

Rapport 2023:1

Vården ur primärvårds- läkarnas perspektiv

International Health Policy Survey (IHP)
2022



► vård- och
omsorgsanalys

Citera gärna ur Vård- och omsorgsanalys publikationer,
men ange alltid källa.

Rapporten finns publicerad på www.vardanalys.se

Beställning av tryckta publikationer:
registrator@vardanalys.se
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2023
Grafisk Design och produktion: Hellsten Kommunikation
Omslagsbild: Johnér Bildbyrå
ISBN 978-91-88935-69-4

Vården ur primärvårds- läkarnas perspektiv

International Health Policy Survey (IHP)

2022

Beslut

Beslut om den här rapporten har fattats av styrelsen för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Projektledaren Peter Nilsson har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har projektdirektören Åsa Ljungvall och analyschefen Caroline Olgart Höglund deltagit.

Stockholm den 16 februari 2023
Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Johanna Adami
Styrelseordförande

Anna Dunér
Vice styrelseordförande

Gustaf Arrhenius
Styrelseledamot

Caroline Hoffstedt
Styrelseledamot

Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör och styrelseledamot

Per Molander
Styrelseledamot

Pär Ödman
Styrelseledamot

Förord

Sverige deltar sedan 2009 i en årlig internationell jämförande undersökning av hälso- och sjukvården för att öka lärande mellan länder och att ge underlag till förbättrat beslutsfattande inom sektorn. Undersökningen – the International Health Policy Survey (IHP) – leds av den amerikanska stiftelsen The Commonwealth Fund och genomförs i 10 länder. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vård- och omsorgsanalys) har sedan 2014 i uppdrag av regeringen att genomföra och redovisa den svenska delen av IHP-studien. I den här rapporten redovisar vi resultat och analyser av 2022 års undersökning, där Australien, Frankrike, Kanada, Nederländerna, Nya Zeeland, Schweiz, Storbritannien, Sverige, Tyskland och USA deltog. Norge som var med i de tidigare undersökningar deltar inte längre i undersökningen. 2022 års IHP-undersökning undersöker hur läkare som är verksamma i de olika ländernas primärvård ser på sitt arbete och olika dimensioner av hälso- och sjukvården i stort.

Arbetet vid Vård- och omsorgsanalys har gjorts av projektledaren Peter Nilsson, analytikerna Agnes Lindvall och Beatrice Onn, utredaren Cecilia Dahlgren samt praktikanten Klara Eklund. I arbetet har även projektdirektören Åsa Ljungvall och juristen Eva Bucksch deltagit.

På uppdrag av The Commonwealth Fund har företaget SSRS ansvarat för den internationella samordningen av undersökningen. Statistiska centralbyrån (SCB) har på uppdrag av Vård- och omsorgsanalys genomfört den svenska datainsamlingen.

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

Stockholm i mars 2023
Jean-Luc af Geijerstam
Generaldirektör

Så finansieras undersökningen

Huvudsaklig finansiering av "The Commonwealth Fund's 2022 International Health Policy Survey of Primary Care Physicians in 10 Countries" kommer från The Commonwealth Fund. Följande organisationer är medfinansierare: the Australian Institute of Health and Welfare; the Canadian Institute for Health Information; Commissaire à la santé et au bien-être du Québec; Ministère de la Santé et des Services sociaux; La Haute Autorité de Santé; the Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés; German Ministry of Health and IGES Institut GmbH; the Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport; The Royal New Zealand College of General Practitioners; Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vård- och omsorgsanalys); the Swiss Federal Office of Public Health; The Health Foundation.

Resultat i korthet

Vi har genom den årliga studien International Health Policy Survey (IHP) undersökt hur läkare i primärvården i Sverige upplever sitt arbete och hur de upplever att vården fungerar och jämfört med läkare i nio andra länder. Vi har även jämfört resultat med motsvarande undersökning 2019 och genomfört en fördjupad analys av det svenska resultat från 2022.

Vi kommer fram till följande resultat och slutsatser:

Svensk vård i internationell jämförelse

- ▶ Svensk primärvård utmärker sig positivt i jämförelsen på några områden: de svenska läkarna gör i hög utsträckning regelbunden uppföljning av resultat av vården för de patienter som besöker vårdcentralen och de är fortsatt i framkant med att ha tillgång till digitala verktyg för patienter och läkare.
- ▶ Svensk primärvård utmärker sig också negativt i jämförelsen på några områden: de svenska läkarna är fortsatt bland de mest stressade i jämförelsen, informationsöverföringen mellan primärvården och specialistvården fungerar fortsatt dåligt, vårdcentralerna är mindre förberedda på att ge vård till patienter med kroniska sjukdomar och vårdcentralerna har i betydligt lägre utsträckning öppet på kvällar och helger.
- ▶ Svenska primärvårdsläkare träffar lägst antal patienter per arbetad timme och har de längsta patientmötena.

Analys av de svenska resultaten

- ▶ Flera påverkbara faktorer samvarierar med en bättre arbetsmiljö eller en upplevelse att vara bättre förberedd på att ge vård till personer med kroniska sjukdomar, till exempel längre patientmöten, utbildningsinsatser och att ha en personlig lista med patienter.
- ▶ Äldre och manliga läkare har på flera områden en mer positiv upplevelse av sin arbetssituation eller om hur vården fungerar.
- ▶ Privata vårdcentraler har oftare öppet på kvällar och helger och läkarna där är nöjdare med sin arbetssituation samt vården som ges till personer med kroniska sjukdomar. Däremot har de i lägre utsträckning digitala verktyg för att sköta olika vårdärenden.

- ▶ Kvälls- och helgöppet är vanligare i glesta och mycket glesta landsbygds-kommuner. Läkare i vissa landsbygdskommuner anser också deras vårdcentral är bättre förberedd på att ge vård till personer med kroniska sjukdomar. Vissa resultat skiljer sig mellan regionerna, särskilt vad gäller vårdcentralernas öppettider och hur väl informationsöverföringen från specialistvården fungerar. Vi ser få samband mellan det socioekonomiska området som vårdcentralen befinner sig i och resultaten i enkäten.

Vi ger följande rekommendationer:

- ▶ Vårdcentralerna, regionerna och regeringen behöver intensifiera arbetet med att förbättra läkarnas arbetssituation.
- ▶ Regeringen och regionerna behöver fortsätta arbeta för att it-systemen i högre grad än i dag ska bidra till informationsöverföringen mellan olika delar av hälso- och sjukvården.
- ▶ Regeringen bör ge en myndighet i uppdrag att undersöka och analysera primärvårdens förutsättningar att ge vård till personer med kroniska sjukdomar.

Sammanfattning

Primärvården är den del av hälso- och sjukvården dit invånare i många fall först vänder sig för att få en första bedömning och behandling eller för att remitteras vidare för utredning eller behandling inom specialistsjukvården. Vi har undersökt hur primärvårdsläkare i Sverige anser att primärvården fungerar och jämfört deras svar med svaren från primärvårdsläkare i nio andra länder. I den här rapporten återger vi resultaten av undersökningen.

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

I Sverige skickades enkäten till cirka 6 000 läkare som arbetar inom primärvården på en fysisk vård- eller hälsocentral (hädanefter vårdcentral). Renodlade digitala vårdgivare ingår därmed inte. Enligt våra beräkningar motsvarar urvalet ungefär 80 procent av alla läkare som arbetar på en fysisk vårdcentral, men det är svårt att veta exakt eftersom det saknas ett nationellt register över vilka läkare som arbetar inom primärvården. Totalt svarade 2 092 läkare på enkäten, vilket motsvarar en svarsfrekvens på cirka 36 procent. I övriga länder svarade mellan cirka 500 och 2 000 läkare på enkäten.

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

För att fördjupa förståelsen av de svenska resultaten har vi även gjort fördjupade analyser på det svenska materialet. Vi undersöker vilka samband med resultaten som vi kan se utifrån läkarnas ålder, kön, utbildning och tjänstgöringsgrad, samt vårdcentralens regiform, geografiska läge och socioekonomiska förutsättningar i upptagningsområdet där läkarna arbetar.

Här presenterar vi undersökningens huvudsakliga resultat och slutsatser. Vi redovisar först resultat och slutsatser från den internationella jämförelsen, sedan resultat och slutsatser från analysen av den svenska undersökningen.

Resultat och slutsatser från den internationella jämförelsen

Primärvårdsläkare i Sverige är fortsatt bland de mest stressade i jämförelsen, trots att stressen har ökat kraftigt bland läkare i de andra länderna. Bara hälften är nöjda med att arbeta som läkare.

Många primärvårdsläkare, i Sverige och i andra länder, upplever att arbetet är mycket stressigt. Två av tre svenska läkare svarar att deras arbete är mycket eller oerhört stressigt. I IHP-undersökningen från 2019 svarade de svenska läkarna i högst grad att de är mycket stressade jämfört med läkare i andra länder. Svenska läkare är fortsatt bland de mest stressade i jämförelsen trots att stressen har ökat kraftigt bland läkare i andra länder. I samtliga länder i undersökningen är arbetsbelastning och tiden som läggs på administration de aspekter av arbetet som upplevs som mest problematiska.

Bara hälften av de svenska primärvårdsläkarna svarar att de är nöjda med att arbeta som läkare och nästan tre av tio svarar att de planerar att sluta som läkare inom de närmsta tre åren. Sverige utmärker sig dock i undersökningen med att vara det land där inga tydliga försämringar har skett sedan den förra undersökningen 2019 när det gäller andelen som är nöjda med att arbeta som läkare i primärvården. Det gäller både yrket generellt och olika aspekter av arbetet.

Av de svenska läkarna svarar drygt en av tre, 35 procent, att de har symtom på utmattning. Det är ett resultat som ligger i linje med andra länder. Andelen som svarar att de har upplevt psykisk ohälsa i samband med covid-19-pandemin uppgår till 44 procent. Andelen är ännu högre i de flesta jämförelseländerna.

Svenska primärvårdsläkare träffar lägst antal patienter per arbetad timme och har de längsta patientmötena.

Trots att de svenska läkarna visar på höga nivåer av stress är antalet patienter en svensk läkare träffar per 40-timmarsvecka lägst jämfört med de andra länderna i undersökningen. Den genomsnittliga tiden per patient är också längre i Sverige än i övriga länder.

En bristande kontinuitet är ett uppmärksammat problem inom svensk primärvård och kan vara en faktor som leder till att patientkontakterna blir längre i Sverige. IHP-undersökningen 2020, som riktades till befolkningen 18 år och äldre, visade att Sverige utmärker sig i jämförelsen i och med att endast cirka 35 procent av befolkningen har en ordinarie läkare de vanligtvis går till för sin vård. I alla andra länder i jämförelsen har de allra flesta en ordinarie läkare. När en läkare träffar en patient för första gången har läkaren mindre bakgrundinformation och kännedom om patienten än om det vore en kontinuerlig relation. Det kan i sin tur leda till att patientmötena blir längre.

Svenska vårdcentraler gör i hög utsträckning regelbunden uppföljning av resultat av vården för de patienter som besöker vårdcentralen. Däremot saknas uppföljning av resultat av patienternas besök i andra delar av vården.

Svenska läkare svarar i hög utsträckning att vårdcentralen de arbetar på regelbundet (årligen eller varje kvartal) granskar behandlingsresultat, förskrivning av läkemedel och upplevelser av vården för patienterna. Däremot granskas inskrivningar vid sjukhus och besök vid akutmottagningar och patientrapporterade utfallsmått i betydligt lägre utsträckning.

Informationsöverföringen mellan primärvården och specialistvården fungerar fortsatt dåligt, och vi ser även försämringar sedan 2019. Däremot är det vanligt att vårdcentralen har kommunikation med kommunen om patienter som får vård och omsorg i hemmet.

Färre svenska läkare än i övriga länder svarar att de får information om förändringar i patientens vård efter att deras patienter besökt en läkare i specialistvården. Andelen som svarar att de fått information har även minskat sedan 2019. Däremot svarar nästan alla läkare att de har skickat patienthistorik och orsaken för remitteringen till den specialiserade vården. Det är också vanligt att vårdcentralen kommunicerar med kommunen om patienter som får vård och omsorg i hemmet.

Få läkare i Sverige svarar att överföringen av information fungerar bra för patienter som besökt en jourmottagning, akutmottagning eller patienter som varit inlagda på sjukhus. De svarar att de sällan får information från sjukhuset eller jourmottagningen efter att någon av deras patienter besökt dem. Resultatet har dessutom försämrats sedan 2019. Läkare i andra länder är mycket mer nöjda med hur överföringen av information fungerar. Få av läkarna i Sverige svarar att de fått information inom 24 timmar om att en av deras patienter blivit utskriven från sjukhus, trots att det i många fall är ett lagkrav.

I Sverige är det däremot vanligt att vårdcentralen kommunicerar med kommunen om patienter som får vård och omsorg i hemmet. Det är också vanligt att vårdcentralen får information från hemsjukvården om patientens tillstånd förändrats. Resultatet har förbättrats något sedan 2019. Jämförelsen med andra länder bör tolkas med stor försiktighet i de här frågorna, eftersom det finns stora skillnader i hur de olika länderna organiserar vården och omsorgen i hemmet.

Svenska läkare svarar i lägre utsträckning än läkare i andra länder att vårdcentralerna de arbetar på är förberedda på att ge vård till patienter med kroniska sjukdomar.

Något färre svenska läkare anser att vårdpersonalen på deras vårdcentral är förberedda på att ge vård till personer med kroniska sjukdomar generellt än i andra länder. Vi kan även se en försämring sedan 2019. På frågor om hur väl personalen är förberedd på att ge vård till personer inom de specifika områdena psykisk ohälsa, missbruk och demens ligger det svenska resultatet generellt runt genomsnittet av länderna, men inom samtliga dessa frågor ser vi en liten försämring sedan 2019. Den enda förbättringen sedan 2019 är hur väl personalen är förberedd på att ge vård till personer med behov av palliativ vård.

De svenska läkarna svarar i lägre utsträckning än läkare i andra länder att de tar fram vårdplaner som kan användas av patienter i vardagen och att de ger skriftliga instruktioner för egenvård för patienter med kroniska sjukdomar. Sveriges resultat är till stora delar oförändrat sedan 2019 men i Sverige och alla andra länder i undersökningen har det blivit vanligare att använda digitala verktyg för distansmonitorering av patienternas tillstånd. I IHP-undersökningarna 2020 och 2021, till befolkningen 18 år och äldre respektive 65 år och äldre, såg vi en ökning av personer med kroniska sjukdomar som svarade att de fått olika stöd av vården för att ta hand om sin sjukdom. De största ökningarna såg vi inom gruppen 65 år och äldre.

Sverige är fortsatt i framkant med att införa digitala verktyg för patienter och läkare i primärvården och vi ser en förbättring sedan 2019.

Sverige är det land i jämförelsen som i högst grad erbjuder digitala tjänster för patienter i kontakten med vården, till exempel att kontakta vårdcentralen digitalt med en fråga, boka tid, förnya läkemedelsrecept och ta del av journaler. För de flesta frågorna ser vi även en viss ökning jämfört med 2019 för de flesta av jämförelseländerna.

De svenska läkarna uppger också att de har möjlighet att utbyta journaler, testresultat och läkemedelslistor digitalt med andra vårdgivare i högre utsträckning än genomsnittet i övriga länder. Sedan 2019 har andelen ökat i alla deltagande länder i undersökningen.

Svenska läkare är däremot mindre positivt inställda till att utföra vård på distans jämfört med läkare i andra länder. Svenska läkare svarar i lägre utsträckning att de är nöjda med att utföra vård på distans och de håller i lägre utsträckning med om påståenden om att digital vård har förbättrat möjligheten att ge vård i tid.

Svenska vårdcentraler har i betydligt lägre utsträckning öppet på vardagar efter klockan 18 och på helger jämfört med andra länder.

Tillgängligheten, i form av öppettider på kvällar och helger, tycks inte ha ökat på svenska vårdcentraler. Det är fortfarande ovanligt med kvälls- och helgöppet. Däremot erbjuder många mottagningar andra möjligheter att få vård utanför kontorstid på exempelvis jourmottagningar eller närakuter.

Bara 12 procent av de svenska läkarna svarar att de arbetar på en mottagning som har öppet efter klockan 18, och 11 procent svarar att de arbetar på en mottagning med helgöppet. Siffrorna skiljer sig stort från övriga länder i undersökningen där det är vanligare med kvälls- och helgöppet. I undersökningen framgår det dock inte hur öppettiderna ser ut under hela dygnet, vilket gör det svårt att jämföra den totala tillgängligheten i form av öppettider mellan länderna. Samtidigt skiljer sig Sverige inte från övriga länder när det gäller möjligheten att träffa läkare eller sjuksköterska på något annat sätt under kvällar och helger. Sex av tio svenska läkare svarar att det finns möjlighet att träffa en läkare eller sjuksköterska utanför kontorstid utan att behöva gå till en akutmottagning på ett sjukhus.

Resultat och slutsatser från analyserna av det svenska resultatet

Nedan beskrivs de resultat och slutsatser som vi som vi funnit när vi gjort fördjupade analyser av det svenska materialet. Alla resultat som redovisas här bygger på statistiska regressioner så som beskrivs i metodbeskrivningen i kapitel 1 och i bilagan till rapporten som finns att ladda ner från vår hemsida finns en utökad beskrivning samt tabeller med alla resultat från regressionerna. Det innebär att de skillnader mellan exempelvis män och kvinnor som redovisas här är sådana skillnader som kvarstår efter att vi kontrollerat för andra faktorer som till exempel ålder och region.

Flera påverkbara faktorer samvarierar med en bättre arbetsmiljö för läkarna, till exempel längre patientmöten, utbildningsinsatser och att ha en personlig lista med patienter.

Det finns både individfaktorer och faktorer kopplade till vårdcentralen som samvarierar med hur nöjda läkarna är med arbetet och hur stressade de är. Som individfaktorer ser vi till exempel att män generellt är nöjdare med att arbeta som läkare och är mindre stressade. När det gäller förutsättningar som är kopplade till vårdcentralen och som samvarierar med hur läkarna upplever arbetsmiljön och hur nöjda de är mitt sitt arbete ser vi till exempel:

- Läkare som har längre patientmöten är generellt mindre stressade, nöjdare med sitt arbete och mindre benägna att sluta som läkare.
- Läkare som får fortbildning och stöd i utveckling av sina arbetssätt från sin arbetsgivare är mer nöjda och mindre stressade.
- Läkare som upplever problem med olika administrativa aspekter med sitt arbete (till exempel journalföring och ärenden med Försäkringskassan) upplever i högre grad stress, är mindre nöjda med sitt arbete och planerar i högre grad att sluta som läkare.
- Läkare som i genomsnitt jobbar mer än 40 timmar per vecka upplever i högre grad stress och är mindre nöjda med sitt arbete.
- Läkare som har en egen lista med patienter som de är fast vårdkontakt för är mer nöjda med sitt arbete.

De här resultaten pekar på att det finns påverkbara faktorer som vårdcentralen kan arbeta med för att förbättra primärvården. Analysen visar på att det finns statistiska samband men vi kan inte säkerställa att det också finns ett orsakssamband, det vill säga att längden på patientmötena, fortbildning och stöd i utveckling, mindre administrativa problem, färre antal arbetade timmar och en egen lista med patienter också direkt förbättrar arbetsmiljön.

Läkare som har en personlig lista med invånare de är fast vårdkontakt för och de läkare som får stöd och fortbildning i sitt arbete anser i högre grad också att deras vårdcentral är bättre förberedd att ge vård till personer med kroniska sjukdomar.

Läkare som svarar att de har en personlig lista med invånare som de är fast läkarkontakt för svarar i högre utsträckning att den vårdcentral de arbetar på är väl förberedd på att erbjuda vård till patienter med kroniska sjukdomar generellt och även till personer med psykisk ohälsa.

Läkare som anser att de får den utbildning de behöver för att utveckla sina egna och organisationens arbetssätt samt får den fortbildning de behöver för att upprätthålla och utveckla sin medicinska kompetens anser också i högre utsträckning att vårdcentralen är väl förberedd på att erbjuda personer med kroniska sjukdomar vård.

Även de här resultaten pekar på att det finns påverkbara faktorer som vårdcentralen kan arbeta med för att förbättra primärvården.

Privata vårdcentraler har oftare öppet på kvällar och helger och läkarna där är nöjdare med sin arbetssituation samt bättre förberedda på att ge vård till personer med kroniska sjukdomar. Däremot har läkarna och patienterna på privata vårdcentraler i lägre utsträckning digitala verktyg för att sköta olika vårdärenden.

Läkare som arbetar på privat drivna vårdcentraler är nöjdare än läkare på offentliga vårdcentraler med sin inkomst, tid per patient och arbetsbelastning. De privata vårdcentralerna har också oftare öppet kvällar och helger. Läkare på privata vårdcentraler anser också oftare än läkare på offentliga vårdcentraler att deras vårdcentral är väl förberedda på att ge vård till patienter med kroniska sjukdomar, inklusive psykisk ohälsa. Skillnaderna mellan privata och offentliga vårdcentraler vad gäller vård av personer med psykiska ohälsa försvinner däremot när vi kontrollerar för möjligheten för läkarna att få den utbildning som man behöver för att utveckla sina egna och organisationens arbetssätt. Vi kan se att läkare på privata vårdcentraler oftare svarar att de får utbildning i att utveckla arbetssätt, vilket i sin tur samvarierar med upplevelsen av att vara bättre förberedd på att ge vård till patienter med psykisk ohälsa.

Privata vårdcentraler har däremot i lägre utsträckning tillgång till digitala verktyg som gör det möjligt att utbyta resultat från laborietester och diagnostiska tester digitalt med andra vårdgivare. De har också i lägre utsträckning digitala verktyg som patienterna kan använda för att boka tid, förnya recept eller ta del av testresultat.

Resultaten ska dock tolkas med viss försiktighet då vi inte har haft möjlighet att ta hänsyn till att det kan skilja sig mellan privata och offentliga vårdcentraler i vilka patienter som besöker vårdcentralen, till exempel när det gäller sjukdomsgrupper och socioekonomi.

Äldre läkare tycker att överföringen av information med andra delar av sjukvården fungerar bättre än yngre läkare. De ger också i högre grad stöd för egenvård till personer med kroniska sjukdomar.

Det finns vissa skillnader mellan äldre och yngre läkare i undersökningen. Äldre läkare upplever att informationsöverföringen från den specialiserade vården och från akut- eller jourmottagningar fungerar bättre än yngre läkare. Äldre läkare svarar också oftare än yngre att de ger patienter med kroniska sjukdomar olika stöd för egenvård.

Det är möjligt att äldre läkare som också har mer erfarenhet har byggt upp kontaktvägar med specialistvården och därmed också har större möjligheter att utbyta information. På samma sätt kan de äldre läkarnas erfarenhet spela roll för möjligheten att ge olika typer av stöd för egenvård för personer med kroniska sjukdomar.

Män är nöjdare med sin arbetssituation på vårdcentralerna än kvinnor. De tycker också att överföringen av information från andra delar av vården fungerar bättre.

På flera områden i undersökningen ser vi att män generellt rapporterar bättre resultat än kvinnor. Till exempel svarar män att de är mer nöjda med att arbeta som läkare. De upplever också mindre ofta att de är stressade och även mindre ofta en hög arbetsbörda kopplade till uppföljning och administration. Vi ser också att män oftare upplever att överföringen av information från specialistvården fungerar bra. Enkätundersökningen ger oss inte möjlighet att undersöka vidare vad de här skillnaderna mellan män och kvinnor beror på, men vi kan konstatera att det delvis är resultat som är i linje med hur det ser ut i andra sektorer. Det är förstås viktigt att uppmärksamma och komma tillrätta med sådana skillnader mellan könen, eftersom både män och kvinnor behövs som läkare i primärvården.

Vi ser få samband mellan det socioekonomiska området som vårdcentralen befinner sig i och resultaten i enkäten.

Vi ser få skillnader mellan vårdcentraler som befinner sig i socioekonomiskt starkare eller svagare områden i den här undersökningen. Det är något mindre vanligt att vårdcentraler i områden med socioekonomiskt svårare förutsättningar har öppet på kvällar, och att de har fått information om sina patienter från specialistvården inom en vecka. Däremot är det vanligare i områden med högre ohälsa att överföringen av information från specialistvården fungerar bra.

Möjligtvis kan avsaknaden av skillnader till viss del bero på att ersättningsystemen för vårdcentralerna beräknas utifrån socioekonomi och att vårdcentraler som har fler patienter från socioekonomiskt svaga områden därmed också får högre ersättning, för att på det sättet motverka skillnader.

Resultatet bör dock tolkas med viss försiktighet eftersom det saknas nationell statistik över vilka patienter som besöker en viss vårdcentral. Det innebär att vi inte kan analysera skillnader mellan vårdcentralerna utifrån patientunderlaget. Det närmaste vi har haft möjlighet att komma för att uppskatta patientunderlaget är att se till de socioekonomiska förutsättningarna i området där vårdcentralen ligger och områdets generella ohälsa.

Kvälls- och helgöppet är vanligare i glesa och mycket glesa landsbygdskommuner. Läkare i vissa landsbygdskommuner anser också deras vårdcentral är bättre förberedd på att ge vård till personer med kroniska sjukdomar.

Vi har analyserat om det finns skillnader i resultatet beroende på vilken typ av kommun som vårdcentralen är belägen i. Vi har grupperat kommunerna i sex grupper utifrån befolkningstäthet och avståndet från en större stad. I vissa fall

framträder skillnader mellan kommuntyperna. Vårdcentraler som befinner sig i glesa och mycket glesa landsbygdskommuner har i högre utsträckning öppet på kvällar och helger än i storstäder. Det är också vanligare att det finns möjlighet att besöka vården på något annat sätt utan att behöva besöka en akutmottagning. I mycket glesa landsbygdskommuner, i tätortsnära landsbygdskommuner och i täta blandade kommuner är det också vanligare än i storstäder att vårdcentralen är förberedd på att ge vård till patienter med psykisk ohälsa, missbruksproblematik, demens eller som behöver palliativ vård. I tätortsnära landsbygdskommuner genomför man också fler insatser för patienter med kroniska sjukdomar än i storstadskommuner.

Vissa resultat skiljer sig mellan regionerna, särskilt vad gäller vårdcentralernas öppettider och hur väl informationsöverföringen från specialistvården fungerar.

Resultaten från regressionsanalyserna visar att det generellt är få statistiskt signifikanta samband mellan region och resultat i undersökningen, men inom några områden utmärker sig några regioner. Det handlar till exempel om vårdcentralernas öppettider och hur väl informationsöverföringen från specialistvården fungerar. Men det finns även några skillnader mellan regionerna i hur stressigt läkarna upplever sitt arbete som är intressanta vid fortsatta analyser av materialet.

I Jämtland Härjedalen, Jönköping, Skåne och Södermanland är det vanligare att vårdcentralerna har öppet efter klockan 18 på vardagar. I Dalarna är det mindre vanligt att vårdcentralerna har öppet på helger.

Primärvårdsläkare i Jämtland Härjedalen, Kalmar och Kronoberg svarar i högre utsträckning än i andra regioner att de vanligtvis eller ofta får information inom en vecka om resultatet från sina patienters besök inom den specialiserade vården. Primärvårdsläkare i Gävleborg, Skåne och Västra Götalandsregionen svarar i högre utsträckning än andra regioner att de får information om deras patienter blivit inlagda på ett sjukhus. Primärvårdsläkare i Gävleborg och Skåne svarar dessutom oftare att de vanligtvis eller ofta får information om deras patienter har varit i kontakt med en akutmottagning medan läkare i Västra Götalandsregionen oftare svarar att de får information inom 24 timmar om deras patienter blivit inlagda på sjukhus.

Det finns även vissa skillnader mellan regionerna i läkarnas upplevelser av arbetsmiljön på sin vårdcentral. Vi ser att läkare som arbetar i Stockholm är mer stressade, medan läkare i Jämtland Härjedalen är mindre stressade. När det gäller symtom på utmattning är det emellertid andra regioner som utmärker sig. Läkare i Norrbotten svarar oftare att de har utmattningssymtom än medianregionen medan läkare i Örebro svarar detsamma mindre ofta.

Våra rekommendationer

Med utgångspunkt i resultaten från IHP-undersökningen har vi identifierat tre områden där regeringen och regionerna kan stärka primärvården. Det handlar dels om att arbeta med att förbättra läkarnas arbetssituation och att fortsätta och intensifiera arbetet med att förbättra it-infrastrukturen – två områden som är väl kända sedan tidigare men där det behöver börja märkas skillnader. Därutöver ser vi ett värde i att fortsätta att analysera och bygga kunskap om vissa av de resultat som framkommer i undersökningen.

► **Vårdcentralerna, regionerna och regeringen behöver intensifiera arbetet med att förbättra läkarnas arbetssituation**

IHP-undersökningen visar återigen att det finns ett betydande arbetsmiljöproblem för läkare som arbetar inom primärvården. Vi rekommenderar därför att vårdcentralerna, regionerna och regeringen förbättrar läkarnas arbetssituation samt erbjuder stöd och hjälp till de läkare som mår dåligt på grund av sitt arbete. Arbetet behöver ske koordinerat på alla nivåer, från den statliga till enskilda vårdcentraler.

Läkarna i Sverige rapporterar oftare att de är mycket stressade på sitt arbete än läkare i andra länder. Bara hälften svarar att de är nöjda med sitt arbete och en betydande andel svarar att de har risk för utmattning och har upplevt psykisk ohälsa på grund av sitt arbete. Ingen förbättring kan ses sedan 2019 års IHP-undersökning. Sammantaget bedömer vi det som mycket angeläget att förbättra arbetsmiljön för läkarna. Det är viktigt för de enskilda läkarnas hälsa och välmående men också för att ta tag i de stora utmaningarna inom området som redan finns med att minska sjukfrånvaro samt behålla personal och kompetens inom primärvården. Det är särskilt angeläget med tanke på att det är just de personer som är tidigt i sin karriär som upplever hög stress eftersom de samtidigt ska orka och vilja stanna kvar i primärvården. Det är också viktigt mot bakgrund av den pågående omställningen till god och nära vård och när primärvården förväntas ta ett större ansvar.

I våra analyser framkommer flera påverkbara faktorer som samvarierar med arbetsmiljön och hur läkarna upplever sitt arbete. Även om vi inte med säkerhet kan påvisa orsakssamband bedömer vi att det finns ett värde i att arbetsgivarna stärker dessa till synes skyddsfaktorerna. Det handlar exempelvis om fortbildning och stöd i utveckling av sina arbetssätt från sin arbetsgivare. Att medverka i forskning, vilket numera ingår i primärvårdens grunduppdrag, kan även vara en del i fortbildning och stöd för läkaren. Dessa utvecklingsmöjligheter bör vara särskilt viktiga för läkare som är tidigt i sin karriär, vilket också är de som vi ser upplever en dålig arbetsmiljö i större utsträckning än äldre läkare. Vi ser också att en fast lista med patienter som läkaren är fast kontakt för och möjligheten att

ha längre patientmöten är viktiga faktorer för arbetsmiljön. Även hur väl de olika administrativa delarna fungerar med sitt arbete har betydelse.

De här åtgärderna kan påverkas av vårdcentralerna, men vi ser även att regionen där vårdcentralen verkar inom har ett viktigt ansvar att skapa förutsättningar för vårdcentralerna. Viktiga förutsättningar är exempelvis ersättning och finansiering, riktlinjer vad gäller listning eller IT-struktur. Regionerna har ett ansvar att säkerställa att primärvården har resurserna att möta det ansvar som läggs på primärvården. Även regeringen och dess myndigheter kan skapa förutsättningar att förbättra arbetsmiljön genom sitt ansvar för utbildningssystemet som ger förutsättning för vårdcentralerna att upprätthålla en god bemanning och rekrytera nya läkare. En fungerande kompetensförsörjning är av avgörande betydelse att kunna arbeta med att stärka och utveckla arbetsmiljön. Regeringen har också ansvar för krav och riktlinjer för primärvårdens uppdrag.

Regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har under flera år slutit olika överenskommelser med finansiering, bland annat för att stärka arbetsmiljön för vårdpersonal inom primärvården. Senast under satsningen på God och nära vård och tidigare den så kallade Professionsmiljarden. Regeringen har även beslutat om en förordning om statsbidrag för att främja ett hållbart arbetsliv inom vård och omsorg. Resultatet i den här undersökningen visar att arbetet bör fortsätta och de åtgärder som redan har gjorts bör utvärderas för att se om de är de mest effektiva och ändamålsenliga.

► **Regeringen och regionerna behöver fortsätta arbeta för att it-systemen i högre grad än i dag ska bidra till informationsöverföringen mellan olika delar av hälso- och sjukvården**

Sverige har jämfört med de andra länderna i IHP-undersökningen tillgång till många digitala verktyg inom primärvården, både för läkare och patienter. Däremot rapporterar läkarna att det fortfarande finns stora brister i informationsöverföringen från andra delar av hälso- och sjukvården, exempelvis den specialiserade vården. Resultatet har dessutom försämrats något sedan 2019. Av undersökningen framgår inte var bristerna finns, men vi bedömer att it-systemen bör vara grunden för att överföra informationen. Utifrån resultaten i undersökningen drar vi slutsatsen att it-systemen inte används i tillräckligt hög utsträckning för informationsöverföring idag. Exempelvis visar våra analyser att det finns betydande individuella faktorer för hur väl läkarna tycker att informationsöverföringen fungerar. Det pekar mot att det saknas tillräckligt automatiserade system för att överföra informationen eftersom automatiserade system skulle möjliggöra att alla läkare har lika stora förutsättningar att få del av information och till exempel inte bero på individuellt uppbyggda kontakter med andra vårdgivare.

Läkare på privat drivna vårdcentraler upplever oftare att informationsöverföringen är ett problem. Primärvården har samtidigt en hög andel privata aktörer. Därför är det extra problematiskt att privata vårdgivare inte i lika hög utsträckning har integrerats i informationssystemen.

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

► **Regeringen bör ge en myndighet i uppdrag att undersöka och analysera primärvårdens förutsättningar att ge vård till personer med kroniska sjukdomar**

De svenska läkarna anser något mindre ofta än läkare i andra länder att vårdpersonalen på deras vårdcentral är förberedda att ge vård till personer med kroniska sjukdomar. Vi kan även se en försämring sedan 2019. Få läkare anser att deras vårdcentral är väl förberedd att ge vård till personer med missbruk, psykisk ohälsa och demens. De svenska läkarna gör inte heller lika många insatser för att stärka patienterna i egenvård. Vi ser även brister vad gäller informationsöverföringen mellan primärvård och specialistvård, vilket är något som särskilt kan påverka patienter med kroniska sjukdomar negativt eftersom de ofta har många kontakter med vården som behöver samordnas. Med en åldrande befolkning i Sverige kommer behovet av att ge vård till patienter med kroniska sjukdomar vård dessutom att öka.

Samtidigt finns det flera faktorer i den svenska primärvården som borde skapa goda förutsättningar att ge vård till personer med kroniska sjukdomar. De svenska läkarna har de längsta patientmötena i jämförelsen och de svenska vårdcentralerna är unika med de olika kompetenserna utöver läkare som finns där.

Vi ser ett behov av fortsatt och fördjupad analys kring dessa resultat och förutsättningar för att öka kunskapen och förståelsen för vad som saknas för att bedriva en god vård för personer med kroniska sjukdomar utifrån primärvårdsläkarens perspektiv. Det är också viktigt att analysera gapet mellan kravet som primärvården har på sig att ge vård till olika patientgrupper och vilka förutsättningar de upplever att de har. Detta är frågor som är mycket relevanta i arbetet med god och nära vård. För patienter med kroniska sjukdomar är det viktigt att hela systemet fungerar runt patienten. Primärvården är en del av ett system där alla delar behöver fungera som en helhet.

Vi rekommenderar därför regeringen att ge lämplig myndighet i uppdrag att undersöka och analysera primärvårdens förutsättningar att ge vård till personer med kroniska sjukdomar. Vi bedömer att uppdragets inriktning och omfattning är bäst lämpat att genomföras av en myndighet. Ett sådant uppdrag bör undersöka primärvårdens tidsanvändning och arbetsätt men också fördjupade intervjuer med läkare och vårdpersonal för att få en djupare förståelse för vilket behov de ser för att förbättra förutsättningarna för att ge vård till personer med kroniska sjukdomar. Arbetet bör särskilt fokusera på de grupper av patienter som läkarna upplever sig att vårdcentralen är minst förberedd att ge vård till, i IHP-undersökningen ser vi att det handlar om att ge vård till patienter med psykisk ohälsa, missbruk och demens.

Innehåll

1	Inledning	22
1.1	IHP bidrar till uppföljningen av primärvården i en tid av förändring.....	22
1.2	Rapporten belyser primärvårdsläkarnas erfarenheter av vården men ger inte hela bilden av vårdens kvalitet.....	23
1.3	IHP 2022 ger primärvårdsläkarnas bild av primärvården	23
1.4	Sammanfattande metod	24
1.5	Begrepp och begränsningar i jämförelsen	26
1.6	Disposition.....	26
2	Primärvårdens resurser och styrning skiljer sig åt mellan länderna	27
2.1	Primärvårdens resursmässiga förutsättningar	28
2.2	Primärvårdens styrning	32
3	Arbetet på vårdcentralen	37
3.1	Tre av tio läkare planerar att sluta inom tre år	38
3.2	Läkarna har höga nivåer av stress och psykisk ohälsa	41
3.3	Stora problem med arbetsbelastning och administration	45
3.4	Störst problem med administration kopplad till Försäkringskassan och patientdokumentation	47
3.5	Svenska läkare har mer tid per patient och träffar färre patienter	51
3.6	Få svenska vårdcentraler har öppet utanför kontorstid	53
3.7	Hälften upplever att vården har försämrats efter covid-19-pandemin	56
3.8	Svenska vårdcentraler följer ofta upp kvalitetsaspekter	56
4	Vård på distans och digitala verktyg.....	59
4.1	Videomöten står endast för en liten andel av de totala patientkontakterna ...	60
4.2	Svenska läkare mindre positiva till vård på distans.....	62
4.3	Svenska läkare använder digitala verktyg för utbyte med andra vårdgivare .	64
4.4	Sverige erbjuder mest digitala verktyg för patienten.....	66
5	Vård av personer med kroniska sjukdomar.....	69
5.1	Förberedd på att ge vård till personer med kroniska sjukdomar	71
5.2	Vård av personer med kroniska sjukdomar	75
5.3	Informationsöverföring mellan primärvården och specialistvården	78
5.4	Informationsöverföring mellan primärvården och sjukhus	80
5.5	Informationsöverföring mellan primärvården och kommun.....	83

6	Övergripande analys.....	85
6.1	Svensk vård i internationell jämförelse och över tid	86
6.2	Analys av de svenska resultaten	90
	Resultat, slutsatser och rekommendationer	100
	Referenser	112

1 Inledning

Sedan år 2009 deltar Sverige i en årlig internationell jämförande undersökning av hälso- och sjukvården som syftar till att öka lärande mellan länder och ge underlag till ett förbättrat beslutsfattande inom sektorn. Undersökningen – the International Health Policy Survey (IHP) – leds av den amerikanska stiftelsen The Commonwealth Fund och genomförs i tio länder. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vård- och omsorgsanalys) har sedan 2014 i uppdrag av regeringen att genomföra och redovisa den svenska delen av IHP-studien. I den här rapporten redovisas resultaten från 2022 års undersökning, där Australien, Frankrike, Kanada, Nederländerna, Nya Zeeland, Schweiz, Storbritannien, Sverige, Tyskland och USA deltog.

1.1 IHP bidrar till uppföljningen av primärvården i en tid av förändring

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

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

Primärvården har alltid haft en viktig roll i hälso- och sjukvårdssystemet. Det är dit patienten först vänder sig för att få en bedömning, behandling eller för att skickas vidare för utredning eller behandling inom specialistsjukvården. Samtidigt står primärvården inför stora förändringar, som den pågående digitaliseringen av vården och satsningen på en god och nära vård. Behovet av att kunna följa hur primärvården fungerar och uppfyller sitt uppdrag kommer därför troligtvis att öka de närmaste åren.

1.2 Rapporten belyser primärvårdsläkarnas erfarenheter av vården men ger inte hela bilden av vårdens kvalitet

Den här IHP-undersökningen visar primärvårdsläkarnas erfarenheter och upplevelser av vården.

2022 års IHP-undersökning tar fasta på hur läkare som är verksamma i de olika ländernas primärvård ser på sitt arbete och olika dimensioner av hälso- och sjukvården i stort. Årets undersökning fokuserar därför på läkarnas perspektiv och det gör även den här rapporten, som presenterar resultaten av undersökningen. Däremot ger rapporten inte hela bilden av hälso- och sjukvårdens kvalitet och inte heller av vårdens effektivitet. Det är viktigt att komma ihåg att endast delar av vården belyses. För att få en mer heltäckande bild av hälso- och sjukvården är det även viktigt att ta del av patienternas perspektiv. Därför riktar sig IHP-studien kontinuerligt till tre olika målgrupper enligt ett rullande treårs-schema. Målgrupperna är allmänheten, personer som är 65 år eller äldre och läkare i primärvården. Tidigare studier som riktade sig till läkare inom primärvården genomfördes år 2012, 2015 och 2019.

Andra undersökningar har visat att den svenska hälso- och sjukvården internationellt sett har goda medicinska resultat (SKL, 2018). Sverige är till exempel ett av de länder i Europa som har högst canceröverlevnad samtidigt som cancerdödligheten långsamt minskar i Sverige (Socialstyrelsen, 2020). De medicinska resultaten har förbättrats även på andra områden – över lång tid har den sjukvårdsrelaterade påverkbara dödligheten minskat (SKL, 2018). Antalet vårdtillfällen med vårdskador har också minskat över tid (Socialstyrelsen, 2020). Men det finns också områden som lyfts fram där svensk sjukvård fortsatt har problem, till exempel långa väntetider (SKL, 2018). Vi har även sett att det finns betydande demografiska, regionala och socioekonomiska skillnader i vårdens kvalitet (Vård- och omsorgsanalys, 2019).

1.3 IHP 2022 ger primärvårdsläkarnas bild av primärvården

I arbetet med rapporten har vi utgått från följande frågor:

1. Hur skiljer sig primärvårdsläkarnas uppfattning om vården åt mellan länderna i IHP-undersökningen och hur står sig svensk primärvård i jämförelsen?
2. Vilka samband har de svenska resultaten med olika förhållanden och bakgrundsfaktorer som går att koppla till läkaren och vårdcentralen?

Den första frågan besvaras genom att vi redovisar resultatet för Sverige och de övriga nio länder som ingick i 2022 års IHP-undersökning riktad till primärvårdsläkare. Undersökningen och de frågor som ingår i denna bestäms av The Commonwealth Fund.

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

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

För att underlätta jämförelser mellan länderna redovisar vi även en sammanfattning av resultatet från en studie som vi genomförde 2019 där vi översiktligt undersökte Sveriges och de övriga IHP-ländernas primärvård utifrån ett antal strukturella faktorer. Vi har bland annat studerat ländernas resursmässiga förutsättningar och styrning av primärvården, i form av ersättningssystem, remisskrav, egenavgifter, finansieringssystem och kompetensförsörjning.

1.4 Sammanfattande metod

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

Urvalsramen i undersökningen skapades med hjälp av data från SCB:s yrkesregister för 2020 och utbildningsregister för 2021. Yrkesregistret begränsades till personer som enligt yrkesregistret arbetade inom primärvården under 2020 och hade yrke som läkare. Därefter gjordes en kontroll mot utbildningsregistret. Personer som inte hade en slutförd läkarutbildning enligt utbildningsregistret uteslöts från urvalsramen. Antalet personer i urvalsramen var 7 584. Från urvalsramen drogs sedan ett obundet slumpmässigt urval om 6 000 personer.

Inbjudan till enkäten skickades ut genom ett fysiskt brev till läkaren hemadress. Totalt skickades tre utskick. Enkäten besvarades genom en webbenkät. Totalt svarade 2 092 personer på enkäten, vilket var cirka 36 procent av urvalsramen. En bortfallsanalys av svaren genomfördes och för att minska skevheten i bortfallet har vikter beräknat som tar hänsyn till skillnader i svarsbenägenhet beroende på kön, ålder och region. Vikterna används för att kalibrera resultatet i undersökningen så att det blir mer representativt för hela populationen.

I de övriga länderna i IHP-undersökningen var det stor variation i hur många läkare som besvarade enkäten, det varierade mellan som lägst cirka 500 till 2000 svarande. Fullständig tabell över antal svarande finns i bilagan som finns att ladda ner på vår hemsida.

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

Individegenskaper

- Ålder (under 35, 35–44, 45–54, 55–64, 65 år och äldre)
- Kön (man, kvinna)
- Yrke (ST-, AT-, specialistläkare samt övriga läkare)
- Tjänstgöringsgrad (under 20 timmar per vecka, 21–40 timmar per vecka, 41–50 timmar per vecka, 51 eller fler timmar per vecka)

Egenskaper hos vårdcentralen

- Driftsform (privat, offentlig)

Egenskaper för området där vårdcentralen är belägen (region, kommun och regionala statistikområden RegSO och DeSO)

- Care Need Index (CNI) (Index som använder socioekonomiska förhållanden för att identifiera risk för ohälsa i ett område)
- Genomsnittligt antal sjukdagar i befolkningen
- Kommuntyp (6 kategorier)

För analys av resultatet för regionerna har varje enskild regression anpassats så att referensregionen alltid sätts till den region som har medianvärdet på respektive fråga. Utöver de faktorer som redovisas ovan så har vi för vissa regressioner även inkluderat enkätsvar från undersökningen, till exempel om läkaren har en fast lista av patienter. Fullständig beskrivning av regressionerna och resultattabeller från dessa finns i metodbilaga som går att ladda ner från vår webbplats.

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

Se bilagan på vår webbplats för ytterligare beskrivning av metodiken för undersökningen och av hur vi har genomfört analyserna.

1.5 Begrepp och begränsningar i jämförelsen

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

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

1.6 Disposition

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

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

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

Slutligen summerar vi resultatet i kapitel 6 och i kapitel 7 redovisar vi våra huvudsakliga resultat, slutsatser och lämnar rekommendationer till regeringen och hälso- och sjukvårdshuvudmännen.

2 Primärvårdens resurser och styrning skiljer sig åt mellan länderna

En möjlig delförklaring till att resultaten skiljer sig åt mellan länderna i IHP-undersökningen är att primärvården påverkas av vilka former och förutsättningar den verkar under. Till IHP-undersökningen 2019 gjorde vi därför en kompletterande översikt över hur primärvårdens uppdrag, resurser och styrning ser ut på några centrala områden i de länder som deltar i IHP-undersökningen. Det här avsnittet sammanfattar de viktigaste slutsatserna och redovisar några delar från jämförelsen som vi tycker är särskilt relevanta. En fullständig redovisning av resultatet och metodbeskrivning finns i IHP-rapporten för 2019 (Vård- och omsorgsanalys, 2020). I detta avsnitt har vi uppdaterat informationen till den senaste tillgängliga där det har varit möjligt.

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

Vår internationella jämförelse pekar mot att primärvården i Sverige till sitt uppdrag är lik övriga länders primärvård, med ett fokus på att vara en första vårdinstans för patienten att vända sig till och som utgår från patientens hela hälsobild. Det som skiljer länderna åt är framför allt vilket utbud av vård som ingår i primärvården, där barn- och mödravård ingår i delar av Sverige och i vissa jämförelseländer medan exempelvis apotek eller tandvård ingår i andra länders primärvård. När det gäller de resursmässiga förutsättningarna och styrningen skiljer sig svensk primärvård från primärvården i flera av jämförelseländerna på följande sätt:

- Svensk primärvård har färre läkare per 1 000 invånare jämfört med de flesta andra IHP-länder. Jämförs däremot primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens kostnader ligger Sverige på en nivå som liknar de andra ländernas.
- Svensk primärvård har en större bredd av kompetenser anställda på vårdcentralerna.
- Svensk primärvård har i högre grad kapiteringsersättning, det vill säga att vårdgivarna får en viss ersättning per person som är listad vid vårdcentralen. Övriga jämförelseländer har alla en blandning av kapiteringsersättning och ersättning per insats eller besök, där ersättningar per insats eller besök i vissa fall dominerar.
- Svensk primärvård är i större utsträckning än andra länder offentligt driven, med 60 procent offentligt driven primärvård.
- Svensk primärvård styr i lägre utsträckning patienters möjlighet att direkt ta kontakt med specialistvård, jämfört med andra länder.
- Svensk primärvård har högre egenavgifter för att besöka primärvården jämfört med flera andra IHP-länder. Flera jämförelseländer har inga egenavgifter alls i primärvården.

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

2.1 Primärvårdens resursmässiga förutsättningar

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

Det är svårt att jämföra kostnaden för olika länders primärvård, eftersom primärvården kan organiseras på olika sätt och det finns skillnader i vilka verksamheter som ingår (Vård- och omsorgsanalys 2017). En grov uppskattning baserad på data från OECD visar att Sveriges kostnader för öppenvård som ges utan avgränsning till viss ohälsa eller symtom ligger på 6 procent av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård och tandvård, vilket är strax över medel jämfört med de andra IHP-länder som det finns data för. Men andelen ligger långt ifrån vår beräkning att primärvården står för drygt 20 procent av regionernas kostnader för hälso- och sjukvård baserat på statistik från SKR (2022a). Skillnaden mellan de två måtten skulle bland annat kunna förklaras av att kommunernas

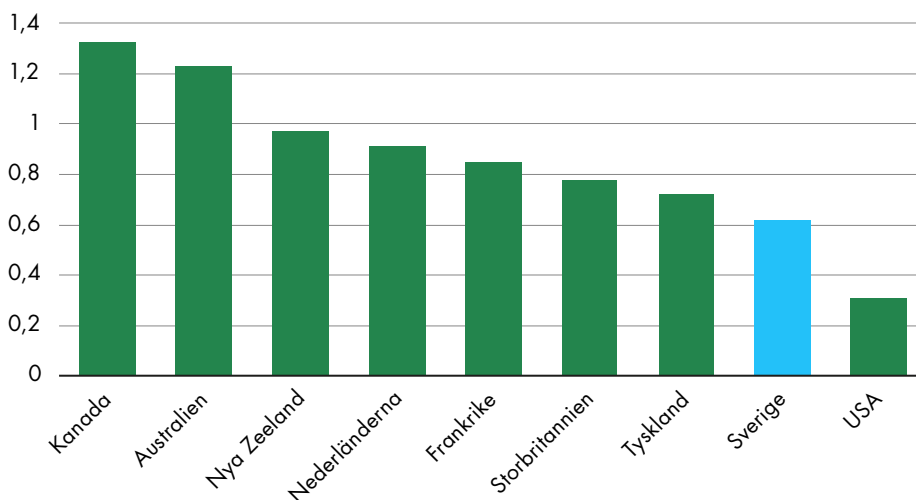
kostnader för hälso- och sjukvård samt hushållens kostnader för tandvård finns med i OECD:s uppskattning av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård, men inte i vår beräkning utifrån SKR:s statistik.

2.1.1 Antalet primärvårdsläkare är lågt i Sverige

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

Enligt uppgifter från OECD har Sverige cirka 0,62 primärvårdsläkare per 1 000 invånare, vilket är lägre än majoriteten av IHP-länderna. Exempelvis har Kanada 1,33 läkare per 1 000 invånare i primärvården (figur 1).

Figur 1. Antal läkare i primärvården per 1 000 invånare, 2020.



Not: Antalet för Sverige och USA gäller 2019, eftersom det saknas information för 2020.

Källa: OECD Health Statistics.

Statistiken i databasen *OECD Health Statistics* definierar primärvårdsläkare som läkare som arbetar med att ge ”långsiktig och icke-specialiserad vård till individer, familjer och lokalsamhällen” (OECD 2022). Det innebär att även ST-läkare i allmänmedicin och läkare utan specialistkompetens ingår i statistiken för vissa länder (OECD 2022). Samtidigt vet vi sedan tidigare att det saknas samlad statistik om antalet ST-läkare inom allmänmedicin i Sverige och att ST-läkare därför sannolikt inte ingår i data för Sverige (Vård- och omsorgsanalys 2018).

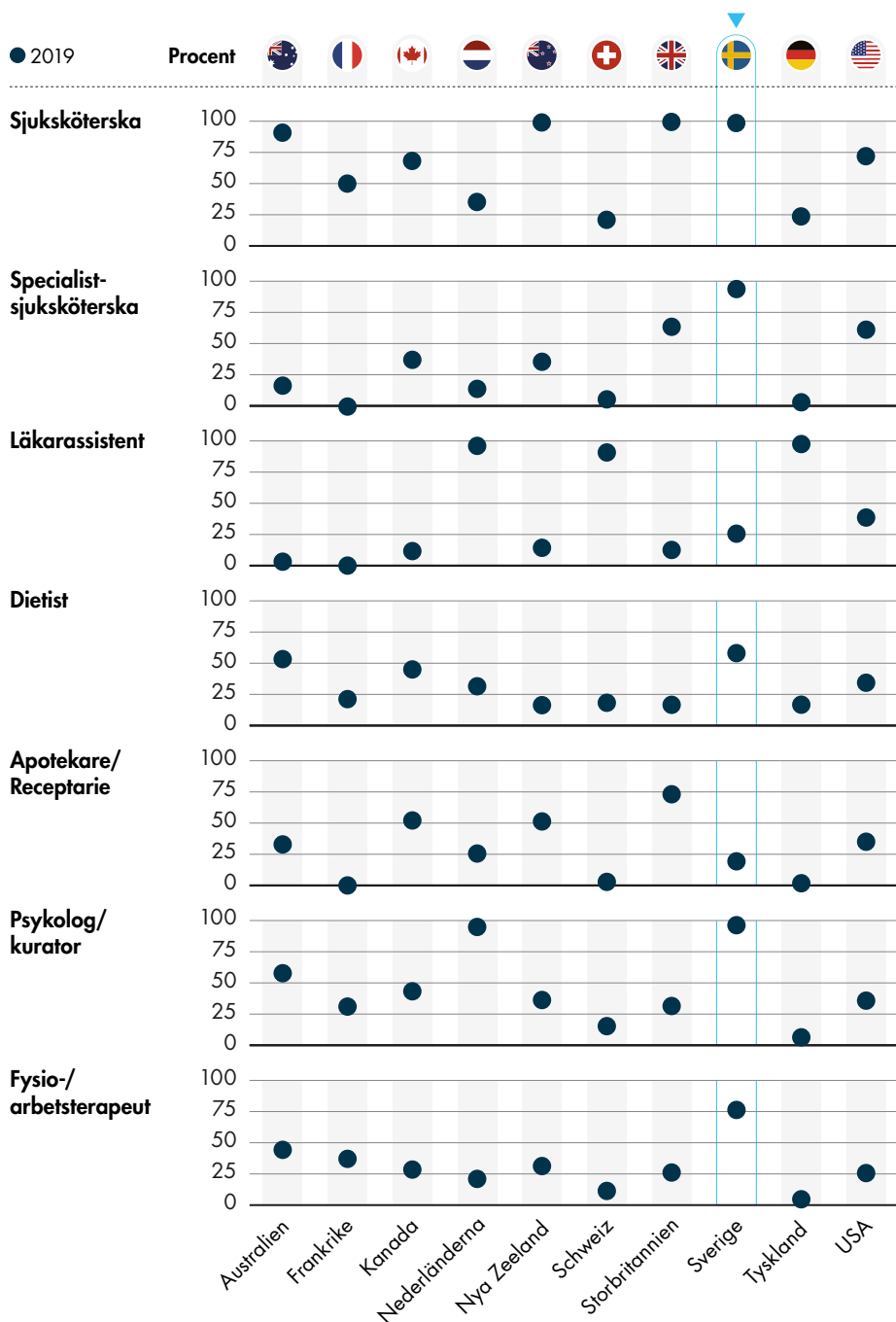
Primärvårdsläkare i olika länder har inte heller nödvändigtvis samma kompetens. I många OECD-länder är specialisttjänstgöringen i allmänmedicin en av de kortaste specialisttjänstgöringarna för läkare, cirka 3 år i genomsnitt jämfört med 3–8 år för övriga inriktningar (OECD 2016). Som jämförelse tar alla specialisttjänstgöringar i svensk sjukvård minst 5 år, oavsett inriktning (4 kap. 1 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1369)).

2.1.2 Svenska vårdcentraler anställer fler yrkesgrupper än i andra länder

Eftersom statistiken utgår från läkarna, underskattar figur 1 den totala bemanningen på svenska primärvårdsmottagningar. I Sverige gick exempelvis två tredjedelar av besöken i primärvården till en annan personalkategori än läkare 2021 (Kolada, 2023). På det sättet ligger svensk primärvård långt fram i en utveckling som pågår i många europeiska länder (Vård- och omsorgsanalys 2018). Enligt en enkät 2016 arbetade en tredjedel av de OECD-länder som besvarade enkäten för att ta in nya yrkesgrupper eller att öka ansvaret för andra yrkesgrupper än läkare i primärvården (OECD 2018). Till exempel har Frankrike och delar av Storbritannien som mål att flera yrkesgrupper ska arbeta gemensamt inom primärvården (Ministère des Solidarités et de la Santé 2019, Thorlby & Arora 2017).

I IHP-undersökningen 2019 (Vård- och omsorgsanalys 2020) tillfrågades läkarna i respektive land om hur vanligt det är med sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor, läkarassistenter, dietister, apotekare eller receptarier, psykologer eller kuratorer, alternativt fysio- eller arbetsterapeuter på deras mottagning. Figur 2 visar andelen läkare i respektive land som svarade att respektive yrkesgrupp arbetar på läkarens vårdcentral eller mottagning.

Figur 2. Yrkesgrupper som arbetar på mottagningen.



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

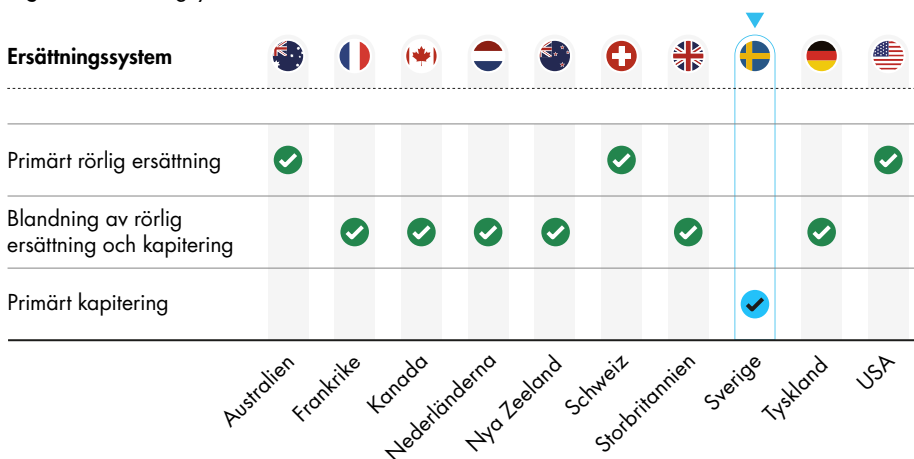
2.2 Primärvårdens styrning

Här gör vi nedslag på några punkter som rör primärvårdens styrning och utformning på centrala områden. Fler områden finns att läsa om i IHP-rapporten från 2019 (Vård- och omsorgsanalys 2020).

2.2.1 Sveriges ersättningsystem utmärker sig genom en ovanligt hög grad av kapitering

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

Figur 3. Ersättningsystem i IHP-länderna.



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

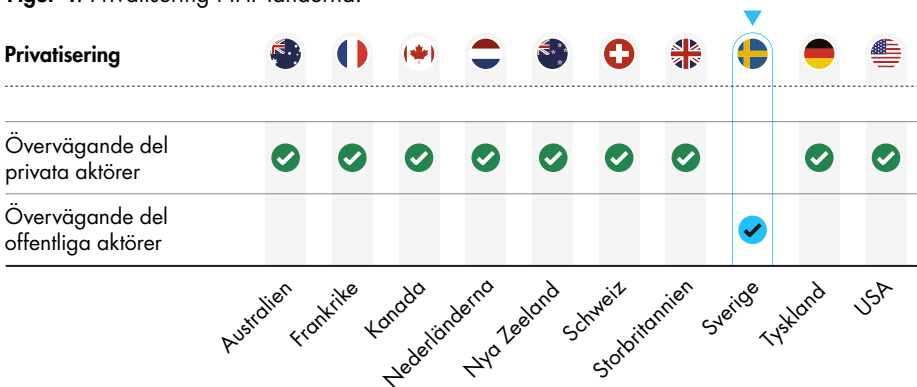
Australien och Schweiz tillämpar till allra största delen en rörlig styckeersättning per insats, åtgärd eller besök (Swerissen & Duckett 2018, EU 2012). Även USA har i stor utsträckning rörlig styckeersättning per insats (The Commonwealth Fund 2017). Storbritannien har en blandning av kapiteringsersättning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

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

2.2.2 Sverige har lägst andel primärvård i privat regi

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

Figur 4. Privatisering i IHP-länderna.



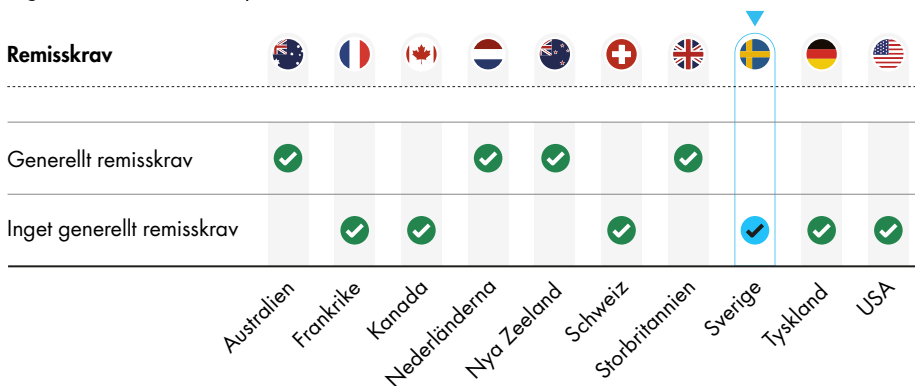
Enligt SKR har andelen privata vårdcentraler i Sverige ökat över tid, så att andelen offentliga primärvårdsmottagningar minskat från knappt 75 procent 2006 till knappt 60 procent 2018. Men andelen privata vårdcentraler varierar starkt mellan olika regioner, från 68 procent i Region Stockholm till 13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

Bland övriga jämförelseländer har samtliga en övervägande del privata leverantörer, antingen som egna företagare eller läkare som slår sig samman och driver en vårdcentral i grupp. I England är cirka 65 procent av primärvårdsutförarna privata leverantörer (Thorlby & Arora 2017). I Frankrike redogör en källa från 2009 att cirka 70 procent av primärvårdsutförarna var egna företagare med kontrakt med National Sickness Fund (Cartier, Senn, Cornuz & Bourgeil 2015).

2.2.3 Sverige har en låg styrning av patientflöden till specialistvården

Jämfört med övriga IHP-länder styr primärvården i Sverige patientflödena till specialistvård i relativt liten utsträckning. Det är upp till regionerna att ställa krav på remiss från primärvården och regionerna varierar i vilka krav de har. Nära 30 procent av regionerna har inga remisskrav till specialistvården alls, medan nära hälften av jämförelseländerna har generella remisskrav till specialistvården.

Figur 5. Remisskrav till specialistvård i IHP-länderna.



I Sverige beslutar varje region om vilka remissregler som ska gälla i den egna hälso- och sjukvården. Av de 21 regionerna i Sverige har 6 regioner inga remisskrav för att träffa specialisläkare, 12 regioner har remisskrav för att få genomgå en neuropsykiatrisk utredning och 15 regioner har remisskrav för att träffa läkare i andra delar av specialistvården (SKR 2022b). Dessutom kräver samtliga regioner remiss för medicinsk service, till exempel röntgenundersökningar och provtagningar (1177 Vårdguiden 2021). Även valet att sänka egenavgiften i specialistvården om patienterna har en remiss från primärvården ligger på varje enskild region. Många

regioner har sänkt avgiften till en nivå där egenavgiften för ett besök i primärvården och ett i specialistvården tillsammans motsvarar egenavgiften om patienten hade sökt vård direkt i specialistvården (SKR 2020).

Sverige har alltså dels stor variation mellan regionerna när det gäller remisskrav, dels en lägre styrning av patienternas sökmönster från primärvården till specialistvården jämfört med flesta andra IHP-länder. De flesta övriga jämförelseländer har antingen ett generellt remisskrav eller olika former av ekonomiska incitament för att skaffa en remiss, för att på så sätt styra patienterna mot att i första hand kontakta primärvården.

Fyra av jämförelseländerna har generella krav på remiss från primärvården för att få specialistvård. Det gäller Storbritannien, Nya Zeeland, Nederländerna och Australien. I Australien krävs exempelvis remiss för att vårdinsatsen ska subventioneras av den nationella sjukförsäkringen (Glover 2017). I Nederländerna krävs generellt sett remiss från primärvården för att få tillgång till specialistvård. (Anell 2017).

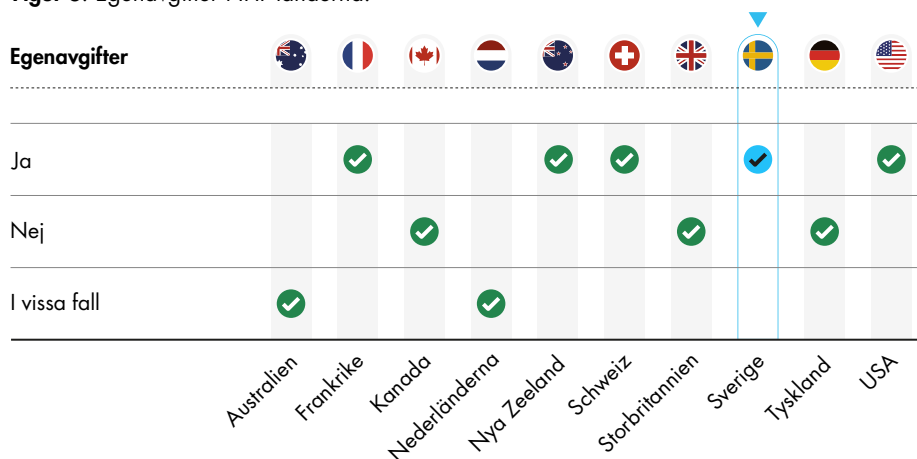
Kanada och Frankrike har inget remisskrav, men de har skilda patientavgifter med eller utan remiss. (Hutchison m.fl. 2011, Allin & Rudoler 2017, OECD & European Observatory on Health Systems and Policies 2017a).

Tyskland, USA och Schweiz har olika regler beroende på vilken lokal sjukförsäkring en person tillhör. Schweiz har inget generellt remisskrav, utom inom vissa försäkringsplaner. I övrigt är patienter fria att söka specialiserad vård direkt. Men specialistläkare arbetar fortfarande främst med patienter via remiss (Cartier et al. 2015). I USA krävs remiss inom vissa försäkringsplaner, som även begränsar valet av specialist, medan andra försäkringsplaner erbjuder patienter bredare och direkt tillgång till specialistvård (The Commonwealth Fund 2017). I Tyskland kan remiss krävas av vissa sjukförsäkringar (Anell 2015).

2.2.4 Flera IHP-länder saknar egenavgifter i primärvården

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

Figur 6. Egenavgifter i IHP-länderna.



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

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

De jämförelseländer som har egenavgifter ligger generellt något lägre än Sverige. I Nya Zeeland är avgiften 15–45 nyzeeländska dollar (80–250 kr) (Gauld 2017). I Frankrike betalar patienten ett fast belopp för varje medicinskt ingrepp. 2005 var avgiften 1 euro för ett läkarbesök (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies 2017a). I Kanada är det i lag förbjudet med egenavgifter för medicinskt motiverade insatser (Hutchison, Levesque, Strumpf & Coyle 2011). Tyskland har inte heller egenavgifter för läkarbesök, men tar i likhet med Sverige ut en egenavgift för till exempel läkemedel (Blümel & Busse 2017, OECD & European Observatory on Health Systems and Policies 2017b). Detsamma gäller Storbritannien (Wilson 2015). I Nederländerna täcks egenavgifterna för besök till läkare och sjuksköterskor i primärvården av den obligatoriska basförsäkringen som kostar cirka 100 euro i månaden (Anell 2017, TransferWise 2017).

3 Arbetet på vårdcentralen

För att primärvården ska kunna axla rollen som ett nav i hälso- och sjukvården är det av avgörande betydelse att hälso- och sjukvårdspersonalen vill och kan arbeta i primärvården. I 2019 års IHP-undersökning var Sverige det land där den högsta andelen av primärvårdsläkarna svarade att de var mycket eller oerhört stressade. I årets undersökning återkommer vi till frågor om stress och arbetsmiljö. Vi redovisar även andra aspekter av arbetet på vårdcentralen, som tillgänglighet, kvalitetsuppföljning och hur covid-19-pandemin har påverkat arbetsbelastningen och vårdens kvalitet.

Resultat för Sverige jämfört med andra länder

- Bara hälften av de svenska primärvårdsläkarna svarar att de är nöjda med att arbeta som läkare. Resultatet är dock det näst högsta bland alla jämförelseländer. Sverige utmärker sig i undersökningen med att vara det land där inga tydliga försämringar har skett sedan den förra undersökningen 2019.
- Tre av tio av de svenska läkarna svarar att de planerar att sluta inom de närmaste tre åren. Utan justering för ålder och kön så har sex av de övriga nio länderna i undersökningen en högre andel som planerar att sluta än Sverige. Vid en justering för de faktorerna så hamnar Sverige i stället på fjärde plats.
- Många primärvårdsläkare, i Sverige och i andra länder, upplever arbetet som mycket stressigt. I samtliga jämförelseländer är arbetsbelastningen och tiden som läggs på administration de aspekter av arbetet som upplevs som mest problematiska. De svenska läkarna svarar inte längre att de är stressade i högst utsträckning, men nivån har inte förbättrats sedan 2019 och resultatet är ändå bland de högsta bland de tio jämförelseländerna.
- Tillgängligheten i form av öppettider på kvällar och helger är lägre hos svenska vårdcentraler än i andra länder, och den tycks inte ha förbättrats sedan 2019. Däremot erbjuder många mottagningar andra möjligheter att få vård utanför kontorstid.
- Svenska vårdcentraler följer oftare upp olika kvalitetsaspekter än i andra länder. Det gäller i synnerhet läkemedelsförskrivningar, behandlingsresultat och patienters upplevelser av vården. Patienters sjukhusvistelser och akutmottagningsbesök följs däremot upp i låg utsträckning på de svenska vårdcentralerna.

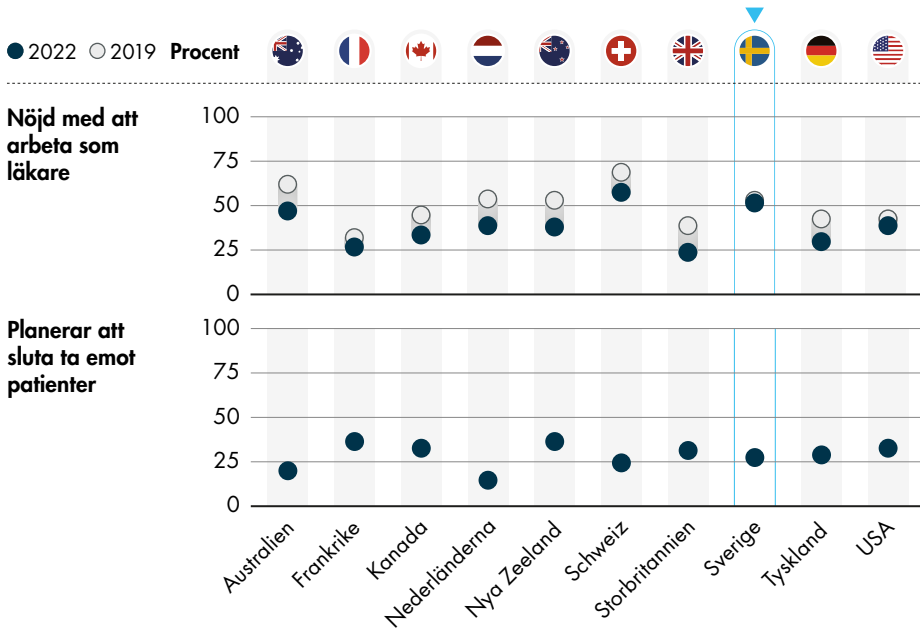
Resultat för Sverige

- Äldre är mer nöjda än yngre med att arbeta som läkare. Män är också mer nöjda än kvinnor. Det gäller både arbetet som läkare generellt och med olika delaspekter av arbetet, som exempelvis arbetsbelastningen.
- Att ha en fast lista med patienter, att ha mer tid per patient och att få den fortbildning man behöver är faktorer som samvarierar med ökad nöjdhet.
- Manliga läkare och läkare över 65 och under 35 svarar mindre ofta än övriga att arbetet är mycket eller extremt stressigt. Andra skyddande faktorer är att få den fortbildning man behöver och möjlighet att lägga mer tid per patient.
- Faktorer som har ett positivt samband med att kunna lägga mer tid per patient är att arbeta på en offentlig vårdcentral, att arbeta i en gles blandkommun och att arbeta färre timmar i veckan.
- Manliga läkare upplever mindre ofta än kvinnliga läkare att olika administrativa aspekter av arbetet är stora problem. Däremot upplever personer som arbetar mer än 40 timmar i veckan oftare att administration är ett stort problem oavsett kön.
- Det är mindre vanligt i områden med svagare socioekonomiska förutsättningar att ha öppet på kvällstid än i socioekonomiskt starkare områden.
- Läkare som arbetar på privata vårdcentraler svarar något oftare än de som arbetar på offentliga vårdcentraler att deras vårdcentral granskar behandlingsresultat.

3.1 Tre av tio läkare planerar att sluta inom tre år

Andelen primärvårdsläkare som svarar att de är nöjda med att arbeta som läkare har minskat betydligt sedan IHP-undersökningen 2019 i alla jämförelseländer förutom Sverige. Nästan tre av tio läkare i hela undersökningen svarar också att de planerar att sluta som läkare inom tre år.

Figur 7. Andelen läkare som instämmer i att de är nöjda med att arbeta som läkare respektive andelen som svarar att de planerar att sluta inom tre år.



Sedan 2019 har andelen som svarar att de är nöjda med att arbeta som läkare minskat kraftigt i samtliga länder som ingår i undersökningen med undantag för Sverige. I sju av länderna har andelen som uppger att de är nöjda minskat med över 10 procentenheter. Sverige placerar sig på andra plats, med näst högst andel som är nöjda, efter Schweiz. Mest missnöjda är läkarna i Storbritannien där bara en av fyra svarar att de är nöjda med att arbeta som läkare. Bland de svenska läkarna svarar drygt hälften, 52 procent, att de på det hela taget är nöjda med att arbeta som läkare. Andelen är högre bland män än bland kvinnor med 56 procent nöjda jämfört med 47 procent.

Knappt tre av tio av läkarna i hela undersökningen svarar att de planerar att sluta ta emot patienter regelbundet inom de kommande tre åren till exempel genom att pensionera sig eller byta yrke. I Nya Zeeland är andelen som planerar att sluta högst, med 37 procent. Lägst andelar hittas i Nederländerna och Australien med 15 respektive 20 procent. Ålder är den starkaste förklaringsfaktorn till att läkare planerar att sluta inom de närmsta åren, men även faktorer som att inte känna sig nöjd med att arbeta som läkare och att ha en hög stressnivå har betydelse för planer på att sluta. När vi kontrollerar för ålder och kön i den internationella jämförelsen framträder Storbritannien, med en förhållandevis stor andel unga läkare, som det land där störst andel svarar att de planerar att sluta. Därefter följer Frankrike, Nya Zeeland och Sverige på fjärde plats. Utan justering för kön och ålder hamnar Sveriges resultat i stället på sjunde plats bland jämförelseländerna.

Bland de svenska läkarna svarar nästan tre av tio, 28 procent, att de planerar att sluta. Siffran är något högre för män än för kvinnor (30 procent respektive 24 procent). Siffran kan jämföras med resultatet från en enkät från Sveriges läkarförbund där en fjärdedel, 25 procent, av läkarna i primärvården svarade att de överväger att helt lämna yrket. Andelen av primärvårdsläkarna som övervägde att sluta var högre än bland läkare som arbetar på sjukhus där motsvarande andel var 20 procent. Allmänmedicin var också den specialitet, efter barn- och ungdomspsykiatri, där högst andel angav att de funderade på att lämna yrket (Sveriges läkarförbund 2022).

3.1.1 Analys av det svenska resultatet

De viktigaste resultaten är:

- Äldre är mer nöjda än yngre med att arbeta som läkare. Män är också mer nöjda än kvinnor.
- Tre faktorer som samvarierar med ökad nöjdhet är att ha en fast lista med patienter, att ha mer tid per patient och att få den fortbildning man behöver.

Individfaktorer

Läkare som är 65 år och äldre är nöjdare med att jobba som läkare än yngre. En viktig delförklaring till det är sannolikt att de som valt att fortsätta att arbeta efter 65 års ålder antagligen trivs bättre än genomsnittet på sitt jobb. Män är mer nöjda med att arbeta som läkare än kvinnor.

Läkare som arbetar mer än 50 timmar i veckan är mindre nöjda än personer som arbetar mindre. Sannolikt förklaras sambandet till stor del av att de som arbetar många timmar i veckan också har höga nivåer av stress. När vi kontrollerar för stress i regressionen försvinner sambandet och vi ser i stället att de som arbetar fler timmar är mer nöjda.

Hög ålder är den faktor som starkast samvarierar med att läkarna planerar att sluta ta emot patienter inom de närmsta tre åren, men det finns även andra signifikanta samband. Att vara nöjd med att arbeta som läkare och att vara nöjd med sin inkomst är faktorer som tycks minska viljan att sluta. Faktorer som i stället tycks öka viljan att sluta är att uppleva att administrativa aspekter innebär stora problem och att vara utmattad.

Vårdcentralens förutsättningar

Det finns flera faktorer kopplade till vårdcentralens förutsättningar och arbetssätt som visar på samband med läkarnas nöjdhet med sitt yrke. Faktorer som har ett positivt samband med att vara nöjd med att arbeta som läkare är att ha mer tid per patient, att ha en personlig lista med invånare som man är fast läkarkontakt för, få den fortbildning man behöver för att upprätthålla och utveckla sin medicinska kompetens och få den utbildning man behöver för att utveckla sina egna och organisationens arbetssätt.

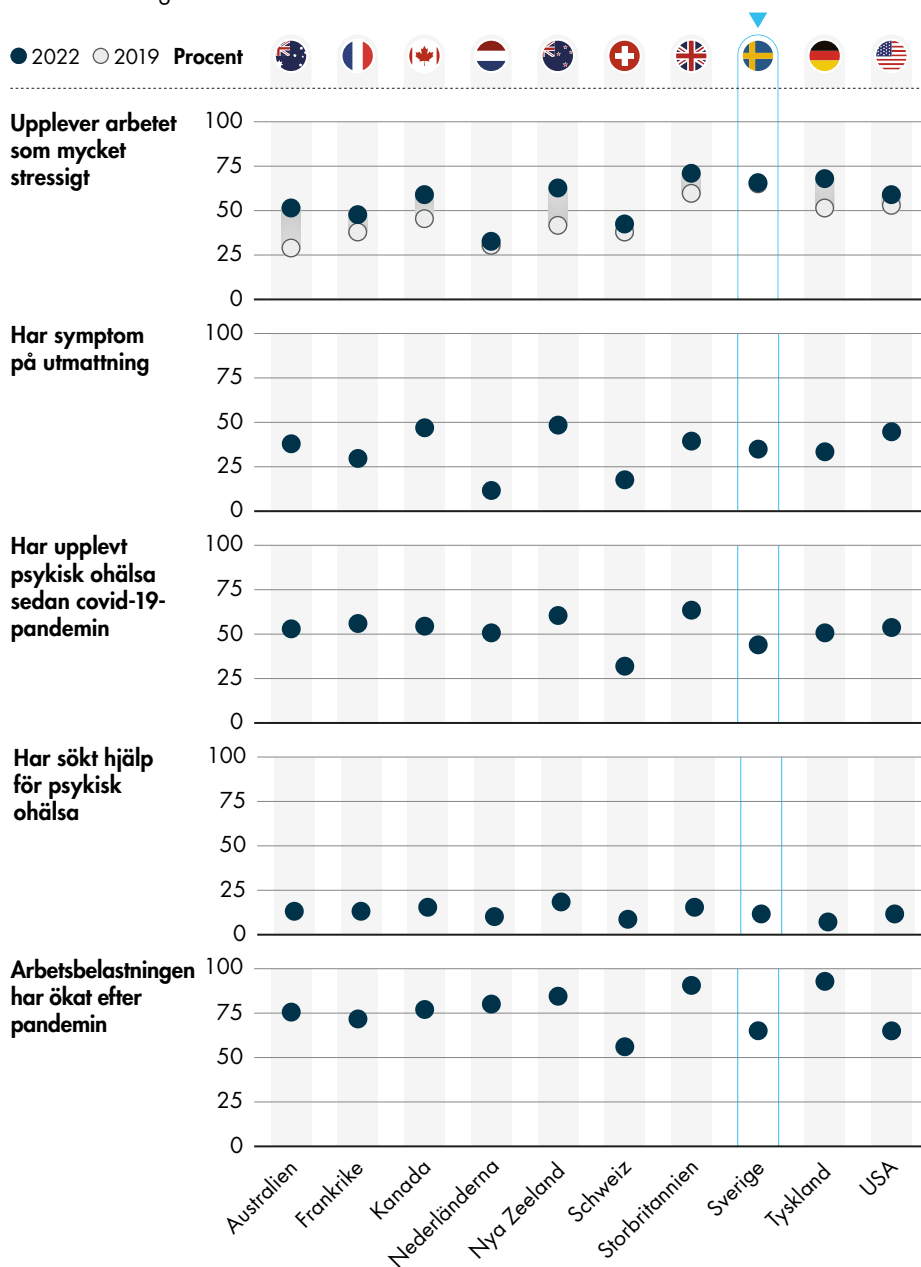
Att uppleva att covid-19-pandemin har medfört försämringar i vårdens kvalitet och att den har lett till ökad arbetsbelastning är faktorer som tycks minska nöjdheten med att arbeta som läkare. Att svara att man upplever stora problem med administrativa ärenden kopplat till Försäkringskassan, patientdokumentation och att samordna remisser har också ett samband med att känna sig mindre nöjd med att arbeta som läkare. Det finns också signifikanta skillnader mellan olika kommuntyper. Läkare som arbetar i glesbefolkade landsbygdskommuner är mindre nöjda än personer som arbetar i storstadskommuner.

För frågan om ifall läkarna planerar att sluta ta emot patienter inom de närmsta tre åren visar analysen på färre signifikanta faktorer kopplade till vårdcentralens förutsättningar. Läkare som arbetar på privata vårdcentraler svarar oftare att de planerar att sluta ta emot patienter inom de närmsta tre åren än läkare på offentliga vårdcentraler. Läkare som svarar att de har mer tid per patient svarar mindre ofta att de planerar att sluta. I övrigt finns det få signifikanta skillnader kopplade till vårdcentralens förutsättningar.

3.2 Läkarna har höga nivåer av stress och psykisk ohälsa

Många läkare i primärvården upplever att arbetet är mycket stressigt. Två av tre svenska läkare svarar att deras arbete är mycket eller oerhört stressigt och en av tre läkare svarar att de har symtom på utmattning.

Figur 8. Andelen läkare som instämmer i ett antal påståenden om stress, psykisk ohälsa och arbetsbelastning.



I 2019 års undersökning var Sverige det land som hade högst andel som svarade att deras arbete var mycket eller oerhört stressigt. Resultaten ligger kvar på samma höga nivå även i årets undersökning. Två av tre svenska läkare svarar att deras arbete är mycket stressigt. Och kvinnor svarar oftare än män att arbetet är mycket stressigt (72 procent jämfört med 61 procent).

I många av jämförelseländerna har andelen som svarar att arbetet upplevs som mycket stressigt ökat påtagligt. I Tyskland och Storbritannien har andelen ökat så pass att nivån ligger ännu högre än i Sverige. Ökningen är även betydande i Australien, Frankrike, Kanada och Nya Zeeland.

Av de svenska läkarna svarar drygt en av tre, 35 procent, att de har symtom på utmattning. Andelen är högre bland kvinnor (39 procent) än bland män (31 procent). Resultatet ligger i linje med andra länders värden som varierar mellan 12 och 49 procent. Andelen som svarar att de har upplevt psykisk ohälsa som ångest, ilska eller känslor av hopplöshet sedan covid-19-pandemin bröt ut i mars 2020 uppgår till 44 procent bland de svenska läkarna. För kvinnorna är andelen 50 procent och för männen 38 procent. Med undantag för Schweiz är andelen ännu högre i övriga jämförelseländer. Högst är nivån i Storbritannien där nästan två av tre läkare svarar att de har upplevt psykisk ohälsa.

Bland de svenska läkarna svarar 12 procent att de har sökt professionell hjälp för psykisk ohälsa sedan covid-19-pandemin bröt ut. Andelen är 14 procent bland kvinnorna och 10 procent bland männen. Även det resultatet ligger i linje med övriga jämförelseländer i undersökningen.

När det gäller arbetsbelastning svarar två av tre av de svenska läkarna att den har ökat något eller mycket jämfört med innan covid-19-pandemin. Av kvinnorna svarar 68 procent att den har ökat och av männen svarar 61 procent det. Med undantag för Schweiz är andelen ännu högre i övriga jämförelseländer.

En nyligen publicerad studie baserad på enkätdata riktad till läkare i Sverige visade att 17 procent av primärvårdsläkarna har symtom på utmattning (Hagqvist et al. 2022). Nivån på andelen som har symtom på utmattning var lägre än i IHP-undersökningens 35 procent. Skillnaden kan förklaras av att frågorna är ställda på olika sätt och därmed fångar symtom av olika aspekter eller allvarlighetsgrad. Resultaten samlades in under våren 2021, det vill säga under den tredje vågen av covid-19-pandemin. Förekomsten av symtom på utmattning varierade beroende på kön och position. Kvinnor, yngre åldersgrupper och juniora läkare svarade oftare att de hade symtom på utmattning. Förekomsten var också högre bland individer verksamma i primärvården än sjukhusbaserade läkare.

Läkarförbundets primärvårdsenkät från 2020 visade också höga nivåer av stress hos primärvårdsläkare. En tredjedel svarade att de upplevde en oacceptabel tidspress på arbetet och fyra av tio svarade att de normalt sett inte kunde avsluta sitt arbete inom sin arbetstid. Sex av tio svarade angav att de arbetade deltid och av dem gjorde 17 procent det på grund av den dåliga arbetsmiljön (Sveriges läkarförbund 2021).

Kontaktyrken inom vård och omsorg har länge varit kända riskyrken för sjukfrånvaro, men läkare har inte tidigare framträtt som en högriskgrupp. En registerstudie från Försäkringskassan av sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser, där det har varit möjligt att särskilja olika läkargrupper, visar dock att specialistläkarna, det vill säga den mest kvalificerade läkargruppen, har en ökad risk för sjukfrånvaro, i synnerhet för psykiatriska diagnoser som utmattningssyndrom. (Försäkringskassan 2020). En analys av Socialstyrelsen visar vidare att specialistläkare som är verksamma inom primärvården har fler sjukdagar per år jämfört med specialistläkare som är verksamma inom andra områden i hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen & Nationella vårdkompetensrådet 2022).

3.2.1 Analys av det svenska resultatet

De viktigaste resultaten är:

- Kvinnliga läkare och läkare i åldern 35–64 år svarar i högre utsträckning än övriga att arbetet är mycket eller oerhört stressigt.
- Läkare som svarar att de får den fortbildning de behöver och att de kan lägga mer tid per patient svarar mindre ofta att de är mycket eller oerhört stressade.
- Hur hög stress som läkarna känner skiljer sig åt mellan regionerna.

Individfaktorer

Kvinnor upplever oftare än män att arbetet som primärvårdsläkare är mycket stressigt. Kvinnor svarar också oftare att deras arbetsbelastning har ökat jämfört med innan covid-19 pandemin. De svarar också oftare att de har symtom på utmattning, eller att de under pandemin upplevde psykisk ohälsa i form av ångest, ilska eller känslor av hopplöshet. Det är också vanligare att kvinnor har sökt professionell hjälp för psykisk ohälsa.

Även ålder har ett signifikant samband med stress och utmattning. Flest läkare i åldern 35 till 44 svarar att de är mycket stressade, och flest läkare i åldern 45–64 svarar att de har symtom på utmattning.

Det finns även signifikanta samband mellan arbetstid och stressnivå. Läkare som arbetar mer än 50 timmar i veckan svarar oftare än de som arbetar 41–50 timmar att deras arbete är mycket stressigt och att de har symtom på utmattning. De svarar också oftare att deras arbetsbelastning har ökat sedan pandemin.

Ytterligare faktorer som tycks ha en negativ effekt på stressnivån är att uppleva att covid-19-pandemin har försämrat vårdens kvalitet och ökat arbetsbelastningen samt att uppleva att olika administrativa aspekter är ett stort problem.

Vårdcentralens förutsättningar

Läkare på vårdcentraler i glesa landsbygdskommuner rapporterar oftare än läkare på vårdcentraler i storstadskommuner att arbetet som primärvårdsläkare är mycket eller oerhört stressigt och att arbetsbelastningen ökat jämfört med innan pandemin.

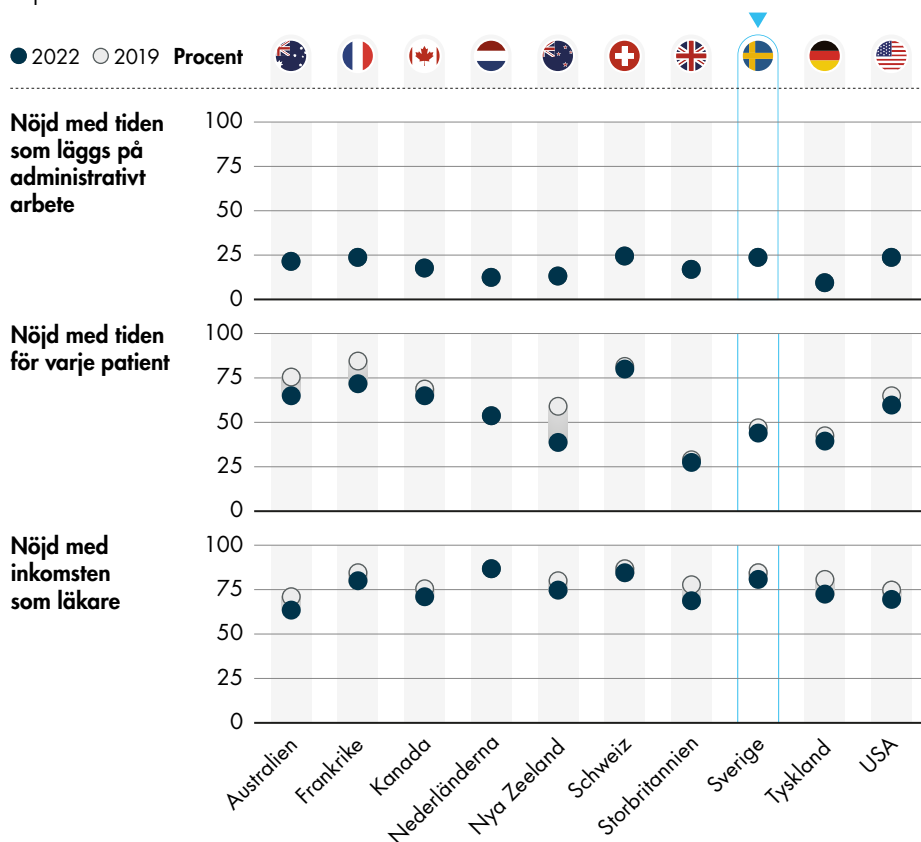
Läkare i Stockholm svarar oftare än läkare i medianregionen att deras arbete är mycket eller oerhört stressigt. Den region där läkare minst ofta svarar att deras arbete är mycket eller oerhört stressigt är Jämtland Härjedalen. När det gäller symtom på utmattning är det emellertid andra regioner som sticker ut. Läkare i Norrbotten svarar oftare att de har utmattningssymtom än medianregionen medan läkare i Örebro svarar detsamma i lägre utsträckning än medianregionen.

Faktorer som tycks skydda mot stress och som är kopplade till vårdcentralens arbetssätt är att ha mer tid per patient och att läkarna får den fortbildning de behöver.

3.3 Stora problem med arbetsbelastning och administration

Bland de aspekter som läkarna i undersökningen känner sig mest missnöjda med är arbetsbelastningen och tiden de lägger på administration. För de flesta jämförelseländer har dessutom nivåerna försämrats från tidigare år.

Figur 9. Andelen läkare som instämmer i ett antal påståenden om de är nöjda med olika aspekter av arbetet.



Tiden för administration är den aspekt i undersökningen som störst andel av läkarna är missnöjda med. I Sverige svarar enbart knappt en av fyra, 24 procent, att de är nöjda med tiden de lägger på administrativt arbete. Även när det gäller administration är kvinnorna mindre nöjda än männen. Bland kvinnorna svarar 18 procent att de är nöjda med tiden de lägger på administrativt arbete. Motsvarande siffra för männen är 29 procent. I övriga länder är nivåerna också låga och varierar mellan 10 och 25 procent.

Många läkare är också missnöjda med tiden de har till direkt patientarbete. Mindre än hälften, 44 procent, bland de svenska läkarna svarar att de är nöjda med den tid de kan lägga på varje patient. Bland männen svarar 49 procent att de är nöjda och bland kvinnorna 39 procent. Variationen är stor mellan de svarande länderna. I Storbritannien svarar bara 28 procent att de är nöjda med tiden de kan lägga på patienterna medan motsvarande siffra för Schweiz är 80 procent.

Inkomsten är den aspekt av frågorna i undersökningen som flest känner sig nöjda med. Specialister i allmänmedicin har i genomsnitt också en högre inkomst än specialistläkare inom andra medicinska specialiteter (Vård- och omsorgsanalys 2018). Bland de svenska läkarna svarar 81 procent att de är nöjda med inkomsten. Kvinnorna är något mer nöjda med sin inkomst än männen (83 procent i jämförelse med 80 procent). Resultaten för övriga länder ligger mellan 64 och 87 procent. Nivåerna har sjunkit något i samtliga länder, men minskningen är marginell.

3.3.1 Analys av det svenska resultatet

De viktigaste resultaten är:

- Män är generellt mer nöjda än kvinnor med olika aspekter av arbetet som läkare. Undantaget är inkomsten, som kvinnorna är mer nöjda med.

Individfaktorer

Män är mindre nöjda med sin inkomst än kvinnor, men mer nöjda med tiden de lägger på administrativt arbete.

Läkare som är 65 år och äldre är mer nöjda än yngre med tiden de kan lägga på varje patient.

Läkare som arbetar mer än 40 timmar i veckan är genomgående mindre nöjda med olika aspekter av sitt arbete än personer som arbetar 20–40 timmar i veckan.

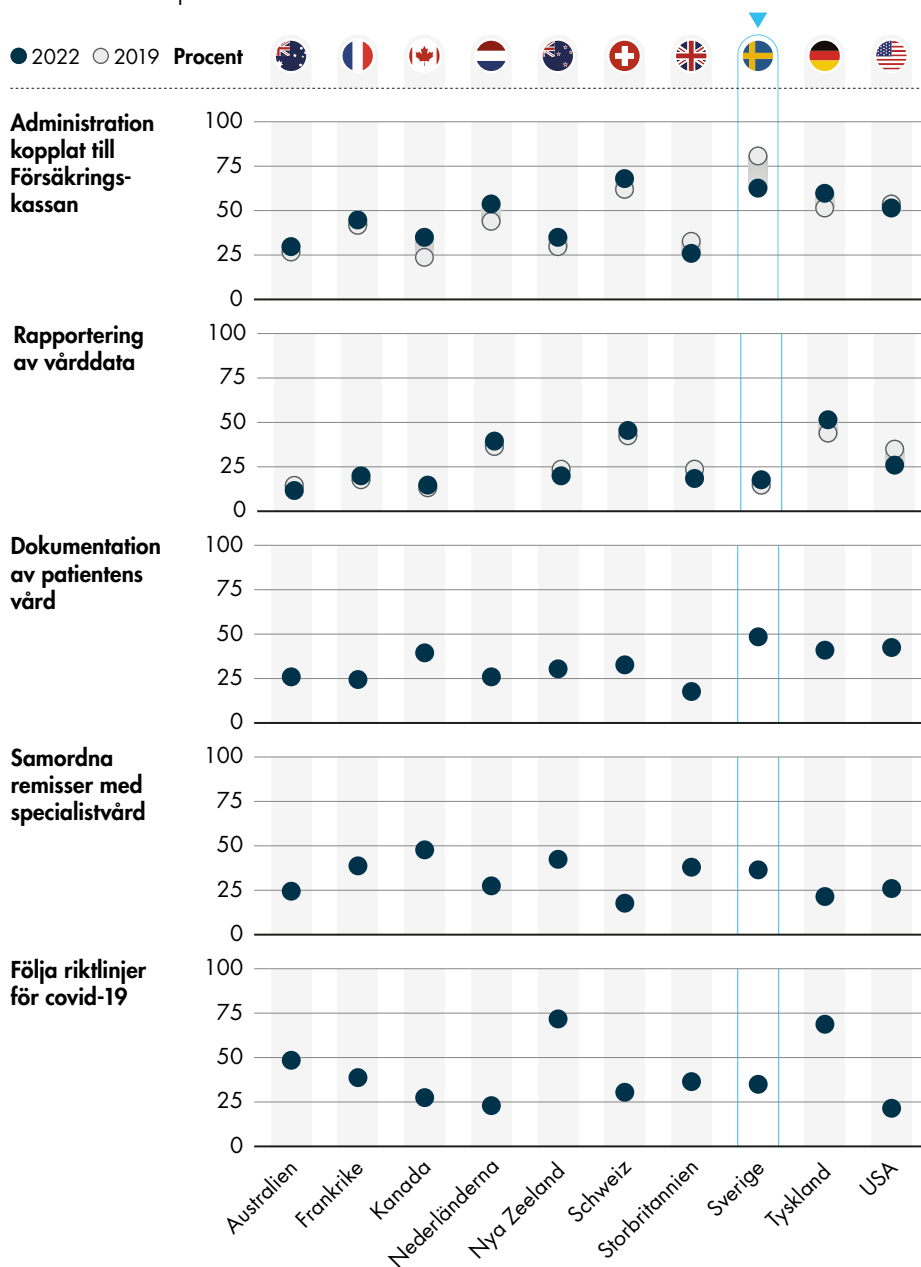
Vårdcentralens förutsättningar

Läkare som arbetar i tätade blandade kommuner är mindre nöjda med tiden de kan lägga per patient än läkare som arbetar i storstadskommuner.

3.4 Störst problem med administration kopplad till Försäkringskassan och patientdokumentation

Av de administrativa aspekter som IHP-undersökningen frågar om så upplever läkarna störst problem med den administration som är kopplad till Försäkringskassan samt dokumentationen av patientens vård.

Figur 10. Andelen läkare som upplever att det är ett problem med den tid de lägger på olika administrativa aspekter av sitt arbete.



Bland de svenska läkarna svarar sex av tio att tiden som de lägger på administrativa ärenden kopplade till Försäkringskassan är ett stort problem. Andelen är marginellt högre bland kvinnorna än männen (63 procent jämfört med 62 procent). Värdet är det näst högsta bland jämförelseländerna – bara läkare i Schweiz har en högre andel. Men den har ändå minskat betydligt från 2019 års resultat, när hela åtta av tio av de svenska läkarna svarade att tiden för administration kopplad till Försäkringskassan var ett stort problem. Läkarkåren har ofta lyft fram administrativa ärenden kopplade till Försäkringskassan, som läkarintyg till sjukpenning, som mycket tids- och resurskrävande, och flera insatser pågår för att effektivisera intygprocessen. Dit hör exempelvis digitalisering av intygprocessen och förslag på att utreda om intyg kan utföras av fler professioner än bara läkare (SOU 2022:22). Resultatet från årets IHP-undersökning tyder på att insatserna har gett en viss effekt, men administrationen kopplad till Försäkringskassan fortsätter att vara ett betydande problem.

Även tiden för dokumentation av patientens vård och besök, inklusive läkaranteckningar och elektronisk journalföring upplever svenska läkare ofta som problematiskt. Nästan hälften, 49 procent, av de svenska läkarna uppger att tiden de lägger på patientdokumentation är ett stort problem. Bland kvinnorna svarar 53 procent att det är ett stort problem, vilket är en högre nivå än för männen där andelen uppgår till 45 procent. Siffran är den högsta bland alla jämförelseländer i undersökningen.

Det är något färre som svarar att tiden de lägger på att samordna remisser med specialister är ett stort problem. Av de svenska läkarna svarar 37 procent (33 procent av männen och 40 procent av kvinnorna) att tiden de lägger på att samordna remisser är ett stort problem. Här placerar sig Sveriges resultat ungefär i mitten av de andra jämförelseländerna.

När det gäller tiden för att följa ändrade riktlinjer och rekommendationer för covid-19 svarar 35 procent av de svenska läkarna (32 procent av männen och 38 procent av kvinnorna) att det är ett stort problem. Värdet är i nedre delen bland jämförelseländerna, där andelen varierar mellan 22 och 72 procent. Högst är värdena för Nya Zeeland och Tyskland där 72 respektive 69 av läkarna svarar att det är ett stort problem.

Slutligen svarar de svenska läkarna att tiden de lägger på att rapportera kliniska data eller vårdkvalitetsdata till statliga myndigheter eller regionledningar förhållandevis sällan är ett stort problem. Av de svenska läkarna svarar 18 procent (20 procent av männen och 17 procent av kvinnorna) att det är ett stort problem. Värdet är det tredje lägsta bland alla jämförelseländer i undersökningen. Högst andelar hittas i Tyskland och Schweiz, där 52 och 46 procent av läkarna svarar att det är ett stort problem.

3.4.1 Analys av det svenska resultatet

De viktigaste resultaten är:

- Kvinnliga läkare upplever oftare än manliga läkare att administration är ett stort problem.
- Personer som arbetar mer än 40 timmar i veckan upplever oftare att administration är ett stort problem.
- Läkare i Stockholm, Skåne och Jönköping svarar oftare att administration är ett stort problem.

Individfaktorer

Män har mindre problem än kvinnor med tiden de lägger på dokumentation av patienternas vård, att samordna remisser och att följa upp ändrade covid-19-riktlinjer. Även läkare som är 65 år och äldre har mindre problem med tiden de lägger på remisser och covid-19-riktlinjer än yngre läkare.

Läkare som arbetar mer än 40 timmar i veckan upplever större problem med administrationen. De upplever samtliga typer av administration i enkäten som ett problem jämfört med läkare som arbetar 20–40 timmar i veckan.

Vårdcentralens förutsättningar

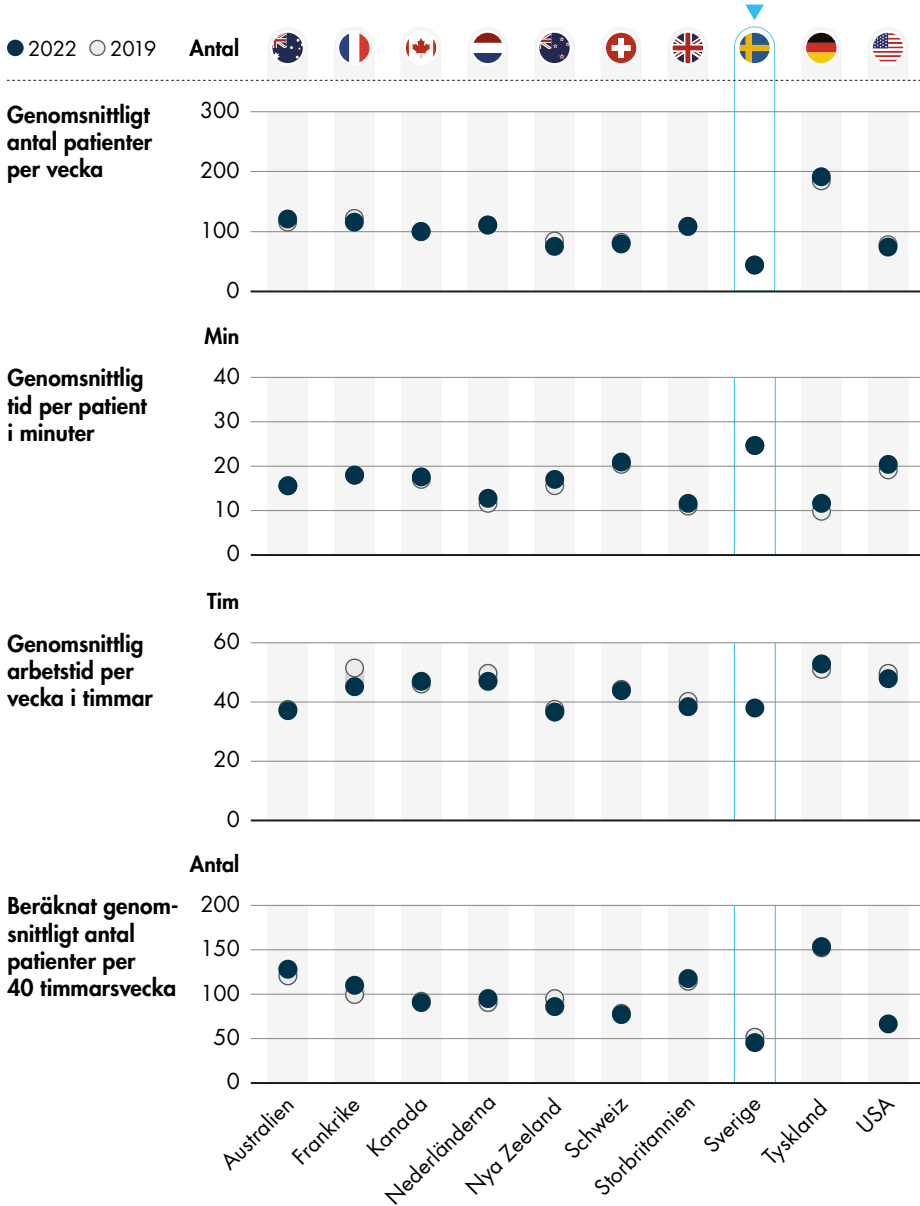
Det finns flera regionala skillnader i hur vanligt det är att uppleva administrativa uppgifter som ett problem. Läkare i Stockholm, Skåne och Jönköping svarar oftare än läkare i medianregionen att administration är ett stort problem. I Jönköping och Stockholm svarar läkarna oftare att tiden de lägger på administrativa ärenden kopplade till Försäkringskassan är ett stort problem. I Jönköping och i Skåne svarar läkarna oftare att tiden de lägger på patientdokumentation är ett stort problem.

Läkare i Kalmar skiljer sig positivt från läkare i medianregionen eftersom de mindre ofta svarar att tiden de lägger på administrativa ärenden kopplade till Försäkringskassan är ett stort problem. Även läkare i Dalarna utmärker sig positivt från medianregionen eftersom de mindre ofta svarar tiden de lägger på patientdokumentation och samordning av remisser innebär ett stort problem.

Med undantag för skillnader mellan regionerna har vårdcentralernas övriga förutsättningar inga statistiskt säkerställda samband med att läkarna upplever problem med administrativa aspekter av arbetet.

3.5 Svenska läkare har mer tid per patient och träffar färre patienter

Figur 11. Antalet patienter läkarna uppger att de träffar, deras arbetstid och hur lång tid de har för ett patientbesök.



Trots att de svenska läkarna visar på höga nivåer av stress, är antalet patienter en svensk läkare träffar per 40-timmarsvecka lägst jämfört med de andra länderna i undersökningen. Den genomsnittliga tiden per patient är också högst i Sverige jämfört med övriga länder.

Möjliga förklaringsfaktorer till att besöken är längre i Sverige är ersättnings-systemens utformning, kontinuiteten i patientkontakterna och personalmixen på vårdcentralerna.

Sverige utmärker sig bland de deltagande länderna med att ersättningen till vårdcentralerna till största delen baseras på kapitation, det vill säga en fast ersättning kopplad till varje listad person på vårdcentralen och inte på en rörlig ersättning per besök (se kapitel 2). En rörlig besöksersättning skapar starkare incitament till att producera många besök. I länder som har ersättningsystem utifrån den modellen kan det leda till att läkarna träffar patienterna oftare. Dessa kontakter blir då sannolikt kortare eftersom de kanske inte alltid innehåller en medicinsk bedömning.

En bristande kontinuitet är ett uppmärksammat problem inom svensk primärvård och kan vara en faktor som leder till att patientkontakterna blir längre i Sverige. I IHP-undersökningen från 2020 som riktades till befolkningen 18 år och äldre såg vi att Sverige utmärker sig i jämförelsen i och med att endast cirka 35 procent av befolkningen har en ordinarie läkare de vanligtvis går till för sin vård (Vård- och omsorgsanalys 2021a). I alla andra länder i jämförelsen så har de allra flesta en ordinarie läkare. När läkaren träffar patienten för första gången har den mindre bakgrundsinformation och kännedom om patienten än om den var en kontinuerlig relation vilket kan öka behovet av längre kontakter.

Slutligen kan personalmixen på vårdcentralerna bidra till att den genomsnittliga tiden med patient är längre för de svenska läkarna i jämförelse med andra länder. Eftersom det finns många andra yrkesgrupper som kan avlasta enklare patientfall kan det leda till att de patienter som läkarna möter i genomsnitt har större vårdbehov som kräver mer tid.

3.5.1 Analys av det svenska resultatet

De viktigaste resultaten är:

- Läkare som arbetar fler timmar i veckan lägger i genomsnitt mindre tid per patient.
- Läkare på offentliga vårdcentraler och i glesa blandkommuner lägger mer tid per patient.

Individfaktorer

Bland individfaktorerna påverkar både ålder och antalet arbetade timmar per vecka den genomsnittliga tiden som läkarna kan lägga på en patient. Det finns också ett tydligt samband mellan att vara nöjd med tiden till varje patient och att kunna lägga mer tid. Den åldersgrupp som lägger mest tid per patient är de yngsta läkarna.

När det gäller arbetstid visar analysen ett negativt samband mellan arbetstid per vecka och tid per patient. Läkare som arbetar mer än 51 timmar i veckan kan lägga mindre tid per patient än övriga läkare, och de läkare som jobbar mindre än 20 timmar i veckan kan lägga mest tid per patient. Det paradoxala sambandet beror sannolikt på att läkare som jobbar övertid också har en hög arbetsbörda, vilket även påverkar hur mycket tid de kan lägga på varje patient.

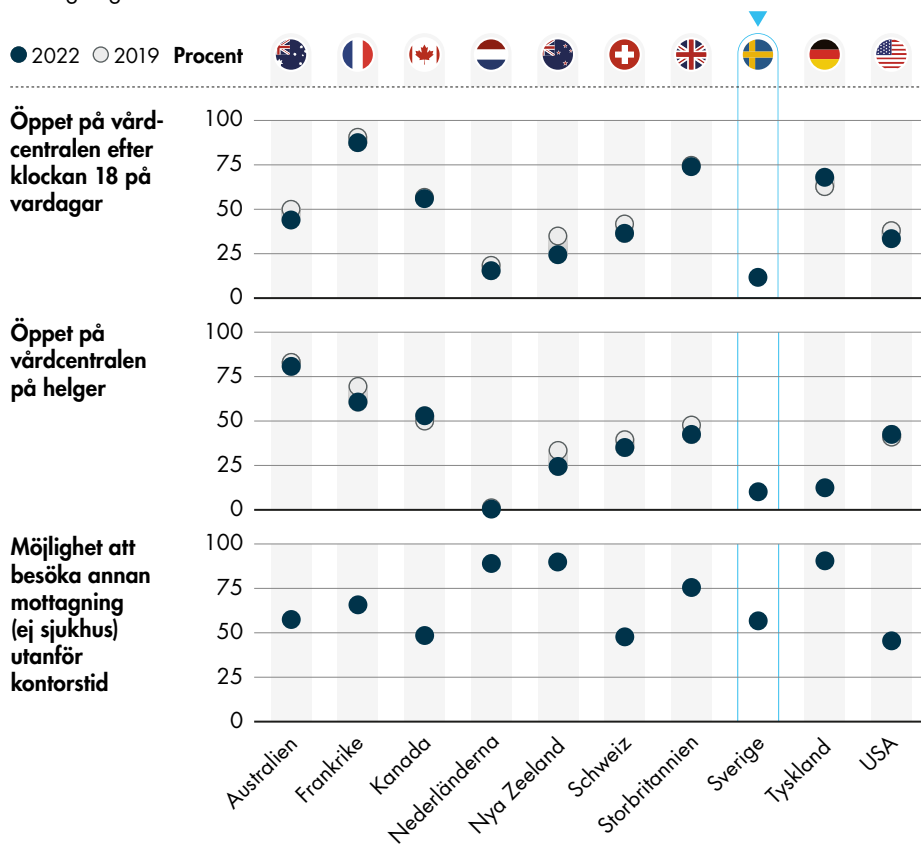
Vårdcentralens förutsättningar

Även vårdcentralens förutsättningar påverkar tiden per patient. Läkare på offentliga vårdcentraler och läkare på vårdcentraler med ett högt vårdbehov i området svarar att de kan lägga mer tid per patient än övriga. Det finns också vissa skillnader mellan olika kommuntyper och regioner. Läkare i glesa blandkommuner svarar att de kan lägga mer tid per patient än läkare i storstadskommuner. Läkare i Region Örebro svarar att de har mer tid per patient än medianregionen.

3.6 Få svenska vårdcentraler har öppet utanför kontorstid

En hög tillgänglighet till primärvården är viktig för att den ska kunna fungera som ett nav i hälso- och sjukvården. Tillgänglighet är ett mångfasetterat begrepp som innefattar bland annat väntetider och geografiskt avstånd. En aspekt av tillgänglighet som IHP-undersökningen berör är öppettider på vårdcentralerna och möjligheter att erbjuda vård utanför kontorstid, vid sidan av sjukhusens akutmottagningar.

Figur 12. Andelen läkare som instämmer i ett antal påståenden om öppettider på den mottagning där de arbetar.



Svenska vårdcentraler har ofta öppet på kontorstid på vardagar, men få har öppet på kvällar och helger jämfört med andra länder i undersökningen. Däremot är det förhållandevis vanligt att erbjuda andra möjligheter att träffa läkare och sjuksköterskor utanför kontorstid, till exempel på en närakut eller jourmottagning.

Bara 12 procent av de svenska läkarna svarar att de arbetar på en mottagning som har öppet efter klockan 18. Siffran skiljer sig stort från länder som Frankrike och Storbritannien, där 88 respektive 74 procent av läkarna uppger att öppettiderna sträcker sig efter kl. 18.

Det är också ovanligt att vårdcentraler i Sverige har öppet på helger. Av de svenska läkarna svarar bara 11 procent att de arbetar på en mottagning med helgöppet. I Australien, där helgöppet är som vanligast, uppger 81 procent att de arbetar på en vårdcentral som har öppet på helger.

När det gäller möjlighet att träffa läkare eller sjuksköterska på något annat sätt under kvällar och helger ligger Sveriges nivå i linje med övriga länders värden.

Sex av tio svenska läkare svarar att det finns möjlighet att träffa en läkare eller sjuksköterska utanför kontorstid, utan att behöva gå till en akutmottagning på ett sjukhus.

3.6.1 Analys av det svenska resultatet

I regressionsanalyserna av öppettider på mottagningarna analyserar vi egenskaper hos vårdcentralerna och inte individegenskaper hos läkarna. Anledningen till det är att vi antar att öppettider kan variera mellan vårdcentraler men inte mellan läkare på en och samma vårdcentral.

De viktigaste resultaten är:

- Vårdcentraler i socioekonomiska svagare områden har mindre ofta öppet på kvällstid jämfört med socioekonomiskt starkare områden.
- Vårdcentralernas öppettider skiljer sig åt mellan olika regioner.

Vårdcentralens förutsättningar

Privata vårdcentraler och vårdcentraler i mycket avlägset belägna landsbygdskommuner erbjuder i högre utsträckning än offentliga vårdcentraler och vårdcentraler i storstadskommuner öppettider efter kl. 18 på vardagar. Samtidigt är det mindre vanligt i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar att ha öppet kvällstid jämfört med socioekonomiskt starkare områden.

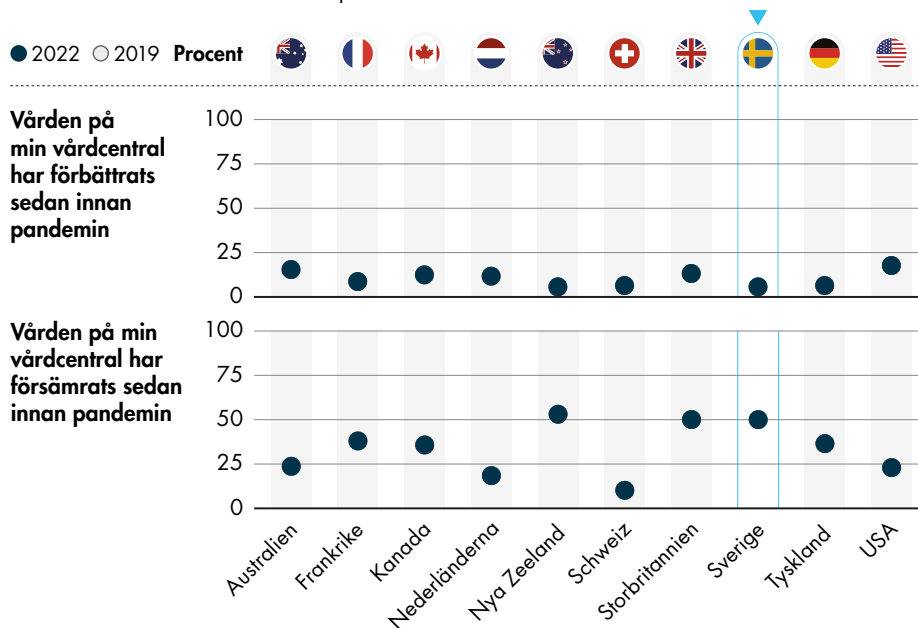
Privata vårdcentraler och vårdcentraler som ligger i avlägset belägna landsbygdskommuner har oftare öppet på helger jämfört med andra vårdcentraler. Landsbygdskommuner som är mycket avlägset belägna erbjuder också i högre utsträckning än storstadskommuner möjligheten att träffa vårdpersonal utanför ordinarie öppettider på exempelvis jourmottagningar eller närakuter. Det är samtidigt mindre vanligt i avlägset belägna tätbefolkade kommuner jämfört med storstadskommuner.

Vårdcentralernas öppettider varierar också mellan regionerna. Vårdcentraler i Södermanland, Jämtland Härjedalen, Skåne, och Jönköping har i högre utsträckning öppet efter klockan 18 än vårdcentraler i medianregionen. Det är också vanligare i Blekinge och Jönköping att vårdcentralerna kan erbjuda möjligheten att på något annat sätt träffa en läkare eller sjuksköterska utanför ordinarie öppettider, än i medianregionen. Samtidigt är det mindre vanligt i Dalarna än i medianregionen att vårdcentralerna har öppet på helger, och mindre vanligt i Uppsala, Västerbotten och Stockholm att det finns möjlighet att träffa någon annan läkare eller sjuksköterska utanför ordinarie öppettider.

3.7 Hälften upplever att vården har försämrats efter covid-19-pandemin

Covid-19-pandemin förändrade förutsättningarna för arbetet inom primärvården i hög utsträckning. Många undvek att söka vård vilket ledde till ett uppdämt vårdbehov, i synnerhet för riskgrupper och personer med långvariga hälsobesvär. Pandemin medförde även ett förändrat arbetssätt med ett ökat antal digitala kontakter (Vård- och omsorgsanalys 2021b). Pandemin tycks ha lett till tydliga försämringar av vården på vårdcentralerna. I IHP-undersökningen svarar hälften av de svenska läkarna att vården på deras vårdcentral har försämrats sedan innan pandemin medan endast 6 procent svarar att vården har förbättrats.

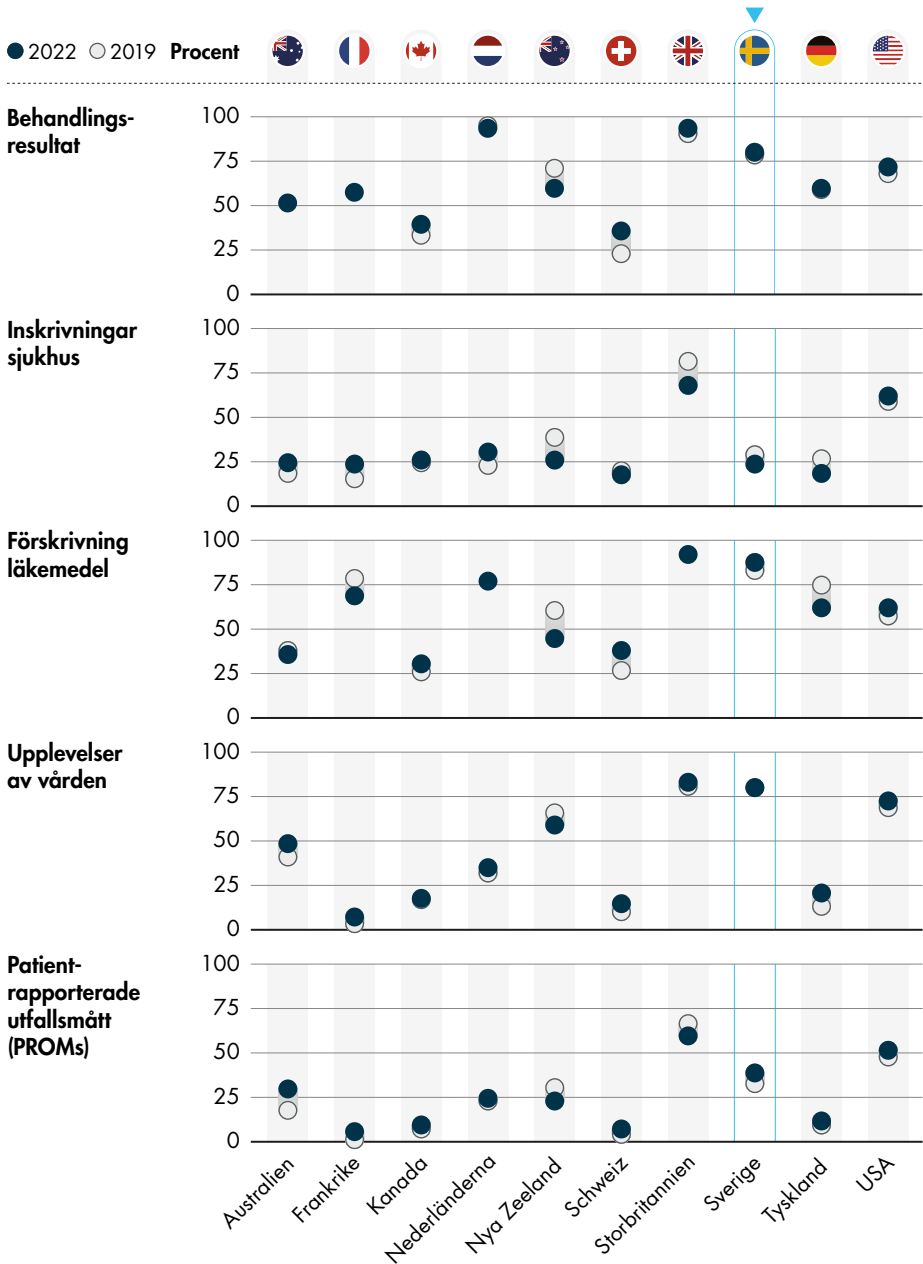
Figur 13. Andelen läkare som instämmer i påståendet att vården på vårdcentralen har försämrats sedan innan covid-19-pandemin.



3.8 Svenska vårdcentraler följer ofta upp kvalitetsaspekter

Hur regelbundet vårdcentraler följer upp olika aspekter kopplade till vårdens kvalitet varierar, men i förhållande till de andra jämförelseländerna är nivån på uppföljningen hög på de svenska vårdcentralerna. Svenska läkare svarar ofta att vårdcentralen de arbetar på regelbundet (varje år eller kvartal) granskar behandlingsresultat, förskrivning av läkemedel och patienternas upplevelser av vården. Däremot granskar vårdcentralerna betydligt mindre ofta inskrivningar vid sjukhus, besök vid akutmottagningar och patientrapporterade utfallsmått än andra kvalitetsmått enligt undersökningen.

Figur 14. Andelen läkare som instämmer i ett antal påståenden om olika aspekter av uppföljning.



Åtta av tio svenska läkare svarar de regelbundet granskar behandlingsresultat. Lika många svarar att de följer upp upplevelser av vården. Förskrivning av läkemedel följs upp i ännu högre utsträckning. Nästan nio av tio svenska läkare svarar att de regelbundet följer upp läkemedelsförskrivning.

Bara en av fyra svenska läkare svarar att vårdcentralerna regelbundet granskar hur ofta patienterna tas in på sjukhus eller besöker akuten. Nivån är i linje med de flesta andra jämförelseländer med undantag för Storbritannien och USA, där en större andel av läkarna svarar att den typen av uppföljning äger rum regelbundet.

Patientrapporterade utfallsmått följs upp regelbundet enligt fyra av tio svenska läkare. Nivån ligger något över genomsnittet för övriga jämförelseländer. Läkare i Storbritannien och USA svarar i störst utsträckning bland jämförelseländerna att patientrapporterade utfallsmått följs upp regelbundet.

3.8.1 Analys av det svenska resultatet

Eftersom frågorna om uppföljning handlar om vårdcentralens uppföljning, analyserar vi inte resultatet utifrån individfaktorer utan enbart utifrån vårdcentralens förutsättningar. De viktigaste resultaten är:

- Läkare som arbetar på privata vårdcentraler svarar något oftare att deras vårdcentral granskar behandlingsresultat än de som arbetar på offentliga vårdcentraler.
- Det finns även skillnader mellan regionerna i hur ofta kvalitetsaspekter följs upp.

Vårdcentralens förutsättningar

Läkare som arbetar på privata vårdcentraler svarar något oftare att deras vårdcentral granskar behandlingsresultat än de som arbetar på offentliga vårdcentraler. Det finns även flera regionala skillnader i vilka uppgifter som vårdcentralerna granskar löpande. Läkare i Gävleborg och Kalmar svarar i högre utsträckning än medianregionen att deras vårdcentral följer upp när deras patienter besöker akuten eller läggs in på sjukhus. Vårdcentraler i Västra Götaland följer i högre utsträckning än medianregionen upp mått på patientnöjdhet och patienterfarenheter. Det är däremot mindre vanligt att vårdcentraler i Värmland följer upp dessa mått. Det är också mindre vanligt i Blekinge och i Norrbotten än i referensregionen att vårdcentralerna regelbundet följer upp olika behandlingsresultat.

4 Vård på distans och digitala verktyg

2019 års IHP-undersökning visade att Sverige ligger långt fram i digitaliseringen inom primärvården jämfört med många andra länder i undersökningen (Vård- och omsorgsanalys 2020). Sedan 2019 har digitaliseringen inom primärvården utvecklats ytterligare. En avgörande förklaring är covid-19-pandemin som medförde ett ökat behov av att kunna erbjuda vård på distans för att undvika smittspridning.

I 2022 års IHP-undersökning svarar primärvårdsläkarna på frågor om hur stor andel av vården som sker på distans, hur de upplever att utföra vård på distans och vilka digitala verktyg som finns tillgängliga på deras mottagning. Frågorna berör både digitala verktyg som hjälper läkarna att utbyta information med andra inom vården, och digitala verktyg som är till för patienterna.

Resultat för Sverige jämfört med andra länder

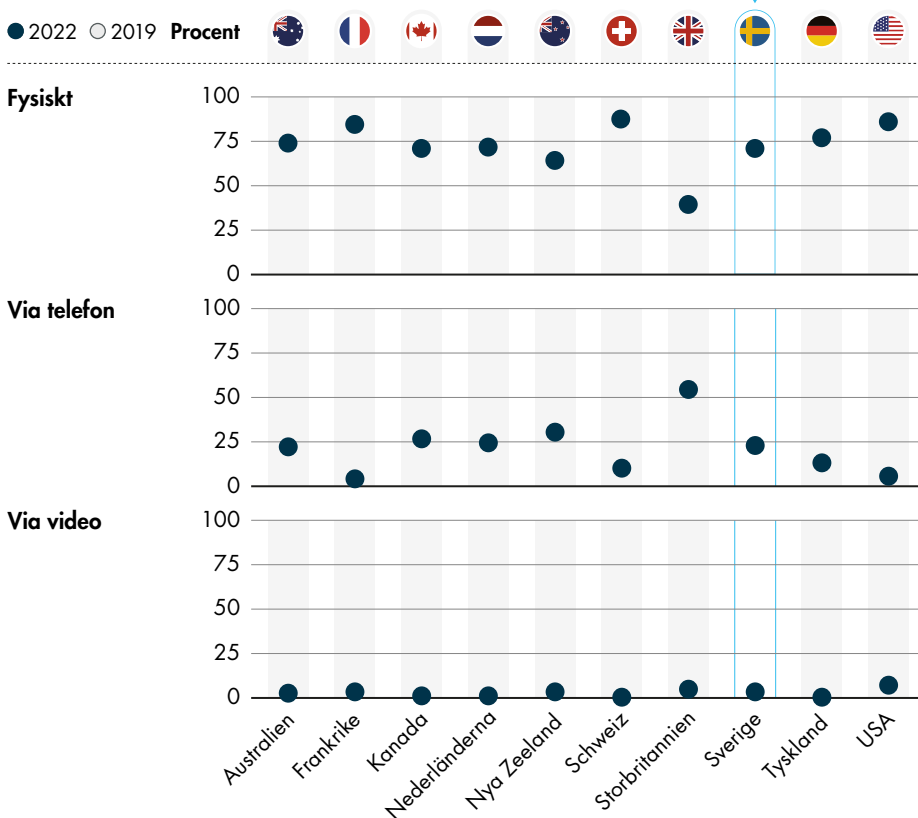
- Sverige är det land i jämförelsen som oftast erbjuder olika digitala tjänster för patienter i kontakten med vården, till exempel att kontakta vårdcentralen digitalt med en fråga, boka tid, förnya läkemedelsrecept och ta del av journaler. Vi ser en viss ökning för frågorna i de flesta jämförelseländer jämfört med 2019.
- De svenska läkarna uppger oftare att de har möjlighet att digitalt utbyta journaler, testresultat och läkemedelslistor med andra vårdgivare än genomsnittet i övriga länder. Sedan 2019 har andelen ökat i alla deltagande länder i undersökningen.
- Svenska läkare är mindre positiva till att utföra vård på distans än andra länder. Svenska läkare svarar mindre ofta att de är nöjda med att utföra vård på distans och de håller i lägre uträkning med om påståenden om att digital vård har förbättrat möjligheten att ge vård i tid.
- Distansbesök via video till fysiska vårdcentraler förekommer relativt sällan i alla länder i undersökningen. I Sverige utgör videobesöken knappt 4 procent av vårdkontaktarna, vilket är något över snittet i hela undersökningen. Ungefär 70 procent av vårdkontaktarna är fysiska besök och övriga kontakter är telefonkontakter.

Resultat för Sverige

- Svenska regioner samt storstäder och landsbygd skiljer sig i hur stor andel av patientbesöken under en vecka som genomförs fysiskt.
- Privata vårdcentraler erbjuder mindre ofta möjligheter för patienterna att kontakta vårdcentralen via internet än offentliga vårdcentraler.

4.1 Videomöten står endast för en liten andel av de totala patientkontaktarna

Figur 15. Andel av läkarens patientkontakter som sker fysiskt, via telefon respektive via video.



Trots att covid-19-pandemin har medfört en betydande ökning av digitala vårdkontakter, är det fortfarande relativt få av läkarnas patientkontakter som består av videosamtal. Det gäller samtliga jämförelseländer. I Sverige svarar läkarna i genomsnitt att 4 procent av deras patientkontakter genomförs via videosamtal under en typisk vecka. Det är viktigt att betona att den här undersökningen bara har gått till primärvårdsläkare som arbetar på en fysisk vårdcentral. Det innebär

att helt digitala aktörer inte har ingått i urvalet. Även digitala aktörer som har fysiska vårdcentraler men där kontakterna domineras av digitala alternativ har uteslutits från undersökningen.

Frågorna om hur stor andel av patientkontakterna som genomförs fysiskt, via telefon eller genom videomöte är nya för årets IHP-undersökning. Det finns därmed inga tidigare data att jämföra med. Från andra undersökningar vet vi dock att videomöten inom primärvården totalt sett har ökat betydligt under en längre tid. Utvecklingen har framför allt drivits på av nationella digitala vårdgivare som i början verkade vid sidan av det ordinarie primärvårdsutbudet, men som successivt har slutit avtal med allt fler regioner (Vård- och omsorgsanalys 2022a). Under covid-19-pandemin gjorde även den ordinarie primärvården en omfattande omställning till videomöten (Socialstyrelsen 2021).

Patientkontakter via telefon är betydligt vanligare än videomöten. I Sverige svarar läkarna i genomsnitt att knappt en fjärdedel, 24 procent, av deras patientkontakter består av telefonsamtal under en typisk vecka. Av de tio jämförelseländerna är telefonsamtal vanligast i Storbritannien, där läkarna i genomsnitt svarar att över hälften, 55 procent, av deras patientkontakter genomförs via telefon under en typisk vecka.

Fysiska möten är fortfarande den absolut vanligaste formen av patientkontakt. I Sverige svarar läkarna i genomsnitt att sju av tio av deras patientkontakter är fysiska under en typisk vecka. Det är i linje med nivån för de flesta jämförelseländerna. Den högsta nivån på andelen fysiska besök hittas i Schweiz. Där svarar läkarna i genomsnitt att nästan nio av tio patientkontakter är fysiska.

4.1.1 Analys av det svenska resultatet

De viktigaste resultaten är:

- Svenska regioner samt storstäder och landsbygd skiljer sig i hur stor andel av patientbesöken som genomförs fysiskt under en vecka.

Individfaktorer

Bland de individfaktorer som ingår i analysen av de svenska resultaten är det bara ålder som ger ett signifikant utslag. Analysen visar att läkare i åldersgruppen 35–44 år har distansbesök (telefon- eller videobesök) något oftare än övriga åldersgrupper.

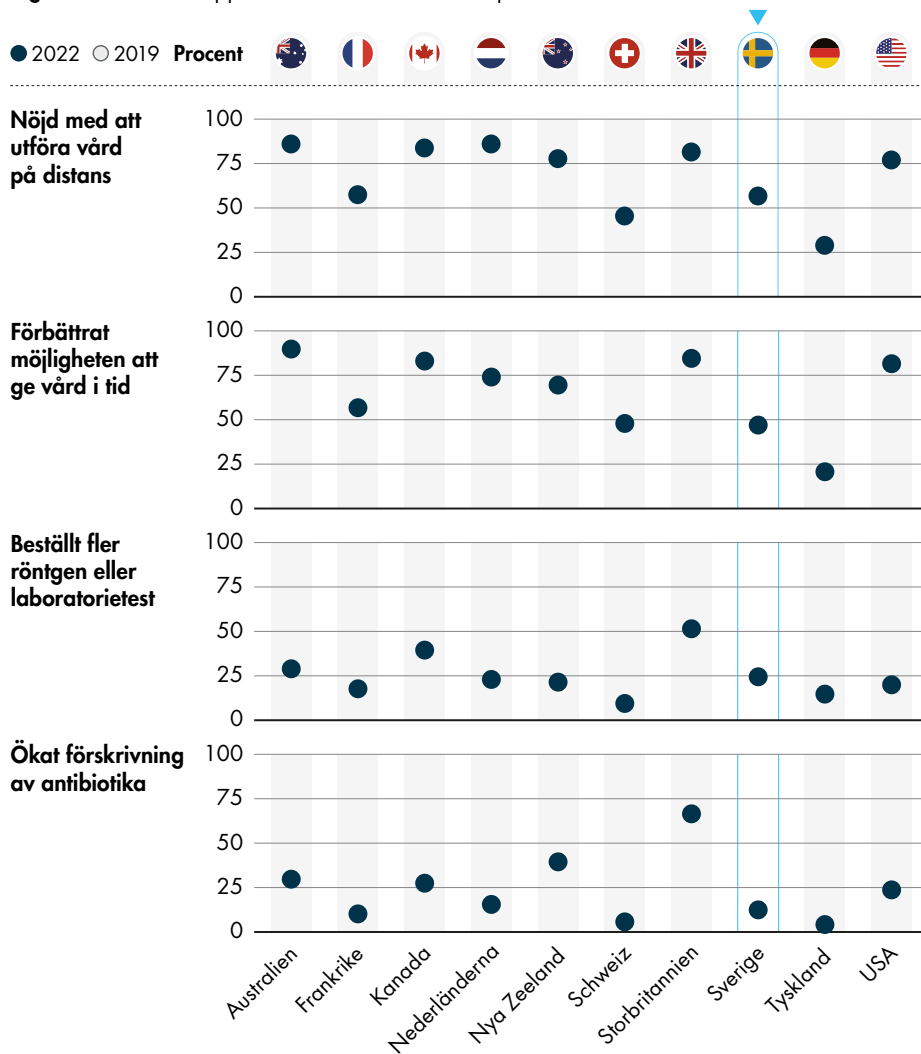
Vårdcentralens förutsättningar

Läkare som arbetar i glesa blandade kommuner, samt tätortsnära landsbygdskommuner har i genomsnitt en större andel distansbesök än läkare som arbetar i storstadskommuner.

Fyra regioner har en signifikant högre andel distansbesök än medianregionen när vi kontrollerar för övriga faktorer, såsom täthet i bebyggelsen. Dessa regioner är Jönköping, Norrbotten, Jämtland, och Skåne.

4.2 Svenska läkare mindre positiva till vård på distans

Figur 16. Läkarnas upplevelser av att utföra vård på distans.



Svenska läkare är generellt något mindre positiva till att utföra vård på distans jämfört med läkare i andra länder. Med vård på distans avser vi här både möten digitalt via video och telefonsamtal. Frågorna om vård på distans är nya i årets IHP och jämförelser med tidigare år är därmed inte möjliga.

I Sverige svarar knappt sex av tio läkare, 57 procent, att de är ganska eller mycket nöjda med att utföra vård på distans. Det är relativt lågt jämfört med flera andra länder i undersökningen. Exempelvis svarar nästan nio av tio av läkarna i Nederländerna att de är nöjda med att utföra vård på distans.

Svenska läkare håller också i lägre uträkning med om påståendet om att digital vård har förbättrat möjligheten att ge vård i tid jämfört med de andra länderna i undersökningen. Knappt hälften av de svenska läkarna, 47 procent, svarar att vården på distans till viss eller i hög utsträckning bidragit till möjligheten att ge vård i tid för deras patienter. I exempelvis Australien och Storbritannien är det en högre andel, 90 respektive 85 procent, som anser att vård på distans har haft den här effekten.

Drygt en fjärdedel av läkarna i Sverige tror också att digitala vårdkontakter kan leda till att de beställer fler röntgenundersökningar eller laborietester. Andelen ligger i linje med genomsnittet för alla jämförelseländer i undersökningen. Däremot är det jämförelsevis få läkare, 13 procent, i Sverige som svarar att digitala vårdbesökt lett till en ökad förskrivning av antibiotika. I många andra länder i jämförelsen svarar fler läkare att de kan se en sådan ökning, till exempel i Storbritannien svarar två av tre läkare, 67 procent, att de ökat sin förskrivning.

4.2.1 Analys av det svenska resultatet

De viktigaste resultaten är:

- Läkare som arbetar längre arbetsveckor svarar oftare att vård på distans har inneburit att de beställer fler laborietester och röntgenundersökningar och att de skriver ut antibiotika i högre utsträckning än de som arbetar kortare veckor.

Individfaktorer

Att vara nöjd med att utföra vård på distans har inget statistiskt signifikant samband med individfaktorer hos läkarna. När det gäller frågan om de anser att vård på distans har gjort det möjligt för patienterna att få vård i tid verkar det däremot finnas en ålderseffekt. Läkare som är 65 år och äldre svarar att de instämmer med det påståendet oftare än yngre läkare.

Läkare som arbetar mer än 50 timmar i veckan svarar oftare än de som arbetar kortare arbetsveckor att vård på distans har inneburit en ökning av antalet laborietester, röntgenundersökningar och utskrivna antibiotika.

Vårdcentralens förutsättningar

Vård på distans har inneburit förändringar i arbetssättet i många av regionerna, men det finns få statistiskt signifikanta skillnader mellan regionerna i hur nöjd man är med att utföra vård på distans. Undantaget är Södermanland, där man är mindre nöjd med att utöva vård på distans än i medianregionen.

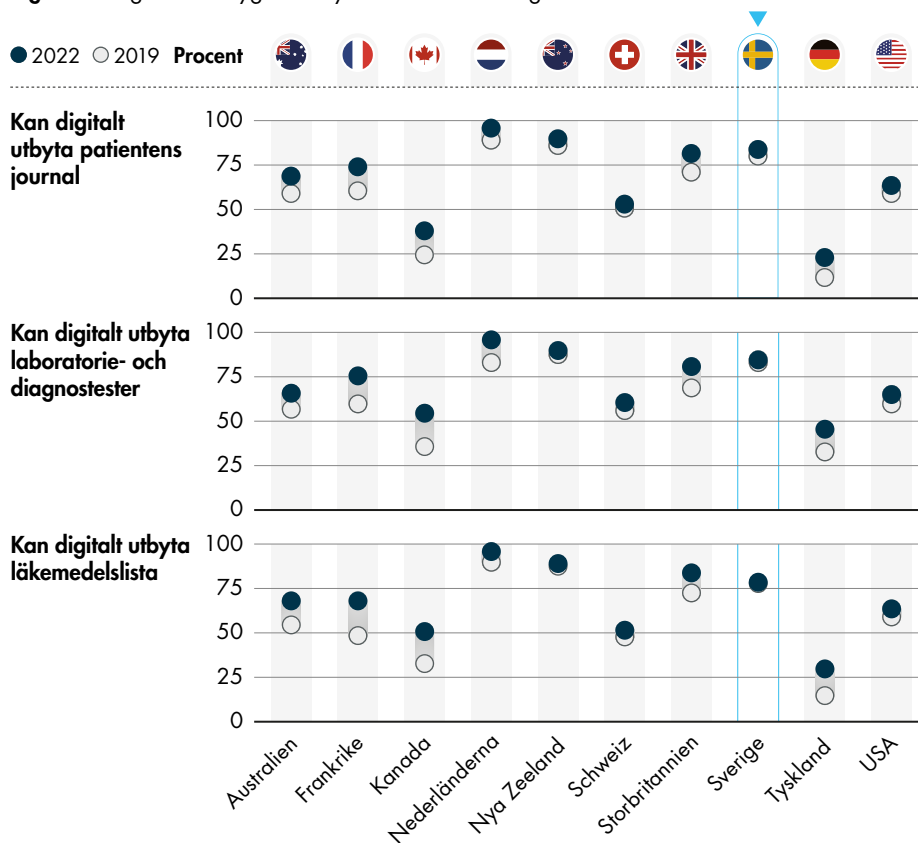
Läkare som arbetar på privata mottagningar svarar oftare att vård på distans har gjort det möjligt för patienterna att få vård i tid än läkare som arbetar på offentliga mottagningar. Läkare som arbetar i Östergötland svarar mindre ofta än medianregionen att vård på distans har lett till att fler av deras patienter får vård i tid.

Läkare på vårdcentraler i Kronoberg instämmer i högre utsträckning än andra läkare i påståendet att vård på distans leder till fler laborietester eller röntgenundersökningar. Läkare på vårdcentraler i områden med fler ohälsodagar svarar i stället mindre ofta än övriga att vård på distans har lett till en ökad förskrivning av antibiotika.

Ohälsodagar är ett mått på hälsoläget i det område där vårdcentralen är belägen. Det baseras på det genomsnittliga antalet dagar med utbetald sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning samt dagar med sjuk- och aktivitetsersättning för varje individ i åldern 16–64 år i området.

4.3 Svenska läkare använder digitala verktyg för utbyte med andra vårdgivare

Figur 17. Digitala verktyg för utbyte med andra vårdgivare.



De flesta svenska läkare, 84 procent, uppger att de har möjlighet att utbyta journaler, testresultat och läkemedelslistor med andra vårdgivare digitalt. Andelen har även ökat något, med fyra procentenheter, sedan 2019. Det har skett en ökning i alla deltagande länder i undersökningen sedan 2019. I Nederländerna svarar högst andel av läkarna, 96 procent, att de kan utbyta journalen digitalt.

Nederländerna har också högst andel läkare som svarar att de kan utbyta testresultat och läkemedelslistor digitalt, 96 procent. Motsvarande andelar för de svenska läkarna är 85 procent respektive 79 procent. Sedan 2019 har nivåerna ökat med 2 respektive 1 procentenhet.

4.3.1 Analys av det svenska resultatet

I regressionsanalyserna av vilka digitala verktyg som finns tillgängliga på mottagningarna analyserar vi egenskaper hos vårdcentralerna och inte individegenskaper hos läkarna. Anledningen till det är vi antar att tillgången till digitala verktyg kan variera mellan vårdcentraler, men inte mellan läkare på en och samma vårdcentral.

De viktigaste resultaten är:

- Tillgången till olika digitala verktyg är hög i Sverige, men varierar något mellan privata och offentliga vårdcentraler. Det finns också en skillnad mellan storstadskommuner och tätorter nära en stad.

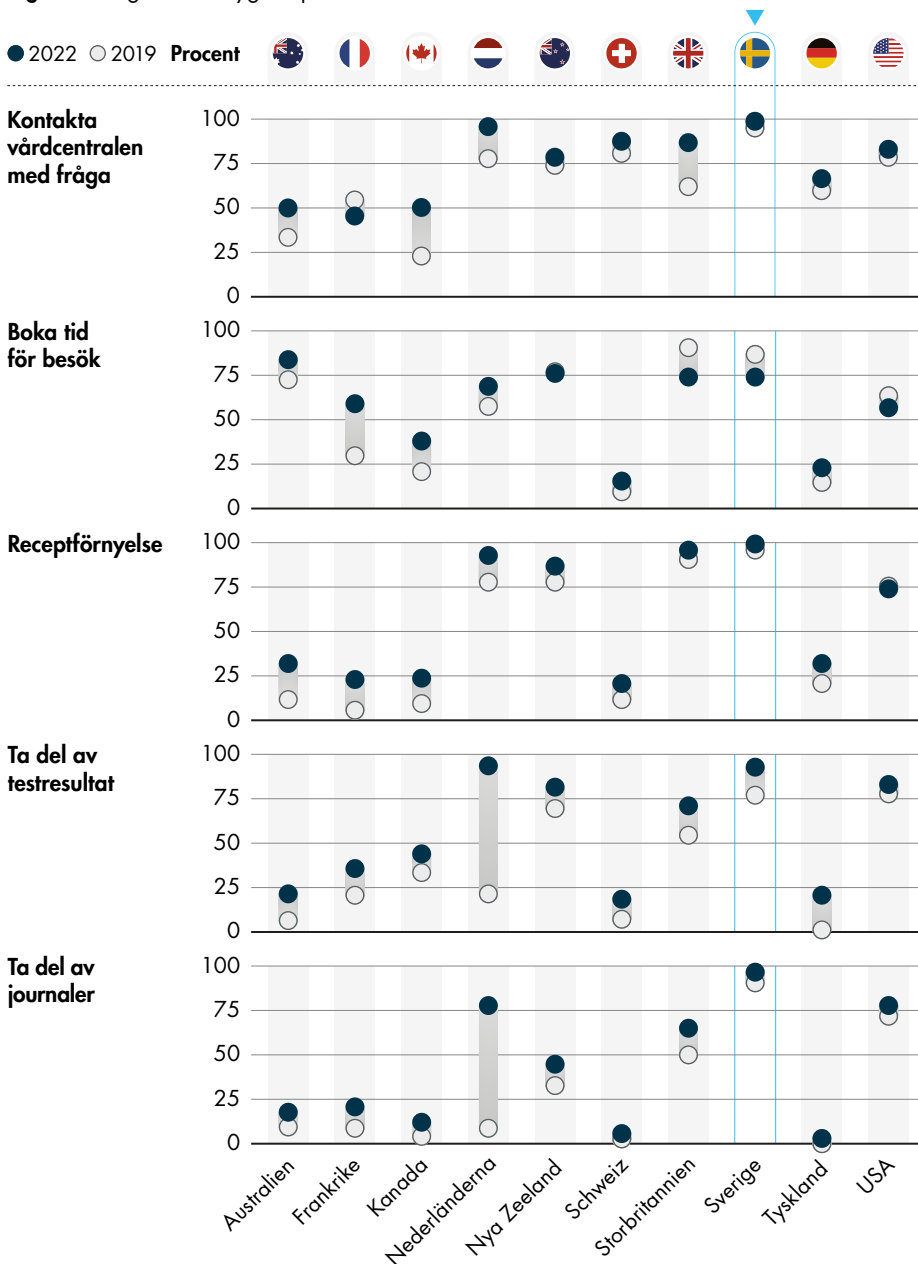
Vårdcentralens förutsättningar

Läkare på privata mottagningar kan mindre ofta än läkare på offentliga mottagningar ta emot resultat från laborietester och diagnostiska tester från vårdgivare utanför vårdcentralen.

Vårdcentraler i tätorter nära en större stad kan oftare än vårdcentraler i storstäder utbyta information med andra vårdgivare om vilka läkemedel som deras patienter tar.

4.4 Sverige erbjuder mest digitala verktyg för patienten

Figur 18. Digitala verktyg för patienten.



Sverige är det land i jämförelsen som i högst grad erbjuder olika digitala tjänster för patienter i kontakten med vården, till exempel att kontakta vårdcentralen digitalt med en fråga, boka tid, förnya läkemedelsrecept och ta del av journaler. För de flesta frågorna ser vi även en viss ökning jämfört med 2019.

Av de svenska läkarna svarar nästan alla, 99 procent, att patienter kan kontakta vårdcentralen via en säker webbplats (till exempel 1177) med en medicinsk fråga eller ett medicinskt problem. Det är en ökning med 4 procentenheter sedan 2019. Sverige är det land som har högst resultat i jämförelsen.

En lägre andel, 74 procent, svarar att patienten kan boka en tid till vårdcentralen via nätet. Det är en minskning med 13 procentenheter sedan 2019. Även om andelen minskat så är Sverige bland de länder som har högst andel. Endast Nya Zeeland har en högre andel, där 76 procent av läkarna svarar att patienterna kan boka en tid via nätet.

Nästan alla svenska läkare, 99 procent, svarar att det är möjligt för patienter att lämna förfrågningar om receptförnyelse via nätet. Det är en ökning med 3 procentenheter sedan 2019. Sverige har det högsta resultatet i jämförelsen.

Läkarna har också fått frågan om patienterna kan ta del av testresultat via nätet. På den frågan svarar 93 procent av de svenska läkarna att det är möjligt. Det är en ökning med 16 procentenheter sedan 2019. Även här har Sverige ett högt resultat jämfört med andra länder. Bara Nederländerna har en högre andel läkare som svarar att det är möjligt att ta del av testresultat, 94 procent.

Slutligen har läkarna också svarat på om det är möjligt för patienterna att ta del av sin journal via nätet. 97 procent av de svenska läkarna svarar att det är möjligt, en ökning med 6 procentenheter. Sverige har högst värde i jämförelsen.

4.4.1 Analys av det svenska resultatet

Med den nationella infrastruktur som byggts upp med 1177 finns det möjligheter för patienter att ha kontakt med vården och ta del av information om sin vård på ett säkert sätt. Det finns dock en regional variation i vilka tjänster och vilken information som finns tillgänglig. Det kan också variera inom regioner. En del regioner har avtalat om att alla vårdcentraler ska erbjuda ett visst basutbud av e-tjänster, medan det i andra regioner är upp till vårdcentralerna att själva bestämma vilka e-tjänster de vill använda (SOU 2021:59). I analysen av det svenska resultatet har vi bara tagit hänsyn till aspekter som rör vårdcentralernas förutsättningar, i liket med analysen av digitala verktyg mellan vårdgivare.

De viktigaste resultaten är:

- Privata vårdcentraler erbjuder färre möjligheter för patienterna att kontakta vårdcentralen via internet.
- Patienternas möjligheter att boka en tid via internet skiljer sig åt mellan regionerna.

Vårdcentralens förutsättningar

Privata vårdcentraler erbjuder mindre ofta än offentliga vårdcentraler patienterna möjligheten att kontakta vårdcentralen via webben för medicinska frågor, eller att ta del av sina testresultat via internet.

Vårdcentraler i områden med större socioekonomiska utmaningar svarar mindre ofta att de erbjuder sina patienter möjligheten att kontakta vårdcentralen med medicinska frågor än socioekonomiskt starkare områden.

Vårdcentraler i områden med i genomsnitt fler ohälsodagar erbjuder mindre ofta sina patienter att ta del av sina testresultat via internet än vårdcentraler i områden med färre ohälsodagar.

Ett antal regioner rapporterar sämre förutsättningar för patienterna att boka en tid via internet än medianregionen. Dessa regioner är Värmland, Kalmar, Blekinge, Gävleborg och Södermanland.

5 Vård av personer med kroniska sjukdomar

I Sverige lever många med en eller flera kroniska sjukdomar, särskilt bland befolkningen i åldern 65 år och äldre. IHP-undersökningen från 2021 (Vård- och omsorgsanalys 2022b) visar att cirka 82 procent av befolkningen 65 år och äldre har någon kronisk sjukdom. I takt med att medellivslängden ökar har också tiden när man lever med sina kroniska sjukdomar blivit längre.

Att leva med en kronisk sjukdom innebär ofta en långvarig, och ibland tät, kontakt med vården. För många patienter krävs också många olika kontakter med olika delar av vården och omsorgen vilket innebär att samordning är särskilt viktigt för den här gruppen. I sjukvårdens uppgift finns också att stödja och ta tillvara kraften hos patienterna själva för att öka deras inflytande över sin egen vård och sjukdom. Det handlar också om att arbeta förebyggande för att undvika att patienterna försämras och behöver söka annan vård (Vård- och omsorgsanalys 2014). I det här kapitlet redovisar vi resultat och analyser av hur väl läkarna upplever att deras vårdcentral är förberedd på att ge vård till personer med olika kroniska sjukdomar, vilka insatser de ger för att stärka patienternas möjligheter till egenvård och hur väl de tycker att informationsöverföringen fungerar mellan primärvården, specialistvården samt kommunens vård och omsorg, vilket är en viktig del för att kunna samordna vården för patienter som har många vårdkontakter vilket patienter med kroniska sjukdomar har.

Resultat för Sverige jämfört med andra länder

- De svenska läkarna anser i något lägre utsträckning att vårdpersonalen på deras vårdcentral är förberedda på att ge vård till personer med kroniska sjukdomar än läkare i andra länder. Vi kan se en liten försämring sedan 2019.
- De svenska läkarna svarar i lägre utsträckning jämfört med andra länder att de tar fram vårdplaner som kan användas i vardagen och ger skriftliga instruktioner för egenvård för patienter med kroniska sjukdomar.

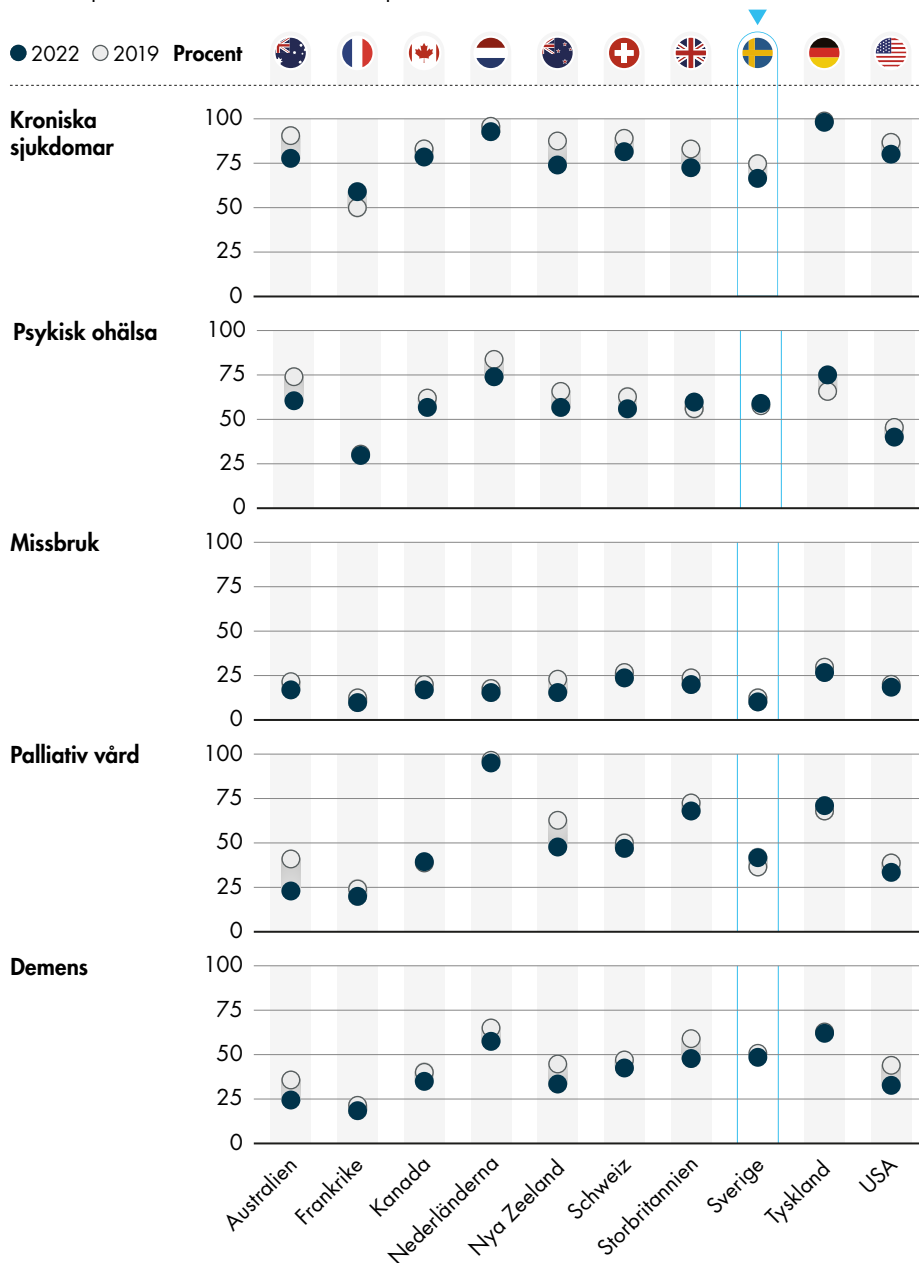
- De svenska läkarna svarar i lägre grad jämfört med övriga länder att de får information om förändringar i patientens vård efter att deras patienter besökt en läkare i specialistvården. Andelen som svarar att de fått information har även minskat sedan 2019. Däremot svarar nästan alla läkare att de har skickat patienthistorik och orsaken för remitteringen till den specialiserade vården.
- Få läkare i Sverige svarar att informationsöverföringen fungerar bra för patienter som besökt en jourmottagning, akutmottagning eller patienter som varit inlagda på sjukhus. De svarar att de sällan får information från sjukhuset eller jourmottagningen efter att någon av deras patienter besökt dem. Resultatet har dessutom försämrats sedan 2019. Läkare i andra länder är mycket mer nöjda med hur informationsöverföringen fungerar. Få av läkarna i Sverige svarar att de fått information från utskrivningen av en patient från ett sjukhus inom 24 timmar, trots att det är ett lagkrav.
- I Sverige är det relativt vanligt att vårdcentralen kommunicerar med kommunen om patienter som får vård och omsorg i hemmet. Det är också relativt vanligt att vårdcentralen får information från hemsjukvården om patientens tillstånd förändrats. Resultatet har förbättrats något sedan 2019. Jämförelsen med andra länder bör tolkas med stor försiktighet för de här frågorna, eftersom det skiljer mycket mellan länderna hur vården och omsorgen i hemmet är organiserad.

Resultat för Sverige

- Vårdcentraler på landsbygden är bättre förberedda på att ge vård till patienter med demens, som behöver palliativ vård, eller som har missbruksproblematik än vårdcentraler i storstäder. De kommunicerar också oftare med hemsjukvården.
- Äldre läkare genomför fler insatser för patienter med kroniska sjukdomar än yngre, och får i högre utsträckning information om sina patienter från specialistvården eller sjukhusen.
- Det finns regionala skillnader i vilka insatser som genomförs för patienter med kroniska sjukdomar, och vilken information som primärvårdsläkarna har tillgång till eller skickar till andra delar av sjukvården.

5.1 Förberedd på att ge vård till personer med kroniska sjukdomar

Figur 19. Andel läkare som anser att den vårdcentral de arbetar på är förberedd på att ge vård till personer med olika kroniska sjukdomar.



De svenska läkarna anser i något lägre utsträckning att vårdpersonalen på deras vårdcentral är förberedda på att ge vård till personer med kroniska sjukdomar jämfört med läkare i andra länder. Vi kan se en liten försämring sedan 2019. På frågor om hur väl personalen är förberedd på att ge vård till personer med psykisk ohälsa, missbruk och demens ligger det svenska resultatet generellt runt genomsnittet av länderna, men inom samtliga frågor ser vi en liten försämring sedan 2019. Den enda förbättringen sedan 2019 är hur väl personalen är förberedd på att ge vård till personer i behov av palliativ vård.

I Sverige svarar 67 procent av läkarna att vårdcentralen de arbetar på är väl förberedd på att ge vård till personer med en kronisk sjukdom (till exempel diabetes, KOL eller hjärtfel) om de ser till personalens kompetens och erfarenhet. Det är en försämring med 8 procentenheter sedan 2019. Sverige har en av de lägsta andelarna av läkare som anser att vårdcentralen är väl förberedd, bara Frankrike har ett lägre resultat, där 59 procent svarar att de är väl förberedda.

59 procent av de svenska läkarna anser att vårdcentralen är väl förberedd på psykisk ohälsa. Det är en ökning med 1 procentenhet sedan 2019. Jämfört med de andra länderna i undersökningen så ligger det svenska resultatet runt medelvärdet av länderna.

Läkarna fick också frågan om de anser att vårdcentralen är väl förberedd på att ge vård till patienter med missbruksproblem (till exempel droger eller alkohol). Bara 11 procent av de svenska läkarna svarar att de är väl förberedda. Det är en minskning med 2 procentenheter sedan 2019. Generellt svarar få läkare i alla länder att de är väl förberedda, men bara Frankrike har en lägre andel än Sverige.

På frågan om vårdcentralen är väl förberedd på att ge vård till patienter som har behov av palliativ vård svarar 42 procent av de svenska läkarna att de är förberedda. Det är en ökning med 5 procentenheter jämfört med 2019. Här är det en stor spridning mellan länderna. Men det är inte heller självklart att patienterna alltid tas emot av primärvården, till exempel finns det ofta specialiserade palliativa team i hemsjukvården i Sverige.

Slutligen svarar 49 procent av de svenska läkarna att vårdcentralen är väl förberedd på att ge vård till personer med demenssjukdom. Det är en minskning med 2 procentenheter sedan 2019. Sveriges resultat ligger här runt genomsnittet av länderna i undersökningen.

5.1.1 Analys av det svenska resultatet

De viktigaste resultaten är:

- Vårdcentraler i storstäder utmärker sig genom att i lägst utsträckning vara förberedda på att ge vård till patienter med psykisk ohälsa, missbruksproblematik, demens, eller som är i behov av palliativ vård.

- Läkare på privata mottagningar känner sig bättre förberedda på att ge vård till patienter med kroniska sjukdomar eller psykisk ohälsa än läkare på offentliga vårdcentraler. Sambandet för psykisk ohälsa försvinner dock när vi kontrollerar för om man får den utbildning man behöver för att utveckla arbetssättet på vårdcentralen.
- Läkare som har en personlig lista med invånare som de är fast vårdkontakt till svarar i högre utsträckning att deras vårdcentral är väl förberedda på att ge vård till patienter med kroniska sjukdomar, inklusive psykisk ohälsa.

Individfaktorer

Läkare i åldern 55 år och äldre anser i lägre utsträckning än de yngre att deras vårdcentral är väl förberedd på att ge vård till patienter som lider av psykisk ohälsa. Även läkare under 35 år anser i lägre utsträckning att deras vårdcentral är väl förberedd på att ge vård till patienter med psykisk ohälsa jämfört med referensgruppen 35–44 år.

Män svarar i lägre utsträckning än kvinnor att deras vårdcentral är väl förberedd på att ge vård till patienter med psykisk ohälsa. Däremot anser de i något högre utsträckning att de är väl förberedda på att ge vård till patienter med missbruksproblematik.

Läkare som svarar att de har en personlig lista med invånare som de är fast läkarkontakt för svarar i högre utsträckning att de är väl förberedda på att ge vård till patienter med kroniska sjukdomar och med psykisk ohälsa. Det finns också signifikanta samband mellan att instämna i att man får den utbildning man behöver för att utveckla sina egna och organisationens arbetssätt samt att man får den fortbildning man behöver för att upprätthålla och utveckla sin medicinska kompetens och att man svarar att vårdcentralen är väl förberedd på att ge dessa patientgrupper vård.

Vårdcentralens förutsättningar

Läkare som arbetar på privata mottagningar svarar i högre utsträckning än de på offentliga vårdcentraler att de är väl förberedda på att ge vård till patienter med kroniska sjukdomar eller psykisk ohälsa. Men sambandet mellan driftsform och beredskap att ge vård till patienter med psykisk ohälsa försvinner när vi inkluderar möjligheten att få utbildning om utveckling av verksamhetens arbetssätt i regressionen.

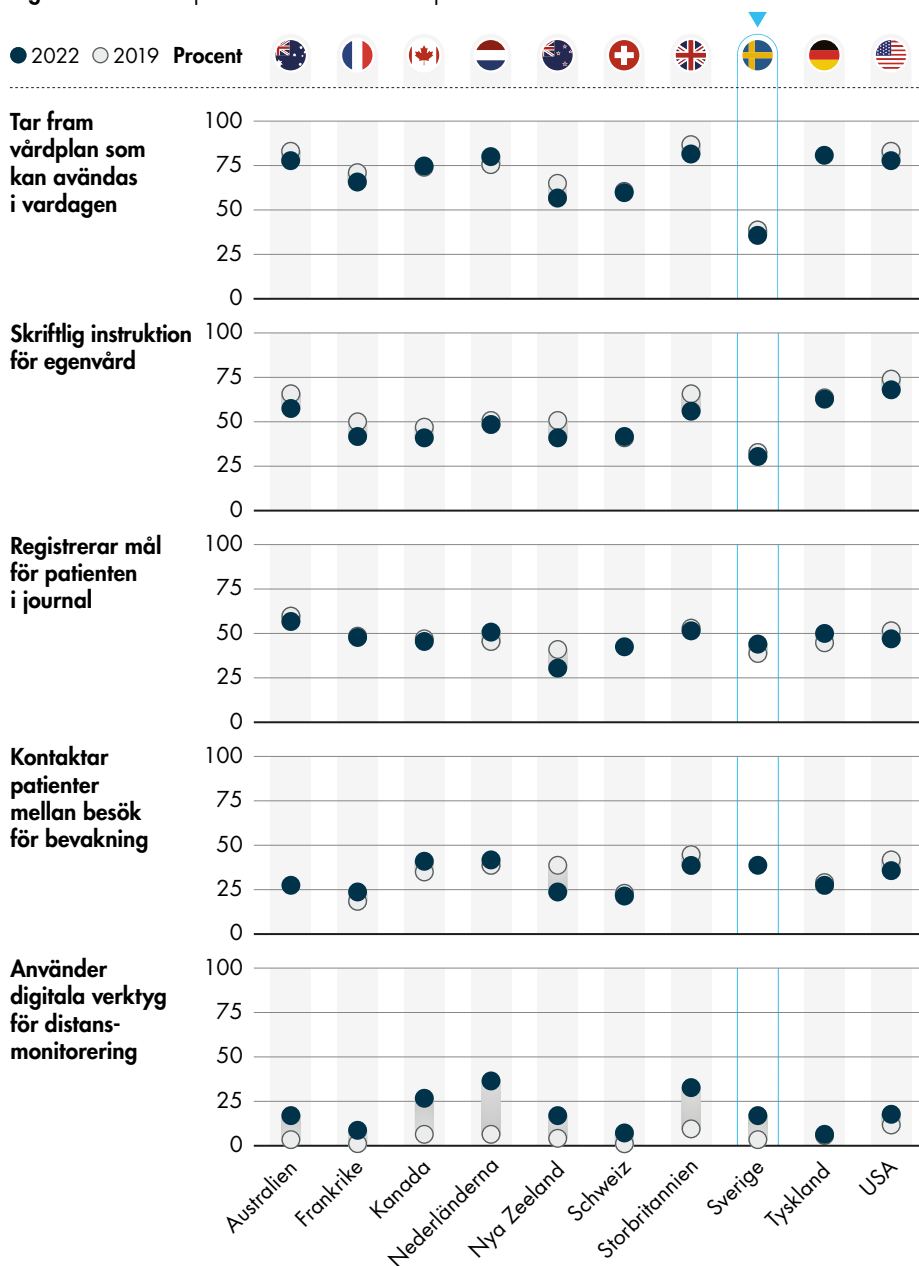
Vårdcentraler i storstäder är enligt primärvårdsläkarna mindre förberedda på att ge vård till patienter med särskilda behov än vårdcentraler i andra delar av landet. Läkare i tätare blandade kommuner svarar i högre utsträckning än storstäder att de är väl förberedda på att ge vård till patienter med psykisk ohälsa. Läkare i mycket glesta landsbygdskommuner svarar i högst utsträckning att de är väl förberedda på att ge vård till patienter med missbruksproblematik, demens, eller i behov av palliativ

vård, men även läkare i täta blandade kommuner eller glesa landsbygdskommuner belägna är mer förberedda på att ge vård till patienter med demens eller i behov av palliativ vård än storstadskommuner.

Även när vi bortser från skillnader i den regionala befolkningstätheten finns det vissa skillnader mellan regionerna i läkarnas beredskap att ge vård till olika patientgrupper. I jämförelse med referensregionen svarar läkare som arbetar i region Stockholm och Uppsala i lägre utsträckning att de är väl förberedda på att ge vård till patienter i behov av palliativ vård. I region Kalmar svarar läkarna däremot i högre utsträckning än läkare i medianregionen att de är väl förberedda på att ge vård till patienter i behov av palliativ vård eller för demens. Även i Västernorrland svarar läkarna i högre utsträckning att de är väl förberedda på att ge vård till patienter med demens.

5.2 Vård av personer med kroniska sjukdomar

Figur 20. Vård av personer med kroniska sjukdomar.



De svenska läkarna svarar oftare än läkare i andra länder att de tar fram vårdplaner som kan användas i vardagen och ger skriftliga instruktioner för egenvård för patienter med kroniska sjukdomar. Sveriges resultat är till stora delar oförändrat sedan 2019, men i Sverige och alla andra länderna i undersökningen har det blivit vanligare att använda digitala verktyg för distansmonitorering av patienternas tillstånd. I IHP-undersökningarna 2020 och 2021, till befolkningen i åldern 18 år och äldre respektive 65 år och äldre, såg vi en ökning av personer med kroniska sjukdomar som svarar att de fått olika stöd av vården för att ta hand om sin sjukdom. De största ökningarna såg vi i befolkningen som är 65 år och äldre.

I Sverige svarar 36 procent av läkarna att de eller någon annan på vårdcentralen vanligtvis eller ofta tar fram vårdplaner för personer med kroniska sjukdomar, som patienterna kan använda sig av i vardagen. Det är en låg andel jämfört med övriga länder i undersökningen, till exempel i Storbritannien svarar 82 procent av läkarna att de tar fram en sådan vårdplan. Andelen för Sverige har även minskat med 3 procentenheter sedan 2019.

Vi ser också att det jämförelsevis är en lägre andel i Sverige, 31 procent, som svarar att de ofta eller vanligtvis ger patienterna skriftliga instruktioner om hur de ska hantera sin egenvård i hemmet. Det är en minskning med 2 procentenheter sedan 2019.

Det är något vanligare att läkarna eller någon annan på vårdcentralen i Sverige vanligtvis eller ofta registrerar målen för patienternas vård i deras journaler, 44 procent svarar att de gör det. Det är en ökning med 5 procentenheter sedan 2019. Sveriges resultat är något under medelvärdet för länderna i undersökningen.

Sverige har jämförelsevis något bättre resultat för om läkaren eller personalen på vårdcentralen vanligtvis eller ofta kontaktar patienter mellan besöken för att övervaka deras tillstånd. 39 procent av de svenska läkarna svarar att de gör det, det är något högre än genomsnittet av länderna i undersökningen. Resultatet för Sverige är oförändrat jämfört med 2019.

I alla länderna i undersökningen har det blivit vanligare att använda digitala verktyg för distansmonitorering av patienternas tillstånd (till exempel för att bevaka blodtryck), där det är lämpligt. I Sverige svarar 17 procent av läkarna att de eller någon annan på vårdcentralen vanligtvis eller ofta gör det. Det är en ökning med 13 procentenheter sedan 2019.

5.2.1 Analys av det svenska resultatet

De viktigaste resultaten är:

- Äldre läkare tenderar att genomföra fler insatser för patienter med kroniska sjukdomar.
- Läkare som arbetar mer än heltid genomför också fler insatser för patienter med kroniska sjukdomar.

Individfaktorer

Läkare som är 45 år och äldre genomför fler former av vård för kroniska sjukdomar än yngre läkare. De svarar i högre utsträckning att de tar fram vårdplaner, ger skriftliga instruktioner, registrerar mål, kontaktar patienter mellan besök, eller använder verktyg för distansmonitorering.

Personer som arbetar mer än 50 timmar per vecka svarar också i högre utsträckning än de som arbetar 20–40 timmar att de ger skriftliga instruktioner, registrerar mål, och kontaktar patienter mellan besöken.

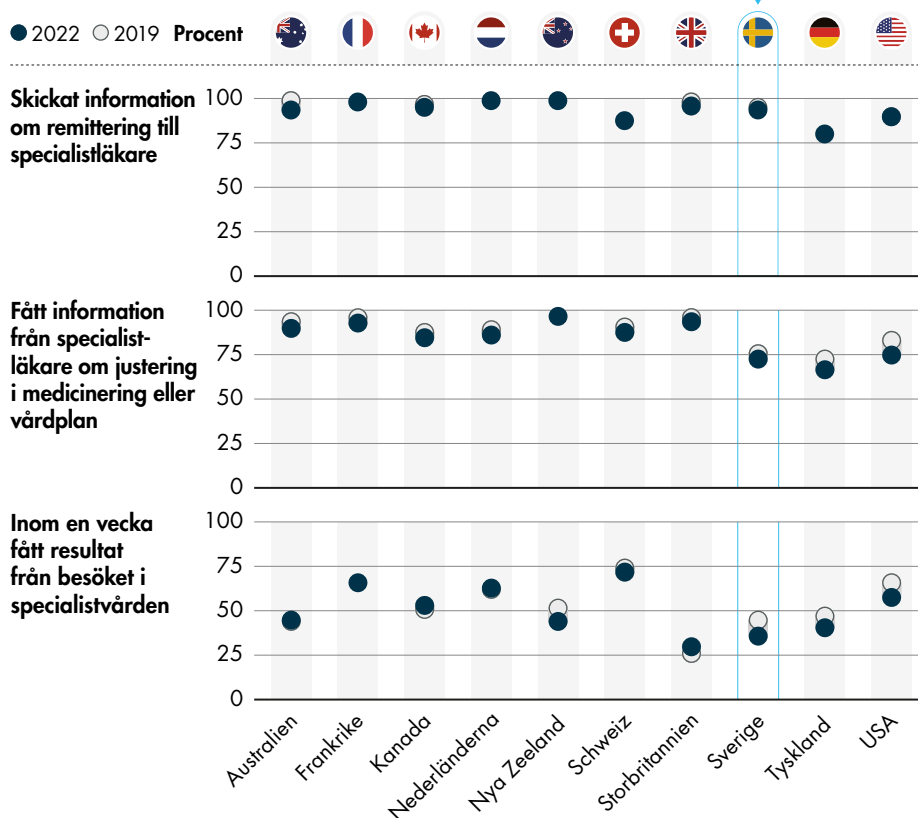
Vårdcentralens förutsättningar

Det är vanligast att genomföra olika insatser för patienter med kroniska sjukdomar i tätbebyggda kommuner som är avlägset belägna. I dessa kommuner tar man jämfört med storstäder oftare fram en vårdplan eller registrerar mål i patienternas journal.

Det finns vissa skillnader mellan regionerna i vilken vård som erbjuds patienter med kroniska sjukdomar. Läkare i Södermanland svarar oftare än läkare i medianregionen att de tar fram en vårdplan tillsammans med patienten, medan läkare i Västra Götaland oftare registrerar målen i patientens journal. I Västerbotten är det mindre sannolikt än i medianregionen att läkarna använder digitala verktyg för distansmonitorering av sina patienter.

5.3 Informationsöverföring mellan primärvården och specialistvården

Figur 21. Informationsöverföring mellan primärvården och specialistvården.



De svenska läkarna svarar i lägre grad än övriga länder att de får information om förändringar i patientens vård efter att deras patienter besökt en läkare i specialistvården. Andelen som svarar att de fått information har även minskat sedan 2019. Däremot svarar nästan alla läkare att de har skickat patienthistorik och orsaken för remitteringen till den specialiserade vården.

I nästan samtliga länder svarar läkarna att de när de remitterar en patient till den specialiserade vården vanligtvis eller ofta också skickar med patienthistorik och orsaken för remitteringen, eller att de har ett gemensamt journalsystem. I Sverige svarar 94 procent att de gör det, en minskning med 1 procentenhet sedan 2019.

I jämförelsen svarar en lägre andel, 73 procent, av de svenska läkarna att de vanligtvis eller ofta har fått information från den specialiserade vården om vilka ändringar läkaren i den specialiserade vården gjort i patientens medicinering eller vårdplan efter att de har remitterat en patient. Det är en minskning med 3 procentenheter sedan 2019. I många av länderna i undersökningen ligger andelen runt eller över 90 procent.

Det är också relativt få av de svenska läkarna, 36 procent, som svarar att de vanligtvis eller ofta inom en vecka fått information om resultatet från patientens besök i specialiserade vården efter att de remitterat en patient. Det är en minskning med 9 procentenheter sedan 2019. Högst andel i jämförelsen finner vi i Schweiz där 72 procent av läkarna svarar att de fått information inom en vecka.

5.3.1 Analys av det svenska resultatet

De viktigaste resultaten är:

- Äldre läkare får i högre utsträckning information från den specialiserade vården än yngre.
- Informationsöverföringen mellan vårdcentraler och den specialiserade vården varierar utifrån vårdcentralens områdes socioekonomiska profil.
- Det finns skillnader mellan regionerna i hur väl informationsutbytet mellan vårdcentraler och den specialiserade vården fungerar.

Individfaktorer

Äldre läkare upplever oftare att informationsöverföringen från specialistvården fungerar väl. Läkare som är 65 år och äldre svarar oftare än läkare 35–44 år att de inom en vecka får information om resultatet av när deras patienter besökt den specialiserade vården, eller får information om genomförda ändringar i medicinering eller vårdplan. Även läkare som är 55 år och äldre får oftare information om resultat från specialistvården. Det är möjligt att äldre läkare som också har mer erfarenhet har byggt upp kontaktvägar med specialistvården och därmed också har större möjligheter att få information.

Män svarar oftare än kvinnor att de har fått information om ändringar som gjorts i patienternas vårdplan eller medicinering. Samtidigt svarar läkare som arbetar mindre än 20 timmar i veckan i lägre utsträckning att de har fått den information jämfört med läkare som arbetar 20 till 40 timmar.

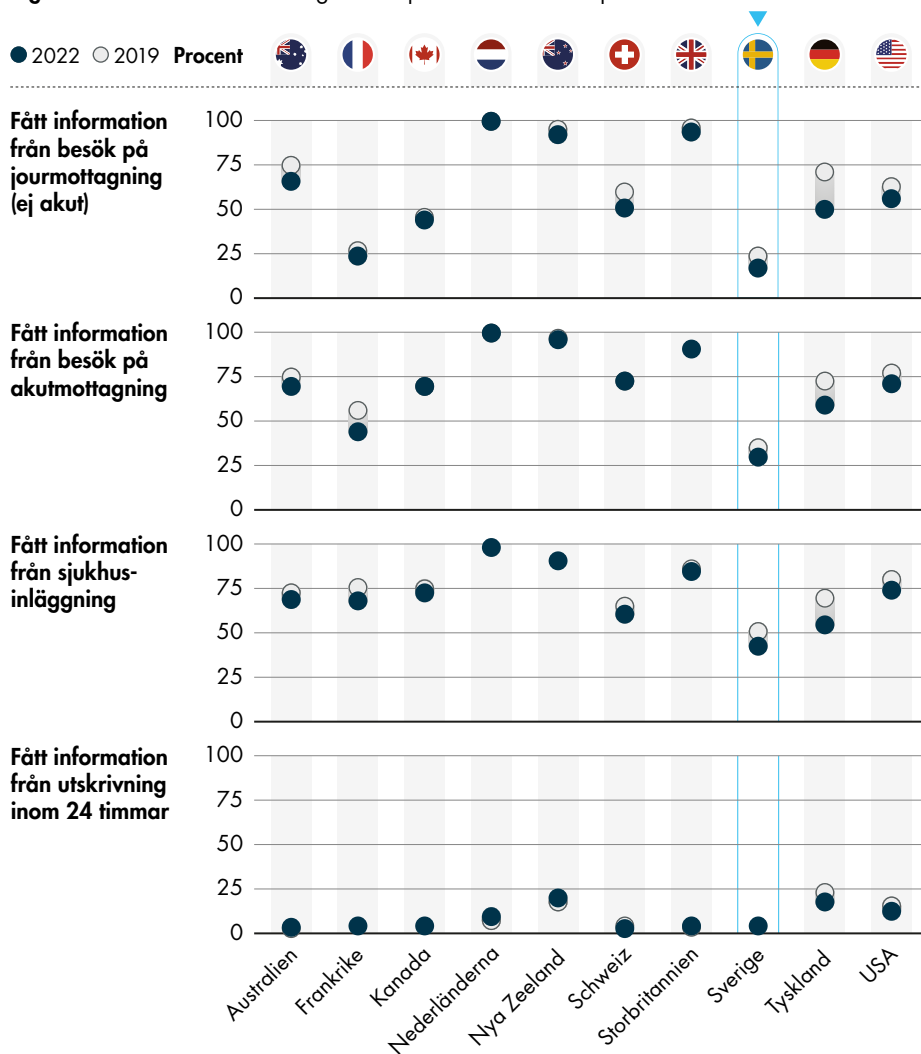
Vårdcentralens förutsättningar

I områden med svårare socioekonomiska förutsättningar är det vanligare att läkarna på vårdcentralen skickar patienthistorik eller remitteringsskäl till den specialiserade vården, jämfört med socioekonomiskt starkare områden. Det är däremot mindre vanligt att vårdcentralerna får tillbaka information inom en vecka om resultaten från patienternas besök.

Det går att se vissa skillnader mellan regionerna i hur väl informationsutbytet med specialistvården fungerar. I region Skåne är det mindre vanligt än i referensregionen att läkarna skickar patienthistorik eller remitteringsskäl till den specialiserade vården. När det gäller att få tillbaka information om patienternas besök i specialistvården är det vanligare att läkare i Kalmar, Jämtland och Kronoberg får information jämfört med referensregionen.

5.4 Informationsöverföring mellan primärvården och sjukhus

Figur 22. Informationsöverföring mellan primärvården och sjukhus.



Få läkare i Sverige svarar att informationsöverföringen fungerar bra för patienter som besökt en jourmottagning, akutmottagning eller patienter som varit inlagda på sjukhus. Läkarna svarar att de sällan får information från sjukhuset eller jourmottagningen efter att någon av deras patienter besökt dem. Resultatet har dessutom försämrats sedan 2019. Läkare i andra länder är mycket mer nöjda med hur informationsöverföringen fungerar. Få av läkarna i Sverige svarar att de fått information från utskrivningen av en patient från ett sjukhus inom 24 timmar, trots att det är ett lagkrav.

I Sverige svarar 17 procent av läkarna att de vanligtvis eller ofta får information om en av deras patienter besökt en jourmottagning. Det kan till exempel vara en mottagning för besök utanför ordinarie öppettider som inte är en akutmottagning på sjukhus. Det är en minskning med 7 procentenheter sedan 2019. Sverige har lägst andel bland länderna i undersökningen. I några länder som Nederländerna, Nya Zeeland och Storbritannien svarar nästan alla läkare att de får den här typen av information.

Vi ser samma mönster för frågorna om läkaren har fått information från en akutmottagning (på sjukhus) eller från en sjukhusinläggning. Det tycks vara så att om informationen fungerar från någon av dessa mottagningar så fungerar det lika bra för alla. Sverige har därmed jämförelsevis låga andelar på samtliga frågor. 30 procent av de svenska läkarna svarar att de vanligtvis eller ofta får information om någon av deras patienter besökt en akutmottagning (på sjukhus). Det är en minskning med 7 procentenheter sedan 2019. Något fler, 43 procent, svarar att de vanligtvis eller ofta får information efter att en av deras patienter lagts in på sjukhus. Det är en minskning med 9 procentenheter.

Slutligen har läkarna också svarat på om de i genomsnitt får information inom 24 timmar efter att en av deras patienter blivit utskrivna från sjukhus. 5 procent av läkarna i Sverige svarar att de fått det, resultatet är oförändrat sedan 2019. Sedan 2017 är det ett lagkrav att den behandlande läkaren i de fall det är en läkare i primärvården ska få ett utskrivningsmeddelande inom 24 timmar (lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård). I samtliga länder är det relativt ovanligt att läkaren får information inom den tidsramen, vanligast är det i Nya Zeeland där 20 procent av läkarna svarar att de fått informationen inom 24 timmar.

5.4.1 Analys av det svenska resultatet

De viktigaste resultaten är:

- Äldre läkare och män svarar i högre utsträckning att de får information om att deras patienter besökt jour- eller akutmottagningar, eller sjukhus.
- Det varierar till viss del mellan regionerna om läkarna får information om att deras patienter besökt sjukhus, jour- eller akutmottagningar, eller blivit utskrivna från sjukhuset. Skåne, Västra Götaland och Gävleborg har ett bättre fungerande informationsutbyte än referensregionerna.

Individfaktorer

Det finns ett samband mellan läkarnas ålder och att de får information från akut- och jourmottagningar eller sjukhus om sina patienter. Äldre läkare svarar i högre utsträckning än yngre att de blir informerade om att deras patienter har

varit i kontakt med en mottagning eller blivit inlagda. Även män svarar i högre utsträckning än kvinnor att de har fått information. Personer som arbetar 20 timmar eller mindre i veckan har däremot i lägre utsträckning blivit informerade om att deras patienter blivit inlagda på sjukhus jämfört med läkare som arbetar 20–40 timmar i veckan.

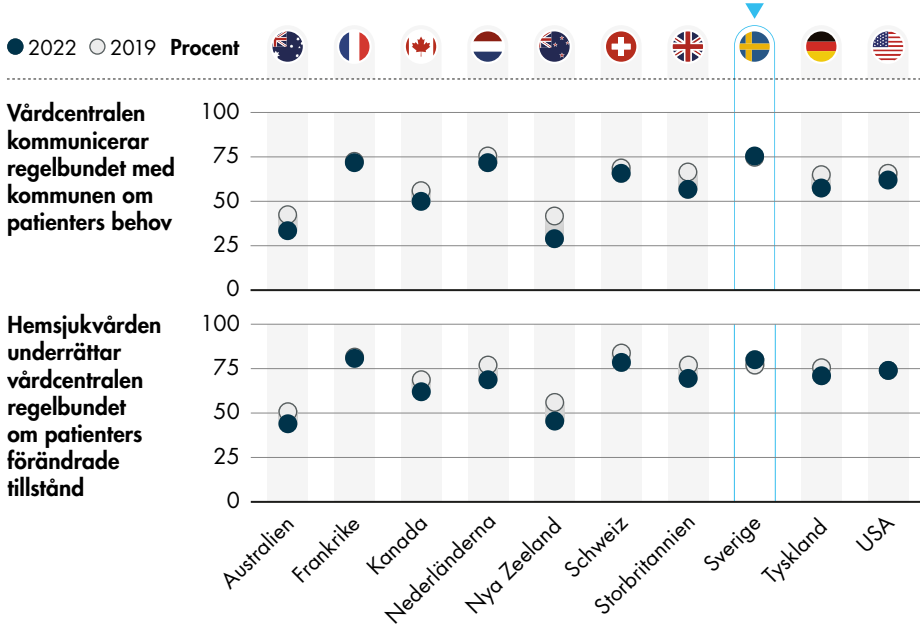
Vårdcentralens förutsättningar

Läkare som arbetar på vårdcentraler i områden med i genomsnitt fler ohälsodagar har oftare fått information om att deras patienter besökt jour- eller akutmottagningar än läkare i områden med färre ohälsodagar.

Det finns vissa skillnader mellan regionerna i hur informationsutbytet med specialist- och sjukhusvården fungerar. Region Skåne utmärker sig med mer positiva resultat än referensregionerna i ett flertal frågor. Läkarna i Skåne är mer sannolika att svara att de får information om att deras patienter har besök akutmottagningen eller blivit inlagd på sjukhus, och att de får information som behövs för fortsatt behandling inom 24 timmar efter utskrivning. Det är även vanligare i Gävleborg än i referensregionerna att primärvårdsläkarna blir informerade att deras patienter besökt en akutmottagning eller blivit inlagda på sjukhus. Även i Västra Götaland är det vanligare än i referensregionerna att läkarna blir informerade om att deras patienter blivit inlagda på sjukhus, och får information som behövs för fortsatt behandling inom 24 timmar efter utskrivning. I Norrbotten är det vanligare än i referensregionen att läkarna fått information om deras patienter besökt en jourmottagning. Slutligen är det mindre vanligt i Örebro än i referensregionen att läkarna får information om att deras patienter besökt en akutmottagning,

5.5 Informationsöverföring mellan primärvården och kommun

Figur 23. Informationsöverföring mellan primärvården och kommun.



I Sverige är det relativt vanligt att vårdcentralen kommunicerar med kommunen om patienter som får vård och omsorg i hemmet. Det är också relativt vanligt att vårdcentralen får information från hemsjukvården om patientens tillstånd har förändrats. Resultatet har förbättrats något sedan 2019. Jämförelsen med andra länder bör här tolkas med stor försiktighet, eftersom det skiljer mycket mellan länderna hur vården och omsorgen i hemmet är organiserad i de olika länderna.

I Sverige svarar 76 procent av läkarna att de eller annan personal på vårdcentralen vanligtvis eller ofta kommunicerar med kommunen om patientens behov och den service som ska ges för de patienter som har vård och omsorg i hemmet. Det är en ökning med 1 procentenhet sedan 2019.

80 procent av läkarna i Sverige svarar att de vanligtvis eller ofta blir underrättade om en relevant förändring av patientens tillstånd eller hälsostatus som hemsjukvården identifierat. Det är en ökning med 3 procentenheter sedan 2019.

5.5.1 Analys av det svenska resultatet

Det viktigaste resultatet är:

- Vårdcentraler på landsbygden kommunicerar i högre utsträckning än de i storstäder med kommunen om den vård som patienten får i hemmet.

Individfaktorer

Läkare som arbetar mindre än 20 timmar i veckan och läkare som arbetar mer än 50 timmar i veckan svarar båda i lägre utsträckning att de kommunicerar med kommunerna om patienternas behov av hemsjukvård än personer som arbetar 20–40 timmar i veckan.

Vårdcentralens förutsättningar

Vårdcentraler på landsbygden kommunicerar i högre utsträckning än de i storstäder med kommunen om den vård som patienten får i hemmet. Det är både vanligare att vårdcentralen kommunicerar med kommunen, och att hemsjukvården i kommunen underrättar primärvården om patienternas hälsotillstånd.

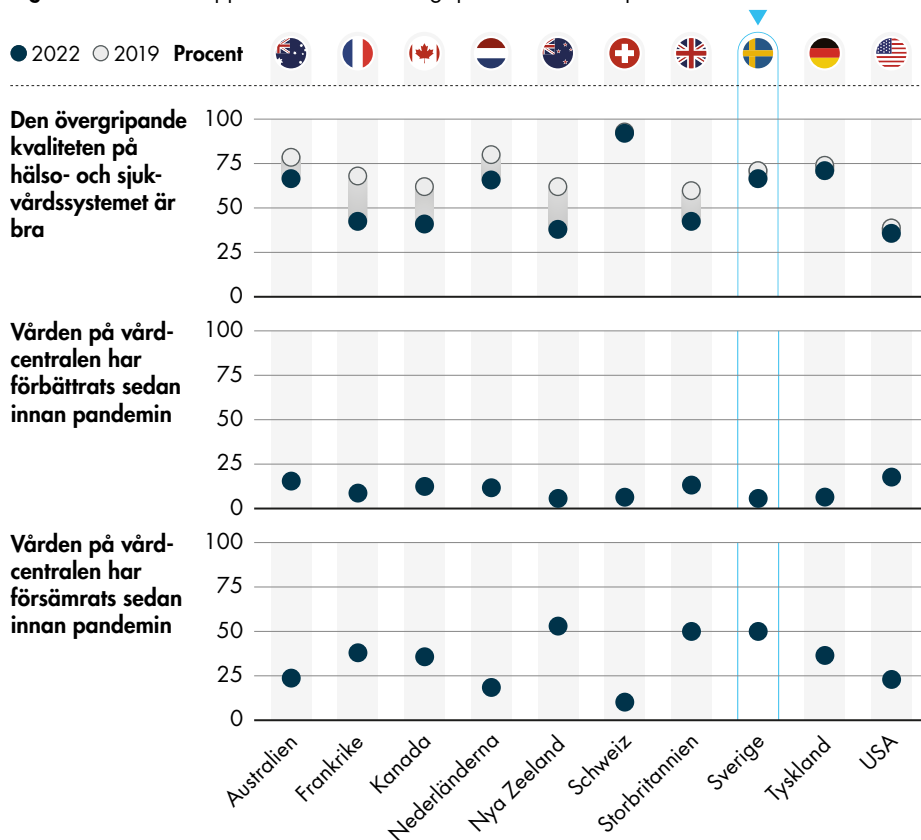
Det är mindre vanligt att vårdcentraler i områden med större socioekonomiska utmaningar kommunicerar med kommunen om patienternas hemsjukvård än i socioekonomiskt starkare områden. Det är också vanligare att vårdcentraler i områden med fler ohälsodagar kommunicerar med kommunen om patienternas hemsjukvård, och får information tillbaka. Läkare på privata mottagningar får i lägre utsträckning än läkare på offentliga mottagningar information om patienternas hälsotillstånd från hemsjukvården.

6 Övergripande analys

I det här avslutande kapitlet gör vi en övergripande analys av resultatet från IHP-undersökningen. Vi sammanfattar resultaten från de tidigare kapitlen för att svara på rapportens övergripande frågor. Vi sammanställer också hur svensk vård står sig i jämförelsen mellan länderna samt vilka samband vi har sett mellan det svenska resultatet och olika faktorer som går att koppla till den enskilda individen. Utöver det redovisar vi några övriga frågor som fallit utanför de tematiska kapitel som rapporten är indelad i.

6.1 Svensk vård i internationell jämförelse och över tid

Figur 24. Läkarnas upplevelse av den övergripande kvaliteten på vården.



En majoritet av de svenska läkarna, 67 procent, svarar att den övergripande kvaliteten på det svenska hälso- och sjukvårdssystemet är ganska eller mycket bra. Det är en minskning med 4 procentenheter sedan 2019. Sveriges resultat ligger något över genomsnittet för de deltagande länderna. I flera av länderna i undersökningen har andelen läkare som tycker att kvaliteten på hälso- och sjukvårdssystemet är bra fallit markant sedan 2019. I Sverige, Schweiz, Tyskland och USA är nedgången förhållandevis svag, men i alla länder har andelen minskat. Resultatet på den här frågan visar samma mönster som flera av frågorna i kapitel 3 där vi ser att andelen läkare som är nöjda med att arbeta som läkare eller upplever sitt arbete som stressigt har försämrats med ungefär motsvarande andelar.

I samtliga länder i undersökningen är det få läkare som tycker att vården på den egna vårdcentralen förbättrats sedan innan pandemin. Däremot är det vanligare att man anser att vården försämrats. Sverige har en av de högsta andelarna av läkare, 50 procent, som anser att vården på den egna vårdcentralen har försämrats sedan innan pandemin.

Tabell 1 visar en översikt av Sveriges resultat i förhållande till de övriga länderna i undersökningen på de frågor från tidigare kapitel där vi bedömer att det är möjligt att värdera resultatet. Tabellen visar också hur Sveriges resultat har förändrats sedan förra mätningen 2019.

Tabell 1. Sveriges resultat i jämförelse och förändring sedan 2019.

	Sverige	Sveriges avvikelse från genomsnitt	Genomsnitt alla länder	Förändring sedan 2019
Arbetet på vårdcentralen				
<i>Öppettider</i>				
Öppet efter klockan 18 vardagar	12	-33	45	0
Öppet på helger	11	-26	37	0
Möjlighet att besöka annan mottagning utanför öppettiderna	57	-10	67	0
<i>Nöjd att arbeta som läkare</i>				
Nöjd med att arbeta som läkare	52	13	39	-1
Nöjd med inkomst	81	5	76	-4
Nöjd med tid för varje patient	44	-11	55	-3
Nöjd med arbetsbelastning	41	-3	44	3
Nöjd med tid som läggs på administrativt arbete	24	5	19	0
Nöjd med balans mellan arbete och fritid	58	5	53	0
<i>Stress, ohälsa och arbetsbelastning</i>				
Upplever arbetet som mycket sressigt	66	11	55	1
Har symptom på utmattning	35	0	35	-
Har upplevt psykisk ohälsa sedan pandemin	44	-8	52	-
Arbetsbelastning ökat efter pandemin	65	-11	76	-
<i>Uppföljning</i>				
Behandlingsresultat	80	15	65	1
Inskrivningar på sjukhus	24	-8	32	-5
Förskrivning läkemedel	88	28	60	5
Upplevelser av vården	80	36	44	0
Patientrapporterade utfallsmått (PROMs)	39	13	26	6
<i>Arbetsbörda kopplad till uppföljning och administration</i>				
Rapportering av data	18	-9	27	3
Dokumentation av patientens vård	49	16	33	0
Samordna remisser med specialistvård	37	5	32	0
Följa riktlinjer för covid-19	35	-5	40	-
Vård på distans och digitala verktyg				
<i>Digitala verktyg för läkare</i>				
Utbyte digitalt av patientens journal	84	17	67	4
Utbyte digitalt av laboratorie- och diagnostester	85	13	72	2
Utbyte digitalt av läkemedelslista	79	11	68	1

	Sverige	Sveriges avvikelse från genomsnitt	Genomsnitt alla länder	Förändring sedan 2019
<i>Digitala verktyg för patient</i>				
Kontakta vårdcentralen med fråga	99	25	74	4
Boka tid	74	17	57	-13
Receptförnyelse	99	41	58	3
Ta del av testresultat	93	37	56	16
Ta del av journaler	97	55	42	6
Vård av personer med kroniska sjukdomar				
<i>Förberedd för vård av personer med kroniska sjukdomar</i>				
Kroniska sjukdomar	67	-11	78	-8
Psykisk ohälsa	59	2	57	1
Missbruk	11	-7	18	-2
Palliativ vård	42	-7	49	5
Demens	49	8	41	-2
<i>Vård för personer med kroniska sjukdomar</i>				
Tar fram vårdplan som kan användas i vardagen	36	-33	69	-3
Ger skriftlig instruktion för egenvård	31	-18	49	-2
Registrerar mål för patienten i journalen	44	-3	47	5
Kontaktar patienter mellan besök för bevakning	39	7	32	0
Använder digitala verktyg för distansmonitorering	17	-2	19	13
<i>Informationsöverföring mellan primärvård och specialistvård</i>				
Skickat information om remittering till specialistvård	94	1	93	-1
Fått information från specialistvården om justeringar i vård	73	-12	85	-3
Inom en vecka fått resultat från besöket i specialistvården	36	-15	51	-9
Fått information från jourmotagning	17	-42	59	-7
Fått information från akutmottagning	30	-40	70	-5
Fått information från sjukhusinläggning	43	-29	72	-8
Fått information från utskrivning inom 24 timmar	5	-4	9	0

Not: För samtliga frågor har en önskvärd riktning bestämts (t.ex. en hög andel kan vara antingen önskvärd eller inte). Resultatet och alla förändringar har sedan jämförts med den riktningen. Förändringar över tid på 2 procentenheter eller lägre markeras inte i tabellen då dessa skillnader oftast inte är statistiskt signifikanta.

Jämfört med de andra länderna i undersökningen har Sverige generellt både goda och svaga resultat. Vi ser även förbättringar och försämringar jämfört med 2019.

Områden där Sverige avviker positivt:

- Läkare har i hög grad tillgång digitala verktyg för utbyte av information med andra vårdgivare.
- Patienterna erbjuds i hög grad olika digitala verktyg i kontakten med våden, till exempel för att boka tid, ställa frågor, receptförnyelse och för att ta del av testresultat och journaler.
- Svenska vårdcentraler följer i högre grad upp och granskar resultat kopplade till läkarens patienter som till exempel behandlingsresultat, förskrivning av läkemedel, upplevelser av vården.

Områden där Sverige avviker negativt:

- Svenska vårdcentraler har i betydligt lägre utsträckning öppet på vardagar efter klockan 18 och på helger jämfört med andra länder.
- Läkarna är i lägre grad nöjda med den tid de har för varje patient och med sin arbetsbelastning. De är också mer stressade.
- Läkarna anser i lägre grad att vårdcentralen de arbetar på är väl förberedda på att ge vård till patienter med kroniska sjukdomar.
- Läkarna eller annan vårdpersonal har i lägre grad erbjudit olika typer av stöd för patienter med kronisk sjukdom för att hjälpa till med egenvård som till exempel att ta fram en vårdplan som patienterna kan använda i vardagen eller lämna skriftliga instruktioner för egenvård.
- Läkarna har i lägre grad fått information från läkare inom specialistvården efter att någon av deras patienter besökt dem.

Områden där svenska resultat förbättrats sedan 2019:

- Både läkare och patienter har i högre grad tillgång till olika digitala verktyg för att hantera olika delar av vården.
- På flera områden har den uppföljning som vårdcentralerna gör av av deras patienters vård stärkts, till exempel är det nu vanligare att vårdcentralerna följer upp läkemedelsförskrivningar eller så kallade PROMs ("Patient Reported Outcome Measures") det vill säga patientrapporterade utfallsmått.
- Andelen som använder sig av distansmonitorering av patienter med kroniska sjukdomar har ökat.

Områden där svenska resultat försämrats sedan 2019:

- Läkarna har i lägre grad fått information från läkare inom specialistvården eller på sjukhus efter att någon av deras patienter besökt dem.
- Läkarna eller annan vårdpersonal på vårdcentralerna har i lägre grad erbjudit patienter med kronisk sjukdom med egenvård som att ta fram en vårdplan som kan användas i vardagen eller lämnat skriftliga instruktioner för egenvård.
- Läkarna anser i lägre grad att vårdcentralen är väl förberedd att ta hand om patienter som har kroniska sjukdomar, missbruksproblematik eller demens.
- En lägre andel läkare svarar att patienterna har möjlighet att boka tid till vårdcentralen via en webbplats.
- En något högre andel läkare svarar att det är ett stort problem med tiden som de eller annan personal på vårdcentralen lägger på rapportering av kliniska data eller vårdkvalitetsdata, exempelvis till statliga myndigheter eller regionledning.
- En lägre andel läkare svarar att vårdcentralen följer upp hur ofta patienterna på vårdcentralen tas in på sjukhus eller besöker akutmottagning.
- En lägre andel läkare svarar att de är nöjda med att arbeta som läkare, sin inkomst eller den tid de har för varje patient.

6.2 Analys av de svenska resultaten

Vi har undersökt sambanden mellan de svenska resultaten för frågorna i undersökningen och olika bakgrundsfaktorer kopplade till läkaren som besvarade enkäten, eller till vårdcentralen där de arbetar. Syftet med analysen är att undersöka sambanden mellan resultaten och en bakgrundsfaktor samtidigt som vi kontrollerar för övriga faktorer som kan påverka resultatet. Vi vill till exempel kunna kontrollera effekten av ålder när vi undersöker könsskillnader i hur läkarna upplever arbetsmiljön i primärvården, så att eventuella skillnader mellan män och kvinnor inte kan förklaras av olika ålderssammansättning i grupperna. Samtliga samband är analyserade med hjälp av logistiska regressionsanalyser. För mer information om analysen och för att se resultaten i mer detalj, se bilaga.

Figur 26 visar en sammanfattande bild av resultaten från regressionsanalyserna. Resultaten redovisas per temaområde och per bakgrundsfaktor. Sammanfattningen avser endast de frågor där det går att identifiera en önskvärd riktning på resultatet. Vi har definierat ett inkluderingskrav för att avgöra vilka samband som redovisas i det här kapitlet. Se faktaruta 1.

Faktaruta 1. Inkluderingskrav till vår övergripande sammanfattning.

1. Bakgrundsvariabeln i regressionsanalysen ska ha ett statistiskt signifikant samband med resultatet på frågorna i minst en tredjedel av modellerna i ett temaområde.
2. Bakgrundsvariabeln ska ha ett positivt eller negativt samband i minst två tredjedelar av frågorna i ett temaområde för att den övergripande riktningen ska vara positiv eller negativ.

De samband som redovisas i figuren uppfyller vårt inkluderingskrav, och visar om bakgrundsvariablerna generellt har ett positivt eller negativt samband med olika erfarenheter i primärvården. Figuren visar resultaten från regressionerna uppdelade efter individfaktorer och egenskaper kopplade till för vårdcentralerna. Med individfaktorer menar vi bakgrundsfaktorer som kön, ålder, och arbetad tid per vecka hos läkaren som har svarat på enkäten. Med förutsättningar för vårdcentralerna menar vi till exempel om vårdcentralen ligger i stad eller landsbygd, är privat eller offentlig, eller är placerad i ett område med mer eller mindre utmanade socioekonomiska förutsättningar. Vi har även undersökt regionala skillnader i resultaten, se avsnitt 6.2.3.

Tabell 2. Sammanfattning av samband mellan bakgrundsfaktorer och erfarenheter av att arbeta inom primärvården.

	Öppetider	Nöjd att arbeta som läkare	Stress och arbetsbelastning	Uppföljning	Arbetsbörda kopplad till administration	Digitala verktyg för läkare	Digitala verktyg för patienter	Förberedd på vård av kroniker	Vård av kroniker	Informationsöverföring från specialistvård	Informationsöverföring efter sjukhusvistelse
Under 35 år	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
45–54 år	-	-	-	-	-	-	-	-	↑ Positiv	↑ Positiv	↑ Positiv
55–64 år	↓ Negativ	-	-	↓ Negativ	-	-	-	↓ Negativ	↑ Positiv	↕ Blandad	↑ Positiv
65 år och äldre	↓ Negativ	↑ Positiv	↓ Positiv	↓ Negativ	↓ Positiv	-	-	-	↑ Positiv	↑ Positiv	↑ Positiv
Kön	-	↑ Positiv	↓ Positiv	-	↓ Positiv	-	-	↕ Blandad	-	↑ Positiv	↑ Positiv
Upp till 20 timmar/v	-	↑ Positiv	-	-	-	-	-	-	-	↓ Negativ	-
Arbetar 41–50 timmar/v	-	↓ Negativ	↑ Negativ	-	↑ Negativ	↓ Negativ	-	-	-	-	-
Arbetar mer än 50 timmar/v	-	↓ Negativ	↑ Negativ	-	↑ Negativ	-	-	-	↑ Positiv	-	-
Privat vårdcentral	↑ Positiv	↑ Positiv	-	↑ Positiv	-	↓ Negativ	↓ Negativ	↑ Positiv	-	-	-
CNI	↓ Negativ	-	-	-	-	-	-	-	-	↓ Negativ	-
Ohälsodagar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↑ Positiv	↑ Positiv
Täta kommuner nära en större stad	-	-	↑ Negativ	-	-	↑ Positiv	-	↑ Positiv	-	-	-
Glesa blandkommuner	↓ Negativ	-	-	-	-	-	-	↑ Positiv	↑ Positiv	-	-
Tätortsnära landsbygdskommuner	-	-	↑ Negativ	-	-	-	-	-	-	↑ Positiv	-
Glesa landsbygdskommuner	↑ Positiv	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mycket glesa landsbygdskommuner	↑ Positiv	-	-	-	-	-	-	↑ Positiv	-	-	-

Tabellen visar att antalet signifikanta samband mellan bakgrundsfaktorer och erfarenheter av att arbeta inom primärvården varierar mellan olika områden. Vi ser till exempel att förekomsten av digitala verktyg på vårdcentralen och hur vårdcentralen arbetar med uppföljning mindre ofta har samband med olika bakgrundsfaktorer än till exempel upplevd stress och arbetsbörda.

Utifrån vår sammanfattande figur ser vi att det finns ett samband i vår undersökning mellan att arbeta mer än heltid och olika negativa erfarenheter. Samtidigt ser vi att högre ålder har ett samband med flera olika positiva erfarenheter. Vårdcentralens placering i tätorter eller landsbygd har också flera statistiskt signifikanta samband med olika erfarenheter inom primärvården, både positiva och negativa. Vårdcentralens arbetsmiljö, tillgång till digitala verktyg, och beredskap att ta emot patienter med olika kroniska sjukdomar varierar också utifrån om vårdcentralen är privat eller offentlig. Nedan redogör vi mer specifikt för dessa resultat

6.2.3 Individfaktorerna ålder, kön, och tjänstgöringsgrad

Vi redovisar tre olika individfaktorer som är inkluderade i våra modeller. Dessa är kön, ålder (under 35 år, 35–44 år, 45–54 år, 55–64 år, och 65 år och äldre) och tjänstgöringsgrad (arbetar upp till 20 timmar i veckan, arbetar 20–40 timmar i veckan, arbetar 40–50 timmar i veckan, samt arbetar mer än 50 timmar i veckan). Se bilagan för mer information om regressionsmodellerna.

Kön

Män har genomgående mer positiva erfarenheter av att arbeta i primärvården än vad kvinnor har. De har i högre utsträckning svarat positivt på frågorna om de är nöjda med sitt arbete som primärvårdsläkare, och svarar i lägre utsträckning att de är stressade och upplever hög arbetsbelastning. Dessutom verkar män i högre utsträckning ha bättre erfarenheter av informationsöverföring från specialistvården.

Ålder

Läkare som är 55 år och äldre är mindre positivt ställda än läkare 35–44 år till hur uppföljningen av patienternas upplevelser av vården, och patientrelaterade utfallsmått fungerar. De anser också i lägre utsträckning att deras vårdcentral är väl förberedd för att ge vård till patienter med psykisk ohälsa och patienter i behov av palliativ vård. Samtidigt ser vi att läkare 55 år och äldre i högre utsträckning än läkare i åldersgruppen 35–44 år utför olika vårdinsatser för patienter med kroniska sjukdomar, och har i högre utsträckning väl fungerande informationsöverföring från specialistvården.

Läkare som är 65 år och äldre är nöjdare med sin arbetssituation och känner mindre stress än yngre läkare. Vi kan inte utifrån den här undersökningen inte förklara varför det faller sig så, men en sannolik förklaring är att de läkare som valt att arbeta efter 65 års ålder också är de läkare som också upplever att de har en bra arbetssituation.

Tjänstgöringsgrad

Läkare som regelbundet arbetar mer än 40 timmar i veckan är mer stressade än andra läkare, och är mindre nöjda med sin arbetssituation. Läkare som arbetar mer än 50 timmar i veckan genomför fler vårdinsatser för patienter med kroniska sjukdomar, jämfört med läkare som arbetar del- eller heltid. Vi kan inte utifrån den här undersökningen svara på huruvida dessa insatser är orsaken till att de arbetar mer än 40 timmar i veckan, eller om de hinner genomföra fler insatser för att de arbetar fler timmar i veckan. Oavsett orsakssambandet är detta en grupp som också i hög utsträckning upplever sitt arbete som mycket stressigt och som i lägre utsträckning än andra läkare är nöjda med sin jobbsituation.

6.2.4 Vårdcentralens förutsättningar

När det gäller vårdcentralens förutsättningar har vi genom IHP-undersökningen haft möjlighet att undersöka sambandet mellan läkarnas upplevelser av sin arbetssituation och vårdcentralernas driftsform, socioekonomiska förutsättningar i området där vårdcentralen ligger, samt huruvida vårdcentralen ligger i en storstad, tätort eller landsbygd. Därutöver finns det flera andra centrala förutsättningar som påverkar primärvårdsläkarnas arbetssituation som vi inte haft möjlighet att undersöka i den här analysen, såsom arbetssätt, patientunderlag, resurser, bemanning och styrning.

Driftsform

Läkare som arbetar på privata vårdcentraler är nöjdare än läkare på offentliga vårdcentraler med sin inkomst, tid per patient, arbetsbelastningen och balansen mellan arbete och fritid.

De privata vårdcentralerna utmärks jämfört med de offentliga av att de i högre utsträckning har öppet kvällar och helger. Men de har i mindre utsträckning tillgång till digitala verktyg som gör det möjligt att digitalt utbyta resultat från laborietester och diagnostiska tester med andra vårdgivare. De har också mindre ofta digitala verktyg som patienterna kan använda för att boka tid, förnya recept eller ta del av testresultat.

Slutligen svarar läkare på privata vårdcentraler i högre utsträckning än på offentliga att personalen på vårdcentralen har den kompetens som krävs för att vara väl förberedda på att ge patienter med olika kroniska sjukdomar, inklusive psykisk ohälsa, vård.

Socioekonomiska förutsättningar i området

Det finns ingen statistik över vilka patienter som besöker en viss vårdcentral, så vi kan inte analysera skillnader mellan vårdcentralerna utifrån patientunderlaget. Den närmsta uppskattningen av patientunderlaget är de socioekonomiska förutsättningarna som råder i området där vårdcentralen ligger, och områdets generella ohälsa. Överlag visar analyserna få skillnader mellan socioekonomiskt starkare eller svagare områden i den här undersökningen. Det är något mindre vanligt att vårdcentraler i områden med socioekonomiskt svårare förutsättningar har öppet på kvällar, och att de har fått information om sina patienter från specialistvården inom en vecka. Däremot är det vanligare i områden med högre ohälsa att informationsöverföringen från specialistvården fungerar bra.

Storstäder, tätorter och landsbygd

Huruvida en vårdcentral är belagd i landsbygd eller i mer tätbefolkade kommuner påverkar vårdcentralens bemanning, och befolkningssammansättningen i vårdcentralens närområde. Det innebär att vårdcentralens förutsättningar och uppdrag kan skilja sig åt mellan storstäder och landsbygd (Vård- och omsorgsanalys 2021c). Bland annat finns det färre tillsvidareanställda läkare i landsbygdskommuner, och patienterna träffar oftare vikarier eller hyrläkare. Den kommunala hälso- och sjukvården i landsbygden ger i högre utsträckning insatser till befolkningen över 65 år än i storstäder, och det finns fler årsarbetare inom kommunal vård och omsorg per 1 000 invånare i landsbygdskommuner (Vård- och omsorgsanalys 2021c).

Vi har analyserat om det finns skillnader i resultatet beroende på vilken typ av kommun som vårdcentralen är belägen i. Vi har grupperat kommunerna i 6 grupper utifrån befolkningstäthet och avståndet från en större stad. Vi ser att vårdcentralens geografiska placering huvudsakligen spelar roll för vårdcentralens öppettider, men möjligheten att ta hand om patienter med olika hälsoproblem och hur stressade läkarna är skiljer sig också åt utifrån vårdcentralens placering.

I glesa och mycket glesa landsbygdskommuner har vårdcentralerna i högre utsträckning öppet på kvällar och helger än i storstäder. Det är också vanligare att det finns möjlighet att besöka vården på något annat sätt utan att behöva besöka en akutmottagning. Samma resultat såg vi i föregående IHP-undersökning till primärvårdsläkarna 2019 (Vård- och omsorgsanalys 2020). I mycket glesa landsbygdskommuner, tätortsnära landsbygdskommuner och täta blandade kommuner är det också vanligare än i storstäder att vårdcentralen är förberedd på att ta emot patienter med psykisk ohälsa, missbruksproblematik, eller i behov av demens- eller palliativ vård. I tätortsnära landsbygdskommuner genomför man också fler insatser för patienter med kroniska sjukdomar än i storstadskommuner. Företrädare för regioner, kommuner och vårdgivare som Vård- och omsorgsanalys intervjuat i samband med tidigare arbete säger att primärvården i landsbygden tar emot patienter som i städer söker sig till den specialiserade vården eftersom den

möjligheten inte finns i många landsbygdskommuner (Vård- och omsorgsanalys 2021c). Det ställer krav på att vårdcentralerna ska ha förberedelse på patientgrupper med större vårdbehov, men skapar också erfarenhet att ta emot dessa patienter.

I täta blandade kommuner och i tätortsnära landsbygdskommuner upplever fler läkare än i storstäder att deras arbete är mycket stressigt. Det är också fler än i storstäder som säger att deras arbetsbelastning ökat jämfört med innan covid-19-pandemin.

6.2.5 Skillnader mellan regioner

Primärvårdens grunduppdrag är samma i samtliga regioner, men det är möjligt för regionerna att fatta egna beslut kring vissa aspekter av kärnverksamheten i primärvården. Det rör sig bland annat om bemanning, huruvida barnhälsovård, mödrahälsovård och fotvård genomförs på vårdcentralerna, och hur omfattande vårdcentralernas åtaganden är inom allmänmedicin, rehabilitering, psykosociala insatser samt förebyggande arbete. Det skiljer sig också åt mellan regionerna huruvida det är vårdcentralerna som har huvudansvaret för att samordna patienternas vård. Utifrån dessa skillnader kan vi konstatera att det finns många aspekter av primärvårdsläkarnas arbetssituation som styrs av regionerna. Det är därför viktigt att ta hänsyn till de regionala skillnaderna i analysen av undersökningens resultat. För att isolera skillnader som beror på att primärvårdsläkarna arbetar i olika regioner har vi därför i våra regressionsanalyser tagit hänsyn till vilken region som respektive primärvårdsläkare arbetar i.

Det kvarstår ett antal regionala skillnader i resultaten efter att vi kontrollerar för olika individ- och verksamhetsfaktorer. Detta beror troligen på skillnader i regionernas styrning, även om det är möjligt att det finns andra skillnader mellan regionerna som vår modell inte fångar. De regionala skillnader som framkommit i analysen sammanfattas i figur 27. För mer information om hur vi analyserat de regionala skillnaderna, se faktaruta 2.

Faktaruta 2. Fakta om analysen och sammanställningen av regionala skillnader i resultaten.

1. Referensregionen i varje regression är den region som utgör medianen av samtliga regioner (efter att hänsyn tagits till övriga bakgrundsvariabler).
2. Regionen ska ha ett statistiskt signifikant samband i regressionen med erfarenheterna inom primärvården i minst en tredjedel av modellerna i ett temaområde.
3. Regionen ska ha ett positivt eller negativt samband i minst två tredjedelar av modellerna i ett temaområde för att den övergripande riktningen ska vara positiv eller negativ.

Tabell 3 visar den övergripande sammanställningen av regionala skillnader i resultaten. Utifrån beslutsregeln som beskrivs i faktaruta 2 ser vi att de statistiskt signifikanta skillnaderna i regionerna huvudsakligen är samlade i områdena öppettider och informationsöverföring från specialistvården. Generellt visar resultaten få statistiskt signifikanta samband mellan region och olika utfall, men vissa regioner utmärker sig positivt och andra negativt.

Tabell 3. Sammanställning av regionala skillnader i regressionsanalyserna.

	Öppettider	Nöjd att arbeta som läkare	Stress och arbetsbelastning	Uppföljning	Arbetsbörda kopplat till administration	Digitala verktyg för läkare	Förberedd på vård av kroniker	Vård av kroniker	Informationsöverföring från specialistvård	Informationsöverföring efter sjukhusvistelse	Kontakt med kommunen
Blekinge	↑ Positiv	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dalarna	↓ Negativ	-	-	-	↓ Positiv	-	-	-	-	-	-
Gotland	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gävleborg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↑ Positiv	-
Halland	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jämtland	↑ Positiv	-	-	-	-	-	-	-	↑ Positiv	-	-
Härjedalen	↑ Positiv	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jönköping	↑ Positiv	-	-	-	↑ Negativ	-	-	-	-	-	-
Kalmar	-	-	-	-	-	-	↑ Positiv	-	↑ Positiv	-	-
Kronoberg	-	-	-	-	-	-	-	-	↑ Positiv	-	-
Norrbottnen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Skåne	↑ Positiv	-	-	-	-	-	-	-	↓ Negativ	↑ Positiv	-
Stockholm	↓ Negativ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Södermanland	↑ Positiv	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Uppsala	↓ Negativ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Värmland	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Västerbotten	↓ Negativ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Västernorrland	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Västmanland	↑ Positiv	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Västra Götaland	-	-	-	-	-	-	-	-	-	↑ Positiv	-
Örebro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Östergötland	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Öppettider

Vårdcentralernas öppettider är den aspekten av verksamheten som oftast varierar mellan regionerna i vår undersökning, även efter att vi kontrollerar för olika verksamhetsfaktorer som driftsform, områdets socioekonomiska karaktär, och huruvida vårdcentralerna ligger i tätorter eller glesbygd.

I regionerna Jämtland Härjedalen, Jönköping, Skåne och Södermanland är det vanligare att vårdcentralerna har öppet efter klockan 18 på vardagar än vad det är i medianregionen.

I Dalarna är det mindre vanligt än i övriga regioner att vårdcentralerna har öppet på helger och helgdagar.

Blekinge och Jönköping är de regioner som i högst utsträckning har vårdcentraler som erbjuder någon möjlighet för patienter att träffa en läkare eller sjuksköterska efter ordinarie öppettider, medan Uppsala, Västerbotten och Stockholm erbjuder det i lägst utsträckning.

Arbetsbörda kopplat till administration och uppföljning

Det finns vissa skillnader i hur det administrativa arbetet upplevs mellan läkare i olika regioner. Vad dessa skillnader beror på kan vi inte säga utifrån den här undersökningen. Primärvårdsläkarna i Dalarna upplever i mindre utsträckning än i medianregionen att tiden de lägger på dokumentation av patienternas vård och att samordna remisser är ett stort problem. Läkare i Jönköping svarar i högre utsträckning än läkare i medianregionen att tiden de lägger på administrativa ärenden kopplade till Försäkringskassan och på dokumentation av patienternas vård är ett stort problem.

Förberedd på att ge vård till personer med kroniska sjukdomar

Även om det finns vissa skillnader mellan regionerna i beredskapen på att ta emot patienter med kroniska sjukdomar inklusive psykisk ohälsa, och patienter i behov av missbruksvård, vård för demens eller palliativ vård är det endast en region som uppnår vårt inkluderingskrav (se faktaruta 2). Det är region Kalmar, där fler primärvårdsläkare jämfört med andra regioner svarar att deras vårdcentral är väl förberedda på att ta emot patienter med behov av palliativ vård eller patienter med demens.

Informationsöverföring mellan primärvården och specialistvården

Primärvårdsläkare i Skåne svarar i lägre utsträckning än andra att de vanligtvis eller ofta skickar patienthistorik och remitteringsorsak till den specialiserade vården. Primärvårdsläkare i Jämtland Härjedalen, Kalmar och Kronoberg svarar i högre utsträckning än i andra regioner att de vanligtvis eller ofta får information inom en vecka om resultatet från sina patienters besök inom den specialiserade vården.

Primärvårdsläkare i Gävleborg och Skåne svarar oftare än andra att de vanligtvis eller ofta får information om deras patienter har varit i kontakt med en akut-mottagning eller blivit inlagda på ett sjukhus. Även läkare i Västra Götaland får i högre utsträckning än andra information om att deras patienter blivit inlagda på sjukhus och får information om deras utskrivning inom 24 timmar.

Övriga skillnader mellan regioner

Det finns vissa skillnader mellan regionerna i läkarnas upplevelser av arbetsmiljön på sin vårdcentral. Även om dessa skillnader inte når upp till vår beslutsregel och därmed inte kan anses belysa arbetsmiljön i sin helhet då det inte finns någon entydig riktning inom frågorna som rör arbetsmiljö bedömer vi ändå att de är intressanta att lyfta upp här.

När vi kontrollerar för olika individfaktorer samt egenskaper hos vårdcentralen framgår det att läkare som arbetar i region Stockholm är mer stressade än läkare som arbetar i medianregionen, medan läkare i Jämtland Härjedalen är mindre stressade. När det gäller symtom på utmattning är det emellertid andra regioner som utmärker sig. Läkare i Norrbotten svarar oftare att de har utmattningssymtom än medianregionen medan läkare i Örebro svarar detsamma mindre ofta.

Resultat, slutsatser och rekommendationer

Rapporten innehåller en stor mängd resultat och berör flera olika frågeområden. Här sammanfattar vi vår bedömning av de viktigaste resultaten, som i sin tur ligger till grund för våra slutsatser och rekommendationer.

Resultat och slutsatser

Här presenterar vi undersökningens huvudsakliga resultat och slutsatser. Vi redovisar först resultat och slutsatser från den internationella jämförelsen, sedan resultat och slutsatser från analysen av den svenska undersökningen.

Resultat och slutsatser från den internationella jämförelsen

Primärvårdsläkare i Sverige är fortsatt bland de mest stressade i jämförelsen, trots att stressen har ökat kraftigt bland läkare i de andra länderna. Bara hälften är nöjda med att arbeta som läkare.

Många primärvårdsläkare, i Sverige och i andra länder, upplever att arbetet är mycket stressigt. Två av tre svenska läkare svarar att deras arbete är mycket eller oerhört stressigt. I IHP-undersökningen från 2019 svarade de svenska läkarna i högst grad att de är mycket stressade jämfört med läkare i andra länder. Svenska läkare är fortsatt bland de mest stressade i jämförelsen trots att stressen har ökat kraftigt bland läkare i andra länder. I samtliga länder i undersökningen är arbetsbelastning och tiden som läggs på administration de aspekter av arbetet som upplevs som mest problematiska.

Bara hälften av de svenska primärvårdsläkarna svarar att de är nöjda med att arbeta som läkare och nästan tre av tio svarar att de planerar att sluta som läkare inom de närmsta tre år en. Sverige utmärker sig dock i undersökningen med att vara det land där inga tydliga försämringar har skett sedan den förra undersökningen 2019 när det gäller andelen som är nöjda med att arbeta som läkare i primärvården. Det gäller både yrket generellt och olika aspekter av arbetet.

Av de svenska läkarna svarar drygt en av tre, 35 procent, att de har symtom på utmattning. Det är ett resultat som ligger i linje med andra länder. Andelen som svarar att de har upplevt psykisk ohälsa i samband med covid-19-pandemin uppgår till 44 procent. Andelen är ännu högre i de flesta jämförelseländerna.

Svenska primärvårdsläkare träffar lägst antal patienter per arbetad timme och har de längsta patientmötena.

Trots att de svenska läkarna visar på höga nivåer av stress är antalet patienter en svensk läkare träffar per 40-timmarsvecka lägst jämfört med de andra länderna i undersökningen. Den genomsnittliga tiden per patient är också längre i Sverige än i övriga länder.

En bristande kontinuitet är ett uppmärksammat problem inom svensk primärvård och kan vara en faktor som leder till att patientkontakterna blir längre i Sverige. IHP-undersökningen 2020, som riktades till befolkningen 18 år och äldre, visade att Sverige utmärker sig i jämförelsen i och med att endast cirka 35 procent av befolkningen har en ordinarie läkare de vanligtvis går till för sin vård. I alla andra länder i jämförelsen har de allra flesta en ordinarie läkare. När en läkare träffar en patient för första gången har läkaren mindre bakgrundinformation och kännedom om patienten än om det vore en kontinuerlig relation. Det kan i sin tur leda till att patientmötena blir längre.

Svenska vårdcentraler gör i hög utsträckning regelbunden uppföljning av resultat av vården för de patienter som besöker vårdcentralen. Däremot saknas uppföljning av resultat av patienternas besök i andra delar av vården.

Svenska läkare svarar i hög utsträckning att vårdcentralen de arbetar på regelbundet (årligen eller varje kvartal) granskar behandlingsresultat, förskrivning av läkemedel och upplevelser av vården för patienterna. Däremot granskas inskrivningar vid sjukhus och besök vid akutmottagningar och patientrapporterade utfallsmått i betydligt lägre utsträckning.

Informationsöverföringen mellan primärvården och specialistvården fungerar fortsatt dåligt, och vi ser även försämringar sedan 2019. Däremot är det vanligt att vårdcentralen har kommunikation med kommunen om patienter som får vård och omsorg i hemmet.

Färre svenska läkare än i övriga länder svarar att de får information om förändringar i patientens vård efter att deras patienter besökt en läkare i specialistvården. Andelen som svarar att de fått information har även minskat sedan 2019. Däremot svarar nästan alla läkare att de har skickat patienthistorik och orsaken för remitteringen till den specialiserade vården. Det är också vanligt att vårdcentralen kommunicerar med kommunen om patienter som får vård och omsorg i hemmet.

Få läkare i Sverige svarar att överföringen av information fungerar bra för patienter som besökt en jourmottagning, akutmottagning eller patienter som varit inlagda på sjukhus. De svarar att de sällan får information från sjukhuset eller jourmottagningen efter att någon av deras patienter besökt dem. Resultatet har dessutom försämrats sedan 2019. Läkare i andra länder är mycket mer nöjda med hur överföringen av information fungerar. Få av läkarna i Sverige svarar att de fått information inom 24 timmar om att en av deras patienter blivit utskriven från sjukhus, trots att det i många fall är ett lagkrav.

I Sverige är det däremot vanligt att vårdcentralen kommunicerar med kommunen om patienter som får vård och omsorg i hemmet. Det är också vanligt att vårdcentralen får information från hemsjukvården om patientens tillstånd förändrats. Resultatet har förbättrats något sedan 2019. Jämförelsen med andra länder bör tolkas med stor försiktighet i de här frågorna, eftersom det finns stora skillnader i hur de olika länderna organiserar vården och omsorgen i hemmet.

Svenska läkare svarar i lägre utsträckning än läkare i andra länder att vårdcentralerna de arbetar på är förberedda på att ge vård till patienter med kroniska sjukdomar.

Något färre svenska läkare anser att vårdpersonalen på deras vårdcentral är förberedda på att ge vård till personer med kroniska sjukdomar generellt än i andra länder. Vi kan även se en försämring sedan 2019. På frågor om hur väl personalen är förberedd på att ge vård till personer inom de specifika områdena psykisk ohälsa, missbruk och demens ligger det svenska resultatet generellt runt genomsnittet av länderna, men inom samtliga dessa frågor ser vi en liten försämring sedan 2019. Den enda förbättringen sedan 2019 är hur väl personalen är förberedd på att ge vård till personer med behov av palliativ vård.

De svenska läkarna svarar i lägre utsträckning än läkare i andra länder att de tar fram vårdplaner som kan användas av patienter i vardagen och att de ger skriftliga instruktioner för egenvård för patienter med kroniska sjukdomar. Sveriges resultat är till stora delar oförändrat sedan 2019 men i Sverige och alla andra länder i undersökningen har det blivit vanligare att använda digitala verktyg för distansmonitorering av patienternas tillstånd. I IHP-undersökningarna 2020 och 2021, till befolkningen 18 år och äldre respektive 65 år och äldre, såg vi en ökning av personer med kroniska sjukdomar som svarade att de fått olika stöd av vården för att ta hand om sin sjukdom. De största ökningarna såg vi inom gruppen 65 år och äldre.

Sverige är fortsatt i framkant med att införa digitala verktyg för patienter och läkare i primärvården och vi ser en förbättring sedan 2019.

Sverige är det land i jämförelsen som i högst grad erbjuder digitala tjänster för patienter i kontakten med vården, till exempel att kontakta vårdcentralen digitalt med en fråga, boka tid, förnya läkemedelsrecept och ta del av journaler. För de flesta frågorna ser vi även en viss ökning jämfört med 2019 för de flesta av jämförelseländerna.

De svenska läkarna uppger också att de har möjlighet att utbyta journaler, testresultat och läkemedelslistor digitalt med andra vårdgivare i högre utsträckning än genomsnittet i övriga länder. Sedan 2019 har andelen ökat i alla deltagande länder i undersökningen.

Svenska läkare är däremot mindre positivt inställda till att utföra vård på distans jämfört med läkare i andra länder. Svenska läkare svarar i lägre utsträckning att de är nöjda med att utföra vård på distans och de håller i lägre utsträckning med om påståenden om att digital vård har förbättrat möjligheten att ge vård i tid.

Svenska vårdcentraler har i betydligt lägre utsträckning öppet på vardagar efter klockan 18 och på helger jämfört med andra länder.

Tillgängligheten, i form av öppettider på kvällar och helger, tycks inte ha ökat på svenska vårdcentraler. Det är fortfarande ovanligt med kvälls- och helgöppet. Däremot erbjuder många mottagningar andra möjligheter att få vård utanför kontorstid på exempelvis jourmottagningar eller närakuter.

Bara 12 procent av de svenska läkarna svarar att de arbetar på en mottagning som har öppet efter klockan 18, och 11 procent svarar att de arbetar på en mottagning med helgöppet. Siffrorna skiljer sig stort från övriga länder i undersökningen där det är vanligare med kvälls- och helgöppet. I undersökningen framgår det dock inte hur öppettiderna ser ut under hela dygnet, vilket gör det svårt att jämföra den totala tillgängligheten i form av öppettider mellan länderna. Samtidigt skiljer sig Sverige inte från övriga länder när det gäller möjligheten att träffa läkare eller sjuksköterska på något annat sätt under kvällar och helger. Sex av tio svenska läkare svarar att det finns möjlighet att träffa en läkare eller sjuksköterska utanför kontorstid utan att behöva gå till en akutmottagning på ett sjukhus.

Resultat och slutsatser från analyserna av det svenska resultatet

Nedan beskrivs de resultat och slutsatser som vi som vi funnit när vi gjort fördjupade analyser av det svenska materialet. Alla resultat som redovisas här bygger på statistiska regressioner så som beskrivs i metodbeskrivningen i kapitel 1 och i bilagan till rapporten som finns att ladda ner från vår hemsida finns en utökad beskrivning samt tabeller med alla resultat från regressionerna. Det innebär att

de skillnader mellan exempelvis män och kvinnor som redovisas här är sådana skillnader som kvarstår efter att vi kontrollerat för andra faktorer som till exempel ålder och region.

Flera påverkbara faktorer samvarierar med en bättre arbetsmiljö för läkarna, till exempel längre patientmöten, utbildningsinsatser och att ha en personlig lista med patienter.

Det finns både individfaktorer och faktorer kopplade till vårdcentralen som samvarierar med hur nöjda läkarna är med arbetet och hur stressade de är. Som individfaktorer ser vi till exempel att män generellt är nöjdare med att arbeta som läkare och är mindre stressade. När det gäller förutsättningar som är kopplade till vårdcentralen och som samvarierar med hur läkarna upplever arbetsmiljön och hur nöjda de är med sitt arbete ser vi till exempel:

- Läkare som har längre patientmöten är generellt mindre stressade, nöjdare med sitt arbete och mindre benägna att sluta som läkare.
- Läkare som får fortbildning och stöd i utveckling av sina arbetssätt från sin arbetsgivare är mer nöjda och mindre stressade.
- Läkare som upplever problem med olika administrativa aspekter med sitt arbete (till exempel journalföring och ärenden med Försäkringskassan) upplever i högre grad stress, är mindre nöjda med sitt arbete och planerar i högre grad att sluta som läkare.
- Läkare som i genomsnitt jobbar mer än 40 timmar per vecka upplever i högre grad stress och är mindre nöjda med sitt arbete.
- Läkare som har en egen lista med patienter som de är fast vårdkontakt för är mer nöjda med sitt arbete.

De här resultaten pekar på att det finns påverkbara faktorer som vårdcentralen kan arbeta med för att förbättra primärvården. Analysen visar på att det finns statistiska samband men vi kan inte säkerställa att det också finns ett orsakssamband, det vill säga att längden på patientmötena, fortbildning och stöd i utveckling, mindre administrativa problem, färre antal arbetade timmar och en egen lista med patienter också direkt förbättrar arbetsmiljön.

Läkare som har en personlig lista med invånare de är fast vårdkontakt för och de läkare som får stöd och fortbildning i sitt arbete anser i högre grad också att deras vårdcentral är bättre förberedd att ge vård till personer med kroniska sjukdomar.

Läkare som svarar att de har en personlig lista med invånare som de är fast läkarkontakt för svarar i högre utsträckning att den vårdcentral de arbetar på är väl förberedd på att erbjuda vård till patienter med kroniska sjukdomar generellt och även till personer med psykisk ohälsa.

Läkare som anser att de får den utbildning de behöver för att utveckla sina egna och organisationens arbetssätt samt får den fortbildning de behöver för att upprätthålla och utveckla sin medicinska kompetens anser också i högre utsträckning att vårdcentralen är väl förberedd på att erbjuda personer med kroniska sjukdomar vård.

Även de här resultaten pekar på att det finns påverkbara faktorer som vårdcentralen kan arbeta med för att förbättra primärvården.

Privata vårdcentraler har oftare öppet på kvällar och helger och läkarna där är nöjdare med sin arbetssituation samt bättre förberedda på att ge vård till personer med kroniska sjukdomar. Däremot har läkarna och patienterna på privata vårdcentraler i lägre utsträckning digitala verktyg för att sköta olika vårdärenden.

Läkare som arbetar på privat drivna vårdcentraler är nöjdare än läkare på offentliga vårdcentraler med sin inkomst, tid per patient och arbetsbelastning. De privata vårdcentralerna har också oftare öppet kvällar och helger. Läkare på privata vårdcentraler anser också oftare än läkare på offentliga vårdcentraler att deras vårdcentral är väl förberedd på att ge vård till patienter med kroniska sjukdomar, inklusive psykisk ohälsa. Skillnaderna mellan privata och offentliga vårdcentraler vad gäller vård av personer med psykiska ohälsa försvinner däremot när vi kontrollerar för möjligheten för läkarna att få den utbildning som man behöver för att utveckla sina egna och organisationens arbetssätt. Vi kan se att läkare på privata vårdcentraler oftare svarar att de får utbildning i att utveckla arbetssätt, vilket i sin tur samvarierar med upplevelsen av att vara bättre förberedd på att ge vård till patienter med psykisk ohälsa.

Privata vårdcentraler har däremot i lägre utsträckning tillgång till digitala verktyg som gör det möjligt att utbyta resultat från laborietester och diagnostiska tester digitalt med andra vårdgivare. De har också i lägre utsträckning digitala verktyg som patienterna kan använda för att boka tid, förnya recept eller ta del av testresultat.

Resultaten ska dock tolkas med viss försiktighet då vi inte har haft möjlighet att ta hänsyn till att det kan skilja sig mellan privata och offentliga vårdcentraler i vilka patienter som besöker vårdcentralen, till exempel när det gäller sjukdomsgrupper och socioekonomi.

Äldre läkare tycker att överföringen av information med andra delar av sjukvården fungerar bättre än yngre läkare. De ger också i högre grad stöd för egenvård till personer med kroniska sjukdomar.

Det finns vissa skillnader mellan äldre och yngre läkare i undersökningen. Äldre läkare upplever att informationsöverföringen från den specialiserade vården och från akut- eller jourmottagningar fungerar bättre än yngre läkare. Äldre läkare svarar också oftare än yngre att de ger patienter med kroniska sjukdomar olika stöd för egenvård.

Det är möjligt att äldre läkare som också har mer erfarenhet har byggt upp kontaktvägar med specialistvården och därmed också har större möjligheter att utbyta information. På samma sätt kan de äldre läkarnas erfarenhet spela roll för möjligheten att ge olika typer av stöd för egenvård för personer med kroniska sjukdomar.

Män är nöjdare med sin arbetssituation på vårdcentralerna än kvinnor. De tycker också att överföringen av information från andra delar av vården fungerar bättre.

På flera områden i undersökningen ser vi att män generellt rapporterar bättre resultat än kvinnor. Till exempel svarar män att de är mer nöjda med att arbeta som läkare. De upplever också mindre ofta att de är stressade och även mindre ofta en hög arbetsbörda kopplade till uppföljning och administration. Vi ser också att män oftare upplever att överföringen av information från specialistvården fungerar bra. Enkätundersökningen ger oss inte möjlighet att undersöka vidare vad de här skillnaderna mellan män och kvinnor beror på, men vi kan konstatera att det delvis är resultat som är i linje med hur det ser ut i andra sektorer. Det förstås viktigt att uppmärksamma och komma tillrätta med sådana skillnader mellan könen, eftersom både män och kvinnor behövs som läkare i primärvården.

Vi ser få samband mellan det socioekonomiska området som vårdcentralen befinner sig i och resultaten i enkäten.

Vi ser få skillnader mellan vårdcentraler som befinner sig i socioekonomiskt starkare eller svagare områden i den här undersökningen. Det är något mindre vanligt att vårdcentraler i områden med socioekonomiskt svårare förutsättningar har öppet på kvällar, och att de har fått information om sina patienter från specialistvården inom en vecka. Däremot är det vanligare i områden med högre ohälsa att överföringen av information från specialistvården fungerar bra.

Möjligtvis kan avsaknaden av skillnader till viss del bero på att ersättningsystemen för vårdcentralerna beräknas utifrån socioekonomi och att vårdcentraler som har fler patienter från socioekonomiskt svaga områden därmed också får högre ersättning, för att på det sättet motverka skillnader.

Resultatet bör dock tolkas med viss försiktighet eftersom det saknas nationell statistik över vilka patienter som besöker en viss vårdcentral. Det innebär att vi inte kan analysera skillnader mellan vårdcentralerna utifrån patientunderlaget. Det närmaste vi har haft möjlighet att komma för att uppskatta patientunderlaget är att se till de socioekonomiska förutsättningarna i området där vårdcentralen ligger och områdets generella ohälsa.

Kvälls- och helgöppet är vanligare i glesa och mycket glesa landsbygdskommuner. Läkare i vissa landsbygdskommuner anser också deras vårdcentral är bättre förberedd på att ge vård till personer med kroniska sjukdomar.

Vi har analyserat om det finns skillnader i resultatet beroende på vilken typ av kommun som vårdcentralen är belägen i. Vi har grupperat kommunerna i sex grupper utifrån befolkningstäthet och avståndet från en större stad. I vissa fall framträder skillnader mellan kommuntyperna. Vårdcentraler som befinner sig i glesa och mycket glesa landsbygdskommuner har i högre utsträckning öppet på kvällar och helger än i storstäder. Det är också vanligare att det finns möjlighet att besöka vården på något annat sätt utan att behöva besöka en akutmottagning. I mycket glesa landsbygdskommuner, i tätortsnära landsbygdskommuner och i täta blandade kommuner är det också vanligare än i storstäder att vårdcentralen är förberedd på att ge vård till patienter med psykisk ohälsa, missbruksproblematik, demens eller som behöver palliativ vård. I tätortsnära landsbygdskommuner genomför man också fler insatser för patienter med kroniska sjukdomar än i storstadskommuner.

Vissa resultat skiljer sig mellan regionerna, särskilt vad gäller vårdcentralernas öppettider och hur väl informationsöverföringen från specialistvården fungerar.

Resultaten från regressionsanalyserna visar att det generellt är få statistiskt signifikanta samband mellan region och resultat i undersökningen, men inom några områden utmärker sig några regioner. Det handlar till exempel om vårdcentralernas öppettider och hur väl informationsöverföringen från specialistvården fungerar. Men det finns även några skillnader mellan regionerna i hur stressigt läkarna upplever sitt arbete som är intressanta vid fortsatta analyser av materialet.

I Jämtland Härjedalen, Jönköping, Skåne och Södermanland är det vanligare att vårdcentralerna har öppet efter klockan 18 på vardagar. I Dalarna är det mindre vanligt att vårdcentralerna har öppet på helger.

Primärvårdsläkare i Jämtland Härjedalen, Kalmar och Kronoberg svarar i högre utsträckning än i andra regioner att de vanligtvis eller ofta får information inom en vecka om resultatet från sina patienters besök inom den specialiserade vården. Primärvårdsläkare i Gävleborg, Skåne och Västra Götalandsregionen svarar i högre utsträckning än andra regioner att de får information om deras patienter blivit inlagda på ett sjukhus. Primärvårdsläkare i Gävleborg och Skåne svarar dessutom oftare att de vanligtvis eller ofta får information om deras patienter har varit i kontakt med en akutmottagning medan läkare i Västra Götalandsregionen oftare svarar att de får information inom 24 timmar om deras patienter blivit inlagda på sjukhus.

Det finns även vissa skillnader mellan regionerna i läkarnas upplevelser av arbetsmiljön på sin vårdcentral. Vi ser att läkare som arbetar i Stockholm är mer stressade, medan läkare i Jämtland Härjedalen är mindre stressade. När det gäller symtom på utmattning är det emellertid andra regioner som utmärker sig. Läkare i Norrbotten svarar oftare att de har utmattningssymtom än medianregionen medan läkare i Örebro svarar detsamma mindre ofta.

Våra rekommendationer

Med utgångspunkt i resultaten från IHP-undersökningen har vi identifierat tre områden där regeringen och regionerna kan stärka primärvården. Det handlar dels om att arbeta med att förbättra läkarnas arbetssituation och att fortsätta och intensifiera arbetet med att förbättra it-infrastrukturen – två områden som är väl kända sedan tidigare men där det behöver börja märkas skillnader. Därutöver ser vi ett värde i att fortsätta att analysera och bygga kunskap om vissa av de resultat som framkommer i undersökningen.

► **Vårdcentralerna, regionerna och regeringen behöver intensifiera arbetet med att förbättra läkarnas arbetssituation**

IHP-undersökningen visar återigen att det finns ett betydande arbetsmiljöproblem för läkare som arbetar inom primärvården. Vi rekommenderar därför att vårdcentralerna, regionerna och regeringen förbättrar läkarnas arbetssituation samt erbjuder stöd och hjälp till de läkare som mår dåligt på grund av sitt arbete. Arbetet behöver ske koordinerat på alla nivåer, från den statliga till enskilda vårdcentraler.

Läkarna i Sverige rapporterar oftare att de är mycket stressade på sitt arbete än läkare i andra länder. Bara hälften svarar att de är nöjda med sitt arbete och en betydande andel svarar att de har risk för utmattning och har upplevt psykisk ohälsa på grund av sitt arbete. Ingen förbättring kan ses sedan 2019 års IHP-undersökning. Sammantaget bedömer vi det som mycket angeläget att förbättra arbetsmiljön för läkarna. Det är viktigt för de enskilda läkarnas hälsa och välmående men också för att ta tag i de stora utmaningarna inom området som redan finns med att minska sjukfrånvaro samt behålla personal och kompetens inom primärvården. Det är särskilt angeläget med tanke på att det är just de personer som är tidigt i sin karriär som upplever hög stress eftersom de samtidigt ska orka och vilja stanna kvar i primärvården. Det är också viktigt mot bakgrund av den pågående omställningen till god och nära vård och när primärvården förväntas ta ett större ansvar.

I våra analyser framkommer flera påverkbara faktorer som samvarierar med arbetsmiljön och hur läkarna upplever sitt arbete. Även om vi inte med säkerhet kan påvisa orsakssamband bedömer vi att det finns ett värde i att

arbetsgivarna stärker dessa till synes skyddsfaktorerna. Det handlar exempelvis om fortbildning och stöd i utveckling av sina arbetssätt från sin arbetsgivare. Att medverka i forskning, vilket numera ingår i primärvårdens grunduppdrag, kan även vara en del i fortbildning och stöd för läkaren. Dessa utvecklingsmöjligheter bör vara särskilt viktiga för läkare som är tidigt i sin karriär, vilket också är de som vi ser upplever en dålig arbetsmiljö i större utsträckning än äldre läkare. Vi ser också att en fast lista med patienter som läkaren är fast kontakt för och möjligheten att ha längre patientmöten är viktiga faktorer för arbetsmiljön. Även hur väl de olika administrativa delarna fungerar med sitt arbete har betydelse.

De här åtgärderna kan påverkas av vårdcentralerna, men vi ser även att regionen där vårdcentralen verkar inom har ett viktigt ansvar att skapa förutsättningar för vårdcentralerna. Viktiga förutsättningar är exempelvis ersättning och finansiering, riktlinjer vad gäller listning eller IT-struktur. Regionerna har ett ansvar att säkerställa att primärvården har resurserna att möta det ansvar som läggs på primärvården. Även regeringen och dess myndigheter kan skapa förutsättningar att förbättra arbetsmiljön genom sitt ansvar för utbildningssystemet som ger förutsättning för vårdcentralerna att upprätthålla en god bemanning och rekrytera nya läkare. En fungerande kompetensförsörjning är av avgörande betydelse att kunna arbeta med att stärka och utveckla arbetsmiljön. Regeringen har också ansvar för krav och riktlinjer för primärvårdens uppdrag.

Regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har under flera år slutit olika överenskommelser med finansiering, bland annat för att stärka arbetsmiljön för vårdpersonal inom primärvården. Senast under satsningen på God och nära vård och tidigare den så kallade Professionsmiljarden. Regeringen har även beslutat om en förordning om statsbidrag för att främja ett hållbart arbetsliv inom vård och omsorg. Resultatet i den här undersökningen visar att arbetet bör fortsätta och de åtgärder som redan har gjorts bör utvärderas för att se om de är de mest effektiva och ändamålsenliga.

► **Regeringen och regionerna behöver fortsätta arbeta för att it-systemen i högre grad än i dag ska bidra till informationsöverföringen mellan olika delar av hälso- och sjukvården**

Sverige har jämfört med de andra länderna i IHP-undersökningen tillgång till många digitala verktyg inom primärvården, både för läkare och patienter. Däremot rapporterar läkarna att det fortfarande finns stora brister i informationsöverföringen från andra delar av hälso- och sjukvården, exempelvis den specialiserade vården. Resultatet har dessutom försämrats något sedan 2019. Av undersökningen framgår inte var bristerna finns, men vi bedömer att it-systemen bör vara grunden för att överföra informationen. Utifrån resultaten i undersökningen drar vi slutsatsen att it-systemen inte används i tillräckligt hög

utsträckning för informationsöverföring idag. Exempelvis visar våra analyser att det finns betydande individuella faktorer för hur väl läkarna tycker att informationsöverföringen fungerar. Det pekar mot att det saknas tillräckligt automatiserade system för att överföra informationen eftersom automatiserade system skulle möjliggöra att alla läkare har lika stora förutsättningar att få del av information och till exempel inte bero på individuellt uppbyggda kontakter med andra vårdgivare.

Läkare på privat drivna vårdcentraler upplever oftare att informationsöverföringen är ett problem. Primärvården har samtidigt en hög andel privata aktörer. Därför är det extra problematiskt att privata vårdgivare inte i lika hög utsträckning har integrerats i informationssystemen.

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

► **Regeringen bör ge en myndighet i uppdrag att undersöka och analysera primärvårdens förutsättningar att ge vård till personer med kroniska sjukdomar**

De svenska läkarna anser något mindre ofta än läkare i andra länder att vårdpersonalen på deras vårdcentral är förberedda att ge vård till personer med kroniska sjukdomar. Vi kan även se en försämring sedan 2019. Få läkare anser att deras vårdcentral är väl förberedd att ge vård till personer med missbruk, psykisk ohälsa och demens. De svenska läkarna gör inte heller lika många insatser för att stärka patienterna i egenvård. Vi ser även brister vad gäller informationsöverföringen mellan primärvård och specialistvård, vilket är något som särskilt kan påverka patienter med kroniska sjukdomar negativt eftersom de ofta har många kontakter med vården som behöver samordnas. Med en åldrande befolkning i Sverige kommer behovet av att ge vård till patienter med kroniska sjukdomar vård dessutom att öka.

Samtidigt finns det flera faktorer i den svenska primärvården som borde skapa goda förutsättningar att ge vård till personer med kroniska sjukdomar. De svenska läkarna har de längsta patientmötena i jämförelsen och de svenska vårdcentralerna är unika med de olika kompetenserna utöver läkare som finns där. Vi ser ett behov av fortsatt och fördjupad analys kring dessa resultat och förut-

sättningar för att öka kunskapen och förståelsen för vad som saknas för att bedriva en god vård för personer med kroniska sjukdomar utifrån primärvårdsläkarens perspektiv. Det är också viktigt att analysera gapet mellan kravet som primärvården har på sig att ge vård till olika patientgrupper och vilka förutsättningar de upplever att de har. Detta är frågor som är mycket relevanta i arbetet med god och nära vård. För patienter med kroniska sjukdomar är det viktigt att hela systemet fungerar runt patienten. Primärvården är en del av ett system där alla delar behöver fungera som en helhet.

Vi rekommenderar därför regeringen att ge lämplig myndighet i uppdrag att undersöka och analysera primärvårdens förutsättningar att ge vård till personer med kroniska sjukdomar. Vi bedömer att uppdragets inriktning och omfattning är bäst lämpat att genomföras av en myndighet. Ett sådant uppdrag bör undersöka primärvårdens tidsanvändning och arbetssätt men också fördjupade intervjuer med läkare och vårdpersonal för att få en djupare förståelse för vilket behov de ser för att förbättra förutsättningarna för att ge vård till personer med kroniska sjukdomar. Arbetet bör särskilt fokusera på de grupper av patienter som läkarna upplever sig att vårdcentralen är minst förberedd att ge vård till, i IHP-undersökningen ser vi att det handlar om att ge vård till patienter med psykisk ohälsa, missbruk och demens.

Referenser

- 1177 Vårdguiden (2021). *Remiss*. <https://www.1177.se/sa-fungerar-varden/att-valja-vardmottagning/remiss/> [Senast besökt: 2022-07-19].
- Allin, S. & Rudoler, D. (2017). *The French Health Care System*. I Mossialos, E., Djordjevic, A., Osborn, R., Sarnak, D. (red.) *International Profiles of Health Care Systems*. Australia, Canada, China, Denmark, England, France, Germany, India, Israel, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Singapore, Sweden, Switzerland, Taiwan, and the United States. New York: The Commonwealth Fund.
- Anell, A. (2015). *Primärvårdens funktion, organisation och ekonomi – en litteraturöversikt*. Rapport till utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:4).
- Anell, A. (2017). *Primärvårdens resurser, styrning och organisation: En jämförelse av villkor och förhållanden i Danmark, Norge, Nederländerna och Storbritannien*. PM 2017:1. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Blümel, M. & Busse, R. (2017). *The German Health Care System*. I Mossialos, E., Djordjevic, A., Osborn, R., Sarnak, D. (red.) *International Profiles of Health Care Systems*. Australia, Canada, China, Denmark, England, France, Germany, India, Israel, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Singapore, Sweden, Switzerland, Taiwan, and the United States. New York: The Commonwealth Fund.
- Cartier, T., Senn, N., Cornuz, J., Bourgueil, Y. (2015). Switzerland. I Kringos, D. S., Boerma W. G.W., Hutchinson, A., Saltman, R. B. (red.). *Building primary care in a changing Europe: Case studies* (Observatory Studies Series 40), s. 275–283. Köpenhamn: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Durand-Zaleski, I. (2017). *The French Health Care System*. I Mossialos, E., Djordjevic, A., Osborn, R., Sarnak, D. (red.) *International Profiles of Health Care Systems*. Australia, Canada, China, Denmark, England, France, Germany, India, Israel, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Singapore, Sweden, Switzerland, Taiwan, and the United States. New York: The Commonwealth Fund.
- EU, 2012. *Europeiska kommissionen: Dina socialförsäkringsrättigheter: i Schweiz*. Tillgänglig på https://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Switzerland_sv.pdf [Hämtad: 2019-11-22]

- Försäkringskassan (2020). *Sjukfrånvaro i psykiatriska diagnoser. En registerstudie av Sveriges arbetande befolkning i åldern 20–69 år*. Socialförsäkringsrapport 2020:8.
- Gauld, R. (2017). *The New Zealand Health Care System*. I Mossialos, E., Djordjevic, A., Osborn, R., Sarnak, D. (red.) *International Profiles of Health Care Systems*. Australia, Canada, China, Denmark, England, France, Germany, India, Israel, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Singapore, Sweden, Switzerland, Taiwan, and the United States. New York: The Commonwealth Fund.
- Glover, L. (2017). *The Australian Health Care System*. I Mossialos, E., Djordjevic, A., Osborn, R., Sarnak, D. (red.) *International Profiles of Health Care Systems*. Australia, Canada, China, Denmark, England, France, Germany, India, Israel, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Singapore, Sweden, Switzerland, Taiwan, and the United States. New York: The Commonwealth Fund.
- Hagqvist, E., Ekberg, K., Lidwall, U., Nyberg, A., Landstad, B. J., Wilczek, A., Bååthe, F., & Sjöström, M. (2022). *The Swedish HealthPhys Study: Study Description and Prevalence of Clinical Burnout and Major Depression among Physicians*. *Chronic Stress*, 6, 1–8.
- Hutchison, B., Levesque J-F., Strumpf, E., Coyle, N. (2011). *Primary Health Care in Canada: Systems in Motion*. *The Milbank Quarterly*, Vol. 89, No. 2, 2011 (s. 256–288).
- Iversen, T. (2011). *Vägval i vården – en ESO-rapport om skillnader och likheter i Norden*. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2011:7.
- Kolada (2023) Kommun- och landstingsdatabasen 2023. <https://www.kolada.se/verktyg/fri-sokning/?kpi=33004,33008&years=30199,30198,30197&municipals=2329&rows=municipal,kpi&visualization=bar-chart> [Senast besökt: 2023-02-20]
- Kringos, D.S., van Riet Paap, J., Boerma W.G.W. (2015). The Netherlands. I Kringos, D. S., Boerma W. G.W., Hutchinson, A., Saltman, R. B. (red.). *Building primary care in a changing Europe: Case studies (Observatory Studies Series 40)*, s. 181–192. Köpenhamn: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Groenewegen P, de Jong J, van Ginneken E (2016). *The Netherlands: health system review*. *Health Systems in Transition*, 2016; 18(2):1–239.
- Lindgren, Peter (2019). *Ersättningen och e-hälsan*. SNS förlag: Stockholm.
- Ministère des Solidarités et de la Santé : *Ma santé 2022 : un engagement collectif*. Tillgänglig på: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/> [Senast besökt: 2019-11-11]
- OECD (2016). *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*. Paris: OECD Publishing.

- OECD & European Observatory on Health Systems and Policies (2017a). *France: Country Health Profile 2017. State of Health in the EU*. Bryssel: OECD Publishing. Tillgänglig på: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264283374-en> [Senast besökt: 2019-11-21]
- OECD & European Observatory on Health Systems and Policies (2017b). *Germany: Country Health Profile 2017. State of Health in the EU*. Bryssel: OECD Publishing. Tillgänglig på: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264283398-en> [Hämtad: 2019-11-11]
- OECD (2018). Health System Characteristics online database <https://qdd.oecd.org/subject.aspx?Subject=hsc> [Senast besökt: 2018-03-19]
- OECD (2022). OECD Health Statistics 2022. Definitions, Sources and Methods. <http://stats.oecd.org/wbos/fileview2.aspx?IDFile=8013oebd-5f8d-482f-9613-2891bofcofcf> [Senast besökt: 2023-02-20]
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2018). *Svensk sjukvård i internationell jämförelse 2018*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2019a). *Fast riskjusterad kapitationsersättning*. Tillgänglig på: <https://skl.se/demokratiledningstyrning/drifformervalfrihet/valfrihetssystemochersattningsmodeller/halsoochsjukvard/ersattningmodellerhalsoochsjukvard/ersattningsmodelleriprimarvard/fastersattning.28895.html> [Hämtad: 2019-10-08]
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2019b). *Köp av verksamhet 2019. Kommuner och regioner 2006–2018*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2020). *Patientavgifter i hälso- och sjukvården 2020*. Tillgänglig på: <https://skr.se/halsasjukvard/patientinflytande/patientavgifter.14668.html> [Senast besökt: 2020-02-13]
- SKR – Sveriges Kommuner och Regioner (2022a). Tabeller till sektorn i siffror. Tillgänglig på: <https://skr.se/skr/ekonomijuridik/ekonomi/sektornisiffror/tabellertillsektornisiffror.35770.html> [Hämtad: 2023-01-23]
- SKR – Sveriges kommuner och regioner (2022b). Sammanställning över regionernas krav på remiss i öppen vård. Remiss i öppen vård | SKR [Hämtad 2022-07-19]
- Socialstyrelsen (2020). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård – Lägesrapport 2020*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2021) *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2020*.
- Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet (2022). Kompetensförsörjning inom primärvården. Slutrapport.
- SOU 2021:59 *Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan*. Delbetänkande av Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Stockholm 2021.
- SOU 2022:22 *Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram*. Slutbetänkande av Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Stockholm 2022.

- Sveriges läkarförbund (2021). *Arbetsmiljö. Delrapport 5: Primärvårdsenkäten*.
- Sveriges läkarförbund (2022). *6 av 10 läkare längtar bort – Arbetsmiljöenkäten 2022*.
- Swerissen H. & Duckett S. (2018) *Mapping Primary Care in Australia*. Grattan Institute.
- The Commonwealth Fund (2017). *The U.S. Health Care System*. I Mossialos, E., Djordjevic, A., Osborn, R., Sarnak, D. (red.) International Profiles of Health Care Systems. Australia, Canada, China, Denmark, England, France, Germany, India, Israel, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Singapore, Sweden, Switzerland, Taiwan, and the United States. New York: The Commonwealth Fund.
- The Scottish Government & British Medical Association (2017). *The 2018 general medical services contract in Scotland*. Edinburgh: The Scottish Government. Finns tillgänglig på: <https://www.isdscotland.org/Health-Topics/General-Practice/Publications/2017-11-07/2017-11-07-ScotlandGPPayments2016-17-Report.pdf> [Hämtad: 2020-03-06]
- Thorlby R. & Arora S. (2017). *The English Health Care System*. I Mossialos, E., Djordjevic, A., Osborn, R., Sarnak, D. (red.) International Profiles of Health Care Systems. Australia, Canada, China, Denmark, England, France, Germany, India, Israel, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Singapore, Sweden, Switzerland, Taiwan, and the United States. New York: The Commonwealth Fund.
- TransferWise (2017). *Healthcare in the Netherlands: A guide to the Dutch healthcare system*. Tillgänglig på: <https://transferwise.com/gb/blog/healthcare-system-in-the-netherlands> [Senast besökt: 2019-10-11]
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014). *VIP i vården? (rapport 2014:2)*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017). *En primär angelägenhet (rapport 2017:3)*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018). *Allmän tillgång? (rapport 2018:5)*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019). *Med örat mot marken. (rapport 2019:2)*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2020). *Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv 2019 (rapport 2020:5)*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021a). *Vården ur befolkningens perspektiv 2020 (rapport 2021:4)*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021b). *I skuggan av covid-19 (rapport 2021:6)*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021c). *Långt bort men nära (rapport 2021:11)*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2022a). *Besök via nätet (rapport 2022:1)*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vård- och omsorgsanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2022b). *Vården ur befolkningens perspektiv, 65 år och äldre (rapport 2022:2)*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Wilson, A. (2015). United Kingdom i Kringos, D. S., Boerma W. G.W., Hutchinson, A., Saltman, R. B. (red.). *Building primary care in a changing Europe: Case studies (Observatory Studies Series 40)*, s. 295–304. Köpenhamn: European Observatory on Health Systems and Policies.

Vården ur primärvårds- läkarnas perspektiv

International Health Policy Survey (IHP) 2022

På regeringens uppdrag genomför Vård- och omsorgsanalys årligen den svenska delen av den internationella undersökningen International Health Policy Survey (IHP). IHP-undersökningen för 2022 undersöker hur primärvårdsläkare ser på sitt arbete och hälso- och sjukvården i stort i tio olika länder. I den här rapporten redovisar och analyserar vi de svenska och internationella resultaten från undersökningen. Vår förhoppning är att rapporten ska fungera som ett underlag för att identifiera förbättringsområden i förhållande till andra länder och för fördjupade analyser i syfte att utveckla hälso- och sjukvården.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vi har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i våra analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.