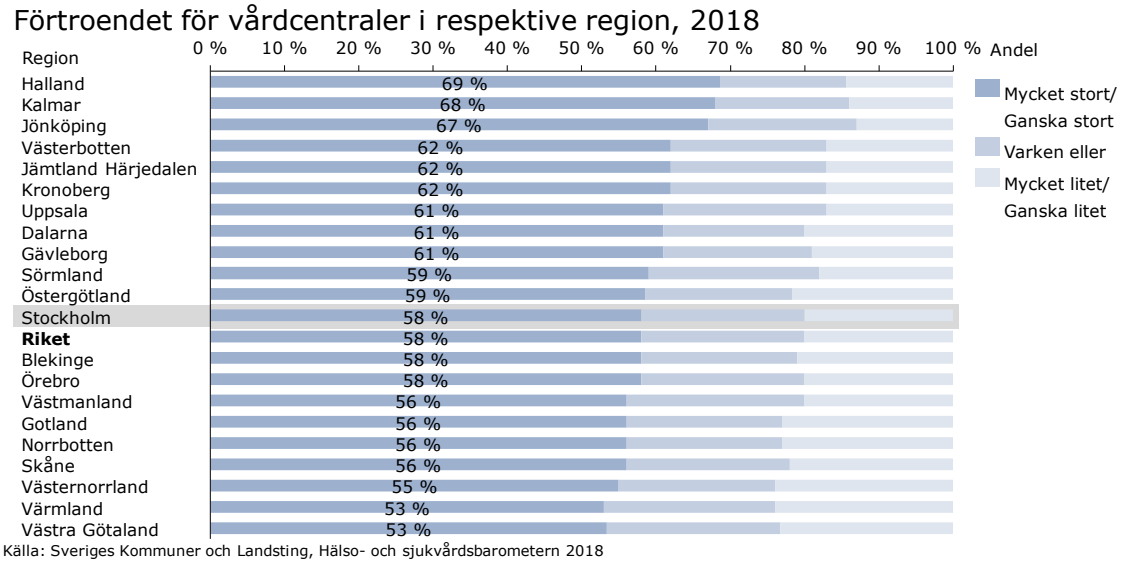
Jämfört med sjukhusen är förtroendet alltså lägre för vårdcentralerna. Andelen av befolkningen i Stockholms län som har ett stort förtroende för sjukhusen är 65 procent jämfört med 58 procent som har ett stort förtroende för vårdcentralerna. [66]

Befolkningens förtroende för primärvården har legat runt 60 procent de senaste åren. En svag minskning mellan åren 2012–2015 har uppmätts enligt Vårdbarometern. [101] Även mellan åren 2014–2018 har förtroendet minskat från 64 procent år 2014 till 58 procent år 2018, både inom Stockholms län och riket i helhet, se Figur 38 [104].



Figur 38. Andel invånare med ett stort eller mycket stort förtroende för vårdcentraler, 2014–2018

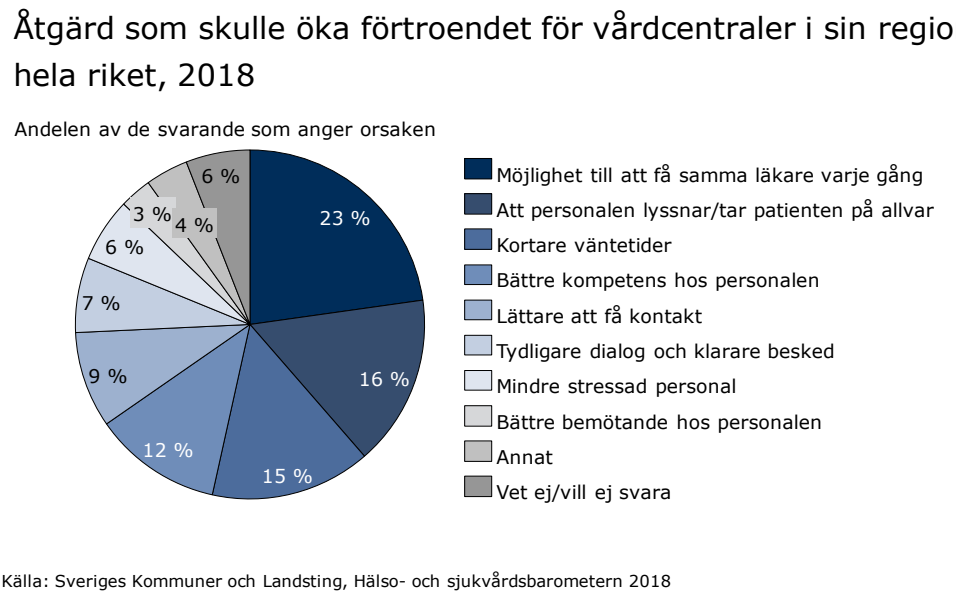
Figur 39 visar att andelen av befolkningen som har ett stort förtroende för vårdcentralerna i sin region varierar från dryga 50 procent till knappa 70 procent [66]. Region Stockholm placerar sig på en tolfte plats bland alla regionerna och har en lika stor andel av befolkningen som har ett stort förtroende för vårdcentralen jämfört med riket som helhet (58 procent) [76].



Figur 39. Förtroendet för vårdcentraler i respektive region och riket som helhet, 2018

Förtroendet för primärvården är ungefär lika stort bland kvinnor som bland män. Yngre personer, utlandsfödda och de som har ett sämre självskattat allmänt hälsotillstånd har dock ett lägre förtroende jämfört med andra. [66]

Det finns ett positivt samband mellan förtroendet och samtliga av de patientrapporterade kvalitetsdimensionerna i Nationell patientenkät – kontinuitet, information, delaktighet, bemötande, emotionellt stöd, tillgänglighet och helhetsintryck. Den faktor som flest svenskar anser skulle öka förtroendet är möjligheten att få samma läkare varje gång (Figur 40). I Stockholms län är det däremot något vanligare att man hellre vill ha kortare väntetider. Utöver dessa faktorer har man sett att en låg andel hyrläkare är associerat med ett större förtroende. [66, 105]



Figur 40. Vanligaste åtgärderna som skulle öka förtroendet för vårdcentraler i riket som helhet, 2018

3.4.2 Ökade krav på kontinuitet, tillgänglighet och servicenivå

Invånarnas förväntningar på hälso- och sjukvården och speciellt tillgängligheten till vård ökar. Befolkningen förväntar sig att vården ska följa med andra tjänstebranscher i utvecklingen av kommunikation, informationsteknik och service (i form av exempelvis bemötande och individualisering). Detta beror bland annat på medicinteknisk utveckling, läkemedelsutveckling, förändrade vårdbehov och demografiska förändringar. [107, 105]

Befolkningens förväntningar på vården skiljer sig också beroende på ålder, kön, inkomst, hälsa med mera. Generellt sett värdesätter de äldre patienterna en långsiktig relation som ger kontinuitet i kontakterna med vården [106]. Enligt Vårdanalys finns det tre särskilda grupper med omfattande vårdbehov vars förväntningar på vården inte tillfredsställs fullt ut i dagens primärvård: multisjuka personer med begränsad förmåga att själva söka vård, personer med psykisk ohälsa och personer i riskzonen för att utveckla eller förvärra en kronisk sjukdom. [99] Utöver dessa tre är immigranter, och särskilt flyktingar en annan grupp att ta extra hänsyn till. För många flyktingar är mötet med den svenska sjukvården omvälvande och flera undersökningar visar att utlandsfödda är mindre nöjda med vården än inrikes födda invånare. Särskilt bemötande och attityder hos vårdpersonalen kan vara annorlunda än vad man är van vid. [108]

Det finns också patientgrupper som uppsöker vård trots att de hade kunnat lösa sina hälsoproblem med egenvård. Detta verkar särskilt gälla unga vuxna och nyblivna föräldrar och kan tänkas bero på att personernas egna föräldrar och mor- eller farföräldrar inte längre har en lika central roll att ge råd om hälsa och egenvård, vilket innebär att hälso- och sjukvården har fått ta ett större ansvar. Flera primärvårdsrepresentanter upplever att unga vuxna i större utsträckning

än tidigare söker hjälp för att hantera livssituationer som de inte hittar en lösning för själva, som avslutade förhållanden eller stress på arbetet. [99]

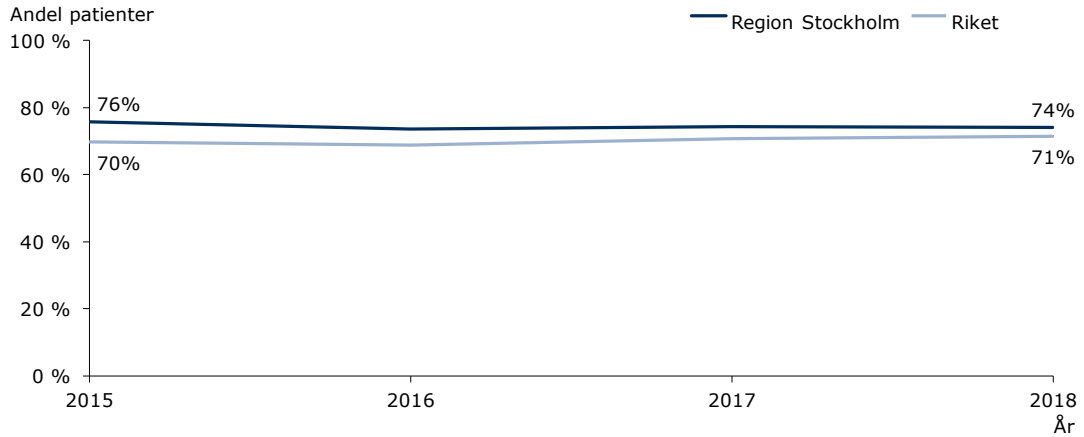
Invånarnas inställning till digital service som en del av vården blir alltmer positiv. Enligt en nationell undersökning tycker 73 procent av invånarna att digital kommunikation och service är viktigt för dem. Dryga hälften (59 procent) av invånarna är positiva till vård, konsultation och behandling med hjälp av digital teknik, men endast 25 procent upplever att kommuner och regioner lever upp till deras förväntningar på digital service och 67 procent tycker att man ska prioriterar den digitala servicen. Personer bosatta i Stockholmsområdet och personer i åldern 18–34 år svarar i högst grad (82 respektive 81 procent) att de tycker att det är viktigt med digital service. [109]

3.4.2.1 Kontinuitet

Kontinuitet handlar om i vilken utsträckning vården ges i en sammanhängande följd av insatser som tar hänsyn till den individuella patientens behov och omgivning. Kontinuitet är även kopplat till förtroendet, och en hög grad av kontinuitet ökar befolkningens förtroende för vården. [66]

Andelen patienter med en positiv upplevelse av kontinuitet och samordning i primärvården i Stockholms län under 2018 var 74 procent, medan motsvarande andel i riket som helhet var 71 procent [76]. Figur 41 visar att andelen minskat med 2 procentenheter sedan 2015 i Stockholms län, medan andelen ökat i riket som helhet.

Andel patienter med en positiv upplevelse av kontinuitet och samordning vid ett primärvårdsbesök, Region Stockholm och riket, 2015–2018



Källa: Vården i siffror

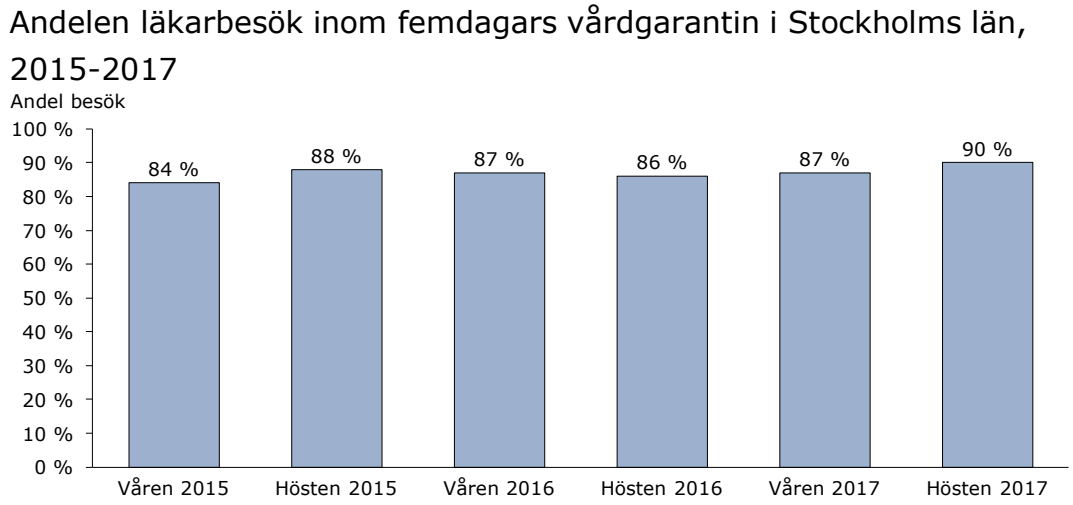
Figur 41. Andel patienter med en positiv upplevelse av kontinuitet och samordning vid ett primärvårdsbesök, 2015–2018

Andelen som får träffa samma läkare på vårdcentralen var också högre i Stockholms län (60 procent) än i riket som helhet (52 procent). [110]

3.4.2.2 Tillgänglighet

Tillgänglighet till vård är ett vitt begrepp med många aspekter. Med oförändrad dimensionering leder ökad tillgänglighet inom ett område till minskad tillgänglighet inom ett annat. [27]

Enligt vårdgarantin som gällde enligt tidigare lag (innan den 1 januari 2019), skulle ett första läkarbesök ske inom sju dagar efter första kontakt med vården. I Region Stockholm har man tillämpat högre krav på tillgänglighet med en snävare tidsgräns på fem dagar [11]. Under de senaste åren har 84–90 procent av besöken som omfattas av vårdgarantin skett inom tidsramen för garantin, det vill säga inom fem dagar, se Figur 42.



Not: Analysen omfattar endast de individer som fått tid på mottagningen för en nydebuterad åkomma eller försämring av ett redan befintligt tillstånd. Individer med längre "självvald" väntan har undantagits.
Källa: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Tillgänglighet i primärvården - Till vem, för vad och på vilket sätt?

Figur 42. Andel läkarbesök som skett inom femdagars vårdgarantin i primärvården i Stockholms län, 2015–2017

I vårdgarantin ingår även att alla som ringer ska få kontakt med vårdcentralen för rådgivning och/eller tidsbokning samma dag. Under hösten 2018 nådde 88 procent av hela rikets vårdcentraler detta mål. I Stockholms län besvarades ca 90 procent av alla telefonsamtal samma dag. [111]

Andelen av befolkningen som anger att väntetiden till vårdcentralen är rimlig är i Stockholms län 55 procent, vilket är något lägre än rikssnittet på 58 procent [76]. Av de som besvarat den nationella patientenkäten svarade 74 procent av patienterna i Stockholms län att de höll med om att de fick besöka vårdcentralen inom rimlig tid, medan motsvarande siffra för riket som helhet även där var lite högre, 77 procent [110]. Samtidigt är andelen patienter med positiva upplevelser av tillgänglighet i primärvården marginellt högre i Stockholms län (82 procent) jämfört med riket som helhet (81 procent) [76]. Överlag upplever alltså patienterna tillgängligheten som bättre än befolkningen som helhet gör. Andelen patienter som var nöjda med de sätt de kan komma i

kontakt med vårdcentralen på var däremot marginellt högre i Stockholms län (75 procent) än i riket som helhet (74 procent) [110].

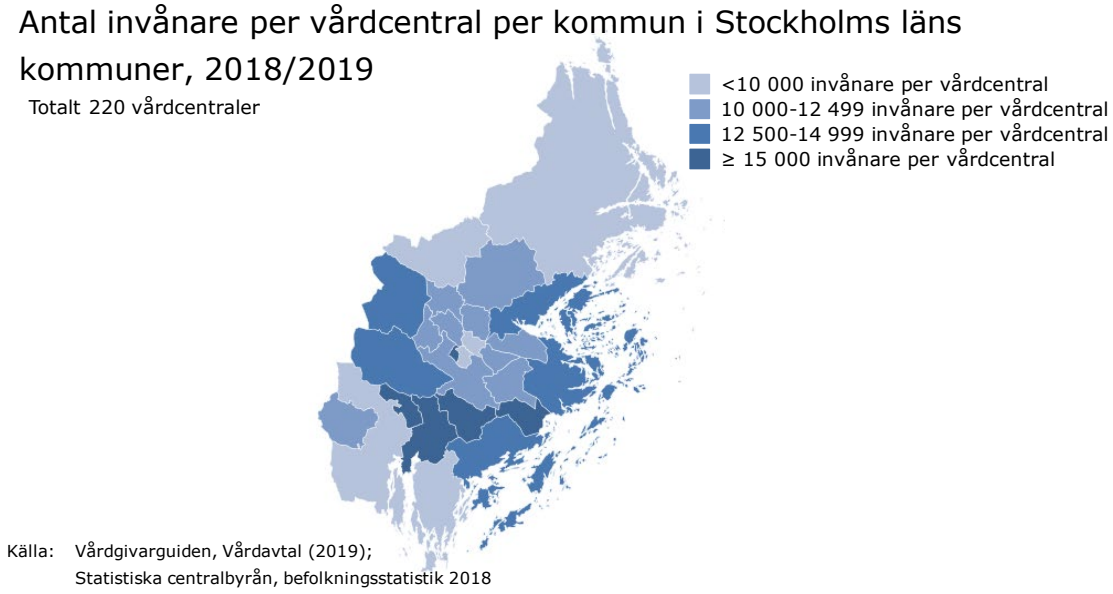
Under 2019 kommer uppföljningen av den förändrade vårdgarantin att inledas med de yrkeskategorier som verkar i husläkarverksamheten och data kommer att rapporteras månadsvis till SKL. I Region Stockholm har man börjat uppföljningen av den nya vårdgarantin med andelen läkarbesök (som sker inom 3 dagar) sedan årsskiftet, medan andelen besök hos övriga yrkeskategorier har börjat mätas från och med mars.

I Region Stockholms hälsodataregister (VAL), finns uppgifter om bland annat diagnoser, läkemedel, vårdgivare, personalgrupp för all offentligt finansierad vård i regionen samt data från 1177 vårdguiden. Genom att använda data i VAL kan nya alternativa ”tillgänglighetsmått” mätas, som till exempel andelen av de listade som besökt andra vårdcentraler (18 procent), läkare som arbetar på nationella taxan (8 procent), andra vårdval eller specialiteter: hud (7 procent), öron-näsa-hals (6 procent), psykiatri (8 procent) eller fysioterapi (14 procent), akutmottagning (14 procent), när- eller lättakut (5 procent) eller haft kontakt med 1177 vårdguiden (16 procent) eller digitala vårdgivare (2 procent). [27]

Andelen av de listade som besökt övriga verksamheter har i de flesta fall varit ganska konstant under 2011–2017, men andelen som besökt fysioterapi och andelen som haft kontakt med digitala vårdgivare har ökat med 4 respektive 2 procentenheter, medan andelen som besökt läkare som arbetar på nationella taxan har sjunkit med dryga 10 procentenheter. [27]

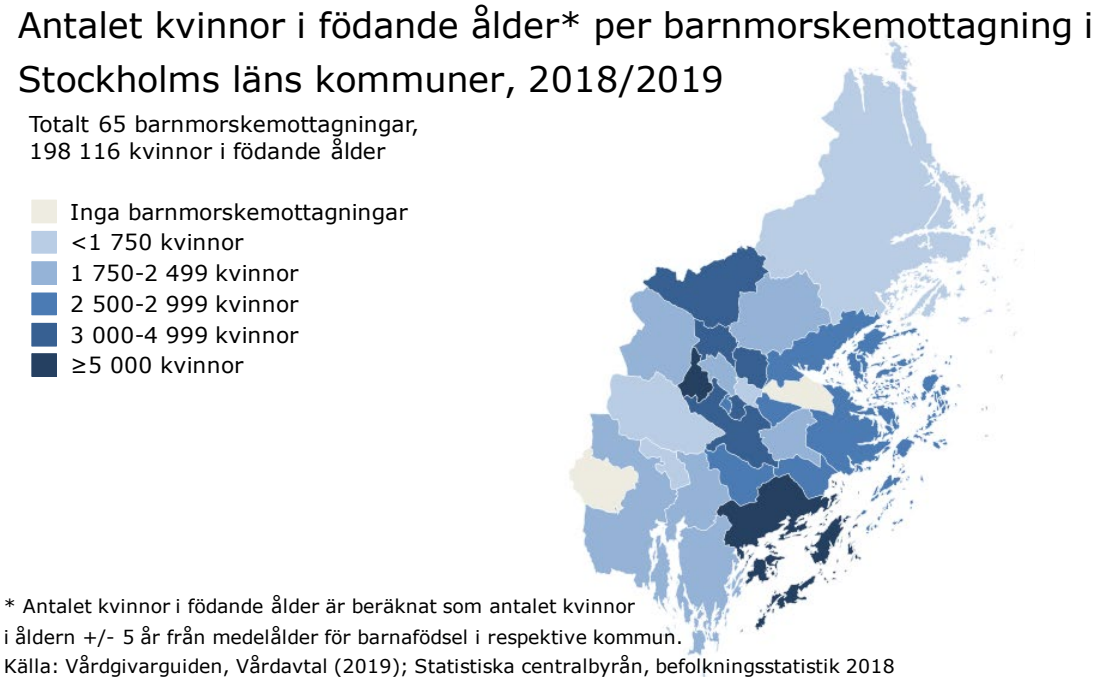
Antalet invånare per vårdcentral varierar ganska mycket mellan kommunerna i länet. Figur 43 visar spridningen mellan kommunerna i Stockholms län. Kommunerna med minst invånare per vårdcentral är Norrtälje, Sigtuna och Danderyd, som alla har färre än 6 000 invånare per vårdcentral. De kommuner med flest invånare per vårdcentral är Tyresö, Sundbyberg och Salem, som alla har fler än 15 700 invånare per vårdcentral. [26, 24] Överlag har alla invånare ganska nära till sin närmaste vårdcentral. År 2015 hade endast en procent av befolkningen mer än 20 minuters bilresa till sin närmaste vårdcentral. [112]

Däremot är det långt ifrån alla invånare som är listade på den vårdcentral som är geografiskt närmast deras bostadsadress.



Figur 43. Antal invånare per vårdcentral per kommun i Stockholms län, 2018/2019

Figur 44 visar hur stor spridning det är mellan antalet kvinnor i födande ålder per antal barnmorskemottagningar i Stockholms län. De kommuner med minst antal kvinnor i födande ålder per barnmorskemottagning är Salem och Norrtälje, som båda har färre än 1 500 kvinnor i födande ålder per barnmorskemottagning. Kommunerna med flest kvinnor i födande ålder per barnmorskemottagning är Haninge och Järfälla, med knappa 6 000 respektive dryga 7 000 kvinnor i födande ålder per barnmorskemottagning. [26, 38, 37]

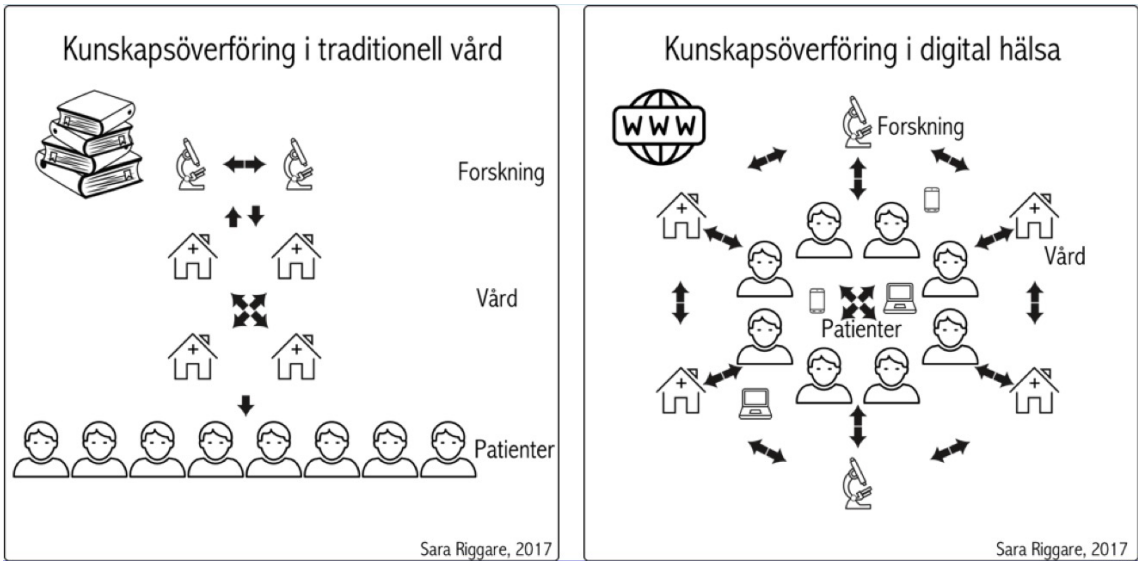


Figur 44. Antalet kvinnor i födande ålder per barnmorskemottagning i Stockholms län 2018/2019

3.4.3 Ökad kunskap hos patienterna om sitt hälsotillstånd och behandling

Majoriteten av patienterna i dag söker själva upp information om sin hälsa och sjukdom snarare än att enbart förlita sig på informationen från ett vårdbesök. Detta leder till att befolkningen har allt större och mer specifika krav på sin vård och sin egen delaktighet. Utvecklingen stärks av en större tillgång till information, nya forum för interaktion mellan patienter, brukare och närstående samt den tekniska utvecklingen i samhället. [105, 99]

Kunskapsförmedlingen som tidigare skedde nästan enbart från forskningen till vården och därigenom till patienterna, sker nu från alla berörda parter direkt till patienterna; patienter kan läsa om nya forskningsrön via internet, vården kommunicerar mer direkt och individualiserat med patienterna och dessutom sker informationsdelning mellan patienterna i mycket större grad än tidigare, se Figur 45. [113]



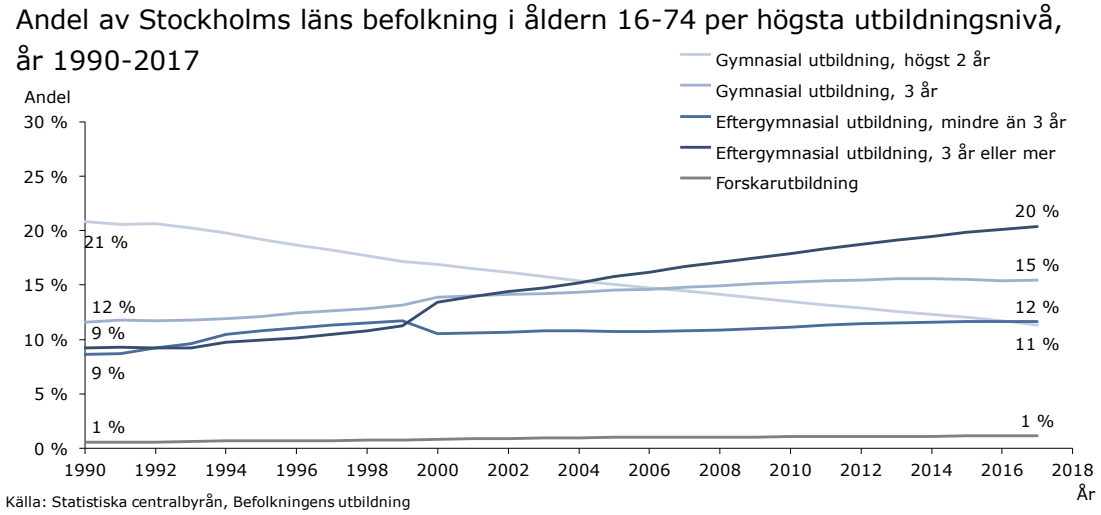
Figur 45. Kunskapsöverföring i traditionell vård och digital hälsa (Presentation av Sara Riggare)

Det finns idag en mängd olika plattformar och sociala nätverk, både svenska och internationella, där hälsa och sjukdom diskuteras. På webbplatser, bloggar, Facebook grupper och i andra sociala medier sprids kunskaper och råd om symtom, behandlingar och egenvård från patienter och deras närstående. Plattformarna och nätverken kan vara initierade av privatpersoner, sjukvården, patientorganisationer eller läkemedelsföretag. De har också olika målgrupper, syften och inriktning och kan till exempel vara ett sätt att engagera sig i utvecklingen av vården eller att snabbt få tillgång till stöd för att själv kunna hantera sin sjukdom. [114]

Det varierar också inom befolkningen hur påläst man är om sin egen hälsa, vilken grad av hälsolitteracitet[6] man har och hur man ser på hälsa och sjukdom överlag. Särskilt bland migranter kan kultur och tradition påverka synen på och kunskapen om kroppen och hälsan. Låg hälsolitteracitet samt bristande kunskaper i svenska språket gör att en del av de nyanlända och asylsökande får mindre av den hälsoinformation och även de hälsofrämjande insatser som erbjuds. [102]

Invånarnas utbildningsnivå kan tänkas påverkar deras kunskap och tendens att söka information om sina symtom och sjukdomar, även om hälsolitteracitet även påverkas av flera andra faktorer, bland annat hur man mår och i vilken omgivning eller livssituation man befinner sig. Utbildningsnivån i Stockholms län har ökat över tid, se Figur 46. Andelen som genomgått en minst treårig eftergymnasial utbildning har ökat från 9 procent år 1990 till 20 procent år 2017. Samtidigt har andelen vars högsta utbildningsnivå är högst två år av en gymnasieutbildning sjunkit från 21 procent till 11 procent [26].

[6] Hälsolitteracitet handlar om individens förmåga att förvärva, förstå och använda information i syfte att bibehålla, främja eller förbättra hälsa. [142]



Figur 46. Andel av Stockholms läns befolkning per högsta utbildningsnivå under åren 1990–2017

Utöver den lättillgängliga medicinska informationen som finns på internet, spelar även patientföreningar och exempelvis projektet *Spetspatienter – en ny resurs för hälsa* och ”spetspatientrörelsen” en roll i patienternas ökade kunskap. En spetspatient är en patient (eller närstående) som under en tid med allvarlig sjukdom utvecklar strategier och metoder för att maximera ”må-bra-tiden”. Projektets mål är ett nationellt, diagnosoberoende kompetenscenter som ska ge förutsättningar för att öka kontakten mellan spetspatienter och andra patienter, närstående, vårdgivare, huvudmän, forskning, life-science-bolag och liknande [115, 116]. Dessa pålästa och starka patienter, som blir allt fler, leder till att den genomsnittliga kunskapen bland patienterna ökar.

3.4.4 En förändrad syn på patient-vårdgivarrelationen och patientmedverkan

Tidigare var det dominerande synsättet i vården att patienten skulle ha en passiv roll i sin sjukdom, vård och behandling, åtminstone delvis på grund av kunskapsgapet mellan patient och läkare. Under 1960-talet började patienterna bli mer delaktiga i sin vård och behandling och under 2000-talet utvecklades det nyare begreppet personcentrerad vård, vilket har lett till att vårdens utgångspunkt är att patienten är en självklar partner i teamet kring sin egen vård, behandling, omsorg eller rehabilitering [117, 114].

Tidigare var det hälso- och sjukvårdspersonal som fattade beslut för patienten. I takt med att kunskap om olika behandlingar har ökat och blivit mer tillgänglig, har utvecklingen gått mot ökad autonomi för individen som medfört att frågan om beslut kring vård och behandling förskjutits i riktning mot patienten, som därmed kan ställas inför att fatta beslut om sin egen behandling [117].

Vissa patienter tar en mycket aktiv roll och väljer till exempel själv sin vårdgivare, diskuterar för- och nackdelar med olika behandlingsmetoder baserat på vårdpersonalens och sin egen kunskap samt följer upp effekterna av

behandlingen genom att mäta sina egna värden. Samtidigt är det viktigt att komma ihåg att alla patienter inte vill vara lika aktivt delaktiga i sina behandlingsbeslut. [114]

3.4.4.1 Patientcentrering och -medverkan

Patientcentrering följs upp med hjälp av nationella patientenkäten. De dimensioner av patientcentrering som följs upp i primärvården är patienters delaktighet och involvering, information och kunskap, respekt och bemötande och emotionellt stöd. [110]

Andelen patienter med en positiv upplevelse av delaktighet i vården vid ett primärvårdsbesök år 2017 var 80 procent i Stockholms län jämfört med 78 procent i riket som helhet [76]. Resultaten i den nationella patientenkäten 2018 visar på liknande siffror: då var andelen patienter som var delaktiga i besluten beträffande sin vård eller behandling 83 procent i Stockholms län, jämfört med 82 procent i riket som helhet. [110] År 2016 var andelen lite högre (81 procent i Stockholms län), medan andelen år 2015 var betydligt lägre, 76 procent. [76] Ingen tydlig trend, varken positiv eller negativ kan ses under de senaste åren.

Andelen patienter med en positiv upplevelse av information och kunskap vid ett primärvårdsbesök är lite lägre än andelen med en positiv upplevelse av delaktighet. Under 2015–2018 har andelen patienter med en positiv upplevelse av information och kunskap legat mellan 75–76 procent i Stockholms län. Andelen är marginellt högre än i riket som helhet (73–75 procent). Ingen trend, varken positiv eller negativ kan ses under de senaste åren. [76]

Andelen patienter med en positiv upplevelse av respekt och bemötande vid ett primärvårdsbesök är däremot högre än andelen med positiv upplevelse av delaktighet eller information och kunskap. År 2015 hade 86 procent av patienterna som besökt en primärvårdsmottagning i Stockholms län en positiv upplevelse av respekt och bemötande. Andelen har sjunkit lite, och år 2018 var motsvarande siffra 84 procent. Även i riket som stort kan en liknande trend ses, dock inte lika tydligt. I riket som helhet har andelen sjunkit lite, från 85 procent till 84 procent. [76]

3.5 Trots ökat antal legitimerad personal upplevs kompetensbrist i primärvården

Alla regionerna i riket rapporterar en upplevd brist på vårdpersonal, om än i varierande grad. Detta trots att antalet legitimerad vårdpersonal per invånare har antingen ökat eller varit konstant över tid för majoriteten av hälso- och sjukvårdens legitimationsyrken. Några av de största bristyrkena är mycket centrala för primärvården: distriktssköterskor och specialister i allmänmedicin. I Stockholms primärvård är antalet sjuksköterskor och specialister i allmänmedicin per invånare lite högre än rikssnittet.

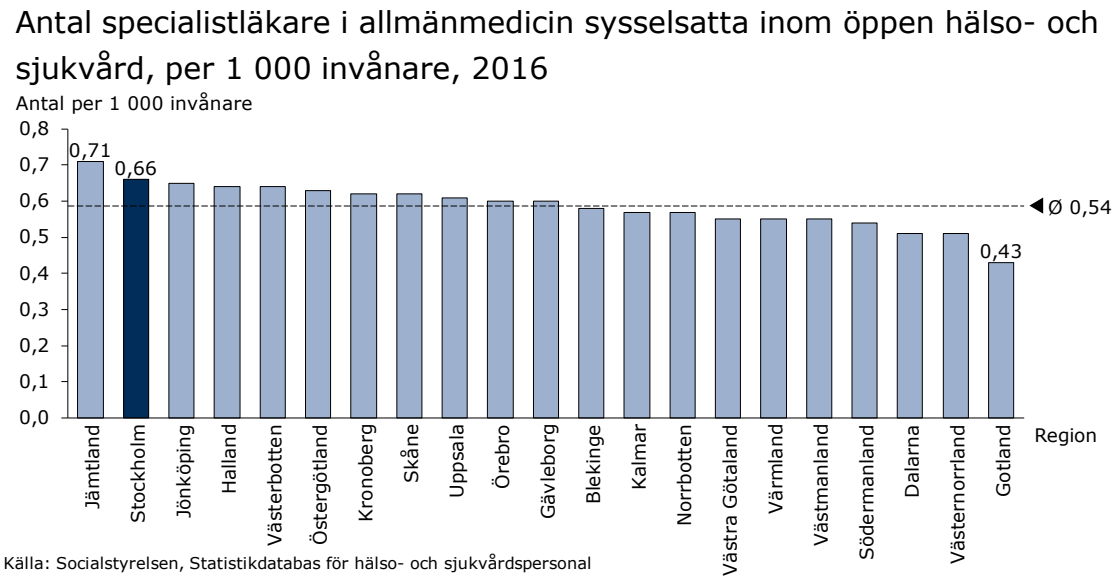
Antalet årsarbetare i den regiondrivna primärvården i Stockholms län har varit relativt konstant, lite dryga 4 000 månadsavlönade eller 3 500 årsarbetare (månads- och timavlönade) över tid sedan år 2009. [118] Däremot finns ingen samlad statistik på antalet anställda nedbrutet på verksamhet inom primärvården eller på antalet anställda inom den privatdrivna primärvården i regionen.

3.5.1 Fler läkare och sjuksköterskor per invånare i Stockholms primärvård jämfört med riket

Antalet sjuksköterskor per 1 000 invånare var år 2017 fler i Stockholms län, 8,4, än riksgenomsnittet på 7,3. Antalet sjuksköterskor i primärvården var också lite högre i Stockholms län (1,6) än i riket som helhet (1,5), men skillnaden var marginell (Figur 49). [118]

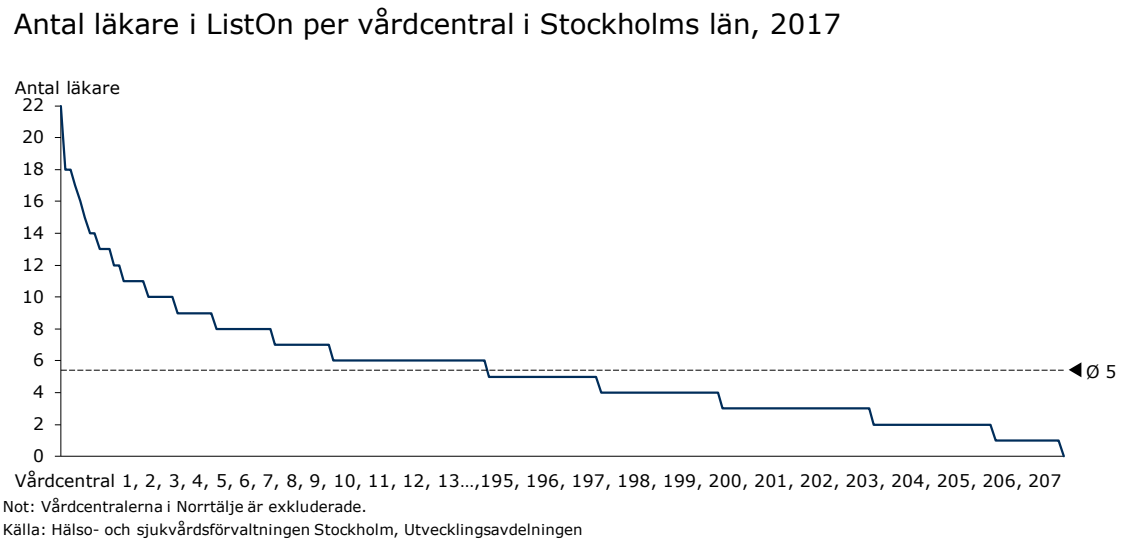
Antalet legitimerade läkare per 1 000 invånare var år 2017 marginellt färre i Stockholms län, 2,8, än riksgenomsnittet på 2,9. Samma sak gällde antalet legitimerade läkare i primärvården, där Stockholms län hade 0,6 och rikssnittet låg på 0,7 (Figur 50). [118]

Däremot är antalet specialistläkare i allmänmedicin sysselsatta inom öppenvård per 1 000 invånare näststörst i Stockholms län om man jämför med övriga regioner och riket som helhet, se Figur 47. I Stockholms län var antalet specialistläkare i allmänmedicin som är sysselsatta inom öppen hälso- och sjukvård per 1 000 invånare år 2016 0,66, medan motsvarande siffra i riket som helhet var 0,54 [119]. Detta tyder på att det i övriga delar av landet är fler legitimerade läkare, men inte färdiga specialister i allmänmedicin, som arbetar inom primärvården.



Figur 47. Antal specialistläkare i allmänmedicin sysselsatta inom öppen hälso- och sjukvård, 2016

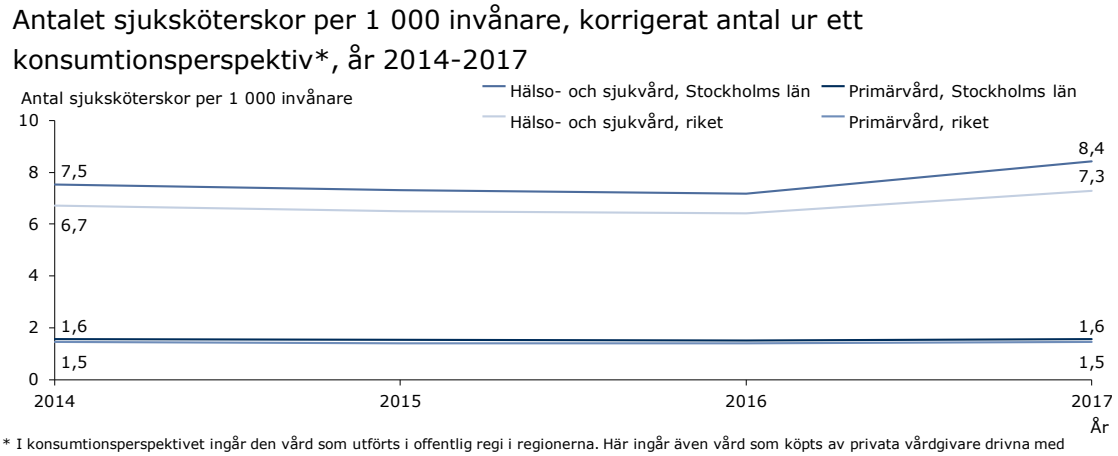
Antalet läkare i ListOn i december 2017 var i snitt fem läkare per vårdcentral, se Figur 48 [29]. Dessa läkare kan antas vara specialister eller ST-läkare i allmänmedicin då de är listbara för invånarna. Variationen är dock stor mellan vårdcentralerna, med allt från 0 till 22 listbara läkare per vårdcentral.



Figur 48. Antal läkare i ListOn per vårdcentral i Stockholms län, 2017

3.5.2 Antalet läkare och sjuksköterskor i primärvården i Stockholms län har varit konstant de senaste åren

Antalet sjuksköterskor och legitimerade läkare per 1 000 invånare har ökat under de senaste åren i både Stockholms län samt i riket som stort. Däremot har antalet sjuksköterskor och legitimerade läkare per 1 000 invånare i primärvården inte ökat, utan varit konstant. Antalet sjuksköterskor per 1 000 invånare i Stockholms län har ökat med 0,9 under 2014–2017, se Figur 49. Däremot ökade inte antalet sjuksköterskor per 1 000 invånare i primärvården under samma tidsperiod. [118]

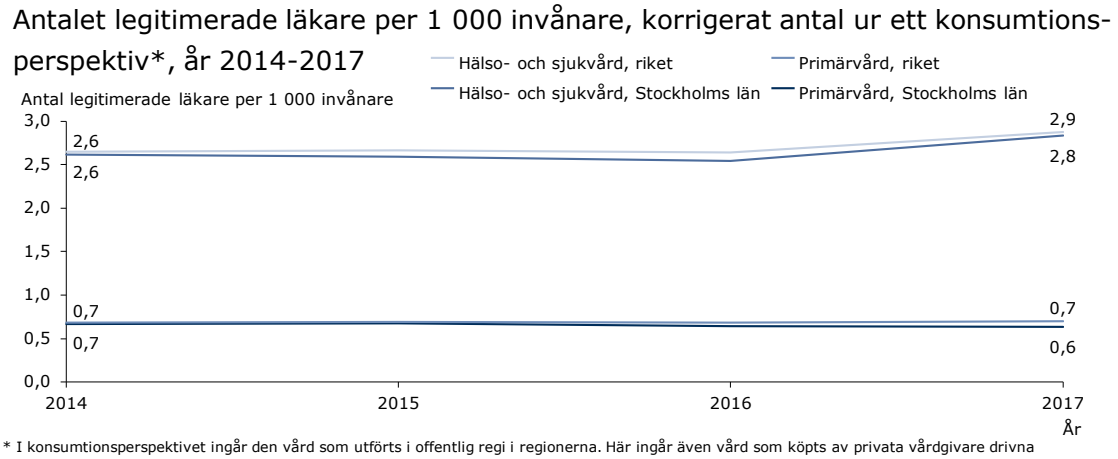


* I konsumtionsperspektivet ingår den vård som utförts i offentlig regi i regionerna. Här ingår även vård som köpts av privata vårdgivare drivna med offentliga medel och vård som köpts från andra regioner. Vård utförd av inhyrd personal ingår också. Den sålda vården är exkluderad.

Källa: Kolada

Figur 49. Antalet sjuksköterskor per 1 000 invånare i Stockholms län och riket i helhet, 2014–2017

Antalet legitimerade läkare per 1 000 invånare har ökat mindre än antalet sjuksköterskor. Under åren 2014–2017 ökade antalet legitimerade läkare i Stockholms län med 0,2 läkare per 1 000 invånare, se Figur 50. Däremot ökade inte antalet legitimerade läkare per 1 000 invånare i primärvården under samma tidsperiod. [118]



* I konsumtionsperspektivet ingår den vård som utförts i offentlig regi i regionerna. Här ingår även vård som köpts av privata vårdgivare drivna med offentliga medel och vård som köpts från andra regioner. Vård utförd av inhyrd personal ingår också. Den sålda vården är exkluderad.

Källa: Kolada

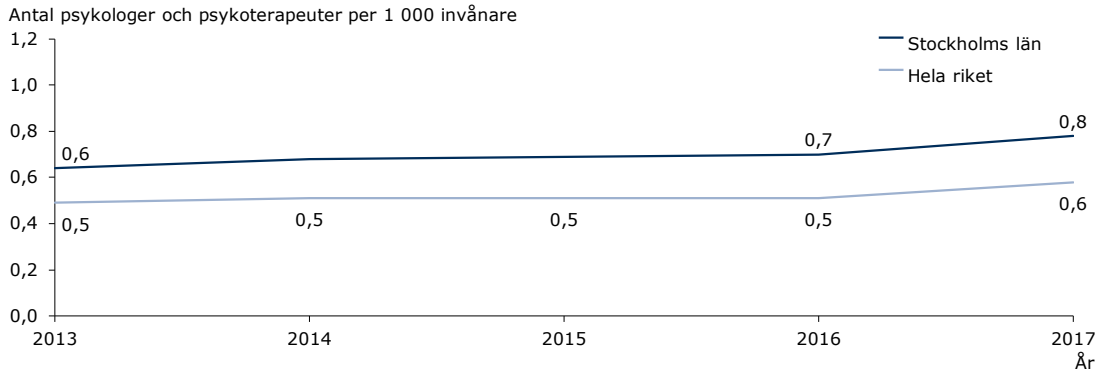
Figur 50. Antalet läkare per 1 000 invånare i Stockholms län och riket i helhet, 2014–2017

3.5.3 Fler psykologer, psykoterapeuter och rehabiliteringspersonal per invånare i Stockholms län än i riket

Figur 51 och Figur 52 visar att antalet årsarbetande psykologer, psykoterapeuter och personal inom rehabilitering och förebyggande arbete, exempelvis fysio- och arbetsterapeuter, per 1 000 invånare har ökat i både Stockholms län och riket som helhet under de senaste åren. Antalet har varit högre i Stockholms län

under hela tidsperioden. Siffrorna inkluderar personal inom både primärvården och den specialiserade vården.

Antalet psykologer och psykoterapeuter (årsarbetare) per 1 000 invånare, korrigerat antal ur ett konsumtionsperspektiv*, år 2013-2017

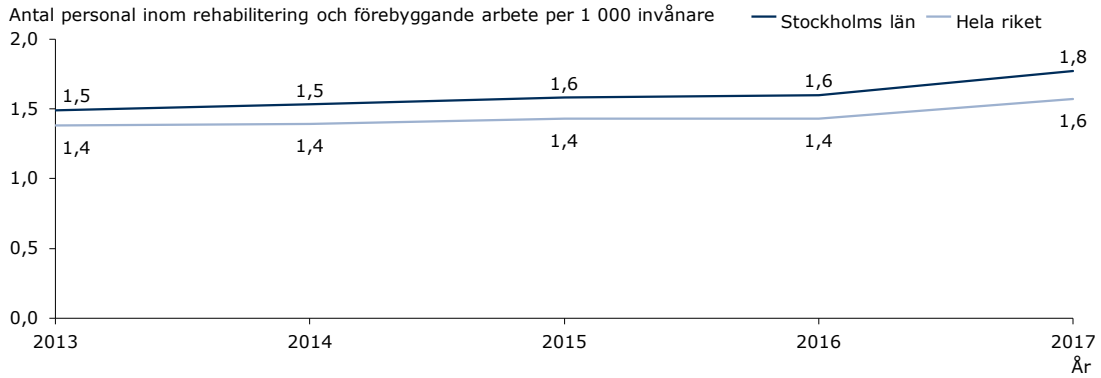


* I konsumtionsperspektivet ingår den vård som utförts i offentlig regi i regionerna. Här ingår även vård som köpts av privata vårdgivare drivna med offentliga medel och vård som köpts från andra regioner. Vård utförd av inhyrd personal ingår också. Den sålda vården är exkluderad.

Källa: Kolada

Figur 51. Antalet psykologer och psykoterapeuter per 1 000 invånare i Stockholms län och riket som helhet, 2013–2017

Årsarbetare inom rehabilitering och förebyggande arbete per 1 000 invånare, korrigerat antal ur ett konsumtionsperspektiv*, år 2013-2017



* I konsumtionsperspektivet ingår den vård som utförts i offentlig regi i regionerna. Här ingår även vård som köpts av privata vårdgivare drivna med offentliga medel och vård som köpts från andra regioner. Vård utförd av inhyrd personal ingår också. Den sålda vården är exkluderad.

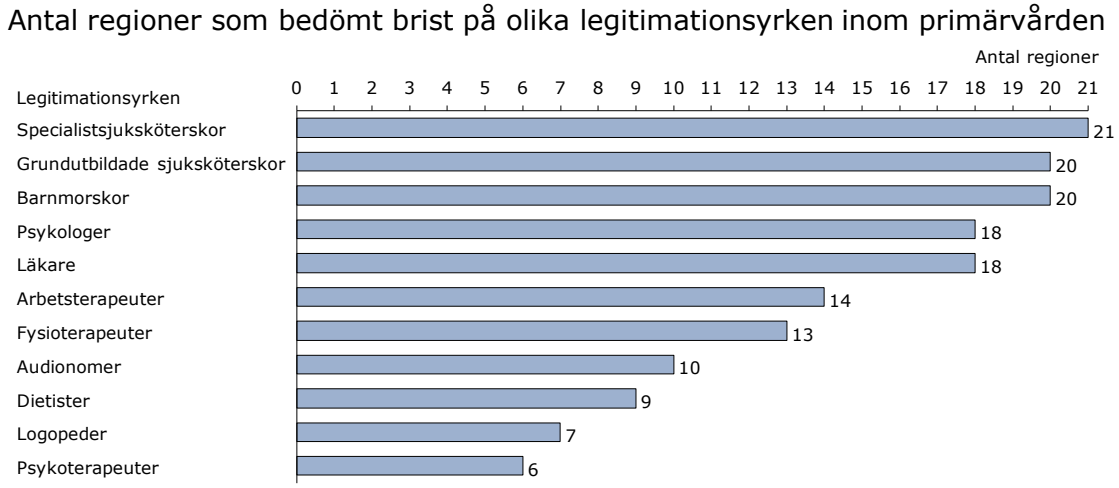
Källa: Kolada

Figur 52. Antalet personal inom rehabilitering och förebyggande arbete per 1 000 invånare i Stockholms län och riket som helhet, 2013–2017

3.5.4 Fortsatt upplevd brist inom flera yrken som har en central roll i primärvården

Nästan alla regioner redovisar en upplevd brist på sjuksköterskor: både specialistsjuksköterskor och grundutbildade sjuksköterskor (Figur 53). Många regioner upplever även ett behov av fler specialistläkare och tre av fyra privata vårdgivare bedömer att det råder brist på både specialistutbildade sjuksköterskor och läkare.

Förutom bristen på läkare och sjuksköterskor rapporterar 18 regioner brist på psykologer, 14 regioner brist på arbetsterapeuter och 13 regioner brist på fysioterapeuter. Andra legitimationsyrken som finns inom primärvården och som fler än fem regioner upplever brist på inkluderar audionomer, dietister, logopeder och psykoterapeuter. [120]



Källa: Socialstyrelsen, Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård

Figur 53. Antal regioner som bedömt brist på olika legitimationsyrken inom primärvården

De tre legitimationsyrken som flest regioner har bedömt att det råder brist på i Socialstyrelsens arbetsmarknadsenkät är alla sjuksköterskor: specialistsjuksköterskor, grundutbildade sjuksköterskor och barnmorskor, se Figur 53 [120]. Omkring 86 procent av arbetsgivarna redovisar att det är brist på distriktssköterskor [121], medan tre av fyra bedömer att det är brist på specialistsjuksköterskor inom diabetesvård [120].

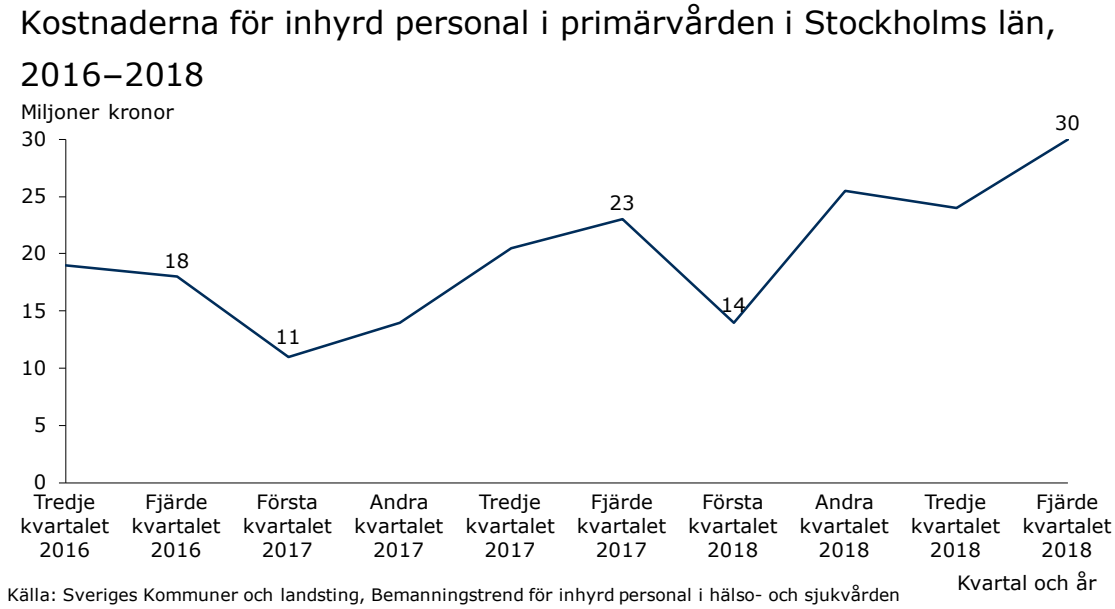
De tre läkarspecialiteter som flest antal regioner bedömer brist inom är allmänmedicin, psykiatri och geriatrik [120]. Andelen läkare som arbetar i primärvården är låg i internationell jämförelse (15 procent jämfört med 17 respektive 20 procent i Norge och Danmark) och det är svårt att rekrytera läkare till primärvården i Sverige [122, 123]. Samtliga regioner redovisar brist på specialister i allmänmedicin [120]. Ett tydligt tecken är att var femte läkare i primärvården är hyrläkare eller vikarie [122].

De nationella prognoserna som finns framtagna för kompetensförsörjningen är otillräckliga och det saknas en långsiktig kompetensförsörjningsstrategi. Det är svårt att förutse vilka särskilda kunskaper läkarna (eller övrig vårdpersonal) kommer att behöva eller hur uppgiftsväxling och ny teknik kommer att påverka patienternas vård och vårdsystemet i stort. [122]

3.5.4.1 Kostnaderna för hyrpersonal ökar

Användningen av bemanningsbolag är ett uttryck för personalbrist och svårigheter att rekrytera. Bland annat är användningen av ”hyrläkare” i

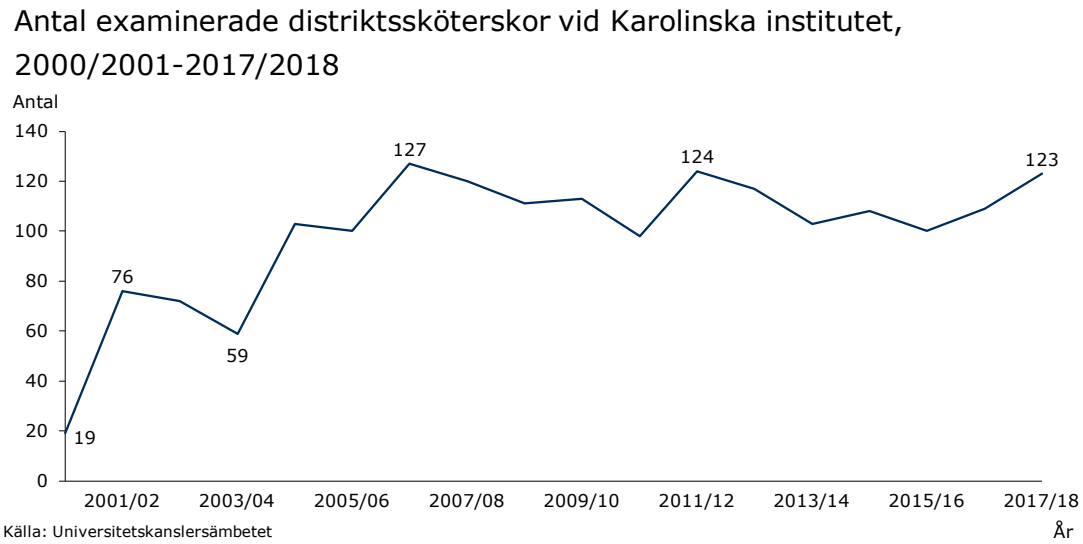
primärvården uppmärksammad, där kontinuitet i relationen vårdgivare-patient är en viktig kvalitetsaspekt. Ändå är andelen hyrpersonal störst inom primärvård och psykiatrin. [124] Region Stockholms kostnader för hyrpersonal i primärvården har ökat stadigt under de senaste åren (Figur 54). Under fjärde kvartalet 2018 uppgick hyrkostnaderna till 30 miljoner kronor, medan samma summa två år tidigare (fjärde kvartalet 2016) var 19 miljarder kronor. Hyrkostnaderna visar på starka säsongseffekter bland annat genom att det första kvartalet uppvisar märkbart mindre hyrkostnader i primärvården än övriga kvartal. Region Stockholm har högre hyrkostnader i primärvården än de flesta andra regionerna. Under fjärde kvartalet 2018 var det bara tre som hade högre hyrkostnader i primärvården: Västra Götaland, Värmland och Skåne. [125]



Figur 54. Kostnaderna för inhyrd personal i primärvården i Stockholms län, 2016–2018

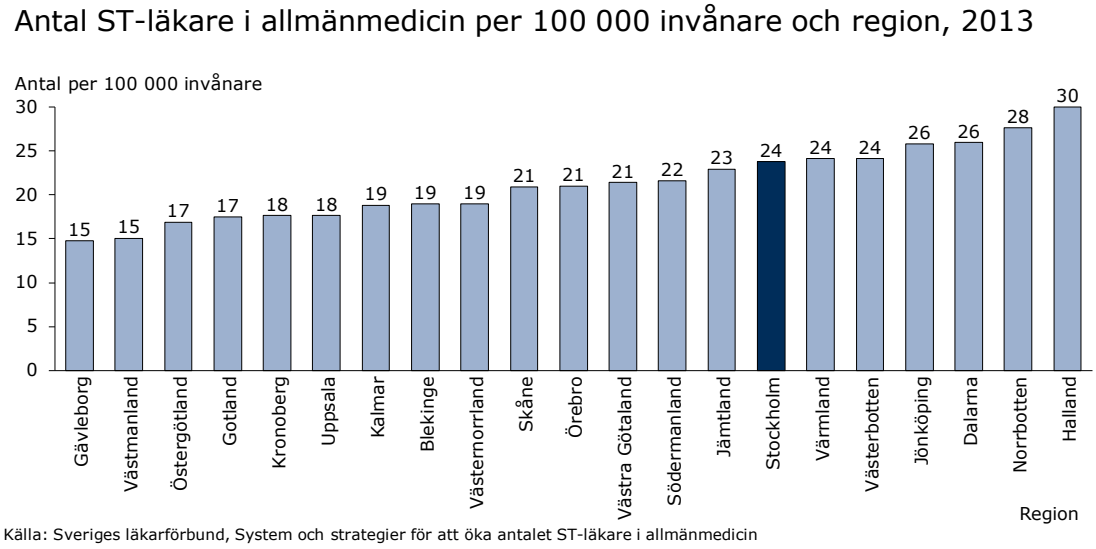
3.5.5 Antalet utbildningsplatser för distriktssköterskor och allmänläkare har ökat över tid

Tillgången på vårdpersonal beror bland annat på antalet utbildningsplatser och antalet examinerade. Figur 55 visar att antalet examinerade distriktssköterskor vid Karolinska Institutet, som är det enda lärosätet i Stockholms län med denna studieinriktning, ökade kraftigt under det tidiga 00-talet, men att det sedan varit konstant under det senaste decenniet. [126]



Figur 55. Antalet examinerade distriktssköterskor vid Karolinska Institutet, 2000/2001–2017/2018

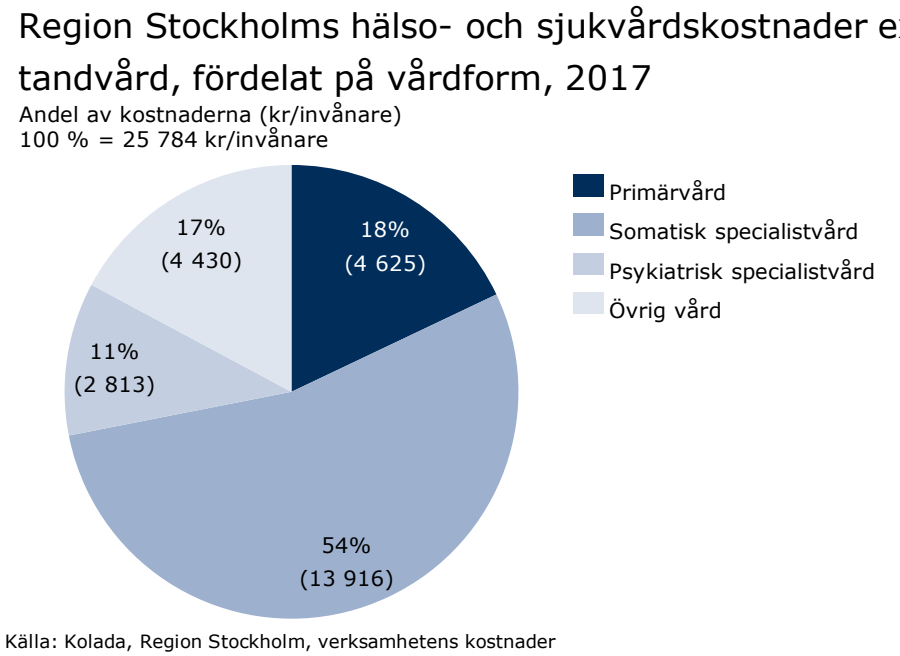
Även antalet ST-läkare i allmänmedicin har ökat under 2000-talet. Nationellt ökade antalet ST-läkare per 100 000 invånare från 19 år 2011 till 26 år 2017, men det finns stora skillnader mellan regionerna. Under 2013 varierade antalet ST-läkare per 100 000 invånare mellan 15 stycken i Gävleborg och 30 stycken i Halland. I Stockholms län fanns det 24 ST-läkare i allmänmedicin, se Figur 56. [127]



Figur 56. Antal ST-läkare i allmänmedicin per 100 000 invånare och region, 2013

3.6 Primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdsbudgeten är oförändrad över tid

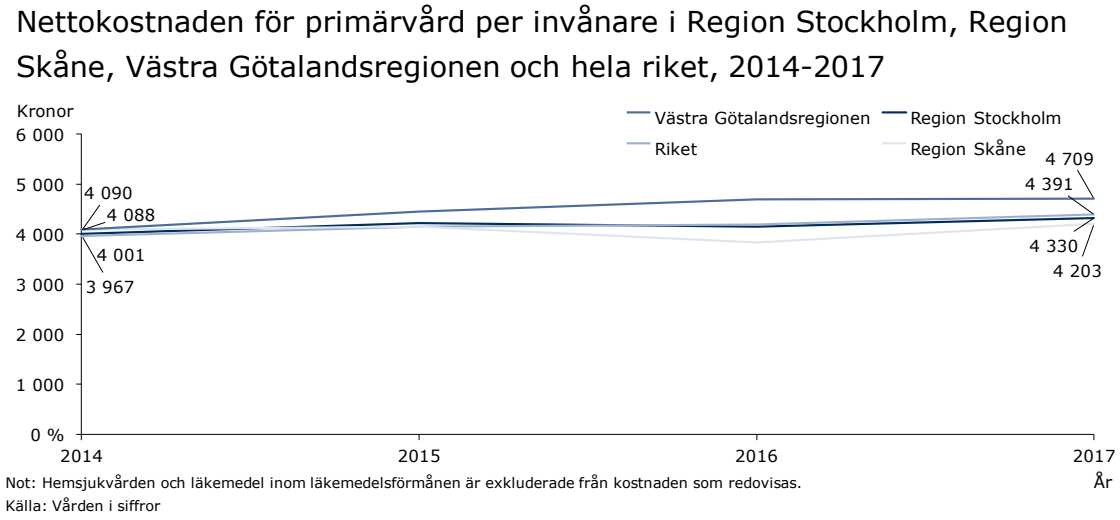
Dryga 80 procent av Region Stockholms helhetskostnader är hälso- och sjukvårdskostnader (82 procent år 2017). Av dessa hälso- och sjukvårdskostnader är 18 procent primärvårdskostnader (inklusive hemsjukvård), medan dryga hälften, 53 procent, går till specialiserad somatisk vård och 11 procent går till specialiserad psykiatrisk vård, se Figur 57. [128]



Figur 57. Region Stockholms hälso- och sjukvårdskostnader fördelat på vårdform, 2017

Andelen av Region Stockholms nettokostnader för hälso- och sjukvård som går till primärvården (inklusive hemsjukvård) har varit konstant runt 17–18 procent under de senaste åren (2015–2017) [128]. Inte heller under det senaste decenniet har andelen ökat med mer än 0,2 procentenheter (2006–2017), vilket är en mindre ökning än rikssnittet (0,4 procentenheter). [129] Under samma tidsperiod, 2006–2017, har andelen ändå varierat mellan 17–19 procent. [130]

För att kunna jämföra nettokostnaderna för primärvård per invånare med övriga regioner, redovisas kostnaden i Figur 58 exklusive hemsjukvård. i Stockholms län är nettokostnaden exklusive hemsjukvård (4 330 kr år 2017) ungefär samma som rikssnittet, som samma år var 4 391 kr. Däremot har de andra stora regionerna, Skåne och Västra Götaland, lägre respektive högre nettokostnader per invånare. Under de senaste åren har nettokostnaden per invånare ökat lite: År 2014 var kostnaden för primärvård ca 330 kr längre per invånare jämfört med år 2017.



Figur 58. Nettokostnad per invånare för primärvård exklusive hemsjukvård och läkemedel inom läkemedelsförmånen, Riket, Stockholm, Västra Götalandsregionen och Region Skåne, 2014–2017

Husläkarverksamheten, som är den största av primärvårdens verksamheter, står för majoriteten, ungefär 70 procent av primärvårdens[7] kostnader exklusive moms. Därefter är primärvårdsrehabilitering (10 procent), barnavårdscentralerna (6 procent) och barnmorskemottagningarna (5 procent) de största kostnadsposterna. [131]

Vårdcentralernas kostnader baserar sig på ersättningen per vårdcentral, som består av listningsersättning och besöksersättning. Den totala ersättningen per mottagning var under 2016 i snitt 19 624 400 kr och under 2017 20 402 500 kr. Per listad patient var ersättningen i snitt 2 010 kr respektive 2 082 kr. [29]

3.6.1 Ökade kostnader för läkemedel och medicintekniska produkter

Kostnaderna för läkemedel och medicintekniska produkter ökar kontinuerligt, även om primärvårdens andel av läkemedelskostnaderna minskat under de senaste åren. Kostnadsökningen beror delvis på den snabba utvecklingen av nya läkemedel och medicintekniska produkter, men även på de demografiska och vårdorganisatoriska förändringarna som gör att förskrivs fler läkemedel och antalet medicintekniska produkter ökar. Prognoserna inkluderar dock många osäkerheter och nya innovationer inom både läkemedel och medicintekniska produkter kan bidra till en kostnadseffektivitet i längden i form av exempelvis mindre kostnad per dos eller behandling.

[7] Primärvårdens kostnader inkluderar följande verksamheter: husläkarverksamhet, primärvårdsrehabilitering, barnavårdscentraler, barnmorskemottagningar, läkarinsatser i särskilda boenden för äldre, specialiserad fysioterapi, logopedi, fotsjukvård, primär hörselrehabilitering samt psykisk ohälsa hos barn och ungdomar (tilläggsuppdrag).

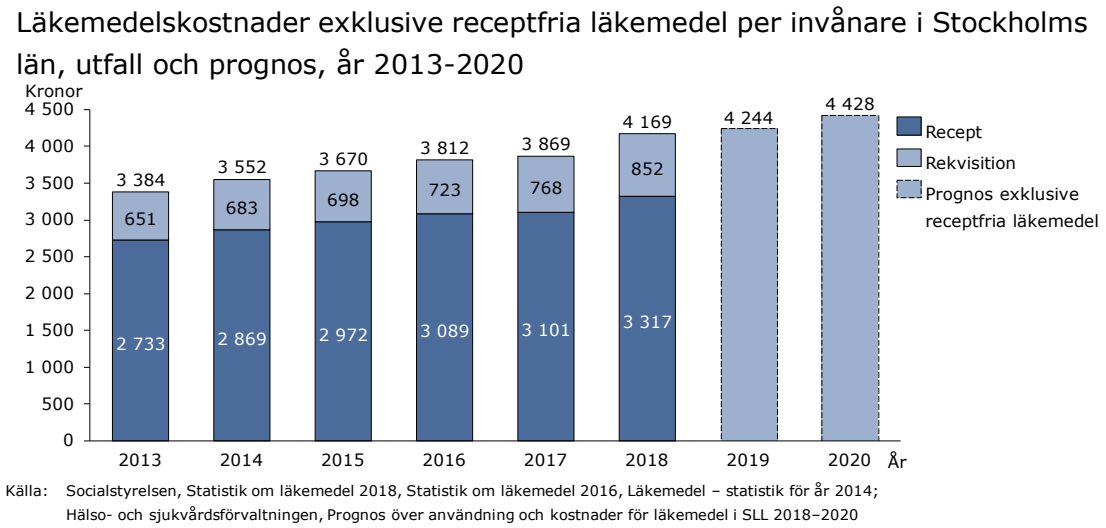
3.6.1.1 Läkemedelskostnaderna fortsätter öka, men primärvårdens andel minskar

Läkemedelsutvecklingen driver upp kostnaderna för regionerna, och Region Stockholm är inget undantag. Den delen av läkemedelskostnaden som regionen stod för 2018, rekvisition och förmånskostnad, utgjorde knappt 12 procent av regionens totala budget för hälso- och sjukvård 2018 [132]. Andelen har ökat med några procentenheter under de senaste åren, men sett över än längre tid har andelen varit ganska konstant [128]. Ökningen påverkas bland annat av demografiska och vårdorganisatoriska faktorer samt även av generella trender inom läkemedelsanvändningen och -kostnaden. Några av trenderna som ses i nuläget är att många nya läkemedel är biologiska, avsedda för en mycket specifik indikation eller av annan orsak dyra. [132]

Primärvårdens[8] läkemedelskostnader för receptläkemedel är ca 13–14 procent av de totala receptläkemedlens kostnader. Primärvårdens andel av receptläkemedelskostnader har minskat under de senaste åren (2013–2018) från cirka 16–17 procent till 13–14 procent. [133]

Under 2013–2018 ökade läkemedelskostnader i Region Stockholm med knappa 1 000 kronor per invånare. Figur 59 visar den förväntade utvecklingen av läkemedelskostnaderna, exklusive de receptfria läkemedlen. Ökningen förväntas fortsätta på samma sätt som tidigare utan större förändringar och under 2020 förväntas Region Stockholms läkemedelskostnader vara dryga 10,7 miljarder kronor, eller dryga 4 400 kr per invånare. [132] Om primärvårdens vårdansvar ökar förväntas en ökning av andelen läkemedelskostnader som ligger i primärvården.

[8] Primärvårdens läkemedelskostnader inkluderar läkemedelskostnaderna för följande verksamheter: barnavårdscentraler, barnmorskemottagningar, basal hemsjukvård vid husläkarverksamheter, husläkarjourer, husläkarverksamheter, läkarinsatser i särskilda boenden för äldre, mödravårdscentraler samt närakuter vid husläkarverksamheter.



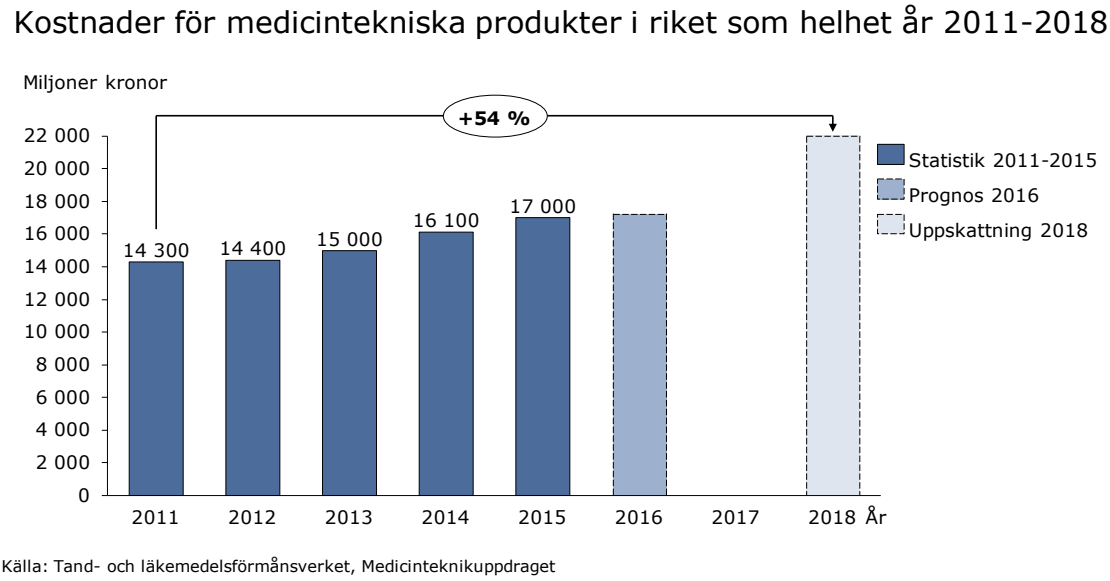
Figur 59. Läkemedelskostnader per invånare i Stockholms län, exklusive receptfria läkemedel, 2013–2020

Vissa delar av prognosen är mycket osäkra: andelen många, dyra läkemedel med snabb introduktion eller många nya indikationer som snabbt börjar användas kan leda till ökade kostnader, medan patentutgångar med följande generikaintroduktion kan sänka kostnaderna. År 2018 uppgick kostnaden för läkemedelsgrupper med osäker prognos till cirka en tredjedel av den totalt prognosticerade totalkostnaden. [129]

3.6.1.2 En snabb innovationstakt gör det svårt att prognosticera kostnaderna för medicintekniska produkter

Den höga innovationstakten på medicinteknikmarknaden tillsammans med befolkningsökningen gör att regionernas kostnader för medicintekniska produkter ökar. Nya och avancerade produkter har en tendens att vara dyra. Däremot kan en förändring i kostnadsstrukturen förväntas i framtiden då exempelvis patienter kan utföra mer egenkontroller. Teknologiska framsteg kan också leda till minskade styckkostnaderna för behandlingar. På dessa sätt kan innovativa medicintekniska produkter och metoder alltså möjliggöra en mer kostnadseffektiv användning av resurser genom att tillföra nya lösningar. Produkter som exempelvis bidrar till att patienten kan tillbringa kortare tid på sjukhus kan leda till besparingar vad gäller både ekonomiska resurser och vårdpersonalens tid. [131, 132]

Medicinteknik är ett mycket brett område med över 900 000 olika produkter som inkluderar allt från röntgenapparater och skalpeller till rollatorer och journalsystem [132]. De sammanlagda kostnaderna för medicintekniska produkter i riket som helhet under åren 2011–2016 beskrivs i Figur 60. [133] År 2018 skrev Tand- och läkemedelsförmånsverket i sin rapport att kostnaderna är ungefär 22 miljarder kronor per år [131].



Figur 60. Kostnader för medicintekniska produkter i Sverige 2011–2016

Hur primärvårdens kostnader för medicinska produkter ser ut i framtiden är oklart, men det kan tänkas att trenden liknar rikets uppåtgående trend. År 2015 var regionernas största kostnadsposter inom medicintekniska produkter följande: investeringar (17 procent), hjälpmedel (14 procent), kirurgi, IVA och anestesi (14 procent), förbrukning (12 procent) samt övrigt (24 procent) [133]. Av dessa kan tänkas att hjälpmedel och förbrukning åtminstone delvis ingår i primärvårdens kostnader.

Den medicintekniska marknadens innovationstakt är snabb jämfört med flera andra branscher. År 2012 var medicinteknik den bransch som registrerade flest patent i Europa [132]. Det är därför svårt att prognosticera kostnaderna för medicintekniska produkter i och med att det inom en snar framtid kommer att finnas så många nya produkter som inte finns i dagsläget. Det är även svårt att göra bra kostnadseffektivitetsanalyser av medicinteknik på grund av bland annat följande: utfallet av en behandlingsmetod kan bero på användarens skicklighet och förbättras över tid, en och samma produkt kan få fler användningsområden och även utvecklas under sin livstid, implementeringen påverkar organisation och arbetssätt samt att det är svårt att fastställa ett pris då liknande produkter tas fram kontinuerligt och bidrar till lägre priser [134].

3.6.2 Produktiviteten i primärvården minskar på riksnivå

Produktivitet avser förhållandet mellan resurserna och det som vården ”presterar”, exempelvis läkarbesök, operationer och behandlingar. Det ser bara till relationen mellan resurser och de insatser som vården ”presterar” utan att ta hänsyn till vilken kvalitet det resulterar i. Måttet är därför en del i att följa upp vårdens kostnadseffektivitet för vissa vårdinsatser, men måttet är samtidigt också relevant då det är kopplat till vårdens resultat, bland annat väntetidssituationen. [108]

För primärvårdens del ses på riksnivå en produktivitetsminskning om 7 procent, där kostnaden per viktat besök per invånare ökat (från knappa 1 700 till 1 800 kronor under åren 2014–2017). Kostnaden har främst drivits av att regionerna med lägst kostnader ökat sina kostnader. Skillnaderna mellan regionerna har minskat något under perioden. Stockholm, tillsammans med Halland och Skåne, har i snitt lägst kostnader per viktat besök under 2014–2017. [108] Redan tidigare, under 2006–2012 höjde Region Stockholm sin produktivitet mer än genomsnittet i landet när man beräknade produktiviteten med metoden Data Envelopment Analysis (DEA) där antalet vårdkontakter har relaterats till kostnaderna för primärvården i respektive landsting. Då antogs att produktivitetsökningen delvis var en effekt av vårdvalsreformen som gjorde 2008. Produktiviteten fortsatte däremot att öka efter 2008, och åtminstone fram till 2015, om än inte lika kraftigt som under de första åren efter vårdvalsreformen. [135]

Mottagningar med stor produktionsvolym verkar ha högre produktivitet. Det tyder på att det finns stordriftsfördelar inom primärvården. Å andra sidan samvarierar stor volym negativt med patientupplevd kvalitet, vilket tyder på att patienterna föredrar mindre mottagningar. [109]

Sverige hör till de länder som har flest läkare per capita, men produktiviteten hos svenska läkare är låg [5]. I jämförelse med andra länder framstår antalet besök per läkare som väsentligt lägre i Sverige: 700 besök jämfört med 1 000–1 250 i Norge, Danmark och Storbritannien. Siffrorna avser hela den öppna vården; mönstren är dock sannolikt likartade om man ser till endast primärvården. Vad gäller den svenska statistiken är primärvårdens andel av läkarbesök ungefär hälften av alla läkarbesök i öppenvård. [136]

Dock räcker vanliga produktivitetsmått, såsom antal besök, inte för att utvärdera om fördelade resurser används till rätt saker och på rätt sätt. Det beror på att det inte tar hänsyn till insatsernas medicinska resultat, vårdbesökens innehåll och hur långa de är, besökens fördelning mellan olika grupper i befolkningen samt andra insatser vid sidan av besök. [109]

Referenser

[1] Socialdepartementet, ”God och nära vård – en primärvårdsreform (SOU 2018:39),” Statens offentliga handlingar, Stockholm, 2018.

[2] Stockholms läns landsting, ”Yttrande över Delbetänkande God och nära vård – en primärvårdsreform (SOU 2018:39),” Stockholm, 2018.

[3] Socialdepartementet, ”Samordnad utredning för god och nära vård,” Statens offentliga utredningar, [Online]. Available: http://www.sou.gov.se/godochnaravard/. [Använd 8 maj 2019].

[4] Sveriges Kommuner och Landsting, ”Omställning till en nära vård,” 11 april 2019. [Online]. Available: https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardnaravard.6250.html. [Använd 8 maj 2019].

[5] Socialdepartementet, ”Effektiv vård (SOU 2016:2),” Stockholm, 2016.

[6] ”För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt (SOU 2018:90),” Statens offentliga utredningar, Stockholm, 2018.

[7] ”Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv – Kartläggning av socioekonomiska skillnader i vårdutnyttjande och utgångspunkter för bättre styrning (SOU 2018:55),” Statens offentliga utredningar, Stockholm, 2018.

[8] Socialdepartementet, ”Kommittédirektiv Dir. 2018:95: Genomförandet av ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård,” Stockholm, 2018.

[9] Tillitsdelegationen, ”Med tillit växer handlingsutrymmet (SOU 2018:47),” Stockholm, 2018.

[10] ”Utkast till sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna,” Stockholm, 2019.

[11] Vårdgivarguiden, ”Ny vårdgaranti i primärvård gäller all legitimerad personal,” Vårdgivarguiden, 4 december 2018. [Online]. Available: https://www.vardgivarguiden.se/nyheter/2018/december/ny-vardgaranti/. [Använd 10 april 2019].

[12] M. Antonsson, ”Primärvårdsutveckling – Benchmark,” Stockholm, 2019.

[13] Västra Götalandsregionen, ”Vårdskiftet – Nära vård,” 10 april 2019. [Online]. Available: https://www.vgregion.se/halsa-och-vard/vardgivarwebben/vardskiftet/vi-staller-om-sjukvarden/nara-vard/. [Använd 16 maj 2019].

[14] Västra Götalandsregionen, ”Nära vård – presentation från utbildning,” 2019.

[15] Region Uppsala, ”Effektiv och nära vård 2030,” 2018.

[16] Region Uppsala, ”Effektiv och nära vård 2030,” 23 april 2019. [Online]. Available: https://www.regionuppsala.se/effektivochnaravard2030. [Använd 8 maj 2019].

[17] ”SFS 2017:30, Hälso- och sjukvårdslag,” Socialdepartementet, Stockholm.

[18] Socialstyrelsen, ”Primärvårdens uppdrag – en kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade,” Stockholm, 2016.

[19] Vårdanalys, ”Primärvården i belysning,” Stockholm, 2017.

[20] Vårdgivarguiden, ”Aktuella vårdavtalsområden,” [Online]. Available: https://www.vardgivarguiden.se/AvtalUppdrag/vardavtal/aktuella-vardavtalsomraden/. [Använd 10 april 2019].

[21] Vårdgivarguiden, ”LOL-läkare och LOF-fysioterapeuter,” [Online]. Available: https://www.vardgivarguiden.se/avtaluppdrag/vardavtal/lagreglerade/. [Använd 30 april 2019].

[22] B. Wettermark och M. Hellström, ”Rapport om vårdval 10 år,” Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholm, 2017.

[23] Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, ”Förfrågningsunderlag enligt LOV vårdval – Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård,” 2019. [Online]. Available: https://www.vardgivarguiden.se/globalassets/avtal-uppdrag/vardval-stockholm/huslakarverksamhet-med-basal-hemsjukvard/ffu-2019-hlm.pdf. [Använd 10 april 2019].

[24] Vårdgivarguiden, ”Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård,” 27 februari 2019. [Online]. Available: https://www.vardgivarguiden.se/avtaluppdrag/vardavtal/lov-vardval-stockholm/huslakarverksamhet/huslakaruppdraget-och-tillaggsavtal/. [Använd 10 april 2019].

[25] Vårdgivarguiden, ”Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård – Norrtälje,” 31 januari 2019. [Online]. Available: https://www.vardgivarguiden.se/avtaluppdrag/vardavtal/lov-vardval-norrtalje/huslakarverksamhet-vardvalnorrtalje/. [Använd 30 april 2019].

[26] Sveriges Kommuner och Landsting, ”ACG, Adjusted Clinical Groups, nätverk,” 3 oktober 2018. [Online]. Available: https://skl.se/demokratiledningstyrning/driftformervalfrihet/valfrihetssystemochersattningsmodeller/halsoochsjukvard/ersattningssystem/acgnatverk.11263.html. [Använd 23 maj 2019].

[27] Statistiska centralbyrån, ”Care Need Index (CNI) – produktblad,” Stockholm.

[28] Statistiska centralbyrån, ”Statistikdatabasen,” 2019.

[29] T. Forslund, F. Ros och B. Wettermark, ”Tillgänglighet i primärvården – Till vem, för vad och på vilket sätt?,” Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, 2018.

[30] ListOn, ”Listningsstatistik,” 2019.

[31] Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Utvecklingsavdelningen, ”HLM årsrapport”.

[32] Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, ”Barnavårdscentral, BVC – förfrågningsunderlag 2019,” 2019.

[33] Vårdgivarguiden, ”Nytt förfrågningsunderlag för BVC,” 2018.

[34] Vårdgivarguiden, ”Barnavårdscentral, BVC (exkl. Norrtälje),” 4 mars 2019. [Online]. Available:

https://www.vardgivarguiden.se/avtaluppdrag/vardavtal/lov-vardval-stockholm/barnavardscentral/. [Använd 30 april 2019].

[35] Vårdgivarguiden, ”Barnavårdscentral, vårdval Norrtälje,” 1 oktober 2018. [Online]. Available: https://www.vardgivarguiden.se/avtaluppdrag/vardavtal/lov-vardval-norrtalje/barnavardscentral/. [Använd 30 april 2019].

[36] Socialstyrelsen, ”Familjecentraler – Kartläggning och kunskapsöversikt,” 2008.

[37] Stockholms läns landsting, ”Motion 2017:45 Av Jens Sjöström (S) och Petra Larsson (S) om öppna familjecentraler,” 2017.

[38] Vårdgivarguiden, ”Barnmorskemottagning/ Mödravårdscentral,” 15 januari 2019. [Online]. Available: https://www.vardgivarguiden.se/avtaluppdrag/vardavtal/lov-vardval-stockholm/modravardscentral-barnmorskemottagning/. [Använd 30 april 2019].

[39] Vårdgivarguiden, ”Barnmorskemottagning – godkända vårdgivare i SLL (exkl. Norrtälje),” [Online]. Available: https://www.vardgivarguiden.se/globalassets/avtal-uppdrag/vardval-stockholm/barnmorskemottagning-modravardscentral/godkanda-vardgivare-barnmorskemottagningar2.pdf. [Använd 10 april 2019].

[40] Vårdgivarguiden, ”Barnmorskemottagning vårdval Norrtälje – godkända vårdgivare,” [Online]. Available: https://www.vardgivarguiden.se/globalassets/avtal-uppdrag/vardval-norrtalje/bmm---mvc/godk-vardg-mvc-norrtalje.pdf. [Använd 10 april 2019].

[41] Vårdgivarguiden, ”Fotsjukvård – Norrtälje,” 25 mars 2019. [Online]. Available: https://www.vardgivarguiden.se/avtaluppdrag/vardavtal/lov-vardval-norrtalje/fotsjukvard/. [Använd 11 april 2019].

[42] Vårdgivarguiden, ”Fotsjukvård (exkl. Norrtälje),” 1 oktober 2018. [Online]. Available: https://www.vardgivarguiden.se/avtaluppdrag/vardavtal/lov-vardval-stockholm/fotsjukvard/. [Använd 30 april 2019].

[43] Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, ”Förfrågningsunderlag enligt LOV – Logopedi – del 2,” 2018.

[44] Vårdgivarguiden, ”Logopedi – Norrtälje,” 3 december 2018. [Online]. Available: https://www.vardgivarguiden.se/avtaluppdrag/vardavtal/lov-vardval-norrtalje/logopedverksamhet/. [Använd 30 april 2019].

[45] Vårdgivarguiden, ”Logopedi (exkl. Norrtälje),” 3 oktober 2018. [Online]. Available: https://www.vardgivarguiden.se/avtaluppdrag/vardavtal/lov-vardval-stockholm/logopedverksamhet/. [Använd 30 april 2019].

[46] Vårdgivarguiden, ”Läkarinsatser i särskilda boenden för äldre,” 1 april 2019. [Online]. Available: https://www.vardgivarguiden.se/avtaluppdrag/vardavtal/lov-vardval-stockholm/lakarinsatser-i-sarskilda-boenden-for-aldre/. [Använd 30 april 2019].

[47] Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, ”Förfrågningsunderlag enligt LOV – Primär hörselrehabilitering,” 2018.

[48] Vårdgivarguiden, ”Primär hörselrehabilitering,” 15 januari 2019. [Online]. Available: https://www.vardgivarguiden.se/avtaluppdrag/vardavtal/lov-vardval-stockholm/primar-horselrehabilitering/. [Använd 30 april 2019].

[49] Vårdgivarguiden, ”Primärvårdsrehabilitering Norrtälje,” 5 april 2019. [Online]. Available: https://www.vardgivarguiden.se/avtaluppdrag/vardavtal/lov-vardval-norrtalje/primarvardsrehabilitering-norrtalje/. [Använd 10 april 2019].

[50] Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, ”Primärvårdsrehabilitering – förfrågningsunderlag del 2,” [Online]. Available: https://www.vardgivarguiden.se/globalassets/avtal-uppdrag/vardval-norrtalje/primarvardsrehabilitering/ffu-primarvardsrehab-del2.pdf. [Använd 10 april 2019].

[51] Vårdgivarguiden, ”Primärvårdsrehabilitering – Stockholm,” 19 mars 2019. [Online]. Available: https://www.vardgivarguiden.se/avtaluppdrag/vardavtal/lov-vardval-stockholm/primarvardsrehabilitering/. [Använd 10 april 2019].

[52] Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, ”Förfrågningsunderlag enligt LOV – Specialiserad fysioterapi,” 2019.

[53] Vårdgivarguiden, ”Specialiserad fysioterapi – Norrtälje,” 5 april 2019. [Online]. Available: https://www.vardgivarguiden.se/avtaluppdrag/vardavtal/lov-vardval-norrtalje/specialiserad-fysioterapi/. [Använd 11 april 2019].

[54] Vårdgivarguiden, ”Specialiserad fysioterapi, exklusive Norrtälje,” 2019.

[55] Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, ”Närakut – specifik uppdragsbeskrivning,” Stockholm, 2019.

[56] Vårdgivarguiden, ”Ny struktur för akut vård,” [Online]. Available: https://www.sll.se/verksamhet/halsa-och-vard/Akut-vard-narmare-patienten/. [Använd 16 maj 2019].

[57] Vårdgivarguiden, ”Närakuter och husläkarjourer,” 20 februari 2019. [Online]. Available: https://www.vardgivarguiden.se/patientadministration/patientnara-rutiner/narakuter/. [Använd 30 april 2019].

[58] Region Stockholm, ”Rapportering, statistik och uppföljning av vård – vårdplatsstatistik,” [Online]. [Använd 7 maj 2019].

[59] Vårdgivarguiden, ”Basal hemsjukvård kvällar och nätter,” 24 januari 2019. [Online]. Available: https://www.vardgivarguiden.se/avtaluppdrag/vardavtal/lov-vardval-stockholm/huslakarverksamhet/huslakaruppdraget-och-tillaggsavtal/basal-hemsjukvard-kvallar-och-natter/. [Använd 30 aoril 2019].

[60] Vårdgivarguiden, ”Ungdomsmottagning,” 16 april 2019. [Online]. Available: https://www.vardgivarguiden.se/avtaluppdrag/vardavtal/lou-direktavtal/ungdomsmottagningar/. [Använd 30 april 2019].

[61] Vårdgivarguiden, ”Samverkan kommuner och region,” 11 januari 2019. [Online]. Available: https://www.vardgivarguiden.se/sv/AvtalUppdrag/Samverkan/. [Använd 6 maj 2019].

[62] Storsthlm och Region Stockholm, ”Förutsättningar för ett "hälso- och sjukvårdsavtal" i Stockholms län 2019 och framåt,” Stockholm, 2018.

[63] Storsthlm, ”Förstudie om hälso- och sjukvårdsavtal ska förbättra samverkan i länet,” 21 februari 2019. [Online]. Available: http://www.storsthlm.se/social-valfard-och-halsa/nyheter/2019/2019-02-21-forstudie-om-halso--och-sjukvardsavtal-ska-forbattra-samverkan-i-lanet.html. [Använd 6 maj 2019].

[64] Sveriges landsting och regioner i samverkan, ”Nationell Patientenkät,” [Online]. Available: https://patientenkat.se/sv/. [Använd 26 april 2019].

[65] Sveriges Kommuner och Landsting, ”Hälso- och sjukvårdsbarometern,” 28 februari 2019. [Online]. Available: https://skl.se/halsasjukvard/patientinflytande/halsoochsjukvardsbarometern.758.html. [Använd 26 april 2019].

[66] Sveriges Kommuner och Landsting, ”Hälso- och sjukvårdsbarometern 2018,” 2018.

[67] Sveriges Kommuner och Landsting, ”PrimärvårdsKvalitet – ett stöd för kvalitetsarbete i primärvården,” 4 februari 2019. [Online]. Available: https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardnaravard/primarvardskvalitetuppfoljning.5977.html. [Använd 26 april 2019].

[68] Sveriges Kommuner och Landsting, ”Vanliga frågor och svar om PrimärvårdsKvalitet,” 8 maj 2017. [Online]. Available: https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardnaravard/primarvardskvalitetuppfoljning/fragorochsvarprimarvardskvalitet.12252.html#5.2fca84a615bc4030408b03db. [Använd 20 maj 2019].

[69] Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, ”Ramverk för uppföljning av hälso- och sjukvård,” Stockholm, 2019.

[70] Vårdgivarguiden, ”Uppföljning av husläkarverksamhet med basal hemsjukvård,” 2019.

[71] Vårdgivarguiden, ”Patientenkäter,” 21 mars 2017. [Online]. Available: https://www.vardgivarguiden.se/avtaluppdrag/it-stod-och-e-tjanster/e-tjanster-och-system-a-o/ekonomi-och-uppfoljning/patientenkat/. [Använd 21 maj 2019].

[72] Stockholms läns landsting, ”Uppföljningsportal – Läkemedelsuppföljning,” Stockholm.

[73] Region Stockholm, ”Region Stockholms arbete med folkhälsa,” [Online]. Available: https://www.sll.se/verksamhet/halsa-och-vard/en-god-och-jamlik-halsa/. [Använd 20 maj 2019].

[74] Regionalt Cancercentrum Stockholm Gotland, ”Standardiserade vårdförlopp (SVF),” 4 april 2019. [Online]. Available: https://www.cancercentrum.se/stockholm-gotland/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/vardforlopp/regional-information/. [Använd 20 maj 2019].

[75] Sveriges Kommuner och Landsting, ”Utvecklingen av socialtjänstens kunskapsstyrning,” Stockholm, 2017.

[76] Akademiskt primärvårdscentrum, ”En starkare primärvård!,” [Online]. Available: http://www.cefam.se/om. [Använd 22 maj 2019].

[77] Centrum för psykiatriforskning, ”Om Centrum för psykiatriforskning,” [Online]. Available: https://www.psykiatriforskning.se/om-cpf/. [Använd 22 maj 2019].

[78] A. Malm och L. Mildh, ”Befolkningsprognoser Stockholms län 2017–2026/2050,” 2017. [Online]. Available: http://www.rufs.se/globalassets/c.-event/2017/171109-demografiska-prognoser/lansprognos_2017-2026_50.pdf. [Använd 16 april 2019].

[79] Stockholms läns landsting, Tillväxt- och regionplaneförvaltningen och Statistiska centralbyrån, ”Stockholms läns prognos – Huvudrapport,” Stockholm, 2018.

[80] Sveriges Kommuner och Landsting, ”Vårdbarometern – befolkningsundersökning 2014,” 2015.

[81] S. Bäärnhielm och A.-C. Hollander, ”Kunskap om kulturella aspekter av hälsa är nyckel till jämlik vård,” *Läkartidningen,* vol. 112:DH37, nr 34-35, 2015.

[82] Socialstyrelsen, ”Ojämna villkor för hälsa och vård – Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården,” Stockholm, 2011.

[83] Socialstyrelsen, ”Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter Ett kunskapsunderlag för primärvården,” Socialstyrelsen, Stockholm, 2015.

[84] Socialstyrelsen, ”Hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända,” 2016.

[85] Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, ”Folkhälsokollen,” Region Stockholm, [Online]. Available: http://folkhalsokollen.se/. [Använd 7 maj 2019].

[86] Migrationsverket, ”Inkomna ansökningar om asyl 2018,” Migrationsverket, 2019.

[87] World Health Organization, ”Basic Documents, Supplement 2006 – Constitution of the World Health Organization,” 2006.

[88] Psykologiguiden, ”Psykologilexikon – hälsodeterminant,” [Online]. Available: https://www.psykologiguiden.se/psykologilexikon/?Lookup=H%C3%A4lsodetermimant. [Använd 17 maj 2019].

[89] H. Frielingsdorf, ”Global Hälsa – utbildningsmaterial IMP,” 2017.

[90] Folkhälsomyndigheten, ”Folkhälsodata – Nationella folkhälsoenkäten – Fysisk hälsa,” 2018. [Online]. Available: http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/B_HLV/B_HLV__bFyshals__bbaFyshalsallman/?rxid=b74d8053-7b13-4cfa-8716-aa2a5c66f44c. [Använd 16 april 2019].

[91] Folkhälsomyndigheten, ”Folkhälsodata – Nationella folkhälsoenkäten – Psykisk hälsa,” 2018.

[92] Socialstyrelsen, ”Statistikdatabasen – diagnoser i sluten vård & specialiserad öppenvård,” [Online]. Available:

https://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas. [Använd 17 maj 2019].

[93] Folkhälsomyndigheten, ”Sämre hälsa hos personer med funktionsnedsättning,” 16 mars 2015. [Online]. Available: https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2015/mars/samre-halsa-hos-personer-med-funktionsnedsattning/. [Använd 21 maj 2019].

[94] Folkhälsomyndigheten, ”Folkhälsodata – Nationella folkhälsoenkäten – Levnadsvanor,” Stockholm, 2018.

[95] Vårdanalys, ”En primär angelägenhet,” Stockholm, 2017.

[96] B. Wettermark och T. Forslund, ”Primärvårdens roll i sjukvårdssystemet,” Stockholm, 2019.

[97] Vårdanalys, ”Första linjens vård,” Stockholm, 2017.

[98] J. Wångdahl, L. Mårtensson och R. Westerling, ”Health literacy and refugees' experiences of the health examination for asylum seekers: a Swedish cross-sectional study,” *BMC Public Health,* vol. 15:1162 , 2015.

[99] N. Åsbring, H. Dal, M. Ohrling och C. Dalman, ”Var femte som besökte vårdcentral fick hjälp mot psykisk ohälsa,” *Läkartidningen,* 2014.

[100] SLSO, ”Appen Alltid öppet,” [Online]. Available: https://www.slso.sll.se/vard-hos-oss/vardcentralerhuslakarmottagningar/appen-alltid-oppet/. [Använd 26 april 2019].

[101] Socialstyrelsen, ”Digitala vårdtjänster riktade till patienter – Kartläggning och uppföljning,” Stockholm, 2018.

[102] J. Cederberg, ”Nätläkarnotan har ökat kraftigt,” *Läkartidningen,* 22 januari 2019.

[103] Vårdanalys, ”Förnuft och känsla,” Stockholm, 2018.

[104] Sveriges Kommuner och Landsting, ”Nationellt forskningsprogram om sjukvårdens förändringar – En antologi,” 2006.

[105] Vårdanalys, ”Låt den rätte komma in – Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden?,” Stockholm, 2014.

[106] Sveriges Kommuner och Landsting, ”Vården i Siffror,” 2018.

[107] Socialstyrelsen, ”Hälso- och sjukvårdsrapport 2009,” Socialstyrelsen, Stockholm, 2009.

[108] Sveriges Kommuner och Landsting, ”Invånarnas inställning till digital service i välfärden 2018,” 22 februari 2019. [Online]. Available: https://skl.se/naringslivarbetedigitalisering/digitalisering/nationellsamverkanstyrning/rapporter/invanarnasinstallningochforvantningar.16155.html#5.534c2dac1635cf82e32cc110. [Använd 29 april 2019].

[109] ”Nationella patientenkäten – Primärvård 2018,” 2018.

[110] Vårdanalys, ”Med örat mot marken – Förslag på nationell uppföljning av hälso- och sjukvården,” 2019.

[111] A. Häger Glenngård, ”Primärvården efter vårdvalsreformen: valfrihet, kvalitet och produktivitet,” SNS förlag, Stockholm, 2015.
[112] S. Riggare, *Kunskapsöverföring i traditionell vård och digital hälsa – PowerPoint-bild,* 2017.
[113] Vårdanalys, ”Från mottagare till medskapare,” Stockholm, 2018.
[114] S. Riggare, A. Krohwinkel och H. Conning, ”Spetspatienter – En ny resurs för hälsa,” Stockholm, 2018.
[115] ”Dagens Patient,” *Dagens Patient,* 2018.
[116] SBU, ”Patientens delaktighet i hälso- och sjukvården,” 2017.
[117] Kolada, ”Statistik – Personalstatistik,” 2018.
[118] Socialstyrelsen, ”Statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal 2017,” 2017.
[119] Socialstyrelsen, ”Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård,” Socialstyrelsen, Stockholm, 2019.
[120] Statistiska centralbyrån, ”Arbetskraftsbarometern 2018 – Vilka utbildningar ger jobb?,” Stockholm, 2018.
[121] Vårdanalys, ”Allmän tillgång?,” Vårdanalys, Stockholm, 2018.
[122] OECD, ”Statistics – Health Care Resources,” 2016.
[123] Sveriges Kommuner och Landsting, ”Hälso- och sjukvårdsrapporten 2018 – öppna jämförelser,” 2018.
[124] Sveriges Kommuner och Landsting, ”Bemanningstrend för inhyrd personal i hälso- och sjukvården,” 26 februari 2019. [Online]. Available: https://skl.se/arbetsgivarekollektivavtal/personalochkompetensforsorjning/halsoochsjukvard/bemanningstrendinhyrdpersonal.11422.html. [Använd 22 maj 2019].
[125] Universitetskanslersämbetet, ”Statistikdatabas: Högskolan i Siffror,” [Online]. Available: https://www.uka.se/statistik--analys/statistikdatabas-hogskolan-i-siffror.html. [Använd 8 maj 2019].
[126] Sveriges läkarförbund, ”System och strategier för att öka antalet ST-läkare i allmänmedicin,” 2014.
[127] Kolada, ”Statistik – Kostnader,” 2018.
[128] H. Perkiö, ”Nu eller aldrig för primärvården?,” *Dagens Samhälle,* pp. 14-15, 9 maj 2019.
[129] Sveriges Kommuner och Landsting, ”Ekonomi- och verksamhetsstatistik för landsting och regioner,” 13 maj 2019. [Online]. Available: https://skl.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/ekonomiochverksamhetsstatistik/landstingekonomiochverksamhet.1342.html. [Använd 16 maj 2019].
[130] J. Jemt, *Kostnader för vårdvalet 2014–2018 – emailkonversation,* 2019.
[131] Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, ”Prognos över användning och kostnader för läkemedel i SLL 2018–2020,” Stockholm, 2018.
[132] L. Linnér, *Statistik från Region Stockholm, läkemedelskostnader – emailkonversation,* 2019.

[133] Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, ”Delrapport medicinteknik 2018–2019,” Stockholm, 2018.

[134] Swedish Medtech, ”Om branschen,” [Online]. Available: https://www.swedishmedtech.se/sidor/om-branschen.aspx. [Använd 17 maj 2019].

[135] M. Blixt, S. Hiort, N. Caroline, A. Petersson, B. Södergård och C. Tollin, ”Hälsoekonomiska bedömningar av medicintekniska produkter – slutrapport av medicinteknikuppdraget 2016,” Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Stockholm, 2016.

[136] SBU, TLV, SKL, LfU, Socialstyrelsen, Linköpingsuniversitet, Läkemedelsverket, Swedish Medtech och Vinnova, ”Medicinteknik för framtiden – beslutsunderlag för införandet av medicinteknik,” 2017.

[137] C. Dahlgren, H. Brorsson, S. Sveréus, F. Goude och C. Rehnberg, ”Fem år med husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm,” Karolinska Institutet, Stockholm, 2013.

[138] Vårdanalys, ”Primärvården i Europa,” Stockholm, 2017.

[139] Vårdgivarguiden, ”Ersättning för husläkarverksamhet,” [Online]. Available: https://www.vardgivarguiden.se/AvtalUppdrag/vardavtal/lov-vardval-stockholm/huslakarverksamhet/Ersattning/. [Använd 26 april 2019].

[140] United Nations Development Programme (UNDP), ”Mål 3: Hälsa och välbefinnande,” [Online]. Available: https://www.globalamalen.se/om-globala-malen/mal-3-halsa-och-valbefinnande/. [Använd 10 maj 2019].

[141] Region Stockholm, ”Första utvärderingen av ny ersättningsmodell för husläkarna,” 20 juni 2017. [Online]. Available: https://www.sll.se/verksamhet/halsa-och-vard/nyheter-halsa-och-vard/2017/06/Forsta-utvarderingen-av-ny-ersattningsmodell-for-huslakarna/. [Använd 16 maj 2019].

[142] Folkhälsomyndigheten, ”Nedsatt psykiskt välbefinnande,” 14 mars 2019. [Online]. Available: https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/halsa/psykisk-ohalsa/nedsatt-psykiskt-valbefinnande/. [Använd 17 maj 2019].

[143] Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, ”Information om målrelaterad ersättning 2019 – Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård,” Stockholm, 2019.

[144] N. D. Berkman, T. C. Davis och L. McCormack, ”Health Literacy: What Is It?,” *Journal of Health communication,* vol. 15, nr Suppl 2, pp. 9-19, 2010.

Lista över figurer

Figur 1. Målbild och färdplan för omställningen, Samordnad utveckling för god och nära vård – En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53) 6

Figur 2. Antal och andel vårdcentraler med tilläggsuppdrag i Region Stockholm, 2019 18

Figur 3. Antalet vårdcentraler per kommun i Stockholms län, 2019 19

Figur 4. Antal och andel vårdcentraler i Region Stockholm fördelat på aktör, 2019 19

Figur 5. Antal vårdcentraler i Stockholms län fördelat på antal listade patienter, april 2019 20

Figur 6. Antalet omlistningar som gjordes i Stockholms län under 2018 21

Figur 7. Antal vårdcentraler fördelat på relativt CNI per vårdcentral, Stockholms län, april 2019 21

Figur 8. Antal vårdcentraler fördelat på ACG, Stockholms län, mars 2019 22

Figur 9. Antalet barnmorskemottagningar per kommun i Stockholms län, 2019 23

Figur 10. Närakuternas placering i länet, 2019 27

Figur 11. Befolkningen i Stockholms län 1990–2018 samt befolkningsprognosen 2018–2050 36

Figur 12. Befolkningsutvecklingen och -prognosen i Stockholms län per åldersgrupp, 1990–2050 36

Figur 13. Befolkningen i Stockholms län och hela riket fördelat på kön och åldersgrupp, 2017 och 2050 37

Figur 14. Antalet personer som flyttade in eller ut ur Stockholms län under 2008–2018 samt prognos 2019–2025 38

Figur 15. Andelen hushåll per hushållsstorlek i riket, Stockholms län, Solna stad och Ekerö kommun 39

Figur 16. Andelen av Stockholms läns och hela rikets invånare som är utrikesfödda, 2000–2018 40

Figur 17. Andelen av befolkningen i Stockholms län som är född utanför Norden, per kommun, 2017 40

Figur 18. Den självrapporterade allmänna hälsan hos invånare i Stockholms län och riket som helhet 2015–2018 42

Figur 19. Andelen av Stockholms län och rikets befolkning som rapporterar ett nedsatt psykiskt välbefinnande, 2005–2018 43

Figur 20. Andelen av Stockholms län och rikets befolkning som rapporterar en funktionsnedsättning, 2005–2018 44

Figur 21. Andelen av Stockholms län och rikets befolkning som rapporterar övervikt eller fetma, 2005–2018 45

Figur 22. Andelen dagligrökare i Stockholms län fördelat på kommuner och stadsdelar, 2014 45

Figur 23. Andelen av befolkningen i Stockholms län som rapporterar riskkonsumtion av alkohol fördelat på kommuner och stadsdelar, 2014 46

Figur 24. Andelen av befolkningen i Stockholms län och riket som helhet som rapporterar att de har högt blodtryck, 2005–2018 47

Figur 25. Andelen av befolkningen i Stockholms län och riket som helhet som rapporterar att de har diabetes, 2005–2018 47

Figur 26. Andelen av befolkningen i Stockholms län och riket som helhet som rapporterar att de har ängslan, oro eller ångest, 2005–2018 48

Figur 27. Andelen av befolkningen per åldersgrupp med en eller fler kroniska sjukdomar, 2017 49

Figur 28. Antalet besök i hälso- och sjukvården per 1 000 invånare och år, Stockholms län, 2015–2018 50

Figur 29. Andel av befolkningen i Stockholms län som haft minst en vårdkontakt, fördelat på vårdform, 2012 50

Figur 30. Antal individer i Stockholms län som besökt en läkare inom husläkaruppdraget 0, 1, 2–4, 5–9 respektive ≥10 gånger under ett år, 2011–2017 51

Figur 31. Antal totalbesök (all personal) i primärvården per invånare i Stockholms län, 2018 51

Figur 32. Andelen av Stockholms läns invånare som besökt läkare inom husläkaruppdraget under ett år, per åldersgrupp, 2011–2017 52

Figur 33. Genomsnittliga antalet fysiska besök inom husläkaruppdraget (all personal) under ett år per invånare i Stockholms län, fördelat per socioekonomisk grupp (CNI), 2011–2017 53

Figur 34. Andel av befolkningen med minst en kontakt med primärvården (oavsett personalkategori), per socioekonomi och födelseland 54

Figur 35. De vanligaste diagnoserna i primärvården i Stockholms län 2017 55

Figur 36. Antalet digitala vårdbesök av invånare i Stockholms län i Region Jönköpings län och Region Sörmland, 2016–2018 56

Figur 37. Digitala läkarbesök per diagnosgrupp, patienter boende i Stockholms län, 2017 57

Figur 38. Andel invånare med ett stort eller mycket stort förtroende för vårdcentraler, 2014–2018 59

Figur 39. Förtroendet för vårdcentraler i respektive region och riket som helhet, 2018 60

Figur 40. Vanligaste åtgärderna som skulle öka förtroendet för vårdcentraler i riket som helhet, 2018 61

Figur 41. Andel patienter med en positiv upplevelse av kontinuitet och samordning vid ett primärvårdsbesök, 2015–2018 62

Figur 42. Andel läkarbesök som skett inom femdagars vårdgarantin i primärvården i Stockholms län, 2015–2017 63

Figur 43. Antal invånare per vårdcentral per kommun i Stockholms län, 2018/2019 65

Figur 44. Antalet kvinnor i födande ålder per barnmorskemottagning i Stockholms län 2018/2019 66

Figur 45. Kunskapsöverföring i traditionell vård och digital hälsa (Presentation av Sara Riggare) 67

Figur 46. Andel av Stockholms läns befolkning per högsta utbildningsnivå under åren 1990–2017 68

Figur 47. Antal specialistläkare i allmänmedicin sysselsatta inom öppen hälso- och sjukvård, 2016 70

Figur 48. Antal läkare i ListOn per vårdcentral i Stockholms län, 2017 71

Figur 49. Antalet sjuksköterskor per 1 000 invånare i Stockholms län och riket i helhet, 2014–2017 72

Figur 50. Antalet läkare per 1 000 invånare i Stockholms län och riket i helhet, 2014–2017 72

Figur 51. Antalet psykologer och psykoterapeuter per 1 000 invånare i Stockholms län och riket som helhet, 2013–2017 73

Figur 52. Antalet personal inom rehabilitering och förebyggande arbete per 1 000 invånare i Stockholms län och riket som helhet, 2013–2017 73

Figur 53. Antal regioner som bedömt brist på olika legitimationsyrken inom primärvården 74

Figur 54. Kostnaderna för inhyrd personal i primärvården i Stockholms län, 2016–2018 75

Figur 55. Antalet examinerade distriktssköterskor vid Karolinska Institutet, 2000/2001–2017/2018 76

Figur 56. Antal ST-läkare i allmänmedicin per 100 000 invånare och region, 2013 76

Figur 57. Region Stockholms hälso- och sjukvårdskostnader fördelat på vårdform, 2017 77

Figur 58. Nettokostnad per invånare för primärvård exklusive hemsjukvård och läkemedel inom läkemedelsförmånen, Riket, Stockholm, Västra Götalandsregionen och Region Skåne, 2014–2017 78

Figur 59. Läkemedelskostnader per invånare i Stockholms län, exklusive receptfria läkemedel, 2013–2020 80

Figur 60. Kostnader för medicintekniska produkter i Sverige 2011–2016 81